

ICAPROS
santé cœur
transfrontalière
et Éducation
Thérapeutique
du Patient

PROJET TRANSFRONTALIER ICAPROS

Instance de Coordination des Actions par la PROmotion en Santé franco-belge

LES OPÉRATEURS DU PROJET

PARTENAIRES

- CARSAT du Nord-Est , Chef de File de 2009 à 2012 (F)
- CPAM des Ardennes, Chef de file de 2012 à 2014 (F)
- Hôpital de Sedan (F)
- Hôpital de Charleville – Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEP), de 2009 à 2012 (F)
- Cliniques Universitaires UCL de Mont Godinne (B)
- Centre d'Éducation du Patient de Godinne (B)
- Mutualité chrétienne de la Province de Luxembourg (B)

ASSOCIÉS

- Département Prévention Santé de la Province de Luxembourg (B)
- Observatoire Franco Belge de la Santé (OFBS)
- CPAM de la Marne (F)
- Centre Marnais de Promotion de la Santé (F)
- GEIE LUXLORSAN
- Hôpital de Charleville – Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEP), de 2012 à 2014 (F)
- L'Agence Régionale de Santé CHAMPAGNE – ARDENNE (F)
- Mutualité chrétienne de la province de Namur (B)

IMPRIMERIE

NUANCE 4 Naninne - Belgique

Tél : ++32(0)81 40 85 55

LES SOUTIENS FINANCIERS DU PROJET



Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s), mais pas nécessairement celles des responsables de l'EP&ES. Ils peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire de la reproduction ou de la citation à la rédaction.
EDUCATION DU PATIENT & ENJEUX DE SANTE ISSN 0777-0898

L'intérêt européen et frontalier de la coopération transfrontalière en santé

Avant d'engager le processus d'intégration européenne, les États membres qui composent aujourd'hui l'Union européenne se sont régulièrement affrontés au cours des derniers siècles.

La logique de domination qui les déterminait a heureusement, au lendemain de la seconde guerre mondiale, fait place à une dynamique de développement d'un avenir et d'un destin commun et donc à une logique de coopération.

Les régions frontalières à l'intérieur de l'UE, historiquement, zones de tension, sont devenues des espaces d'opportunité pour se connaître, se rencontrer et collaborer.

Cette nouvelle donne résulte d'abord de l'édification de la zone Benelux, des accords de la CECA, du Traité de Rome et des autres traités européens qui ont été adoptés au cours des trois dernières décennies.

Malgré ces instruments juridiques structurels d'une dynamique d'édification d'un Etat supranational dotant chaque citoyen de la citoyenneté européenne, le processus de création de l'U.E. n'est pas un long fleuve tranquille depuis l'élaboration de ses fondements. Il nécessite, en effet d'être porté, soutenu et encouragé par les États membres, les Institutions communautaires et l'ensemble des composantes organisationnelles et citoyennes qui le constitue.

Parmi les instruments mis en œuvre pour développer cette construction européenne et renforcer l'intégration au sein de l'U.E., la politique interrégionale constitue, incontestablement, un levier efficace pour atténuer le poids du découpage des territoires entre les États membres et la distanciation créée par les frontières internes.

Plus précisément, c'est au travers des programmes d'actions communautaires dénommés « Interreg » liés à la mise en œuvre du Marché Intérieur depuis 1992, que s'est matérialisée la volonté communautaire d'annihiler l'impact des frontières en matière de libre circulation des personnes, des biens et des services.

Plus concrètement, en impulsant une dynamique de projets transfrontaliers, les différents programmes Interreg ont permis à des organismes, des acteurs, des institutions qui avaient des objectifs identiques dans des champs d'activité communs de part et d'autre d'une frontière de se rencontrer, d'échanger, de partager des croyances communes et de développer ensemble des actions et des projets enrichis de leur savoir-faire spécifique.

Grâce à cette impulsion communautaire des initiatives ont pu être prises dans le champ de la santé pour améliorer l'accessibilité aux soins de qualité dans les espaces frontaliers, favoriser les

échanges d'expériences et de bonnes pratiques et également soutenir des initiatives de projet de prévention et d'éducation du patient.

Pour témoigner de ces réalisations, nous consacrerons un numéro de la revue « Éducation du Patient et Enjeux de Santé (EPES) » à présenter et analyser la démarche développée par les opérateurs de la coopération transfrontalière et du projet ICAPROS en particulier, ses impacts et ses perspectives sur la prévention du développement des facteurs de risques liés aux maladies cardiovasculaires.

Bénéficiant d'un partenariat franco-belge, le projet ICAPROS (2009-2014) est centré sur la « santé cardiovasculaire » des populations d'un territoire couvrant le département français des Ardennes ainsi que les arrondissements belges de Dinant, de Philippeville, de Neufchâteau et de Virton. Dans cet espace frontalier, les maladies cardiovasculaires représentent aujourd'hui la première cause de décès.

*Au départ, ce projet Interreg IV France-Wallonie-Vlaanderen avait pour seul axe le développement d'actions de **prévention**. Les constats observés au long de l'évolution du projet et l'étude des besoins ont élargi la démarche à d'autres dimensions. **Ainsi diffuser largement l'information recueillie au travers de l'élaboration d'un tableau de bord** vers les professionnels de la santé et du social, les institutions, la population est apparu une priorité pour répondre à la question du « que faire pour améliorer l'état de santé cardiovasculaire sur ce territoire transfrontalier ». De même, **informer les professionnels sur les actions menées dans le cadre du projet ICAPROS** pour assurer un suivi entre les initiatives de prévention poursuivies par exemple en entreprises et la prise en charge des professionnels de terrain s'imposait. De plus, **démontrer l'intérêt des pratiques éducatives** en prévention et en éducation du patient ainsi que la nécessité de développer des approches et outils spécifiques pour des populations plus fragiles, s'est avéré indispensable. Enfin, comme ultime action d'envergure, les opérateurs du projet ont décidé de lancer une campagne d'information qui a débuté en septembre 2014 sur l'importance de diminuer les délais de réaction face aux signes d'infarctus ou d'un AVC. Celle-ci aura comme accroche, « Lors d'un AVC ou d'un infarctus, chaque minute compte... ».*

*La revue EPES consacre un numéro à relater cette expérience de près de cinq années. Les auteurs des articles présenteront un volet du projet construit selon le continuum « **de la prévention à l'éducation thérapeutique du patient.** »*

*Henri Lewalle,
Coordinateur des projets de coopération transfrontaliers des
GEIE OFBS et Luxlorsan*

LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE :

impact positif de l'intégration
européenne sur l'amélioration des
conditions de vie et l'état de santé des
populations frontalières

par Henri Lewalle (1)

La coopération sanitaire transfrontalière telle qu'elle s'est développée le long de la frontière franco-belge résulte des effets positifs du processus d'unification européenne à travers la législation facilitant la mobilité des travailleurs, puis la libre circulation des personnes, la création du marché intérieur et le développement de projets régionaux de coopération en matière d'accès aux soins et de synergie des systèmes de soins implantés sur chaque versant frontalier.

La libre circulation des personnes

La construction européenne a permis de développer un dispositif de droit social international qui reste aujourd'hui inégalé dans le monde. Il s'agit des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Créés au départ des instruments développés dans le cadre des « Accords de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) », ces règlements européens ont incontestablement facilité la mobilité des citoyens européens depuis leur mise en œuvre au 1er janvier 1959.

Au départ, ce sont les travailleurs qui ont bénéficié de ce dispositif dont le principal objectif visait à encourager leur déplacement au sein du « Marché Commun », en vue de leur permettre de rechercher et d'exercer une activité professionnelle salariée, dans un autre État membre.

Au fil de l'édification du processus d'intégration

européenne, ces instruments juridiques de sécurité sociale qui permettent de conserver les droits acquis en ce domaine et de faciliter les prestations à l'étranger, se sont élargis, à diverses situations, en matière d'accès aux soins à l'étranger. Il s'agit pour l'essentiel des cas de figure suivants :

- les soins urgents ou nécessaires en cas de séjour temporaire à l'étranger ;
- les soins dans le pays d'emploi et dans le pays de résidence pour les travailleurs frontaliers ;
- les soins en cas de transfert de résidence ;
- les soins intentionnels ou programmés, soumis à une autorisation médicale préalable du système de sécurité sociale où les droits de l'assuré social sont ouverts ;
- les soins pendant les stages des étudiants à l'étranger...

Aujourd'hui, tous les citoyens européens qui se rendent à l'étranger dans un autre État membre peuvent bénéficier de ces avantages sociaux qui facilitent la jouissance de l'application d'un des principes fondamentaux de l'U.E., celui de la libre circulation des personnes.

Les diverses formes de mobilité liées au travail, aux loisirs, etc. peuvent se réaliser à l'intérieur de l'U.E. sur base du droit dont dispose chaque citoyen de circuler librement et sans obstacle, grâce à la garantie offerte par les règlements européens de sécurité sociale d'assurer le maintien et le transfert des prestations acquises. Ainsi, la personne retraitée pourra couler des jours paisibles à plus de mille

*Mots-clés : Coopération
sanitaire transfrontalière,
Europe, accès aux soins,
sécurité sociale*

*(1) Coordinateur des projets
de coopération transfrontaliers
des GEIE OFBS et Luxlorsan
Belgique
Téléphone 00 32 476 22 30 97*

kilomètres de son lieu habituel de résidence. La personne malade chronique pourra bénéficier des soins dont elle a besoin pendant un séjour touristique dans un autre État membre. En cas d'études ou de stages, dans n'importe quel État de l'U.E., l'étudiant aura ses soins couverts par son système de sécurité sociale. Quant à toutes les personnes en âge de travailler, elles sont protégées par les aléas provoqués par les risques sociaux couverts par les différentes branches de sécurité sociale, à savoir : les soins de santé, l'incapacité de travail, les accidents du travail, les maladies professionnelles, etc.

Le marché intérieur

Les mécanismes de coordination des systèmes de sécurité sociale constituent un des instruments de base du modèle social européen, sur lequel peuvent se greffer des initiatives et des projets qui ont l'ambition d'améliorer la qualité de vie des citoyens, leur état de santé, leur accès aux soins, etc.

Cette perspective de progrès social s'inscrit dans les opportunités qu'ouvre le Marché Intérieur depuis sa mise en œuvre en 1992.

En effet, pour dynamiser la logique d'intégration européenne, diverses politiques d'accompagnement ont été initiées dans divers champs. Dans le domaine interrégional, une politique a été lancée pour valoriser et intensifier les bienfaits du grand projet de construction d'une « *Europe sans frontière* ».

Pour concrétiser cet axe politique, un programme d'actions interrégionales dénommé « *INTERREG* » a été élaboré.

Ce cadre a permis de développer des projets dans le champ de la santé pour améliorer l'accès aux soins des populations résidant dans les régions frontalières, créer des synergies entre l'offre de soins de deux ou plusieurs versants frontaliers, développer des projets transfrontaliers de prévention, etc.

Dès 1992, un premier projet Interreg a vu le jour, le long de la frontière franco-belge entre le département de Nord-Pas-de-Calais et les provinces belges du Hainaut et de Flandre occidentale.

Dans un premier temps, il a permis aux acteurs potentiels de la santé exerçant des responsabilités sur chaque versant de se rencontrer, d'échanger et de comparer leurs activités, leurs pratiques, le fonctionnement de leur système, les faire valoir de leurs structures et équipements de soins, mais aussi leurs difficultés.

Dans un deuxième temps, ils ont entrepris une étude approfondie des mécanismes de gestion des deux systèmes de soins, de leurs capacités, et des besoins qu'ils avaient peine à rencontrer.

Puis, en dressant un constat des points forts et des points faibles de chacun des systèmes, ils en sont

arrivés à envisager de développer une logique de coopération entre l'offre de soins des deux versants frontaliers sous l'axe de la complémentarité.

C'est de cette dynamique que les premiers projets de coopération interhospitalière sont nés entre la France et la Belgique. Ceux-ci avaient pour vocation tantôt de répondre à un développement de traitements de certaines pathologies à proximité des lieux de vie des patients frontaliers, tantôt de pallier la carence de l'offre de soins observée dans un ou plusieurs domaines de soins en favorisant la complémentarité entre les deux versants, tantôt encore, de combler les lacunes résultant de la pénurie de prestataires compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale dans certaines zones frontalières.

La coopération sanitaire

La première initiative de coopération sanitaire qui a vu le jour concerne des établissements hospitaliers frontaliers. Elle a été initiée dans le Nord-est de l'Agglomération lilloise entre les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing.

Ces deux structures, situées à proximité l'une de l'autre, étaient en mesure de répondre en partenariat à des besoins de soins spécifiques émanant des populations qui s'adressaient à elles, sans être en mesure de répondre seule à ces demandes.

Des analyses effectuées au départ des travaux des opérateurs du projet Interreg et des rencontres organisées entre les directeurs administratifs et médicaux de ces deux hôpitaux, il est apparu que des synergies entre les deux plateaux techniques pouvaient apporter une réponse de qualité de proximité à des patients atteints de certaines affections qui étaient obligés d'effectuer souvent de longues distances pour trouver une réponse adaptée à leur situation sanitaire.

C'est ainsi que les acteurs chargés du financement des prestations de santé de part et d'autre de la frontière, les personnels médicaux et les directions des établissements de soins concernés ont décidé d'autoriser les assurés sociaux belges atteints du sida, habitant l'espace frontalier de Tournai - Mouscron, à se rendre dans le service universitaire des maladies infectieuses du CH de Tourcoing, pour s'y faire soigner afin de leur épargner des déplacements longs et coûteux vers des structures de soins bruxelloises, seules, à l'époque, en mesure d'administrer à ces patients des traitements médicaux adéquats.

Dans le même temps, les assurés sociaux français, insuffisamment rénaux chroniques, résidant dans cette zone frontalière, ayant besoin d'être dialysés, qui devaient effectuer plus d'une demi-heure de déplacement par trajet pour subir des séances de trois heures de soins, à raison de trois fois la semaine,

ont été autorisés, dès 1994, à se faire dialyser au CH de Mouscron, soit à moins de dix minutes de leur lieu de vie habituelle.

Cette première convention de coopération inter-hospitalière s'intègre dans la logique qui a toujours prévalu au développement de la coopération sanitaire franco-belge, à savoir, la complémentarité entre l'offre de soins des deux versants frontaliers. Elle a pu se concrétiser grâce à l'application des procédures mises en œuvre par les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, autorisant l'assuré social français et belge, concerné par un domaine de coopération, à se soigner sur l'autre versant frontalier en étant assuré de la prise en charge financière, par le système de sécurité sociale où ses droits sont ouverts, des prestations dispensées à l'étranger.

C'est en se fondant sur ce mécanisme de remboursement des soins programmés à l'étranger, soumis à une autorisation médicale préalable dans la législation européenne, que les assurés sociaux bénéficiaires de ces conventions de coopération transfrontalière ont aisément traversé la frontière car les deux systèmes de sécurité sociale ont décidé de commun accord de lever l'obstacle principal à la mobilité des patients à l'intérieur de l'UE, celui de l'autorisation médicale préalable accordée par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le patient.

Par l'adoption de ce dispositif conventionnel entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers, les bases de la coopération sanitaire franco-belge étaient jetées.

Cette nouvelle forme d'accès aux soins pour les résidents des zones frontalières et, ces mécanismes de prise en charge médicale, administrative et financière ont été ensuite, approfondis et élargis à d'autres initiatives et ambitions.

Cette pratique s'est progressivement répandue tout au long de la frontière franco-belge, au cours des deux dernières décennies.

Néanmoins, pour atteindre ce niveau de développement de la coopération sanitaire transfrontalière, il a fallu mettre en œuvre des projets de collaboration, entre l'offre de soins des deux versants, adaptés aux spécificités de chaque sous-territoire frontalier composant l'espace transfrontalier franco-belge.

Ainsi, un projet expérimental de territoire de santé transfrontalier a vu le jour en Thiérache entre sept structures de soins. Depuis le 1^{er} mai 2000, des patients belges et français se font soigner de part et d'autre de la frontière dans un des établissements concernés par la convention négociée entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers sans qu'ils ne soient contraints de respecter des procédures administratives et financières décourageantes.

Aujourd'hui, six territoires de soins transfrontaliers ont été déployés :

- l'espace frontalier lorrain et de la province de Luxembourg constitue la zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) Lorlux ;
- le département des Ardennes et la province de Namur, la ZOAST Ardennes ;
- entre Maubeuge et Mons ;
- entre Tournai et Valenciennes ;
- au nord de l'agglomération lilloise entre onze structures de soins ;
- et en Thiérache.

Près de 20.000 patients français et belges se sont soignés sur l'autre versant frontalier, en 2013 et ce, sans obstacle administratif ni financier.

Ces différents dispositifs, concernant la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont été élargis à d'autres formes de prise en charge. En effet, les conventions de coopération intègrent les couvertures complémentaires octroyées par les mécanismes de politique de correction sociale tels que :

- la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) qui finance le reste à charge des patients dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil de revenus ;
- les Affections de Longue Durée (ALD) dont les coûts sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie ;
- les autres formes d'exonération etc...

De plus, depuis 2009, les assurés du département des Ardennes, bénéficiaires de la *Zoast Ardennes* sont couverts pour le reste à charge, par leur organisme complémentaire (assurance, mutuelle) auprès duquel ils sont affiliés.

Dès lors, tout le long de la frontière, l'accès aux soins à l'intérieur des territoires de santé transfrontaliers est aujourd'hui quasi comparable sur le plan administratif et financier à celui dont bénéficie tout assuré social dans son pays. Quant aux projets de collaboration entre les structures de soins, ils n'ont cessé de se diversifier et de s'intensifier tout le long de la frontière.

L'aide médicale urgente

À côté de cette coopération sanitaire, construite pas à pas et reposant sur un instrument juridique fondamental : l'accord-cadre de coopération sanitaire signé par les ministres de la santé de France et de Belgique, au nom des gouvernements des deux États, le 1/06/2005, une initiative importante a été mise en œuvre depuis 2008 : la convention d'aide médicale urgente.

La convention AMU transfrontalière signée le 20 mars 2007, entre les deux pays, a créé cette nouvelle forme de collaboration transfrontalière essentielle pour améliorer les chances de survie des patients et réduire les séquelles éventuelles liées à des accidents ou des affections tels que des AVC et ou des infarctus du myocarde. Ce dispositif a été implémenté dans chaque sous-région de l'espace frontalier franco-belge, à partir du premier semestre 2008.

Afin de réduire le temps d'intervalle médical libre (IML), entre l'appel à un centre d'appel unifié et la prise en charge médicale par un prestataire de soins au chevet du patient, des SMUR français et belges interviennent désormais de part et d'autre de la frontière.

En pratique, les Smur de chaque versant prennent en charge, en seconde intention, selon une grille de hiérarchisation établie, le patient du versant voisin qui ne peut être soigné par le SMUR du territoire sur lequel il se trouve car celui-ci est indisponible ou déjà en activité. De plus, dans certaines sous-régions (la Lorraine et l'Ardenne) où le temps d'intervalle médical peut dépasser les 20 minutes, une intervention en première intention a été développée avec l'accord des autorités et acteurs concernés.

Enfin, le dispositif créé est doté d'un mécanisme de régulation financière spécifique et original. Il est maintenant utilisé, sur d'autres versants frontaliers de l'U.E.

En guise de synthèse

La politique interrégionale européenne a permis de lancer, grâce aux différents programmes d'actions Interreg, des projets de coopération sanitaire, dans l'espace frontalier franco-belge.

Les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale créés dans la foulée des Accords de la CEEA et du Traité de Rome servent d'instruments de régulation financière de l'accès aux soins dans les régions frontalières.

Les initiatives prises pour améliorer l'accès aux soins, dans l'espace frontalier franco-belge reposent sur un instrument juridique de droit international, l'accord-cadre de coopération sanitaire signé en 2005, une dynamique de coopération entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers (hôpitaux, prestataires, assurance-maladie...), des mécanismes facilitateurs (la prise en charge des restes à charge, des procédures simplifiées...).

Ces développements assurent aujourd'hui aux patients de l'espace frontalier franco-belge, confrontés à la pénurie de prestataires dans certains lieux ou domaines d'activités, à la carence de certains maillons de l'infrastructure de soins de l'un ou l'autre versant frontalier, aux contractions des dépenses publiques et aux restructurations des établissements hospitaliers, un accès à des soins de qualité de proximité. ■

Étude comparative de la mortalité cardiovasculaire dans la zone ICAPROS, une zone transfrontalière

par Paul Majerus (1)

L'objectif principal de cette étude est de comparer les niveaux de mortalité de la France, de la Belgique et d'une zone transfrontalière franco-belge, appelée zone ICAPROS, pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire (ICD-10: I00-I99). Nous y étudions aussi la mortalité relative à deux causes secondaires incluses dans les maladies de l'appareil circulatoire, à savoir les infarctus aigus du myocarde (ICD-10: I21-I22) et les maladies cérébrovasculaires (ICD-10: I60-I69).

La principale hypothèse formulée est que cette zone ICAPROS, comprenant des territoires pour lesquels l'espérance de vie est plus faible que la moyenne nationale, est une zone de surmortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire. Nous formulons donc deux questions de recherche qui sont les suivantes :

La zone frontière ICAPROS est-elle une zone de surmortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire en regard des moyennes nationales belges et françaises ?

Existe-t-il, au sein même de cette zone, des différences de niveau de mortalité entre les territoires belges et français ?

Pour répondre à ces interrogations, nous avons calculé des taux standards de mortalité par cause ainsi que des ratios de taux standards en vue de comparer les niveaux de mortalité pour les différentes populations. Nous avons aussi mesuré l'âge moyen au décès pour les différentes causes de décès. Il en ressort que les taux standards de mortalité observés en zone ICAPROS sont semblables à ceux observés en Belgique et bien au-delà de ceux calculés pour la France. Cela peut sembler logique quand l'on connaît l'importante différence qu'il existe entre le niveau de mortalité cardiovasculaire de la France et celui de la Belgique. Il est plus étonnant de constater que ces différences, bien que plus faibles, se maintiennent entre les populations belges et françaises de la zone ICAPROS. Par ailleurs, nous constatons que les décès par maladies de l'appareil circulatoire sont plus précoces en zone ICAPROS qu'en France, et ce, pour les deux sexes, mais aussi en Belgique en ce qui concerne les hommes.

Introduction

« La France affiche le taux de mortalité cardiovasculaire le plus bas d'Europe »⁽²⁾. Cet ainsi que le quotidien en ligne français Le Monde.fr, revient,

en mai 2012, sur le rapport du Haut Conseil de la Santé Publique⁽³⁾ publiant notamment des données européennes de mortalité par causes spécifiques de décès issus des données Eurostat⁽⁴⁾. Effectivement, les niveaux de mortalité par maladies de l'appareil

Mots-clefs : Mortalité, France, Belgique, ICAPROS, cardiovasculaire, cérébrovasculaire

(1) Doctorant au Centre de recherche en démographie et société, DEMO-IACCHOS-UCL, IACS
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.03
1348 Louvain-la-Neuve
++ 32 (0)10/47.41.23
++32(0)496/07.38.52
paul.majerus@uclouvain.be

circulatoire (I00 – I99 dans l'ICD-10) des Français et Françaises sont, en 2009, les plus bas d'Europe. Ils atteignent respectivement 304 et 195 décès par tranches de 100.000 habitants. Soit des taux 4 à 5 fois plus faibles que ceux connus en Bulgarie la même année. Et bien que les différences soient moins importantes entre la France et ses voisins européens, elles n'en restent pas moins bien réelles : en 2009, le taux standard de mortalité des hommes est 1.3 fois plus élevé en Belgique qu'en France, celui des femmes l'est 1.4 fois ⁽⁴⁾.

De plus, en France, depuis 2004, les tumeurs sont devenues les causes de décès les plus récurrentes, reléguant du même coup les maladies de l'appareil circulatoire au second rang. En 2009, ces causes de décès représentaient respectivement 30 % et 27 % des décès totaux en France ⁽⁵⁾. La même année en Belgique, les maladies de l'appareil circulatoire étaient toujours la première cause de décès (31.4 % de l'ensemble des décès) devant les tumeurs (26.9 %) ⁽⁶⁾.

Les inégalités observées entre la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire en France et en Belgique ne doivent pas occulter les disparités importantes qui existent au sein même de ces pays. En Belgique, les populations flamandes connaissent des niveaux de mortalité plus faible que les populations wallonnes, et ce, depuis la fin de la Première Guerre mondiale ⁽⁷⁾. Selon la table de mortalité 2010-2012, l'espérance de vie à la naissance des hommes en Wallonie est de 75.6 ans contre 78.6 ans en Flandre, soit un écart de 3 ans ⁽⁸⁾. En 2012, en France, les écarts d'espérance de vie par départements étaient encore très importants. Cette année-là, l'espérance de vie des hommes dans le département du Pas de Calais (74.8 ans) était inférieure de 6.2 ans à l'espérance de vie des hommes dans le département des Hauts-de-Seine (81.0 ans) ⁽⁹⁾. Chez les femmes, l'écart était plus faible, mais atteignait, tout de même, 3.8 ans d'espérance de vie entre le département de Paris (86.2 ans) et celui des Ardennes (82.4 ans) ⁽⁸⁾.

Ce dernier département nous intéresse particulièrement dans le cadre de la présente étude. Celle-ci se veut être une étude comparative de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Belgique, en France et dans une zone transfrontalière franco-belge que nous appellerons la zone ICAPROS. Cette dernière, composée des arrondissements belges de Dinant et Philippeville en province de Namur, ceux de Neufchâteau et Virton en province de Luxembourg et du département des Ardennes en France est défini par « *le projet européen ICAPROS, financé par le programme INTERREG IV* » ⁽¹⁰⁾ et dont l'action 2 vise à « *approfondir la récolte de données et d'information sur les maladies cardiovasculaires [...] ciblée dans l'espace territorial concerné* » ⁽¹¹⁾.

Nous avons constaté que cette zone frontalière est une zone de surmortalité. Alors qu'en 2008

l'espérance de vie des hommes est de 77.5 ans ⁽¹²⁾ en France et de 76.8 ans en Belgique ⁽⁸⁾, elle ne dépasse pas les 74.9 ans (département des Ardennes) ⁽¹³⁾ dans la zone ICAPROS et le seuil minimum y est de 73.76 ans (moyenne pour la période 2005 – 2009 pour l'arrondissement de Philippeville) ⁽¹⁴⁾.

Ces nombreuses informations nous laissent à penser qu'il existe des inégalités de mortalité relatives aux maladies de l'appareil circulatoire entre la zone ICAPROS et les moyennes nationales belges et françaises. Dès lors, l'objectif de cette recherche est de réaliser une analyse comparative de la mortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire en zone ICAPROS en regard des situations belges et françaises. Nous chercherons donc à répondre à deux questions de recherche :

- La zone frontière ICAPROS est-elle une zone de surmortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire en regard des moyennes nationales belges et françaises ?
- Existe-t-il, au sein même de cette zone, des inégalités de mortalité entre les territoires belges et français ?

Afin de répondre le plus précisément possible à ces interrogations, nous détaillerons la méthodologie de cette étude avant de revenir sur les principaux résultats de cette dernière. Nous laisserons ensuite place à une discussion avant de conclure l'article en répondant aux deux questions de recherche.

Méthodologie

Dans cette étude, nous ciblons les maladies de l'appareil circulatoire dans leur ensemble. Nous étudions aussi la mortalité relative à deux maladies de l'appareil circulatoire des plus importantes :

- L'infarctus aigu du myocarde ;
- Les maladies cérébrovasculaires.

Nous avons sélectionné les causes de décès sur base de la nomenclature ICD-10 ⁽¹⁵⁾ et avons retenu les causes de décès suivantes :

- Diseases of the circulatory system (ICD-10 ; I00-I99),
- Acute myocardial infarction (ICD-10 ; I21-I22)
- cerebrovascular diseases (ICD-10 ; I60-69).

Nous avons basé notre travail d'une part sur les données belges proposées par l'Institut de Santé Publique belge ⁽¹⁶⁾ et, d'autre part, sur les données françaises proposées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ⁽¹⁷⁾ pour les territoires de France métropolitaine.

Nous avons collecté le nombre de décès par année et par causes agrégées par groupe d'âge et par sexe ainsi que la population s'y rapportant. Pour la

Belgique, les données de mortalité sont disponibles pour les années 1987 à 1999, puis pour les années 2004 à 2010. Les données françaises sont, elles, disponibles pour les années 1979 à 2010. Afin de pouvoir dresser une comparaison rigoureuse entre zones des deux pays, nous avons décidé de travailler sur les mêmes périodes, à savoir les années 2005 à 2009. Il est à noter que lors du choix des périodes d'études, les données belges pour l'année 2010 n'étaient pas encore disponibles.

Les groupes d'âge retenus lors de l'extraction de ces données et utilisés lors de la standardisation des taux de mortalité sont les suivants : moins de 25 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65-74 ans, 75-84 ans, 85 ans et plus, l'amplitude des classes étant déterminée par les données disponibles pour les deux pays.

Nous ne présenterons pas dans cet article des taux bruts totaux, cet indicateur étant trop dépendant de la structure par âge de la population, surtout dans le cas d'une étude de la mortalité vasculaire. Afin de neutraliser l'effet de l'âge dans le calcul de la mortalité, nous avons calculé des taux standardisés de mortalité. Dans notre étude, nous avons choisi d'appliquer une standardisation directe et de travailler avec le standard européen ⁽¹⁸⁾.

$$I = \sum \left[\left(\frac{d_j}{p_j} \cdot 100000 \right) \cdot c_{Ej} \right];$$

Où « I » est le taux standardisé de mortalité, « dj » représente le nombre de décès pour la tranche d'âge « j », « pj » représente la population de la tranche d'âge j et « cEj » représente la part de la tranche d'âge dans le standard européen.

Wunsch (1993) insiste sur la nécessité de mesurer la signification statistique de nos résultats afin de les comparer, et ce, même si nous travaillons sur une population exhaustive. En effet, G. Wunsch précise qu'« On peut supposer que les données résultent d'un processus aléatoire ⁽¹⁹⁾. Dans ce cas, l'inférence consiste à déterminer si les valeurs des paramètres n'ont pas été obtenues par accident et dès lors [...] une différence significative, présupposerait de l'existence de facteur causal ou explicatif dans la production des différences observées » ⁽²⁰⁾. De plus, dans notre cas, nous travaillons sur des échantillonnages de populations relativement faibles, il est donc très indiqué de se méfier de l'effet de cas isolés, d'accidents. Nous avons donc calculé les intervalles de confiance de chacun des taux standardisés calculés. Nous pouvons alors affirmer que la différence entre deux taux standards est statistiquement significative lorsqu'elle « ne peut être due uniquement à la seule erreur de mesure aléatoire » ⁽²⁰⁾, donc, lorsque les intervalles de confiance ne se superposent en aucun point. En obéissant à la loi normale, et à un niveau

de confiance de 95%, l'intervalle de confiance est calculé par ces formules :

$$\text{var}(I) = \sum \left[\frac{n_{sj} \cdot \text{var}(D_j)}{N_j^2} \right]$$

$$[I; I] = [I - 1.96 \sqrt{\text{var}(I)}; I + 1.96 \sqrt{\text{var}(I)}]$$

Où « I » est le taux standard de mortalité, « Dj » est le nombre de décès (hospitalisations) à l'âge « j », « nsj » est la distribution relative par âge standard et « Nj » est l'effectif de population d'âge j ⁽²⁰⁾.

Nous réaliserons, à partir de cet indicateur, une étude comparative de la mortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire en zone ICAPROS, en Belgique et en France. Ensuite, nous calculerons les ratios des taux standardisés de mortalité (SRR pour « Standardized Rate Ratios ») afin de comparer la mortalité observée dans la zone belge du territoire ICAPROS avec la mortalité de la zone française de ce territoire.

$$SRR = \frac{I_a}{I_b} = \frac{\sum_{j=0}^j n_{sj} \cdot R_{aj}}{\sum_{j=0}^j n_{sj} \cdot R_{bj}}$$

$$\text{var}(\log(SRR)) = \frac{\text{var}(I_a)}{(I_a)^2} + \frac{\text{var}(I_b)}{(I_b)^2}$$

$$[\log(SRR); \log(SRR)] = \log(SRR) \pm 1.96 \cdot \sqrt{\text{var}(\log(SRR))}$$

Où « Ia » et « Ib » sont les taux standardisés de mortalité pour les populations a et b et où « Raj » est le taux brut de mortalité à l'âge « j » pour la population a ⁽²¹⁾.

Dans cette étude, nous portons aussi notre attention sur une autre caractéristique des décès, à savoir le calendrier. Pour synthétiser les informations relatives à la variable « âge » dans cette étude de la mortalité, nous nous appuyerons sur l'âge moyen lors du décès.

$$A = \frac{\sum (m_j \cdot a_j)}{M};$$

Où « A » est l'âge moyen au décès, « aj » est la valeur centrale de la classe d'âge « j », « mj » correspond au nombre de décès qui ont touché des personnes se situant dans la tranche d'âge « j », et M correspond au nombre total de décès.

Résultats

La Figure 1 nous présente graphiquement les différences qui existent entre les taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en France, en Belgique et dans la zone ICAPROS, pour les hommes et les femmes. Dans un premier temps, nous pouvons constater que les hommes et les femmes ne sont pas égaux devant la mort par maladies de l'appareil circulatoire. Nous le constaterons par la suite, ces inégalités s'observent aussi pour les décès causés par des infarctus aigus du myocarde ou par des maladies cérébrovasculaires. Dans ces trois territoires, le niveau de mortalité par maladies

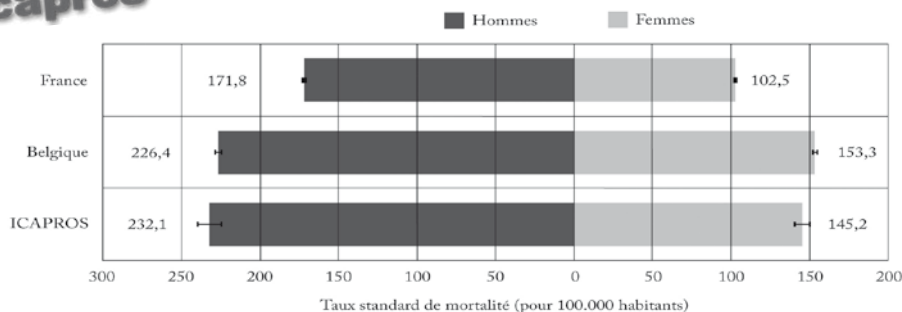


Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

de l'appareil circulatoire des hommes est entre 1.44 et 1.77 fois plus élevé que celui des femmes. Dans un second temps, nous observons une nette différence entre le taux standard de mortalité enregistré en France et ceux enregistrés en Belgique et dans la zone ICAPROS. Pour les deux sexes, les taux standards de mortalité observés en France sont inférieurs à ceux de la Belgique et de la zone ICAPROS. En zone ICAPROS, le taux standard de mortalité est entre 1.26 et 1.45 fois plus élevé que dans la population masculine française. Chez les femmes, ce

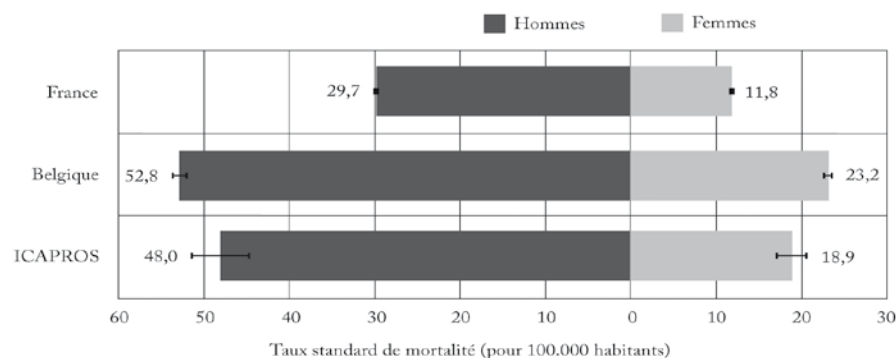


Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par infarctus du myocarde

ratio varie entre 1.32 et 1.52. En Belgique, ces deux ratios varient entre 1.29 et 1.34 pour les hommes et entre 1.47 et 1.52 pour les femmes. Entre la mortalité mesurée en zone ICAPROS et celle mesurée pour la population belge dans son ensemble il n'y a pas de différences significatives chez les hommes. Chez les femmes, même si la différence est très légère, elle n'en est pas moins significative.

La mortalité par infarctus aigu du myocarde (Figure 2) semble présenter les mêmes caractéristiques que

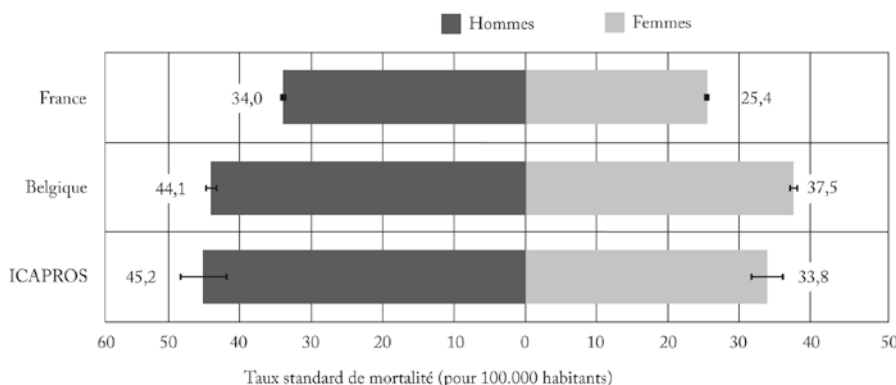


Figure 3 : Taux standardisés de mortalité par maladies cardiovasculaires

la mortalité cardiovasculaire en général. Effectivement, nous constatons une surmortalité masculine par rapport aux niveaux de mortalité féminins. Dans

ces trois territoires, le niveau de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire des hommes est entre 2.16 et 3.30 fois plus élevé que celui des femmes. La différence entre les sexes est plus marquée pour les décès par infarctus aigus du myocarde que pour l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire. Nous constatons aussi des taux de mortalité presque semblables entre les populations belges et celles de la zone ICAPROS, ces taux étant largement supérieurs à ceux observés dans la population française. La mortalité masculine en zone ICAPROS est entre 1.37 et 1.90 fois plus élevée qu'en France. Ce ratio varie entre 1.71 et 1.85 pour la population belge. Chez les femmes, le rapport entre la mortalité de la zone ICAPROS et celle de la France est compris dans l'intervalle [1.30 – 1.97] alors que le rapport entre la mortalité en Belgique et celle de la France est compris dans l'intervalle [1.87 – 2.07]. Entre les taux de mortalité observés en Belgique et ceux de la zone ICAPROS, nous constatons graphiquement des différences significatives, les taux standards de mortalité belges par infarctus aigu du myocarde étant significativement supérieurs à ceux calculés pour la zone ICAPROS.

Enfin, les mêmes schémas se reproduisent en ce qui concerne la mortalité par maladies cérébrovasculaires (Figure 3). La mortalité s'y référant est entre 1.07 et 1.67 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. De plus, c'est à nouveau en France que la mortalité est la plus faible. En Belgique, chez les hommes, la mortalité y est entre 1.24 et 1.35 fois plus élevée. Cet intervalle est compris entre 1.37 et 1.57 pour les hommes de la zone ICAPROS. En Belgique, chez les femmes cette fois, la mortalité y est entre 1.43 et 1.53 fois supérieure, ce ratio variant entre 1.14 et 1.55 pour la population féminine de la zone ICAPROS. Entre les taux standardisés de mortalité des hommes de la zone ICAPROS et des hommes belges, il n'y a pas de différences statistiquement significatives. Par contre, une très légère différence existe entre le taux standard de mortalité des femmes belges (intervalle de confiance à 95 % : [36.99 – 38.04]) et celui des femmes de la zone ICAPROS (intervalle de confiance à 95 % : [31.56 – 36.00]).

Une des particularités de la zone ICAPROS étant d'être une zone transfrontalière franco-belge, et compte tenu des grandes différences observées entre les niveaux de mortalité cardio et cérébrovasculaire de la France et de la Belgique, il nous semble important d'étudier et de comparer les niveaux de mortalité des populations belges et françaises peuplant cette zone. La population belge de la zone ICAPROS comprend les habitants des arrondissements belges de Dinant, Neufchâteau, Philippeville et Virton. La population française de la zone ICAPROS se résume aux habitants du département des Ardennes.

En regard du Tableau 1, nous pouvons affirmer que la population belge de la zone ICAPROS subit des

Sexe	Territoire	Taux standards	SRR	IC 95 %	Taux standards	SRR	IC 95 %	Taux standards	SRR	IC 95 %
		<i>Maladies de l'appareil circulatoire</i>			<i>Infarctus aigu du myocarde</i>			<i>Maladies cérébrovasculaires</i>		
Homme ♂	Ardennes	210,44	1,00	Groupe référence	39,05	1,00	Groupe référence	39,34	1,42	Groupe référence
	ICAPROS Belge	254,59	1,21	[1,05-1,40]	57,29	1,47	[1,06-2,04]	51,37	1,31	[0,94-1,82]
Femme ♀	Ardennes	125,01	1,00	Groupe référence	15,71	1,00	Groupe référence	29,10	1,42	Groupe référence
	ICAPROS Belge	166,24	1,33	[1,15-1,64]	22,31	1,42	[0,93-2,17]	38,65	1,32	[0,78-1,80]

Tableau 1 : Taux standards et ratio des taux standards de mortalité (2005-2009)

taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire supérieurs à ceux connus par la population française de ce territoire. Chez les hommes, le SRR est de 1.21, chez les femmes il est de 1.33. Nous constatons aussi que la mortalité par infarctus aigu du myocarde est 1.47 fois plus élevée chez les hommes de la zone belge d'ICAPROS que chez leurs homologues français. Chez les femmes, pour cette même cause de décès la différence n'est pas statistiquement significative. Nous pouvons toutefois constater que pour les années 2005 à 2009, la mortalité par infarctus était 1.42 fois plus élevée dans les territoires belges de la zone ICAPROS. Toujours dans le Tableau 1, nous constatons que s'il existe bien des différences entre les taux standards de décès par maladies cérébrovasculaires entre les territoires belges et français de la zone ICAPROS, celles-ci sont non-significatives. Pour les années 2005 à 2009, le SRR s'y rapportant était de 1.31

d'un indicateur synthétique de la répartition par âge des décès, à savoir l'âge moyen au décès.

L'âge moyen lors du décès est toujours supérieur chez les femmes. Pour les maladies de l'appareil circulatoire, l'écart est de l'ordre de 7 à 8 ans. Il est plus élevé en ce qui concerne les maladies de type infarctus aigu du myocarde (entre 8 et 10 ans) et plus faible pour les maladies cérébrovasculaires (entre 5 et 6.5 ans).

Les décès pour cause d'infarctus aigu du myocarde surviennent en moyenne entre 3 et 4 ans plus tôt chez les hommes et entre 1 et 1.5 an plus tôt chez les femmes que les décès de l'appareil circulatoire en général. Enfin, l'âge moyen lors du décès chez les hommes est plus élevé pour les maladies cérébrovasculaires que pour les maladies de l'appareil circulatoire dans leur ensemble. Ces écarts atteignent entre 0.5 et 1.5 an. À l'inverse, chez les

Sexe	Territoire	Âge moyen	IC 95 %	Âge moyen	IC 95 %	Âge moyen	IC 95 %
		<i>Maladies de l'appareil circulatoire</i>		<i>Infarctus aigu du myocarde</i>		<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	
Homme ♂ 🧑	ICAPROS	75,61	[75,18-76,03]	71,38	[70,41-72,35]	76,73	[75,82-77,64]
	France	77,93	[77,84-78,03]	73,07	[72,95-73,19]	78,45	[78,36-78,55]
	Belgique	76,56	[76,52-76,61]	73,20	[73,00-73,40]	77,95	[77,75-78,15]
	Ardennes	75,58	[74,96-76,21]	71,57	[70,06-73,08]	76,35	[75,01-77,69]
	ICAPROS Belge	75,63	[75,05-76,21]	71,25	[79,98-72,52]	77,03	[75,79-78,27]
Femme ♀ 🧑	ICAPROS	83,54	[83,22-83,87]	80,93	[79,92-81,94]	80,93	[79,92-81,94]
	France	85,25	[85,21-85,28]	83,24	[83,13-83,35]	83,24	[83,13-83,35]
	Belgique	83,53	[83,45-83,60]	81,11	[80,92-81,31]	81,11	[80,92-81,31]
	Ardennes	83,61	[83,11-84,11]	81,50	[80,02-82,98]	81,50	[80,02-82,98]
	ICAPROS Belge	83,50	[83,08-83,92]	80,50	[79,16-81,84]	80,50	[79,16-81,84]

Tableau 2 : âge moyen lors du décès et intervalles de confiance (2005-2009)

chez les hommes et de 1.32 chez les femmes. Le taux standard de mortalité ne suffit pas à décrire le niveau de mortalité d'une population. La répartition par âge des décès doit aussi être prise en compte pour savoir si certaines populations décèdent plus précocement. Le Tableau 2 ci-contre nous renseigne sur cette autre caractéristique de la mortalité à l'aide

femmes, l'âge moyen lors du décès par maladies cérébrovasculaires est inférieur à l'âge moyen lors du décès par maladies de l'appareil circulatoire.

En ce qui concerne les différences franco-belges, nous constatons que l'âge moyen lors du décès est significativement plus élevé en France qu'en Belgique, en zone ICAPROS ou dans les territoires

internes à la zone ICAPROS (département des Ardennes et territoires belges de la zone ICAPROS), pour les deux sexes et quelle que soit la cause de décès. Seule exception à cette règle, l'âge moyen lors du décès par infarctus qui est plus élevé chez les hommes belges que chez leurs homologues français. Toutefois, cette différence est non-significative. Entre la zone ICAPROS et la Belgique dans son ensemble, les valeurs sont sensiblement les mêmes chez les femmes. Aucune différence significative n'apparaît. Au contraire, chez les hommes, nous pouvons constater que pour chacune des causes de décès, la mortalité est plus précoce en zone ICAPROS qu'en Belgique. Cette différence est d'environ 1.5 an pour les maladies de l'appareil circulatoire en général, 2 ans pour les infarctus aigus du myocarde et 1 an pour les maladies cérébrovasculaires. La zone ICAPROS possède donc la caractéristique de connaître une mortalité cardio et cérébrovasculaire plus précoce que la France pour les deux sexes, et plus précoce que la Belgique pour les hommes. Mais qu'en est-il au sein même de cette zone ? Nous pouvons observer, toujours dans le Tableau 2, que les âges moyens lors du décès sont sensiblement identiques pour la population des Ardennes et pour la population belge de la zone ICAPROS. Ces valeurs moyennes tendent, logiquement, vers les valeurs observées pour la zone ICAPROS dans son ensemble.

Discussion

Nous pouvons tirer plusieurs constats de cette étude. D'une part, la zone ICAPROS, à l'instar de la Belgique, connaît des taux de mortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire largement supérieurs à ceux observés sur l'ensemble du territoire de France métropolitaine. Les résultats belges et français viennent corroborer les résultats présentés par le Haut Conseil de la Santé Publique de France dans le rapport : « *La santé en France et en Europe : convergence et contraste* »⁽³⁾. Toutefois, comparaison n'est pas raison, il faut garder à l'esprit que la carte française de la mortalité cardiovasculaire n'est pas homogène. Les niveaux de mortalité cardiovasculaire du nord-est de la France sont bien supérieurs à ceux observés dans les départements du sud de la France ou en Île-de-France. Ces différences de mortalité infra nationale en France pourraient s'expliquer, entre autres, par des différences socio-économiques, environnementales, de démographie hospitalière ou de comportement alimentaire et de santé. Dès lors, et même si la France montre à l'heure actuelle des chiffres très encourageants concernant la santé cardiovasculaire de ses populations, du chemin reste à accomplir en vue de combler les écarts de santé qui se maintiennent sur l'ensemble de son territoire.

Notre second constat concerne la zone ICAPROS. Nous avons remarqué qu'entre 2005 et 2009 les niveaux de mortalité par maladies de l'appareil

circulatoire, par infarctus aigu du myocarde ou par maladies cérébrovasculaires s'apparentent fortement aux taux belges pour la même période. Parallèlement, nous constatons donc logiquement une surmortalité cardio et cérébrovasculaire par rapport aux niveaux de mortalité français. Ce qui est interpellant dans les résultats que nous avons obtenus tient dans la différence significative observée entre les niveaux de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire des populations belges de la zone ICAPROS et ceux des populations françaises. Effectivement, seule une frontière administrative sépare ces deux territoires. L'étude sociodémographique⁽²¹⁾ réalisée dans le cadre du projet ICAPROS nous apprend que les niveaux socioéconomiques sont assez semblables, de même que les comportements alimentaires. Dès lors, nous sommes en droit de nous interroger sur les raisons de telles différences de mortalité. La réponse pourrait être à chercher dans les politiques de santé publique mises en place dans les deux pays ou encore dans les comportements de santé adoptés par les populations. Il serait aussi intéressant de comparer les procédures de prises en charge prédéterminées pour ces pathologies en France et en Belgique. Au même titre, la comparaison des conditions d'enregistrement des causes de décès peut être une piste à investiguer afin de mieux comprendre les raisons de ces différences qui interpellent.

Enfin, autre résultat interpellant issu de cette étude, la mortalité cardiovasculaire semble plus précoce en zone ICAPROS qu'en France et en Belgique, et ce, particulièrement chez les hommes. Il est à noter que cette précocité des événements au sein de la zone ICAPROS se maintient après standardisation de la répartition par âge de la population. D'éventuelles inégalités dans la répartition par âge des populations n'expliquent donc pas, à elle seule du moins, ces inégalités d'âges moyens lors du décès. Il semblerait dès lors que les décès par maladies de l'appareil circulatoire considérés comme précoces (*concernant une personne âgée de moins de 65 ans*) soient plus nombreux en zone ICAPROS qu'en moyenne en France et en Belgique. Les comportements alimentaires et comportements à risque (*consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité...*) sont sûrement à pointer du doigt dans ce cas. Quoi qu'il en soit, ce phénomène démontre bien l'importance des campagnes de prévention et d'information auprès des jeunes publics et des personnes actives.

Conclusion

Pour conclure, nous ne pouvons affirmer que la zone ICAPROS soit une zone de surmortalité cardiovasculaire et cérébrovasculaire en regard des niveaux belges de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. En revanche, l'écart est important entre les niveaux de mortalité cardio et cérébrovasculaire

français et ceux de la zone ICAPROS, mais aussi ceux de la Belgique. De plus, les décès sont plus précoces chez les habitants de la zone ICAPROS qu'en moyenne en France ou en Belgique. Pour ces derniers, seuls les écarts constatés dans la population masculine sont significatifs.

Au sein même de la zone ICAPROS, il existe des différences entre les niveaux de mortalité. La mortalité par maladie de l'appareil circulatoire est significativement plus élevée chez les populations belges de cette zone que chez les populations françaises. D'autres écarts observés n'ont pu être généralisés de par leur caractère non significatif. Et c'est sans doute la limite principale de ce travail. Nous avons travaillé sur des populations de faibles

effectifs et cela s'en ressent dans nos résultats. Dans le futur, et afin de cibler au mieux les inégalités de mortalité entre ces différentes populations, il faudrait opérer avec des tests statistiques beaucoup plus puissants, ce qui permettrait de réduire les intervalles de confiances. Paradoxalement, il serait très intéressant d'affiner encore les territoires étudiés le long de la frontière franco-belge afin de permettre une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels naissent les inégalités de mortalité cardiovasculaire. Dans le même ordre d'idées, l'intégration de variables socio-économiques, environnementales ou comportementales aux analyses de mortalité nous permettrait de déterminer l'influence de ces variables sur les inégalités de mortalité. ■

Bibliographie

- [1] LE MONDE.FR, *La France affiche le taux de mortalité cardiovasculaire le plus bas d'Europe*, 24/05/2012. http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/05/24/la-france-affiche-le-taux-de-mortalite-cardiovasculaire-le-plus-bas-d-europe_1707124_1651302.html, consulté le 25 juillet 2014.
- [2] HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France et en Europe : convergence et contraste, La documentation française, Avis et rapport*, 2012, 265pp.
- [3] COMMISSION EUROPÉENNE, Eurostat : base de données, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, consulté le 25 juillet 2014.
- [4] INSEE, *Principales causes de décès en 2011, Série longue depuis 1996 – NATFPS06205*. <http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATFPS06205.xls>, consulté le 25 juillet 2014.
- [5] ECONOMIE STATISTICS BELGIUM, *Population - Causes de décès 1998 – 2011. Évolution des principales causes de décès selon cim-10, par sexe, résidents belges et étrangers*, http://statbel.fgov.be/fr/binaries/FR_Tab4.7_Evolution_Groupes%20et%20Regions_tcm326-80258.xls, consulté le 25 juillet 2014.
- [6] EGGERICKX T., SANDERSON J.-P., PELTIER F., *Les inégalités spatiales de mortalité en Belgique : 1980 – 2005, Actes du colloque de la CUDEP, démographie et santé. Bordeaux, 2010 : 145 – 161.*
- [7] ECONOMIE STATISTICS BELGIUM, *Table de mortalité et espérance de vie*, http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/deces_mort_esp_vie/tables/, consulté le 25 juillet 2014.
- [8] INSEE, *Espérance de vie en 2012 : comparaisons départementales*, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0503D, consulté le 25 juillet 2014.
- [9] ICAPROS, *Présentation d'ICAPROS : les objectifs*, <http://www.preventionsante.eu/pages/presentation/projet.html>, consulté le 25 juillet 2014.
- [10] ICAPROS, *Présentation d'ICAPROS : Action 2*, <http://www.preventionsante.eu/pages/presentation/actions.html#action2>, consulté le 25 juillet 2014.
- [11] INSEE, *Bilan démographique 2008*, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1220, consulté le 25 juillet 2014.
- [12] INSEE, *Espérance de vie au 1er janvier 2012. Série longue depuis 2000*, http://www.insee.fr/fr/insee_regions/champagne-ardenne/themes/TABLEAUX/poptc02402.xls, consulté le 25 juillet 2014.
- [13] IWEP, UCL, *Cytise commune. Mortalité de la population 2005 – 2009*, <http://cytisecommunes.gedap.be/asp/traiterequete.asp>, consulté le 25 juillet 2014.
- [14] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *ICD-10 version : 2010. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>, consulté le 25 juillet 2014.
- [15] INSTITUT DE SANTÉ PUBLIQUE, *SPM : Specific cause (icd9/icd10) mortality by year*, https://www.wiv-isp.be/scripts92/broker.exe?_service=default&_program=pspm.speccaus.sas, consulté le 25 juillet 2014.
- [16] CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LES CAUSES MÉDICALES DE DÉCÈS, *Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2011*, <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>, consulté le 25 juillet 2014.
- [17] EUROSTAT, *Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, Methodologies and Working papers, Luxembourg, 2013 : 24-27.*
- [18] BRILLINGER D.R., *The natural variability of vital rates and associated statistics, Biometrics. 1986 : 693 – 734.*
- [19] THILTGES E., WUNSCH G., *Une confusion standardisée : variables confondantes et standardisation. Genus Rome 1995. LV (3-4).Institut de démographie. UCL. Louvain-la-Neuve. 1995 : 27-59.*
- [20] NEWMAN S. C., *Biostatistical Methods in Epidemiology, John Wiley & Sons, USA, 1952 : 249 – 263.*
- [21] ICAPROS, *Le tableau de bord transfrontalier de la santé cardiovasculaire*, <http://www.preventionsante.eu/pages/introduction/intro.html>, consulté le 25 juillet 2014.

ICAPROS, agir pour la santé cardiovasculaire des populations en zone transfrontalière par la prévention et l'éducation

par Marie Madeleine Leurquin (1) et Paul Majerus (2)



Mme Evelynne Adnet lors d'une animation en entreprise à Bertrix dans les Ardennes belges.

(1) Chargée de projets en communication, Centre d'Éducation du Patient

Rue Fond de la biche, 4
B - 5530 Godinne
++32 (0) 82 61 46 11

marimadeleine.leurquin@educationdupatient.be

(2) Doctorant au Centre de recherche en démographie et société, DEMO-IACCHOS-UCL, IACS
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.03
1348 Louvain-la-Neuve
++ 32 (0)10/47.41.23
++32(0)496/07.38.52
paul.majerus@uclouvain.be

Pendant de longues années, les maladies de l'appareil circulatoire ont été la principale cause de décès dans les pays d'Europe de l'Ouest. Aujourd'hui, en diminution, ce type de décès qui représentait, en Belgique 40 % des décès totaux en 1987 n'en représente plus que 32 % en 2008 ; en France, en 2005, ce sont les décès imputables aux tumeurs qui sont devenus la première cause de mortalité (30 %) devant les maladies cardiovasculaires (28 %).

Malgré ces données encourageantes, les niveaux de décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire restent, malheureusement, aujourd'hui encore, très importants en Belgique comme dans le nord-est de la France. De plus, certaines populations semblent plus vulnérables. Il en est ainsi des populations d'une zone transfrontalière couvrant le département français des Ardennes ainsi que les arrondissements belges de Dinant, de Philippeville, de Neufchâteau et de Virton.

En ce territoire transfrontalier, des constats interpellent⁽²⁾ : des taux standards d'admission hospitalière pour AVC 15% plus élevés qu'en Belgique et, cela, tant chez les hommes que chez les femmes⁽³⁾ ;

des taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde 70 % plus élevés que les taux connus en France⁽⁴⁾ (cette différence est de 30 % pour ce qui est des maladies cérébrovasculaires⁽⁵⁾) ; une moyenne d'âge des personnes hospitalisées pour un problème de type cérébrovasculaire inférieure de 4 ans chez les hommes, de 5 ans chez les femmes par rapport à la moyenne belge⁽⁶⁾...

Le projet ICAPROS (2009-2014), financé par le programme INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen se penche sur la « santé cardiovasculaire » des populations de ce territoire transfrontalier « plus à risque ». Ses objectifs sont de permettre une meilleure compréhension de la problématique et de mettre en place des moyens et des outils de prévention et d'éducation visant à

impacter positivement la santé et la qualité de vie de ces populations. En effet, aux côtés de facteurs de risque non modifiables (âge, sexe, antécédents familiaux), les principaux facteurs de risque artériels sont soit comportementaux, comme le tabagisme, soit modifiables par une hygiène de vie adaptée en agissant effectivement sur la sédentarité et le surpoids comme pour l'hypertension artérielle, le diabète et le cholestérol en excès.

Dans ce cadre, le projet ICAPROS développe un tableau de la santé cardiovasculaire, un cadastre des acteurs et actions développées, des animations en entreprises et dans les écoles, la sensibilisation et l'information des professionnels et enfin, une campagne de prévention quant à l'importance des délais de réaction face aux premiers signes d'un événement cardiaque (infarctus) ou cérébrovasculaire (AVC).

Le tableau de bord de la santé transfrontalière porte sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques ainsi que sur des données de morbidité et de mortalité cardiovasculaires en zone ICAPROS mais aussi en Belgique et en France. Il permet une prise de conscience de l'importance du problème, renseigne sur l'évolution de la santé cardiovasculaire

sur ce territoire durant ces vingt dernières années ainsi que sur les populations les plus vulnérables... Il doit éclairer les décideurs ainsi que les professionnels de la santé et du social quant aux politiques à poursuivre, à l'orientation des actions à mettre en place et aux publics à cibler prioritairement.

Un répertoire des acteurs et des actions en promotion, prévention et éducation à la santé cardiovasculaire consultable sur <http://www.preventionsante.eu> poursuit la mutualisation des bonnes pratiques et des moyens. Le souhait est aussi de motiver les acteurs de terrain à mener des initiatives structurées d'éducation à la santé accordant une place prépondérante à la personne en tant qu'acteur de santé.

Qu'elles se déroulent en entreprises ou dans les écoles, les actions de prévention développées veulent aborder de manière résolument « positive » les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque en valorisant l'estime de soi, l'esprit critique, l'acquisition de connaissances, d'habitudes saines ou de nouvelles habilités...

Le travail avec les enseignants poursuit comme finalité de former des relais porteurs d'une dynamique de prévention auprès des adolescents dans le secteur socio-éducatif de la zone frontalière.

En entreprise, les animations sont habituellement suivies d'un dépistage.

Ces animations auprès des travailleurs ou des adolescents sont réfléchies, à chaque fois, en fonction des caractéristiques des publics et construites avec les responsables des lieux qui les accueillent. Contenus adaptés et outils d'animation spécifiques facilitent le dialogue et permettent de rejoindre les préoccupations de publics tels des personnes parlant difficilement le français ou travaillant en centres de travail adaptés.

Ces rencontres de publics particuliers, quelquefois plus fragiles, comme les jeunes au Centre social de Torcy à Sedan, les travailleurs de l'atelier du Saupont à Bertrix, le groupe des Anciens de Givet..., nous montrent la richesse de ces approches singulières, l'importance de continuer à œuvrer pour la santé cardiovasculaire⁽⁷⁾, la souplesse nécessaire dans l'adaptation des contenus aux réalités culturelles mais aussi socio-économiques des populations, et enfin l'importance de construire un projet de prévention et d'éducation en étant le plus proche possible des publics ciblés et des bénéficiaires.

Une vaste campagne de sensibilisation sur l'importance des délais de réaction face aux premiers signes commencera en septembre 2014. Cette campagne a comme accroche « *Lors d'un AVC ou d'un infarctus, chaque minute compte...* ».

Les contenus diffusés et les médias proposés veulent répondre aux interrogations et attentes du public et des professionnels.

L'approche de l'information à diffuser vers le public s'est faite par le biais d'enquêtes, de focus group, de rencontres particulières dans différents milieux de vie, etc. afin de cerner les représentations, les comportements déclarés, les connaissances, les peurs...

Pour les professionnels et les représentants politiques, de nombreuses rencontres et conférences organisées depuis plus de 2 ans ont eu pour but de les sensibiliser à la problématique et de les associer dans l'élaboration des contenus et des moyens à mettre en place.

Ces actions n'ont de sens que si elles s'inscrivent dans la durée et dans la mise en place d'une dynamique commune aux acteurs de la zone transfrontalière qu'ils soient décideurs, enseignants, professionnels de la santé ou du social.

Dans cette optique, des conférences de sensibilisation et d'information se mettent en place afin que chaque professionnel puisse s'inscrire dans une dynamique de prévention et d'éducation: les objectifs de ces rencontres sont de conscientiser à l'importance du problème, informer sur les différentes dimensions du projet ICAPROS, valoriser les outils à disposition et les ressources, montrer comment chaque professionnel, dans les limites de son rôle, peut contribuer à la santé cardiovasculaire des populations...

De plus, pendant les animations, les dépistages révèlent des personnes qui présentent des facteurs de risque ou ont développé une pathologie cardiovasculaire. Il importe aussi de permettre au plus grand nombre de ces personnes d'accéder à des soins de qualité et à un programme coordonné d'éducation du patient.

Si un assainissement de notre mode de vie, une diminution du tabagisme, le contrôle de l'hypertension, une alimentation plus équilibrée, le développement de la chirurgie cardiaque... ont contribué à une réduction de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire depuis la fin du XX^e siècle, les actions doivent se poursuivre si nous voulons que la santé du cœur et des vaisseaux continue à s'améliorer dans les années futures. Les niveaux de décès dus à ce type de maladies restent toujours très importants et certains facteurs relativement récents, tels les problèmes physiques de surcharge pondérale, d'obésité, de sédentarité... et le stress⁽⁸⁾ (qu'il soit lié au travail, à la recherche de travail ou autre) pourraient, dans les années à venir, ralentir, voire inverser, la tendance, actuellement à la baisse, de l'importance de ce type de maladies. ■

Pour en savoir plus :
<http://www.preventionsante.eu/>

(2) MAJÉRUS P., J.-L., COLLIGNON, E., SCHRÖDER. 2013. *État des lieux de la santé cardiovasculaire sur le territoire Icapros entre 2003 et 2006. Rapport d'étude. Centre d'Éducation du Patient. 86pp. Téléchargeable sur <http://www.preventionsante.eu/>*

(3) *Moyenne pour les années 2003-2005*

(4) *Moyenne pour les années 2004-2006*

(5) *Idem*

(6) *Moyenne pour les années 2003-2005*

(7) *Dans les domaines de la promotion à la santé, de la prévention et de l'éducation des personnes à risque ou ayant développé une pathologie (éducation du patient)*

(8) *Facteur aggravant*

Pour l'équipe du projet ICAPROS

Marie-Madeleine Leurquin

Chargée de projets en communication au Centre d'Éducation du Patient

Rue Fond de la Biche, 4

B. 5530 Godinne

mariemadeleine.leurquin@educationdupatient.be

+32 (0) 82 61 46 11

Paul Majérus

Doctorant au Centre de recherche en démographie et société, DEMO-IACCHOS-UCL, IACS

Place Montesquieu, 1 bte L2.08.03

B.1348 Louvain-la-Neuve

paul.majerus@uclouvain.be

+32(0)496/07.38.52.

Comment aborder les maladies cardiovasculaires chez le public adolescent ?

par Sandrine Walhin (1)

Mots- clés : Santé
cardiovasculaire, facteurs de
risque, adolescent, animation,
milieu scolaire, approche
participative, enseignants.

Le projet Interreg IV – ICAPROS a permis de développer sur une durée de 4 ans, une approche transfrontalière novatrice de la promotion de la santé en milieu scolaire grâce à la collaboration entre des spécialistes belges des provinces de Luxembourg et de Namur et des spécialistes français des départements des Ardennes et de la Marne.

Cette action a été menée dans le but de promouvoir une action préventive concernant les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque auprès des adolescents. Les maladies cardiovasculaires ne concernent pas directement les adolescents mais ceux-ci sont exposés à de nombreux facteurs – sociologiques, culturels, économiques – les orientant vers le tabagisme, un manque d'exercice physique, une alimentation trop riche en sucres et en graisses. L'exposition répétée à un ou plusieurs de ces facteurs constitue, sur le long terme, le point d'ancrage de la maladie cardiovasculaire.

Notre objectif général était de susciter le développement de l'esprit critique des adolescents afin de leur permettre de faire des choix « en connaissance de cause » pour favoriser l'acquisition d'habitudes « saines ». Une attention particulière s'est portée sur la valorisation de leurs connaissances et la mise en valeur de leur estime de soi. Pour concrétiser notre objectif, nous avons choisi une démarche pédagogique basée sur des animations favorisant la synergie du débat.



L'ensemble des personnes relais au sein du milieu scolaire a été sollicité. Elles ont reçu une information générale sur les maladies cardiovasculaires et sur le processus mis en place avec les élèves.

Ces débats ont permis à chaque adolescent d'écouter et d'entendre sans jugement les points de vue, les réactions et les comportements mis en place par l'autre face à différentes thématiques encadrant notre quotidien. Chaque adolescent a pu améliorer ses connaissances, aiguiser son esprit critique, renforcer son estime de soi en toute neutralité dans le respect de lui-même et des autres.

(1) chargée de projet Interreg pour la mutualité chrétienne en Province de Luxembourg

sandrine.walhin@mc.be

Tél : 0496 59 07 76

Le projet Interreg IV – ICAPROS a permis de développer une approche transfrontalière novatrice de la promotion de la santé en milieu scolaire grâce à la collaboration entre des spécialistes belges des provinces de Luxembourg et de Namur et des spécialistes français des départements des Ardennes et de la Marne. Cette action vise à promouvoir une action préventive concernant les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque auprès des adolescents. Certes, les maladies cardiovasculaires ne concernent pas directement les adolescents mais ceux-ci sont exposés à de nombreux facteurs – sociologiques, culturels, économiques – les orientant vers le tabagisme, un manque d'exercice physique, une alimentation trop riche en sucres et en graisses. L'exposition répétée à un ou plusieurs de ces facteurs constitue sur le long terme le point d'ancrage de la maladie cardiovasculaire.

L'hygiène de vie – ou son contraire – s'acquiert dès les premières années de la vie et prend un tournant décisif durant l'adolescence. En effet, l'adolescent est en pleine construction de sa personnalité, il cherche ses propres repères pour s'identifier par rapport aux autres. Il se construit à partir de ses connaissances, de ses relations familiales et amicales, de ses croyances et de ses valeurs. Ces différents critères vont le guider vers des comportements individuels importants pour lui.

Il nous est donc apparu très important de sensibiliser les jeunes aux maladies cardiovasculaires, aux facteurs de risque qui y sont liés et aux effets nocifs de ces derniers, à long terme, sur la santé. Ceci dans le but d'aider les jeunes à changer certaines habi-

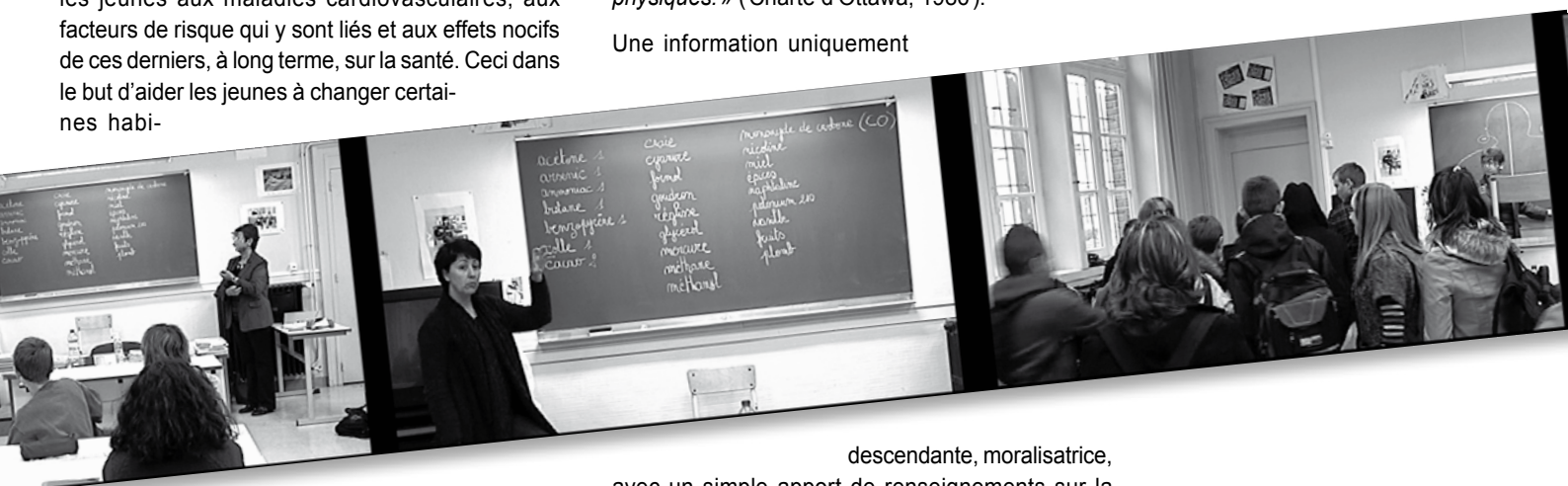
Nous retiendrons les démarches d'information santé, d'éducation à la santé ainsi que de promotion.

L'information santé qui se caractérise souvent par une communication descendante à propos d'un fait ou d'un sujet (ex : pour avoir de bonnes dents, il faut les brosser tous les jours). On parle d'éducation sanitaire, c'est le professionnel de santé qui détient le savoir et les modèles de comportements favorables à la santé. Ce type d'information a peu d'impact sur la particularité du public adolescent

L'éducation à la santé sous-entend que le projet santé est prédéterminé par les professionnels de santé sur des critères objectifs de santé observés (*ne pas fumer, manger équilibré, bouger 1 heure/jour...*). On parle d'une éducation à la santé qui vise à persuader le jeune à adopter un style de vie et des comportements appropriés. Le professionnel fait appel au savoir-faire du jeune en mettant en place des techniques et des outils d'interventions appropriés.

La promotion de la santé est un processus par lequel « *un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeurs les ressources sociales individuelles ainsi que les capacités physiques.* » (Charte d'Ottawa, 1986).

Une information uniquement



tudes pour mettre en place des comportements positifs pour leur santé sur le long terme.

Notre objectif général était de susciter le développement de l'esprit critique des adolescents afin de leur permettre de faire des choix « en connaissance de cause » pour favoriser l'acquisition d'habitudes « saines ». Une attention particulière s'est portée sur la valorisation de leurs connaissances et la mise en valeur de leur estime de soi.

Pour rappel, il existe différentes démarches pédagogiques pour parler santé. Toutes ont leurs intérêts mais leurs objectifs et leur finalité sont bien différents.

descendante, moralisatrice, avec un simple apport de renseignements sur la santé ou une information relevant des comportements à risques semble actuellement insuffisante voire même néfaste chez les adolescents.

Nous avons donc mis l'accent sur une démarche de promotion de la santé telle que le préconise l'OMS. On parlera de processus en évolution se modifiant au gré des rencontres et des expériences avec les jeunes.

Pour sensibiliser un maximum de jeunes, nous avons opté pour une démarche en milieu scolaire avec la participation active des acteurs de l'école. Le milieu scolaire est une cible de choix, c'est avant tout un lieu d'éducation mais c'est aussi un lieu de

vie, d'échanges et de communication : on y passe du temps, on y rencontre des gens, on y mange, on y boit, etc. C'est un lieu idéal pour intégrer dans divers cours, activités ou journées éducatives, la démarche de promotion de la santé.

Tant en Belgique qu'en France, les autorités ayant en charge l'enseignement incitent à la mise en place de projets qui visent à l'amélioration de la santé en passant par la promotion de la santé.

Le projet Interreg-ICAPROS ayant pour objectif principal « la prévention primaire des maladies cardiovasculaires » par le biais de la promotion de la santé, s'inscrit pleinement dans cette direction.

Cette démarche rencontre plusieurs objectifs essentiels pour le développement psychosocial de l'adolescent. Elle tend à valoriser l'autonomie, le bien être, la responsabilité individuelle et collective selon une démarche intègre en accord avec les demandes des personnes. Chez les jeunes, l'objectif de cette démarche est de leur permettre de devenir compétents dans une matière c'est-à-dire être capable de se servir de connaissances pertinentes, d'aiguiser leur esprit critique pour adopter des comportements protecteurs qui favorisent leur bien-être. La finalité de ce processus aura pour effet de permettre au jeune de prendre du recul face à toute situation, de mettre en place des processus individuels qui lui permettront d'agir au mieux en renforçant son estime de soi.

Plusieurs approches sont possibles : création de jeux, d'expositions, d'affiches, de CD-ROM, etc. Le choix définitif d'un type de support doit dépendre d'une analyse de la situation et du public ainsi que des objectifs de l'action.

Notre analyse des besoins a mis en évidence plusieurs points importants :

- Les adolescents aiment discuter entre eux, verbaliser leurs opinions et valoriser leur manière d'agir en fonction des situations qui se présentent.
- L'école est un des milieux de vie où ils sont demandeurs de pouvoir s'exprimer plus librement.
- Les enseignants sont désireux de pouvoir aborder des sujets de société de manière moins formelle.
- Les enseignants sont réservés sur le choix de l'approche à favoriser et sur les moyens pédagogiques à mettre en œuvre lorsqu'ils abordent des thématiques de santé hors du cadre scolaire habituel.

À la suite de cette analyse, notre démarche s'est portée sur des animations favorisant la synergie du débat en développant chez les jeunes une approche positive de la santé, en complétant leurs connaissances, en favorisant leur esprit critique,

en développant leur estime de soi de manière à modifier leurs comportements pour favoriser l'acquisition d'habitudes « saines ».

Pour globaliser notre démarche au sein des établissements scolaires intéressés par notre approche, nous avons focalisé notre attention sur l'intégration des personnes relais (direction, enseignants, éducateurs, infirmières scolaires, parents d'élèves...) tout au long du processus.

L'ensemble des personnes relais a reçu une information générale sur les maladies cardiovasculaires et sur le processus mis en place avec les élèves.

Nous avons réservé une place centrale aux enseignants. Ils ont donc reçu des informations pour une meilleure maîtrise des connaissances théoriques, de la méthodologie pour dispenser des animations participatives ainsi qu'une formation à l'utilisation des outils d'animation.

La finalité de la constitution de ces groupes relais était de permettre aux établissements scolaires adhérents au projet de s'investir de manière continue pendant une longue durée (trois années) et de créer ainsi une dynamique de prévention au sein des établissements scolaires.

Concrètement, le projet Interreg avait pour souhait de se tourner vers des établissements scolaires accueillant différents publics tels que ceux que l'on rencontre dans l'enseignement général, technique et professionnel pour la Belgique, l'enseignement classique, ZEP, RAP pour la France.

Le public cible choisi était les adolescents de 12 à 16 ans et le public relais, toute la communauté éducative, en ce compris les infirmières scolaires en charge de la promotion de la santé.

Chaque classe d'élèves retenue a participé à 6 animations étalées sur une durée de 3 ans. Les thématiques abordées se réfèrent aux facteurs de risque cardiovasculaires, à savoir une animation sur l'alimentation équilibrée, la consommation de boissons soft ou non, la consommation de tabac et le manque d'activités physiques. Deux animations complétaient ce cycle, une sur l'influence des médias et l'autre sur la gestion du stress. En effet, ces deux thématiques ne sont pas directement liées aux facteurs de risque cardiovasculaire mais influencent fortement les comportements à risque. Cette méthodologie de répétition des animations avait pour objectif de déboucher sur un travail en profondeur avec les jeunes et ainsi favoriser des changements de comportement.

La pérennité du projet nécessitait la participation active de relais au sein de ces différents établissements. Ces relais pouvant être assurés par différents intervenants (infirmières chargées de la promotion santé, infirmière de l'Éducation nationale, enseignants, professeurs, éducateurs,

etc.) ayant chacun des niveaux de connaissances variables tant sur les matières théoriques des thèmes abordés (tabagisme, alimentation...) que sur la méthodologie de l'action proposée. Dans le but d'assurer au mieux cette pérennité, l'enseignant responsable de la classe participait de manière active à l'animation. Dans un premier temps, il animait en synergie avec l'animateur Interreg et dans un deuxième temps, il assurait l'animation seul avec l'animateur Interreg comme support aidant si nécessaire. Un support pédagogique leur permettait de puiser les notions théoriques de base et les aides pédagogiques nécessaires pour être à l'aise avec des matières peu familières.

Pour chaque animation, les élèves étaient installés de manière moins formelle que pendant les cours classiques : soit disposés en U soit par groupe de

5 à 6 élèves. Les animations étaient structurées sur le même schéma : une animation suivie d'une mise en commun et d'un débat ; un moment de synthèse et d'évaluation, le tout sur une durée conjointe de 2 périodes scolaires. Cette forme d'animation nous a permis de créer des échanges certes très animés mais très intéressants entre les adolescents. Il est très difficile de connaître l'impact réel sur la santé de ceux-ci et les modifications de comportement que ce type d'animation génère. Néanmoins, ces débats ont permis à chacun d'écouter et d'entendre sans jugement les points de vue, les réactions et les comportements mis en place par l'autre face à différentes thématiques encadrant notre quotidien. Chaque adolescent aura pu améliorer ses connaissances, aiguïser son esprit critique, renforcer son estime de soi en toute neutralité dans le respect de lui-même et des autres. ■

La prévention des maladies cardiovasculaires en entreprise, un investissement sûr

par Danièle Krauss (1) et Cindy Boinel (2)

Mots clés : Icapros,
projet transfrontalier,
cardiovasculaire, entreprises

Le projet ICAPROS est un projet européen, financé par le programme INTERREG IV, dont l'action est d'agir pour la santé cardiovasculaire des populations en zone transfrontalière par la prévention et l'éducation.

Son territoire d'action est le département des Ardennes françaises et les arrondissements belges de Dinant, Philippeville, Neufchâteau et Virton.

Le public cible étant entre autre les adultes en activité, l'entreprise est donc un lieu privilégié pour développer des actions de prévention santé.

Ces actions sont proposées aux différentes entreprises de plus de 50 salariés, situées dans la zone du projet. Elles s'organisent sous forme d'interventions auprès de groupes de salariés volontaires d'une quinzaine de personnes.

Celles-ci s'articulent autour d'une exposition animée sur ce qu'est une maladie cardiovasculaire, les facteurs de risques associés et comment les prévenir ; une réflexion personnelle sur ses propres facteurs de risque par le biais d'un questionnaire « J'évalue mon risque cardiovasculaire » ainsi que la réalisation de mini tests par un professionnel de santé qui sont également proposés à chacun des participants.

(1) Responsable Adjointe
Centre d'Examens de Santé de la
CPAM des Ardennes
2 rue de la fonderie
F - 08000 Charleville-Mézières
Tél : 03.10.43.90.53
Fax : 03.24.42.30.44
daniele.krauss@cpam-charleville.
cnamts.fr

(2) Chargée de Projets Icapros
Centre d'Examens de Santé de la
CPAM des Ardennes
cindy.boinel-ext@cpam-charleville.
cnamts.fr

(3) ICAPROS : Instance de
Coordination des Actions pour la
PROmotion en Santé franco-belge

Depuis 2009, dans le cadre du programme européen Interreg IV, la Communauté européenne, la Région Champagne-Ardenne, la Région Wallonne et la Fédération Wallonie Bruxelles se sont unies et parrainent ICAPROS⁽³⁾, un programme transfrontalier de prévention des maladies cardiovasculaires incluant des actions de prévention spécifiques au monde de l'entreprise.

Ce projet ICAPROS couvre donc l'espace transfrontalier des Ardennes françaises et des provinces de Namur et du Luxembourg en Belgique.

Première cause de mortalité dans les Ardennes franco-belge, les maladies cardiovasculaires touchent de manière plus ou moins importante chaque tranche d'âge. Elles ont un impact socio-économique non négligeable pour les entreprises.

Notre mode de vie actuel, plutôt sédentaire est stressant, génère des comportements de compensation (alimentation excessive et/ ou déséquilibrée, consommation de tabac, de psychotropes...) Ces comportements sont des facteurs de risques majeurs des maladies cardiovasculaires. Il est donc essentiel d'informer, d'éduquer et de guider les personnes vers des comportements adaptés à un bon état de santé et éviter l'apparition de ce type de pathologie.

Comme en moyenne chacun passe un tiers de sa vie au travail, l'entreprise est donc un lieu idéal pour développer des actions de prévention santé.

L'action ICAPROS vise à développer une méthodologie de sensibilisation des populations franco-belge en activité professionnelle ainsi que de leur famille.

La première étape est de prendre contact avec les directions des entreprises situées dans la zone du projet, afin de leur présenter l'action, les sensibiliser sur l'importance de préserver la santé de leurs salariés et sur l'intérêt de devenir une « entreprise citoyenne ».

Les interventions étant proposées gratuitement, le coût financier pour l'entreprise reste modeste.

L'organisation des animations est étudiée avec les responsables des entreprises auxquels s'associent souvent des représentants du service de santé au travail (médecin, infirmière), le CHST, les animateurs en santé sécurité.

Ce programme à la carte permet de s'adapter au mieux au fonctionnement de l'entreprise et de répondre le plus adéquatement possible aux demandes des employeurs. Ainsi, ces sensibilisations peuvent prendre place dans le cadre d'une journée découverte entreprise, d'une journée sécurité, d'un temps d'information particulier pendant ou en dehors des heures de travail, etc.

La communication des salariés se fait par divers outils (affichages, flyers avec les bulletins de salaire, mail d'invitation...)

L'animation proprement dite s'articule autour de plusieurs temps :

- Une sensibilisation et une information collective autour d'une exposition animée auprès de groupe d'une quinzaine de salariés.
- Une évaluation individuelle autour de ses facteurs de risques (questionnaire j'évalue mon risque cardiovasculaire),
- Une rencontre avec un professionnel de santé pour la réalisation de dépistages (prises de tension artérielle, glycémie capillaire, CO testeur...).

L'objectif est donc d'amener le salarié à évaluer, d'une part, son état de santé et de l'inciter d'autre part, à prendre des dispositions à se soigner si nécessaire. La démarche vise à l'accompagner vers un changement de comportement.

Les animateurs utilisent des supports de base et adaptent les contenus en fonction des caractéristiques de leur public, des réactions ou de demandes particulières. Ainsi, certaines thématiques comme le tabagisme ou l'alimentation peuvent être développées si on sait qu'elles posent problème.

Après les premières expériences, plusieurs outils d'animation ont été adaptés, notamment pour des publics particuliers, comme des personnes ne sachant pas lire le français ou travaillant en entreprises de travail adapté ou en atelier protégé.

A ce jour, une quarantaine d'interventions en entreprises belges et françaises ont été effectuées. Grâce à celles-ci, près

Quelle légende mettre ici ???



de 1200 personnes ont pu bénéficier d'une sensibilisation aux risques cardiovasculaires. Environ la moitié a également bénéficié de tests de dépistage et d'une évaluation de ses facteurs de risques.

Ces dépistages ont mis en évidence un nombre important de personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque : tension artérielle trop élevée, problème de glycémie, embonpoint ou obésité, tabagisme... Toutes ces personnes ont été invitées à prendre contact avec leur médecin généraliste.

Ces constats sur le terrain confirment la nécessité d'informer et de sensibiliser les populations sur la prévention des maladies cardiovasculaires, leurs facteurs de risque ainsi que sur l'importance de garder une hygiène de vie correcte tout au long de sa vie afin de préserver sa santé future. ■

Plus d'informations sur
Le site www.preventionsante.eu

Icapros. Les maladies cardiovasculaires en territoire transfrontalier franco-belge, de la prévention à l'éducation thérapeutique du patient...

par Marie Madeleine Leurquin (1)

Mots-clés : Maladies cardiovasculaires, maladies cérébrovasculaires, prévention, éducation du patient, animation entreprises, projet transfrontalier, pluridisciplinarité, formation

Centré initialement sur la prévention des maladies cardiovasculaires en territoire transfrontalier franco-belge, le projet ICAPROS (2009-2014) s'est rapidement étendu à la sensibilisation, l'information et à la formation des professionnels ainsi qu'à la mise en place d'initiatives visant à renforcer les pratiques en éducation thérapeutique du patient. Cette évolution est liée aux constats de terrain ainsi qu'aux besoins des populations et des professionnels.

Animation Réseaux de santé ADDICA & CareDIAB, Charleville-Mézières. Novembre 2013



(1) Chargée de projets en communication, Centre d'Éducation du Patient

Rue Fond de la biche, 4
B - 5530 Godinne
++32 (0) 82 61 46 11

mariemadeleine.leurquin@
educationdupatient.be

Le cadre du projet ICAPROS

Le territoire

Partenariat franco-belge, le projet ICAPROS (2009 - 2014), financé par INTERREG IV est centré sur la « santé cardiovasculaire » des populations d'un territoire couvrant le département français des Ardennes ainsi que les arrondissements belges de Dinant, de Philippeville, de

Neufchâteau et de Virton.

A ses débuts, ICAPROS est, sans conteste, un projet centré principalement sur la prévention des maladies cardiovasculaires en territoire transfrontalier.

Les objectifs

Décrits, de manière simplifiée, ses objectifs sont :

- mieux appréhender la situation des maladies cardiovasculaires en ce territoire ;
- répertorier les organismes actifs dans la zone et actions de prévention et d'éducation poursuivies ;
- mettre en place moyens et outils de prévention et d'éducation.

Les actions de prévention

S'en suivent nombre d'actions de prévention telles

- un tableau de bord de la santé cardiovasculaire ;
- un cadastre des acteurs et actions ;
- des animations et dépistages en entreprises ;
- des animations dans les écoles...

Mais rapidement, la présence sur le terrain c'est-à-dire dans les écoles et en entreprises oblige les partenaires à une série de constats et les confronte à des manques et à des besoins. Les résultats des recherches liées au tableau de bord, résultats qui parviennent au fur et à mesure, renforcent cette impression « de grande vulnérabilité du territoire » et de la nécessité de mettre en place « des actions supplémentaires ». Ces éléments vont jouer un rôle moteur dans l'évolution du projet.

Les éléments moteurs de l'évolution d'ICAPROS

Source d'interpellations, le tableau de bord

Le tableau de bord devait éclairer sur « l'état de la santé cardio et cérébrovasculaire des populations du territoire ICAPROS » et permettre aussi des comparaisons entre la situation en cette zone et d'autres territoires.

Dans ce numéro, l'article de Paul Majérus « *Étude comparative de la mortalité cardiovasculaire dans la zone ICAPROS, une zone transfrontalière* » présente les principaux résultats de cette recherche.

Retenons simplement que « Les données démographiques, de mortalité et de morbidité confortent le caractère vulnérable de la zone Icapros et donc l'importance de s'y intéresser -- *Il existe bien une zone de grande fragilité le long de la frontière franco-Belge.* -- »

Ces données mettent aussi en évidence l'importance de s'intéresser aux maladies cardiovasculaires car « *les décès par maladies cardiovasculaires sont plus précoces en territoire Icapros qu'en moyenne en France et en Belgique.* » Un dernier fait doit retenir l'attention : « *la population active (25-65 ans) est aussi concernée.* »

Source de réflexions, la santé des travailleurs

Les animations en entreprises sont habituellement suivies d'un dépistage durant lequel une infirmière recueille une série de paramètres comme la tension artérielle, le tour de taille, l'indice glycémique...

Le nombre important de travailleurs présentant des paramètres anormaux retient l'attention : hypertension artérielle non connue ou non contrôlée et surpoids sont les facteurs de risques principaux.

Ces dépistages sont aussi l'occasion d'échanger. Les personnes se disent fatiguées, stressées, préoccupées par des questions matérielles ou financières, etc. Elles n'ont que peu de temps à octroyer pour la préparation des repas, pour l'exercice physique, pour prendre véritablement soin d'elles-mêmes.

L'équipe Icapros note les paramètres et invite la personne à prendre contact avec son médecin traitant. Et là, de manière récurrente, l'équipe est confrontée à une forme de « banalisation » du problème par les intéressés « Pas le temps », « Cela fait longtemps que c'est comme cela », « Oui, mais... ». Le projet ne prévoit pas de suivi des personnes à risques et l'équipe sait qu'un certain nombre de ces hommes et femmes n'iront pas voir leur médecin traitant.

Source d'initiatives, les questions recueillies lors des animations

Lors des animations, les intervenants abordent les sujets de prévention : les facteurs de risques, les bonnes habitudes, le changement de comportements, se faire aider dans le changement, etc.

Les questions du public débordent, bien souvent, le cadre strict de la prévention. Et certaines sont récurrentes ; elles traduisent de réelles préoccupations : « Quels sont les signes d'un AVC ? D'un infarctus ? Quand faut-il faire appel ? Comment être certain qu'il s'agit d'un infarctus ?... »

Les discussions et les focus group sont des sources importantes d'enseignements sur les connaissances à apporter ou à rectifier. Une information largement débattue est le fait que si l'équipe médicale intervient suffisamment tôt lors d'un infarctus, une partie du muscle cardiaque peut être sauvé. Cette information est nouvelle pour le public et va à l'encontre de dires et d'idées comme « *De toute façon, ils (les médecins) ne savent rien faire alors autant rester chez soi* ». Cette information peut motiver un changement du comportement c'est-à-dire motiver le public à appeler du secours.

Lors des animations, il est fréquent de trouver dans l'assemblée des personnes qui ont eu un infarctus ou un AVC ou des personnes dont un proche a présenté une de ces pathologies. Les animateurs constatent avec étonnement que même ces personnes méconnaissent souvent l'importance de réagir vite aux premiers symptômes.

Source de questions, le manque d'information des médecins traitants et des professionnels de la santé sur le projet ICAPROS

Le souhait des membres de l'équipe est que la personne présentant un risque puisse se diriger vers son médecin traitant ou un professionnel de la santé et y trouver un accompagnement adéquat. Pour cela, il semble important que le professionnel qui va être interpellé possède, lui-



Animation Réseaux de santé ADDICA & CareDIAB, Charleville-Mézières. Novembre 2013



Animation Réseaux de santé ADDICA & CareDIAB, Charleville-Mézières. Novembre 2013

même, une information suffisante pour pouvoir mettre un cadre à la démarche de son patient, c'est-à-dire qu'il puisse au minimum « situer le projet ICAPROS ». Mais dans les faits, malgré le nombre de conférences de presse et les articles, constat doit être fait que la majorité des professionnels reste peu informée sur les différents axes du projet ICAPROS.



Animation Réseaux de santé ADDICA & CareDIAB, Charleville-Mézières. Novembre 2013

Aller à la rencontre et des professionnels et des publics bénéficiaires devient une priorité

La situation de la santé cardiovasculaire en zone ICAPROS vaut la peine que l'on s'y intéresse. La sensibilisation, l'information

et la formation des populations et des professionnels deviennent une priorité.

Plusieurs axes sont retenus :

- Informer largement sur le travail effectué dans le cadre d'ICAPROS et mettre à disposition les outils développés ;
- rappeler l'importance de la démarche en Éducation Thérapeutique du Patient : sensibiliser et former à la posture éducative, l'entretien motivationnel, l'écoute active, etc. ;
- informer sur l'importance de diminuer les temps d'attente à domicile en cas d'AVC et d'infarctus.

C'est l'objet de la campagne d'information qui débute en septembre 2014 « Lors d'un AVC ou d'un Infarctus, chaque minute compte... ».

Côté professionnels



Animation Réseaux de santé ADDICA & CareDIAB, Charleville-Mézières. Novembre 2013

Pour concrétiser ces différents axes, les partenaires ICAPROS multiplient les rencontres avec les professionnels de la santé et du social, les médecins, les étudiants et les publics que ce soit à l'occasion de journées de formation, de conférences ou de rencontres plus informelles.

Chaque rencontre représente une opportunité pour informer les professionnels de la future campagne et pour les inviter à s'y associer en donnant leur avis sur les médias, sur les contenus, sur la diffusion, etc.

Côté public

Les actions sont dirigées vers de nouveaux publics : les travailleurs du Centre de travail adapté, le Saupont à Bertrix, le groupe des Anciens de Givet ou des travailleurs ne parlant pas le français. Ces initiatives permettent d'adapter les contenus et de faire évoluer les outils éducatifs.

Les défis

Améliorer la santé cardiovasculaire des populations en ce territoire doit inclure des initiatives de promotion pour la santé, de prévention et d'éducation thérapeutique. Elle doit mobiliser les populations, les professionnels et les politiques.

Les questions restent nombreuses ; elles sont le témoin du chemin à parcourir mais la qualité de vie des populations vaut la peine qu'on s'y attarde. ■

- Quelles activités en promotion pour la santé faut-il développer en ce territoire ?
- Comment favoriser un accompagnement éthique et efficace de l'ensemble des populations ?
- Quelles stratégies mettre en place ?
- Quelles collaborations entre institutions ?
- Quels réseaux ?
- Comment sensibiliser et mobiliser les populations ?
- Comment prendre en considération les besoins des populations les plus fragiles ?
- Quelle éducation thérapeutique mettre en place ? Avec quels moyens et outils ?
- Comment sensibiliser et motiver les professionnels ?
- Quelles formations ?

Les bénéfices de la collaboration transfrontalière

La formation en Éducation Thérapeutique du patient

La collaboration transfrontalière franco-belge a permis de découvrir et d'approfondir les pratiques éducatives en prévention et en éducation thérapeutique du patient menées en France et en Belgique.

Inspirée du modèle français, une première formation en Éducation Thérapeutique du Patient a été proposée - à titre pilote - à Libramont, dans le cadre du projet ICAPROS, au premier semestre 2014.

Un nouveau cycle de 6 jours est proposé à Louvain-la-Neuve, Belgique en octobre et novembre 2014.

Apports théoriques, exercices pratiques, réflexions de terrain et échanges entre professionnels de différents horizons s'allient pour permettre aux participants d'obtenir un nouvel éclairage de leur pratique et la faire évoluer.

L'impact de la durée de la souffrance du coeur :

délai entre le début des signes de l'infarctus myocardique et sa prise en charge

par Erwin Schroeder (1)

Introduction

L'obstruction brutale et complète d'une artère coronaire (artère responsable de l'irrigation du muscle cardiaque) entraîne une souffrance du muscle cardiaque. Les dégâts (perte définitive d'une partie du muscle cardiaque) sont proportionnels à la durée de la souffrance du coeur. Ainsi, une obstruction qui persiste pendant plus de 12 heures entraîne généralement une perte irréversible du muscle cardiaque.

Les complications de l'infarctus aigu

Durant la phase aiguë de la souffrance du muscle cardiaque, le patient court le risque de complications graves – potentiellement mortelles – en raison de troubles du rythme, généralement sous forme d'une fibrillation ventriculaire correspondant à un arrêt cardiaque. Ce risque de troubles du rythme est très élevé dans les premières heures de l'infarctus myocardique. Pour cette raison, les patients avec un infarctus myocardique aigu doivent être hospitalisés rapidement afin de pouvoir traiter efficacement les complications par cardioversion électrique au moyen d'un défibrillateur.

La durée de la souffrance myocardique est un élément important pour le pronostic du patient. Un temps de souffrance myocardique court permet une récupération plus importante du muscle endommagé; par contre une souffrance myocardique trop longue va entraîner une perte irréversible du muscle cardiaque. Le pronostic du patient sera, à long terme, moins bon si l'infarctus est complet et/ou étendu.

Le risque de mourir durant un infarctus myocardique dans les 30 jours est de 5 et 10 %.

Les mesures pratiques pour diminuer le risque

Le but de toutes les mesures est de diminuer le risque de mourir durant la phase aiguë mais aussi d'améliorer le pronostic à long terme des patients ayant survécu à un infarctus.

Ces mesures sont :

- **reconnaître** les signes d'infarctus
- **réagir** rapidement en faisant appel
 - au médecin traitant (durant la nuit ou le week-end via le n° 1733)
 - ou au n° National 112

Reconnaître les signes

DOULEURS	
Type	Constriction, poids insupportable
Localisation	Rétro sternale
Irradiation	Épaules, bras gauche, maxillaire, épigastrique
Début	En quelques minutes, progressif
Facteur soulageant	Néant
Facteur aggravant	Effort
Signes associés	Transpiration, nausées, vomissements, manque d'air, peur de mourir
SI DOULEUR > 30 MINUTES = APPELER LE 112 OU VOTRE MÉDECIN TRAITANT	

Les symptômes de l'infarctus :

Réagir rapidement

Le but de contacter rapidement le médecin traitant ou la centrale 112 est de raccourcir la période à haut risque sans possibilité d'intervenir en cas de trouble du rythme grave (arrêt cardiaque).

(1) Cardiologue, Service de Cardiologie, CHU Dinant Godinne - UCL Namur

Dès que le patient est sous surveillance (monitoring électrocardiographique) dans l'ambulance ou dans une structure hospitalière, un trouble du rythme grave peut être immédiatement diagnostiqué et traité de façon efficace.

Une fois admis dans une structure hospitalière, les médecins feront tout leur possible pour parvenir à ouvrir dans les plus brefs délais l'artère coronaire obstruée, soit par un traitement intraveineux (traitement fibrinolytique), soit par dilatation coronaire en urgence (souvent avec mise en place d'un tuteur intrac coronaire = stent).

La réalité du terrain

En Belgique, environ 2/3 des patients sont traités endéans les 4 heures après le début des douleurs. Un quart des patients est traité endéans les 2 heures. Idéalement, tous les patients devraient être traités endéans les 2 heures, ce qui illustre l'importance de la tâche puisque ¾ des patients aujourd'hui sont pris en charge avec trop de délais.

En 2012, le délai médian entre le début des douleurs et la prise en charge par angioplastie coronaire primaire dans notre service était de 3,5 heures. Ce délai se décompose en deux parties : 170 minutes à l'extérieur de l'hôpital et 40 minutes à l'intérieur de l'hôpital.

Ceci illustre que la marge de raccourcir les délais à l'extérieur de l'hôpital est plus importante que celle à l'intérieur d'un hôpital habitué à prendre en charge ce type de pathologie.

Évaluation du risque mortel lors d'un infarctus

Pour évaluer le risque d'un patient de décéder lors d'un infarctus, nous disposons de scores (TIMI) permettant d'obtenir des chiffres précis de risque de mortalité endéans les 30 jours. Pour évaluer le

risque du patient, on tient compte de l'âge, la notion de diabète, la tension artérielle, la fréquence cardiaque, l'état hémodynamique, le poids, la localisation de l'infarctus et la durée de la souffrance du muscle cardiaque. Le risque de décéder est plus élevé chez les personnes âgées, chez les diabétiques, chez les patients avec une histoire d'hypertension artérielle, les patients avec une tension artérielle basse, une fréquence cardiaque élevée, une situation hémodynamique précaire, un poids < 67 kg, la localisation antérieure de l'infarctus et une durée de souffrance myocardique > à 4 heures.

Deux exemples

- Ainsi, chez un patient âgé de 70 ans, diabétique, présentant un infarctus à localisation antérieure mais pris en charge endéans les 4 heures, le risque de décéder dans les 30 jours est de 7 %. Si ce même patient est pris en charge au-delà des 4 heures, son risque de décéder monte à 12,5 %.
- Un patient plus jeune, de 60 ans, sans facteur de risque, et pris en charge endéans les 4 heures, court un risque d'environ 0,8 % de décéder dans les 30 jours en présence d'un infarctus. Pour ce même patient, pris en charge au-delà des 4 heures, son risque de décéder est de 1,6 %.

Ces deux cas illustrent l'importance de réagir rapidement afin d'améliorer le pronostic de la personne souffrant d'un infarctus myocardique aigu.

Conclusion

Notre campagne de sensibilisation du grand public devrait aider à raccourcir le délai de la prise en charge en cas d'infarctus myocardique aigu. Un raccourcissement du délai de la prise en charge entraînera une diminution de la mortalité à 30 jours mais aussi à long terme. ■

Former en ETP en Belgique

par Gilliane Guisset (1)

Grâce à une collaboration franco-belge performante dans le cadre du projet ICAPROS, une formation en éducation du patient a pu être lancée en Belgique. Cette formation de six jours répond aux normes et recommandations de l'OMS (1998) et de la HAS (2008) ainsi qu'à l'Arrêté du 31 mai 2013 (Paris). Durant les 40 heures, le participant va apprendre à définir les concepts liés à l'éducation du patient et à la promotion à la santé, réaliser un bilan éducatif, adopter une posture éducative, être conscient de ses représentations, comprendre la relation soignant-soigné, etc. Les apports théoriques, exercices pratiques, réflexions de groupe et les explications d'expériences de terrain permettent d'avoir une dynamique de groupe et ainsi favoriser un échange intéressant entre les professionnels de divers horizons. Il s'agit de développer un outil complémentaire à la pratique quotidienne en santé. Un nouveau cycle de formation est programmé à Louvain-la-Neuve le 15-16-17 octobre et le 12-13-14 novembre 2014.

Jusqu'à maintenant, il n'existait pas, en Belgique, de formations courtes en éducation du patient telles que développées en France. Dans ce pays voisin, 40 heures de formation sont obligatoires pour tous les professionnels de santé qui pratiquent l'éducation du patient. De plus, il existe un cadre reconnu pour les pratiques éducatives. Celles-ci sont reprises dans les normes et recommandations de l'OMS (1998) et de la HAS (2008). Le référentiel des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre d'un programme tel que décrit par le Ministère des affaires sociales et de la santé française est incontournable.

Les références sont exclusivement françaises car il s'agit d'un secteur encore trop peu développé en Belgique pour avoir des normes reconnues au niveau national. Cette formation est une opportunité pour la Belgique de dispenser aux professionnels de santé belge une formation de qualité s'appuyant sur l'expérience confirmée de la France et ainsi mettre en place ainsi un réseau transfrontalier en éducation thérapeutique du patient.

Le programme de formation proposé en Belgique a été élaboré grâce à une collaboration transfrontalière entre le Centre d'Education du Patient, le RESO (Education Santé et Patient - Université Catholique de Louvain) et plusieurs institutions françaises pratiquant déjà l'éducation du patient au quotidien. Grâce au projet ICAPROS, la coopération entre les deux pays a été facilitée et les contacts ont pu s'établir rapidement.

Nous avons également obtenu l'aide du Professeur Alain Deccache qui nous a aiguillés dans l'élaboration du programme grâce à sa grande expérience et sa longue pratique dans le domaine. Il a d'ailleurs

accepté de prendre la responsabilité scientifique de la formation.

La formation cible un public varié qui peut se composer de professionnels et bénévoles de la santé et du social qui accompagnent des personnes atteintes de maladies (au domicile, en milieu hospitalier, en centres de santé et maisons médicales, ...) ou qui participent au processus de soins. Le programme de formation s'adresse également aux professionnels (administratifs et de coordination) qui soutiennent le développement de projet en Éducation du Patient.

Travailler avec un panel varié de professionnels permet de favoriser des échanges de pratiques. Les expériences de terrain sont différentes en fonction de la place qu'occupe le professionnel de santé. Il est donc pertinent que chacun puisse partager sa vision de l'éducation du patient en tant que personnel accompagnateur, médical ou administratif.

Afin de promouvoir une dynamique de groupe intéressante, il faut minimum 6 et maximum 18 personnes. Au-delà de ce nombre, les débats devront laisser place à un enseignement purement descendant entre le formateur et les participants. L'éducation du patient ayant pour principe de favoriser la participation et l'émergence des réponses par le patient, nous ne pouvons pas fonctionner différemment lors des formations.

La formation permet de développer les compétences suivantes :

- Créer un climat favorable à la participation du patient à l'ETP.
- Réaliser un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage (comprenant la situation du patient, ses savoirs, ses représentations, ses

Mots clés : formation, éducation du patient, Belgique, professionnels de santé, bilan éducatif

(1) Centre d'Education du Patient

Rue du fond de la biche, 4
5530 Godinne
0032 (0)82 61 46 11

Gilliane.guisset@educationdupatient.be

pratiques de santé ...) et réaliser avec eux une synthèse des besoins en matière d'éducation.

- S'accorder, avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire un plan d'action.
- Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités.
- Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage.
- Co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP.

La finalité principale de la formation est d'augmenter la qualité des soins prodigués aux patients en favorisant une prise en charge globale du patient centrée sur celui-ci. Pour arriver à cet objectif général, nous proposons de former les professionnels de santé avec les techniques qu'ils vont utiliser par la suite en faisant de l'éducation du patient. Pour ce faire les journées seront animées avec différents modes d'apprentissage: apports théoriques, réflexions de terrain, échanges de pratiques, mises en situation, jeux de rôle, et la concrétisation des acquis dans le milieu professionnel de chacun.

Chaque participant a l'opportunité de venir avec un projet concret qu'il souhaite réaliser au sein de son établissement. Un temps de la formation sera consacré à la mise en place de projet. Ces exemples concrets permettront d'appliquer, de manière immédiate, les différents concepts en éducation thérapeutique.

Pour former des praticiens en éducation du patient il est important qu'ils développent des compétences techniques, relationnelles et organisationnelles.

Compétences techniques

- Maîtriser l'environnement lié à l'éducation du patient
- Être capable d'informer et d'orienter correctement le patient en fonction de ses particularités (connaissances des sources fiables d'information, des outils de suivi et d'organisation, etc.)
- D'utiliser les techniques et outils pédagogiques
- De choisir et d'adapter les méthodes aux différents publics

Compétences relationnelles et pédagogiques

- Pratiquer l'écoute active et bienveillante
- Pratiquer l'empathie
- Échanger et informer
- Construire une relation de confiance
- Comprendre les ressorts psychologiques des personnes
- S'accorder et convenir de l'action à mener
- Co-construire un projet
- Construire une alliance thérapeutique
- Construire des partenariats

- Favoriser l'interactivité
- Favoriser les apprentissages mutuels
- Optimiser la production au sein d'un groupe

Compétences organisationnelles

- Se questionner et délimiter son rôle
- Planifier les actions liées à l'ETP
- Conduire un projet
- Évaluer, prioriser
- Apprécier pour ajuster

Concrètement, la formation dure 6 jours et est répartie en 2 fois trois jours. Cette configuration permet de proposer un travail personnel entre chaque module. Lors des différentes séances, de nouveaux concepts sont abordés et il est nécessaire que les participants se les approprient en les testant sur le terrain. Cela permet de partager l'expérience de chacun lors du module suivant et de mettre en commun les difficultés rencontrées. Prenons l'exemple du bilan éducatif, s'il est important de comprendre la théorie liée à ce concept, il est plus important encore de savoir le réaliser concrètement. Le premier essai apportera de nouvelles questions qui n'étaient pas apparues lors de la session théorique sur le sujet.

Plusieurs thématiques de base seront abordées lors des 6 jours. Il s'agit de la définition des concepts liés à l'éducation du patient, les facteurs d'influence du comportement du patient, la relation soignant-soigné, le bilan éducatif, le projet en éducation du patient et les représentations.

À l'issue des 40 heures, les personnes seront capables:

- De maîtriser les concepts de santé, de promotion à la santé, de prévention, d'éducation pour la santé et d'éducation du patient (ETP)
- De percevoir les enjeux liés aux différentes manières de concevoir l'ETP
- De concevoir, de mettre en place, d'animer et d'évaluer des actions d'éducation thérapeutique du patient

Ces formations, contrairement à ce qui se passe en France, ne sont pas obligatoires en Belgique. Il est pourtant difficile de s'improviser « *professionnel de santé pratiquant l'éducation du patient* ». La formation propose une boîte à outils de laquelle les participants pourront sortir les éléments dont ils ont besoin dans leur pratique professionnelle. Durant la formation, ils auront appris comment s'en servir, à quel moment les utiliser, où trouver des ressources si besoin et comment faire de l'éducation du patient, un atout incontournable dans leur pratique. L'éducation du patient ne demande pas une consultation à part et en plus des séances habituelles. Il s'agit de glisser d'une prise en charge classique bien souvent constituée d'une information du patient vers une consultation d'éducation du patient. ■

Renseignements

Des renseignements concernant cette formation peuvent être pris auprès du Centre d'Éducation du Patient.

Prochaine formation

La prochaine formation aura lieu les 15-16-17 octobre et 12-13-14 novembre 2014 à Louvain-la-Neuve.

www.educationdupatient.be

formation@educationdupatient.be

+32 (0)82 61 46 11

Éducation thérapeutique en Ardenne française : Le diabète de type II

par Gérard Hourrier (1)

Conceptualisée depuis 1997, l'éducation thérapeutique du patient est expérimentée dans les centres d'examen de santé (CES) dès 2008. Détaillée dans une loi de 2009, elle s'étend sur le territoire national pour débiter dans le département des Ardennes en 2010.

Dans les CES, sa spécificité est de s'adresser en priorité aux populations précaires, ou socialement vulnérables, qui représentent plus de la moitié du recrutement.

S'appuyant sur l'interactivité avec l'animateur, la dynamique de groupe, les images, elle ne privilégie pas l'écrit. Elle assure ainsi l'adhésion d'une partie de la population immigrée, qui peut mal maîtriser le français écrit.

Les premiers résultats d'évaluation notent la satisfaction globale des médecins traitants et le bon taux de participation des patients, plus de 78%, à au moins 3 ateliers sur les 5 prévus.

Mots-clés : Éducation thérapeutique, Entretien motivationnel, Diagnostic éducatif, Dynamique de groupe, Précarité ou vulnérabilité sociale, Diabète de type II

Introduction

Le latin « e ducere » suggère emmener, conduire ensemble. Aussi, pourquoi faire un bout de chemin avec un patient atteint d'une maladie chronique ? Pourquoi commencer par le diabète ?

Sans doute dans le but de réduire les complications, en terme de coût pour la collectivité et de souffrances pour l'individu et, ou d'améliorer sa qualité de vie.

Mais quels sont les fondements scientifiques, quel est le contexte législatif, quelles sont les caractéristiques socio-économiques et de santé du territoire considéré, quelles notions théoriques ou état d'esprit faut-il acquérir pour se lancer ?

Quels sont les premiers résultats, locaux ou nationaux ?

Telles sont les problématiques passées en revue dans ce retour d'expérience.

Les justifications scientifiques

Les bases théoriques de l'éducation thérapeutiques du patient sont actées par l'Organisation Mondiale de la Santé dans une publication de 1998, faisant suite à une large consultation en 1997.

A. Deccache en rend compte dans la revue « *la santé de l'homme* » en 1999⁽²⁾.

Il en reprend les bases lors d'un colloque à Namur en 2001⁽³⁾.

En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé travaille sur le modèle de l'asthme dès 2001⁽⁴⁾.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie publie un rapport dans le même sens en 2002⁽⁵⁾.

La Haute Autorité de Santé établit un cahier des charges en 2007⁽⁶⁾.

L'incidence croissante du diabète de type II, son coût pour la collectivité, son aspect comportemental par le biais de la nutrition et du niveau d'activité physique, en font une cible de choix pour débiter l'éducation thérapeutique dans les centres d'examen de santé (CES).

Contexte législatif ou réglementaire

Un arrêté ministériel du 20 juillet 1992⁽⁷⁾ dessine déjà les contours des orientations actuelles : Il prévoit d'organiser le recrutement des CES, en

(1) Médecin responsable du centre d'examen de santé de la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes

2 rue de la Fonderie
F 08101 CHARLEVILLE-
MÉZIÈRES CEDEX
Tél. : +33.3.10.43.90.51
Fax : +33.3.24.42.30.44

gerard.hourrier@cpam-charleville.
cnams.fr

priorisant les publics les plus socialement vulnérables, ou les plus éloignés du système de soins. Cet arrêté fait également mention « d'actions d'éducation pour la santé ayant fait la preuve de leur intérêt en santé publique »

• Établissement du score « EPICES » en 2006

Il s'agit d'un score calculé sur 11 questions fermées⁽⁸⁾ permettant l'Évaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examens de Santé.

En effet, au-delà de la précarité financière, des composantes psychologiques, psychiatriques, sociales ou environnementales au sens large, influencent notre degré de vulnérabilité.

Cet indicateur va se révéler précieux pour évaluer les actions entreprises dans les CES.

• La loi 2009-879 du 21 juillet 2009⁽⁹⁾

Elle impose la mise en place de l'éducation thérapeutique sur le territoire national.

• L'arrêté ministériel du 2 août 2010⁽¹⁰⁾:

Il définit le cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et la composition du dossier de demande de leur autorisation.

• L'arrêté ministériel du 31 mai 2013⁽¹¹⁾:

Il précise les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Cette législation s'appuie sur le cahier des charges établi par la Haute Autorité de Santé en 2007⁽⁶⁾.

Chaque programme est soumis à autorisation de l'Agence Régionale de Santé.

Score « EPICES » calculé sur 11 questions fermées permettant l'Évaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examens de Santé.

N°	Questions	OUI	NON
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Êtes-vous allés au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score :

Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.

Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple :

Pour une personne qui a répondu OUI aux questions 1,2 et 3, et non aux autres questions :

$EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

Celle-ci en vérifie le contenu et la qualification des éducateurs-soignants, s'enquiert chaque année d'une modification de l'équipe et des principaux éléments agrégés d'évaluation.

Contexte démographique

Une étude récente transfrontalière⁽¹²⁾ a objectivé une mortalité prématurée plus marquée dans les Ardennes que sur le territoire national.

Cette même étude relève aussi un niveau socio-économique plus bas⁽¹³⁾.

Ces travaux sont confortés par les données 2013 des taux de chômage (source Institut National de la Statistique et des Études Économiques) : 12 % pour les Ardennes contre 9 % pour la moyenne nationale.

Les consultants du CES considérés comme vulnérables (score EPICES supérieur à 30) représentaient 54% du recrutement en 2010 pour atteindre 65% en 2013. Sur environ 3000 patients annuels, il n'est pas possible de déterminer si cette évolution est liée à un meilleur ciblage des invitations ou à un effet de la situation économique.

Dans les ateliers d'éducation thérapeutique effectués par les équipes des CES, on retrouve ce même type de recrutement avec 63 % de précaires pour les Ardennes, contre 61 % au national.

L'incidence du diabète dans les Ardennes est de 800 à 1000 nouveaux cas par an dont 90 % de diabète de type II (source Service Médical auprès de la Caisse Primaire des Ardennes).

L'Unité Transversale d'Éducation du Patient du centre hospitalier de Charleville s'investit aussi dans l'éducation thérapeutique, pour les consultants du service de diabétologie ou les patients hospitalisés.

Un réseau de professionnels libéraux, Carédiab, propose également de l'éducation thérapeutique, en individuel.

Compte tenu de l'incidence de la maladie, il n'y a pas de concurrence entre ces 3 filières, mais une complémentarité. À titre d'exemple, l'éducateur médico-sportif de l'hôpital de Charleville anime l'atelier « activité physique » du CES, avec mission de repérer les patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge plus lourde. Il peut alors leur faire connaître les possibilités de l'hôpital.

Les patients insulino-requérants au-delà de 2 injections par jour ne rentrent pas dans le protocole du CES et sont orientés vers l'équipe hospitalière.

Pour pallier au déficit en ophtalmologistes, Carédiab a acquis un rétinographe mobile, servi par une orthoptiste. Les bénéficiaires des ateliers d'éducation thérapeutique du CES en sont informés. Ils peuvent faire réaliser les clichés au plus près de chez eux. Une lecture par deux ophtalmologistes volontaires

permet ensuite de prendre en charge sans délai les rétinopathies.

Ressources humaines et formations

Deux infirmières et deux médecins du CES ont été formés en 2010 à l'éducation thérapeutique.

Les ateliers collectifs proposés aux patients sont toujours animés par un binôme. Aussi, était-il nécessaire de former au minimum 4 personnes pour assurer 3 à 4 séries de 5 ateliers de 2 heures chaque année auxquels s'ajoutent les diagnostics éducatifs et les évaluations individuelles à 6 mois.

Les CES disposent d'un centre technique d'appui et de formation (CETAF), situé à Saint-Etienne, dans le département de la Loire. La mission de cet organisme est d'« assurer la déclinaison opérationnelle des orientations nationales de l'Assurance Maladie pour les Centres d'examen de santé ».

Le CETAF s'est adjoint un comité scientifique puis des enseignants. Il a défini un programme de formation conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé⁽⁶⁾.

Deux modules de formation ont été dispensés à tous les éducateurs-soignants, pour leur permettre d'appliquer un programme uniforme sur le territoire national.

Le premier module de 2 semaines, appelé tronc commun, est axé sur la pédagogie, l'entretien motivationnel⁽¹⁴⁾, les représentations, les différences culturelles, les techniques d'animation. Il se veut généraliste, afin de préparer les équipes aux évolutions ultérieures : la bronchopathie chronique obstructive puis les risques cardio-vasculaires seront déclinés après le diabète de type II.

Le second module réunit des enseignants de la diabétologie, de la diététique, et des professionnels de l'activité physique adaptée. Pour ce module spécifique, la formation est d'une semaine. S'adressant à des professionnels de santé, il s'agit plus d'une mise à jour des connaissances que de notions nouvelles.

Depuis cette formation de base et la réalisation des premiers ateliers, des enseignements complémentaires sont régulièrement programmés pour les éducateurs-soignants : support visuel par connexion internet avec audioconférence et questions-réponses par téléphone. Sont présentées des innovations thérapeutiques, des évolutions des matériels, l'adaptation de nouveaux outils tenant compte des traditions des publics rencontrés.

À l'issue de ces formations, chacun aura en mémoire les mêmes objectifs pédagogiques sur tout le territoire. Les outils mis en pratique localement seront

fonction du groupe et des habitudes de l'éducateur-soignant. Les objectifs opérationnels du participant seront, par nature, personnels !

Déroulement du programme

Les préalables

Tout commence par la proposition, faite au patient, d'intégrer un groupe à l'issue d'un examen périodique de santé.

Il doit pour cela :

1. Présenter un diabète de type II, déjà connu et traité.
2. Avoir entre 35 et 74 ans.
3. Ne pas présenter d'obstacle psychiatrique ou linguistique à la fréquentation d'un groupe (il peut venir avec un traducteur de son entourage).
4. Ne pas avoir son pronostic vital engagé par une autre pathologie.
5. Ne pas recevoir plus de 2 injections d'insuline par jour s'il est insulino-requérant.
6. L'accord oral puis écrit du médecin traitant est sollicité.

Diagnostic éducatif, contrat éducatif

Le diagnostic éducatif demande 1 heure à 1 heure et demie.

Il est réalisé par le médecin éducateur soignant avec pour objectif l'élaboration commune d'un programme éducatif.

3 axes principaux sont explorés :

- Connaissance du patient, de ses besoins, ses attentes.
- Ses potentialités, ses demandes, ses projets
- Identifier ses ressources personnelles, sociales et environnementales.

Le contrat éducatif est le document résultant de ce diagnostic.

Ce contrat éducatif permet

- De formuler avec le patient les compétences à acquérir.
- De négocier la planification d'un programme individuel.
- D'assurer la cohérence de ce programme avec la réalisation concrète des ateliers.

Les objectifs opérationnels seront formulés par le patient à l'issue de chaque atelier.

5 ateliers de 2 heures sont ensuite programmés à raison d'un après-midi par semaine, durant 5 semaines consécutives. Réunir 8 à 12 personnes permet de bénéficier d'une dynamique de groupe, de faire émerger puis évoluer les différentes représentations.

DIAGNOSTIC ÉDUCATIF OU ENTRETIEN PERSONNALISÉ

Questions ouvertes :

Décrivez moi...
Parlez-moi...
Voulez-vous me dire comment...

• Ouverture de l'entretien :

« Pouvez-vous me parler de votre santé ? »

• Dimension biomédicale :

découverte, évolution, complications, traitement

• Dimension cognitive :

« Que savez-vous sur votre maladie ? »

• Dimension psycho-affective :

« Comment vivez-vous votre diabète ? »

• Dimension

socioprofessionnelle :
« Quelles-sont vos occupations dans la journée ? »

• Dimension identitaire :

« Quels sont vos projets ? Vos désirs ? »

• Identification des attentes et des souhaits :

« Qu'attendez-vous des ateliers ? »

• Objectifs pédagogiques

Clôture de l'entretien :

« Souhaiteriez-vous aborder d'autres points ? »

Bibliographie

(2) DECCACHE A., Éducation des patients... formation des soignants, *La Santé de l'Homme*, 1999; 341 :12-14.

(3) DECCACHE A., *Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS, Éducation du Patient et Enjeux de Santé*, 2002; 1 : 23-25

(4) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/education_adulte_asthmatique_-_recomm consulté le 02 août 2014

(5) Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins. *Typologie descriptive de l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète. Rapport de synthèse*. Paris: CNAMTS; 2002.

(6) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf, consulté le 02 août 2014.

(7) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000725332>, consulté le 03 août 2014.

(8) Sass C., Guéguen R., Moulin J.-J. et al., *Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité*, *Santé Publique* 2006, volume 18, no 4, pp. 513-522.

(9) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, consulté le 03 août 2014.

(10) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 03 août 2014.

(11) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482106&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 03 août 2014.

(12) http://www.preventionsante.eu/pages/mortalite/Mortal_intro.html, consulté le 03 août 2014

(13) http://www.preventionsante.eu/pages/socioeconomie/soc_ec_rev_details.html, consulté le 03 août 2014.

(14) Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*. Wales: InterEditions ; 2006; 241 p.

Atelier 1 : connaissance de la maladie

Objectif pédagogique : le patient sera capable de développer sa capacité à optimiser le contrôle de son diabète.

Le moyen sera un travail sur les représentations et un apport de connaissances théoriques, aidé d'images, photo-langage, vidéo-projections.

Atelier 2 : activité physique

Objectif pédagogique : le patient sera capable de retenir l'importance de pratiquer une activité physique de façon régulière pour améliorer l'équilibre glycémique et prévenir les complications du diabète.

L'éducateur médico-sportif va travailler dans le domaine motivationnel, s'adapter à chacun, proposer des pistes, donner des adresses concrètes, voire proposer une petite animation ludique selon la composition du groupe.

Atelier 3 : les sucres

Objectif pédagogique : le patient sera capable de comprendre le rôle des sucres et comment les consommer.

Un tour de table est entrepris sur l'état des connaissances : sucres simples, sucres complexes, effet sur la glycémie au repas, en dehors des repas. On passe en revue l'expérience de chacun, pour ceux qui réalisent des autocontrôles glycémiques. Une réflexion est engagée sur la place des féculents dans chaque assiette, le rôle des légumes, des fibres, des fruits, sans perdre la notion de plaisir ou d'exception.

Atelier 4 : les graisses

Objectif pédagogique : développer sa capacité à équilibrer en qualité et en quantité sa consommation de graisse au quotidien.

En fonction du degré de connaissance du groupe, une lecture d'étiquettes de produits courants peut être organisée. Apprendre à identifier les graisses cachées, orienter le choix des huiles végétales, proposer des solutions de remplacement pour corriger les excès les plus fréquents : ce contenu aboutit en fin d'atelier à la notion d'équilibre alimentaire.

Atelier 5 : les traitements

Objectif pédagogique : replacer le médicament comme élément complémentaire de la prise en charge du diabète, avec l'activité physique et l'alimentation.

Accroître l'observance et prévenir les hypoglycémies sont des idéaux à approcher !

Pour faire vivre chaque atelier, les éducateurs-soignants disposent de planches d'images représentant aliments, boissons, attitudes, sentiments, activités physiques, soit proposées par le Centre Technique d'Appui et de Formation, soit relevant d'initiatives locales.

Bilan à 6 mois

C'est un entretien individuel réalisé par un médecin avec un objectif double :

- Évaluer progression et satisfaction du patient.
- Entretenir sa motivation et apporter quelques réponses complémentaires.

Le médecin traitant reçoit un compte-rendu au terme des 5 ateliers. Son opinion est recueillie par auto-questionnaire au bout de 6 mois.

Éléments d'évaluation pour l'année 2013

Le cap des 10000 inclus dans le programme d'éducation thérapeutique des CES a été franchi en octobre 2013.

61,3% des inclus sur le plan national sont identifiés comme précaires.

Localement, le pourcentage est légèrement supérieur, à 62,9%

91,1% du public a participé à au moins trois ateliers sur le territoire français, contre 78,1% dans les Ardennes. Cette diminution semble surtout avoir impacté le premier trimestre 2013 : une cause météorologique est plausible ; les 2 derniers ateliers de ce premier cycle ayant eu lieu en période de neige !

Les chiffres de satisfaction suivants sont exploités de manière agrégée, nationale, car les propositions de réponses génèrent des sous-groupes trop petits pour analyser des pourcentages locaux.

A la question « Avec le recul, accepteriez-vous de participer au programme proposé par les CES ? », la réponse est oui à 94.9% de 1220 répondants

Pour « Avec le recul, recommanderiez-vous ce programme à d'autres personnes ? », le oui est à 97% sur 1255 personnes.

Sur un suivi à 6 mois de 1473 patients, 51.6% sont « tout à fait d'accord » et 42.4% « plutôt d'accord » avec la proposition « J'ai changé quelque-chose dans mes habitudes de vie »

89,6% sont tout à fait ou plutôt d'accord avec la proposition « Je suis plus à l'aise pour parler de mon diabète avec mon médecin traitant »

Avec la proposition « Je me sens plus impliqué(e) dans la gestion de ma maladie », 56.6% sont tout à fait d'accord et 38.2% sont plutôt d'accord.

Quatre-vingt-deux pourcents (82%) des 467 médecins traitants de ces mêmes 1473 patients se sont déclarés, dans leur questionnaire à 6 mois, « satisfaits ou très satisfaits » au sujet des progrès du patient depuis sa participation au programme.

37.8% ont jugé ce programme très utile.

50.5% l'ont jugé utile.

Conclusion

L'éducation thérapeutique du patient est en marche. Les justifications scientifiques s'accumulent depuis 15 ans. La loi en fait une obligation de proposition depuis 2009.

Les premiers résultats sont encourageants, la démarche est jugée positive à plus de 90 % par les patients et à plus de 80 % par leur médecin.

La spécificité des centres d'examens de santé est double :

- Le développement de l'éducation thérapeutique a été réalisé à budget constant.
Le coût par patient est variable selon la taille des structures, mais il serait utile de le

comparer à celui obtenu par les réseaux créés pour la circonstance.

- Le degré de vulnérabilité sociale des participants est mesuré préalablement, au cours de leur examen de santé : plus de 60 % d'entre eux sont considérés en précarité.

Il paraît humainement juste, et passionnant à titre individuel, de pouvoir contribuer, dans le domaine qui est le nôtre, à améliorer leur qualité de vie.

Peut-on espérer une baisse de l'hémoglobine glycosylée au long cours ?

Il faut affiner le suivi pour l'affirmer, mais les accidents de la vie subis par les personnes en situation de précarité tempèrent les résultats et nous enseignent l'humilité. ■

L'examen périodique de santé vu par le site ameli.fr

L'examen périodique de santé est une offre de prévention proposée aux assurés sociaux du régime général. Totalement pris en charge par l'Assurance Maladie, il s'inscrit dans sa politique de gestion du risque, notamment en matière de prévention.

Une démarche adaptée aux assurés éloignés de la prévention

Réalisé par un réseau de 85 centres d'examens de santé (CES), l'examen périodique de santé est adapté à l'âge, au sexe, aux risques ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés. Il prend en compte les difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

Une approche de la prévention qui ne s'arrête pas au bilan réalisé

L'équipe médicale du CES procède tout d'abord à une exploration de l'état de santé de la personne : elle réalise, en fonction de la situation constatée, des analyses biologiques, des tests et mesures permettant de détecter d'éventuelles pathologies (cardio-vasculaires, hépatiques...) ou facteurs de risque (surpoids...) ainsi que des examens dentaires, visuels et auditifs.

Un entretien personnalisé avec le médecin du CES est réalisé. Ce dernier commente les premiers résultats et pratique un examen clinique complet. Sont également abordés : le mode de vie, les antécédents personnels et familiaux, la participation aux programmes de dépistage, le suivi des vaccinations...

Mais l'examen périodique de santé constitue aussi un moment privilégié pour une action éducative pour la santé avec des conseils, voire, en cas de repérage de facteurs de risque (tabac, alimentation...), des ateliers dédiés. C'est aussi l'occasion de développer l'information et l'accompagnement des personnes accueillies pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention.

À l'issue de l'examen périodique de santé, le CES passe le « relais » au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés.



Des programmes en éducation du patient au Centre de revalidation cardiaque de la Clinique St-Luc de Bouge

par Angélique Delmelle (1) et l'équipe de revalidation cardiaque de la clinique St-Luc de Bouge

A la Clinique Saint-Luc à Bouge, une équipe pluridisciplinaire propose des séances de revalidation cardiaque centrées sur une prise en charge en éducation du patient durant l'hospitalisation mais aussi en externe.

Ce programme poursuit comme but pour le patient un changement de comportements afin de les adapter à sa nouvelle situation et pour les soignants de rendre le patient plus autonome en l'ayant guidé et transmis son savoir et savoir-faire.

Le médecin traitant est invité à collaborer étroitement avec l'équipe regroupant médecins, psychologues, diététiciens, infirmières sociales, kinésithérapeutes.

Mots-clés : Réadaptation, revalidation, diététique, programme éducatif, équipe pluridisciplinaire

« La réadaptation/revalidation est l'ensemble des activités nécessaires à assurer aux patients victimes de problèmes cardiaques une condition physique, mentale et sociale optimale, leur permettant d'occuper par leurs propres moyens une place aussi normale que possible dans la vie sociale » (définition de l'Organisation Mondiale de la Santé).

Elle couvre l'encadrement pluridisciplinaire dont peuvent bénéficier les patients, en Belgique. En fonction de différents critères déterminés par l'INAMI, le patient aura droit à un encadrement pluridisciplinaire défini par un certain nombre de séances (système de convention pour centre de réadaptation cardiaque accrédité).

La revalidation cardiaque s'adresse tout particulièrement aux personnes qui ont eu : un infarctus du myocarde, une dilatation des artères coronaires, un angor réfractaire, une intervention chirurgicale cardiaque (pontage, chirurgie valvulaire, etc.), une décompensation cardiaque, une greffe cardiaque.

Lors d'un programme de revalidation cardiaque, le patient sera entouré en premier lieu par son médecin traitant et son cardiologue qui, après lui, sont les premiers impliqués dans la revalidation. En fonction de la pathologie, le cardiologue demandera une épreuve d'effort dont les résultats seront transmis à l'équipe de revalidation. Cela permettra de programmer une revalidation personnalisée.

Pour des soins optimaux, le patient doit être au centre de l'équipe formée par un médecin revalidateur, une kinésithérapeute, un psychologue, un assistant social et un diététicien. Cette équipe doit avoir comme objectif d'assister le patient sur le plan physique et psychique dans l'assimilation de l'événement cardiaque, dans la limitation de son impact et dans la garantie d'une prévention secondaire optimale. Différentes études comme celles de *Framingham* ou l'*Interheart* ont prouvé ces dires.

Le promoteur - les acteurs - l'organisation

Le docteur *Laruelle*, cardiologue et réadaptateur depuis 2005, est à l'initiative de ce projet débuté en 2007. Il travaille au sein du service de cardiologie à la clinique Saint-Luc de Bouge. Une équipe gravite autour de ce coordinateur. Elle est définie par différents pôles de professionnels de la santé. Les patients sont accompagnés par des kinésithérapeutes, des psychologues, des tabacologues, des diététiciennes et une infirmière sociale.

La revalidation cardiaque commence dès le séjour à l'hôpital (phase 1).

Les kinésithérapeutes aident le patient, par des exercices respiratoires et gymniques, à éviter les

(1) diététicienne à la Clinique St-Luc à Bouge - Belgique

Rue Saint Luc, 8
B - 5004 Namur
0032(0)81 20 94 93
0032(0)474 83 81 99
angelique.delmelle@slbo.be

complications respiratoires, musculaires, articulaires et vasculaires résultant de cette hospitalisation. Lors de ces séances, ils familiarisent le patient aux différents facteurs de risques cardiovasculaires.

Les diététiciennes, ayant pris connaissance du dossier médical du patient, vont à son chevet lui expliquer ses différents facteurs de risques liés à l'alimentation et lui donnent déjà quelques pistes.

L'infirmière sociale peut aider pour des démarches administratives (mutuelle, employeur, etc.) ou pour évaluer la solution la plus adaptée pour les transports vers le centre de révalidation. Selon les besoins, elle peut envisager la mise en place d'aide à domicile ou de repos. Une condition sociale optimale est importante dans le but d'être dans les meilleures conditions de vie pour affronter le chemin vers la guérison.

Les psychologues passent aussi auprès du patient durant leur hospitalisation.

Une fois rentré(e) à la maison, il est alors possible – voire même conseillé – de poursuivre en révalidation cardiaque en externe (Phase 2).

La prise en charge sera assurée par les mêmes kinésithérapeutes via des exercices d'endurance, de renforcement et de gymnastique. Le but de ce ré-entraînement est d'aider à reprendre confiance en soi, à reconnaître les premiers signes d'alerte, à connaître ses limites. Les séances, d'une durée d'une heure, sont adaptées au patient et à ses besoins.

Le but, à terme, est aussi de (re)trouver un bon équilibre moral. Un problème cardiaque ajouté à une hospitalisation peut être source de stress, de perturbations des habitudes de vie. Pouvoir en parler permet de mieux comprendre les réactions et les émotions. La psychologue peut aider à trouver un nouvel équilibre de vie, à apprendre à vivre avec la maladie cardiaque, à mieux gérer certains facteurs de risques tels que le stress, le tabac... et à développer certaines techniques telle que la relaxation.

Une bonne santé cardiovasculaire passe également par une alimentation équilibrée qui diminue les facteurs de risques des maladies cardiovasculaires tels le diabète, l'hypertension, l'hypercholestérolémie... Les conseils d'une diététicienne seront utiles ainsi que la réponse à certaines questions. Différents sujets seront abordés comme les bases d'une alimentation saine.

Cette rencontre avec les différents intervenants se fait dans des bureaux avec comme noyau central, la salle de sport.

Le but, pour le patient, sera de changer ses comportements afin de les adapter à sa nouvelle vie de malade cardiaque. **L'objectif de l'équipe est de rendre le patient le plus autonome** possible en l'ayant guidé et transmis son savoir et savoir-faire.

C'est aussi améliorer sa qualité de vie à court et à long terme. C'est pour cette raison que la **Phase 3** n'est pas anodine et doit faire partie du parcours du patient. Il sera aiguillé pour assurer une continuité de l'activité physique et de ses efforts fournis dans les différents domaines en dehors de la structure hospitalière. En exemple et à cet effet, le centre maintient de bonnes relations avec le Coronary Club.

Le programme de révalidation cardiaque

Tous les patients voulant participer au programme de la révalidation cardiaque seront vus en individuel au moins une fois. Durant une demi-journée, le patient rencontrera tour à tour tous les intervenants. Avec l'appui du test à l'effort, cet entretien préliminaire sera suivi d'une discussion entre professionnels afin d'évaluer les facteurs de risques et de personnaliser les objectifs globaux.

Plus spécifiquement, l'éducation thérapeutique en diététique

Une prise en charge diététique visant à améliorer l'état nutritionnel du patient et ses habitudes alimentaires sera proposée.

- En premier, sera réalisé un diagnostic par une récolte d'informations ciblées que nous appellerons, anamnèse alimentaire, anthropométrie et de vie du patient. La présence de la personne qui cuisine et/ou qui accompagne le patient est fortement désirée lors de ces entretiens. Le travail va se poursuivre pour lui faire prendre conscience des différents facteurs de risques et en quoi ils sont liés à l'alimentation et aux habitudes alimentaires. De là, vont découler des actions cibles (avec des priorités). Des objectifs seront fixés et planifiés. Cette stratégie nutritive sera adaptée aux facteurs de vie du patient.
- Après plus ou moins 1 mois, nous évaluerons le travail fourni par le patient en récoltant les résultats *poids - tour de taille* et en discutant avec lui de la faisabilité des différents objectifs donnés lors de la première séance. Nous réajusterons les actions selon le ressenti du patient. Il pourra être revu, selon le même principe, durant la durée de sa convention.
- En fin de programme, une évaluation sera effectuée et le patient sera dirigé si besoin en est.

À côté de ce suivi individuel, des réunions sur différents sujets, diététiques mais aussi médicales, sur le stress, l'activité physique... sont organisées en groupe afin d'augmenter les connaissances du patient et d'aider à son développement en lui donnant des moyens. Son entourage sera invité et prendra

Bibliographie

H KULBERTUS, W VAN MIEGHEM, athérosclérose athérombose 2013 p374-390, la revalidation cardiaque.

ROSENGREN A, HAWKEN S, OUNPUU S ET AL association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the interheart study) Lancet 2004

aussi conscience qu'il faudra certainement adapter l'environnement. Ces réunions visent à l'éducation et à la promotion d'un mode de vie sain par un échange d'informations.

Le but du travail en diététique est d'influencer les comportements alimentaires en tenant compte des variations individuelles, des croyances, des résistances aux changements, de l'entourage, de la faisabilité, des capacités individuelles, des préférences en préservant le plaisir de la table.

Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire qu'au regard de la première cause de décès en Belgique après le cancer, la revalidation cardiaque est un programme multidisciplinaire donnant des résultats. Ceux-ci

dépassent la somme des éléments pris séparément. Nous remarquons que les patients sont 53 % à suivre cette revalidation et qu'après leurs séances, ils restent motivés et sont demandeurs à poursuivre une phase 3. Notre travail serait plus optimal si les locaux étaient mieux adaptés en termes de matériel, de place et si les effectifs étaient plus importants. Malgré ces soucis organisationnels, le centre accueille des patients hors convention comme les insuffisants cardiaques, des patients d'autres hôpitaux au vu de ses bonnes relations comme avec Erasme, Woluwé ou Liège par exemple. Certains patients viennent aussi en prévention primaire sous le conseil de leur médecin de famille ou de leur cardiologue. Le travail multidimensionnel reste l'avenir. ■

LE SEVRAGE TABAGIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN



par Evelyne Adnet (1)

Depuis le 10 novembre 2013, Blandine ANSIAUX, infirmière tabacologue intervient auprès des personnes désireuses d'arrêter de fumer. Après quelques questions, la professionnelle exprime sa manière de procéder avec un grand respect pour l'être humain. A travers ses propos, vous découvrirez concrètement l'ensemble de la démarche d'éducation thérapeutique : l'anamnèse, l'objectif du patient, l'organisation pour l'atteindre, puis l'évaluation et l'ajustement.

Mots-clés : Sevrage tabagique, éducation thérapeutique, posture éducative, écoute

Vous sentirez dans ses dires à quel point cette démarche prend son sens dans la façon d'être : une posture à l'écoute bienveillante se destine pour dispenser l'accompagnement adéquat, tout en gardant le cap. La même posture, au moment du bilan, positive les résultats obtenus en laissant toujours une ouverture. Cette posture qui questionne le demandeur en lui donnant l'envie d'avancer. Responsable, il prend sa propre décision : « Cette fois, j'arrête ! ».

Je laisse Blandine Ansiaux parler pour rester congruente vis-à-vis de la démarche et rendre vivant cette belle théorie. Je vous invite à découvrir son travail et vous souhaite un bon voyage.



« J'interviens depuis plus de dix ans sous forme de consultations. »

Tout commence par l'agencement du premier rendez-vous. C'est la secrétaire de la direction des soins, Anna Vecchio, qui l'organise. Le patient, car il s'agit bien d'un patient, compose le 03.24.22.85.11. Avec une oreille attentive, le début de l'entretien téléphonique est centré sur la personne qui appelle. Ces éléments d'information vont faciliter mon accueil.

Toujours par téléphone, la secrétaire explique le déroulement de la prise en charge. Un courrier complète ces renseignements accompagné d'un dossier édité par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) et validé par la Fédération française de tabacologie. Le demandeur remplit ce document qui servira de support à la réflexion quand je le rencontrerai.

Comment ces patients arrivent-ils dans mon bureau ?

Ce peut être par l'intermédiaire du médecin traitant ou du médecin hospitalier. Mais le plus souvent, il s'agit du résultat du bouche à oreille. Et puis, je fais paraître régulièrement un article dans le journal local.

Mais revenons à cette première entrevue. Elle dure environ une heure. Pour moi, l'essentiel est de laisser parler cette personne. Je tiens à savoir qui elle est, son histoire, ce qui l'anime et aussi ses craintes. Ensuite, je peux lui demander pourquoi elle est là, qu'a-t-elle à dire au sujet du tabac, pourquoi elle maintient sa dépendance malgré son savoir. J'ai également besoin de connaître son état émotionnel du moment. Il faut se sentir bien pour envisager le sevrage. Le choix du bon moment compte.

A la fin de la consultation, je lui demande de formuler un choix et un seul, concernant son sevrage tabagique. C'est elle qui fixe son objectif avec une échéance. Je lui donne rendez-vous une semaine après cette date.

(1) Cadre de pôle
2 avenue du général
Margueritte
08200 SEDAN
03.24.22.85.15
e.adnet@ch-sedan.fr

En général, l'objectif détermine la méthode et la date d'arrêt. Mais il peut y avoir des étapes intermédiaires comme la baisse progressive de la consommation.

Après l'arrêt du tabac, je la recevrai une fois par semaine, pendant un mois. Après c'est selon le besoin de chacun. Les rencontres suivantes durent environ une demi-heure.

Durant ce temps, je vérifie l'atteinte de l'objectif. Avec eux, j'analyse le vécu du sevrage : ce qui est difficile, ce qui est agréable. Je cherche avec eux des petites astuces pour atténuer les difficultés. Je sonde leur moral, c'est important !

Je fais appel à d'autres professionnels pour certains problèmes comme la diététicienne ou le médecin traitant. Pour autant, il faut éviter l'hyper médicalisation qui pourrait remplacer une addiction par une autre.

En accompagnant les patients, je fais en sorte qu'ils ressentent concrètement du bénéfice dans leur vie suite à leur décision. Par exemple : *« J'ai retrouvé l'odorat ou j'ai un meilleur souffle depuis que j'ai arrêté de fumer ! »*

Je stoppe les entrevues quand le sevrage est intégré dans le quotidien. Nous nous côtoyons environ cinq à six fois.

Un an après, je reprends contact. Je téléphone à la personne en demandant ce qu'elle devient.

J'agis de même quand le patient abandonne sa prise en charge. En général, c'est apprécié. D'ailleurs certains reviennent parfois. Même s'il y a rechute, je positive leur démarche. Il faut souvent décider plusieurs fois d'arrêter pour finir par réussir à se priver du tabac. Chaque étape est un pas vers le sevrage définitif.

Parfois, j'interviens dans des groupes d'étudiants ou de professionnels de santé pour leur transmettre mon savoir faire.

Gérer des groupes de patients ? Bonne question ! C'est plus complexe à gérer car j'ai d'autres activités dans l'hôpital. Ensuite, je tiens à cette prise en charge individuelle. L'avenir dira... »

De sa voix apaisante et sans jugement de valeur, Blandine Ansiaux termine ses propos. Elle quitte mon bureau. Restée seule, je l'entends encore dispenser son accompagnement avec authenticité et sa confiance en l'être humain. ■

Populations fragilisées et examens périodiques de santé au Centre d'Examens de Santé de la CPAM des Ardennes, France

par Danièle Krauss (1)

L'examen périodique de santé est une offre de prévention proposée aux assurés sociaux du régime général de l'Assurance Maladie française. Totalement pris en charge, il s'inscrit dans sa politique de gestion du risque, notamment en matière de prévention.

Mots clés : assurance maladie, centre d'examens de santé, santé, population fragilisée, partenariat, insertion

Il est adapté à l'âge, au sexe, aux facteurs de risque ainsi qu'au suivi médical habituel des bénéficiaires et prend en compte les difficultés d'accès aux soins et à la prévention. Ainsi, il est destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier (médecin traitant, médecin du travail) ni des dispositifs d'offre de prévention organisée (dépistage des cancers, etc).

Cette approche de la prévention ne s'arrête pas uniquement au bilan de l'état de santé de la personne (différents examens sont proposés, suivis d'un entretien personnalisé avec un médecin) ; c'est aussi un moment privilégié pour une action éducative pour la santé avec des conseils adaptés à chacun, de l'information et également l'accompagnement des personnes qui en ont besoin pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention.

Depuis l'instauration de la Sécurité Sociale en 1945, l'Examen périodique de santé fait partie des droits de tous les assurés sociaux français et leurs ayants droit (article L321-3 code de la sécurité sociale – ordonnance du 19 juin 1945).

Un arrêté ministériel du 20 juillet 1992 précise (*Journal officiel* n° 218 – article 2) que les organismes d'assurance maladie doivent veiller à offrir ces examens en priorité aux catégories les plus éloignées du système de santé ou fragilisées.

Les centres d'examens de santé, gérés directement par les organismes d'assurance maladie ou conventionnés avec ceux-ci, ont pour missions :

- d'assurer ces examens périodiques de santé adaptés à l'âge, au sexe, aux facteurs de risque ainsi qu'au suivi médical habituel des assurés ;
- de participer aux campagnes de dépistage définies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et figurant dans l'arrêté programme du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS) ;

- de participer aux campagnes d'information et d'éducation sanitaires définies par la CNAMTS, figurant dans le même programme du FNPEIS, dans un esprit de partenariat avec les associations locales ;
- de contribuer à la collecte de données épidémiologiques sur l'état de santé de la population reçue.

L'action préventive des Centres d'Examens de Santé cible donc prioritairement les populations qui ne bénéficient pas, peu ou mal de la démarche de prévention du médecin traitant (faute de l'avoir désigné ou de le consulter), ou qui ne s'inscrivent pas dans des dispositifs organisés de suivi, de dépistage ou de vaccination qui leurs sont offerts.

Son objectif est double :

- réaliser un examen périodique de santé adapté à l'état de santé de ces populations ;
- permettre aux personnes qui en bénéficient de mieux s'insérer dans le système de santé en développant l'information et l'accompagnement pour un meilleur usage de l'offre de soins et de prévention.

(1) Responsable Adjointe,
Centre d'Examens de Santé de
la CPAM des Ardennes

2, rue de la fonderie
F - 08000 Charleville-
Mézières

Tél : + 33 (0)3 10 43 90 53

daniele.krauss@cpam-
charleville.cnamts.fr

Le Centre d'Examens de Santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Ardennes (France) offre donc la possibilité à tous les Ardennais et plus particulièrement aux personnes fragilisées de bénéficier de ce bilan de santé individualisé, totalement pris en charge par l'Assurance Maladie.

C'est un moment privilégié pour faire le point sur sa santé avec des professionnels de santé qui proposent différents examens (électrocardiogramme, analyses d'urine et de sang, test de vue et d'audition, poids, taille, examen bucco-dentaire, test respiratoire si besoin...). La rencontre avec le médecin est également l'occasion d'échanger sur les habitudes de vie de chacun et sur tout sujet de santé pouvant préoccuper.

C'est aussi l'occasion de développer un ensemble de services adaptés à la situation de la personne. En effet, la situation économique et sociale des populations n'est plus la seule source de précarité; au fil des changements sociaux, il apparaît qu'il n'y a pas une « *précarité* » mais des « *situations de vulnérabilité* » qui ne cessent d'évoluer.

Afin de mieux toucher ces personnes vulnérables, éloignées du système de santé, il a été nécessaire de construire des partenariats avec les institutions et les associations qui s'en occupent. Ces structures sont des relais privilégiés pour aborder la santé et la prévention avec les publics les plus fragilisés même si cette problématique n'est pas pour eux une priorité.

Sur le département des Ardennes, les premiers partenariats ont été mis en place il y a maintenant une bonne quinzaine d'années. A ce jour, le réseau de partenaires est de plus en plus dense mais reflète bien la situation de vulnérabilité dans laquelle se trouve le département. Avec certaines structures, la collaboration est formalisée par une convention mais celle-ci n'est pas indispensable pour bien travailler ensemble.

Le centre d'examens de santé des Ardennes travaille donc au quotidien avec des structures :

- **d'insertion** (Les Missions Locales, Pôle emploi, Le PLIE « Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi », Les centres de formations, etc.),
- **d'accompagnement social** (Les centres communaux d'action sociale, Les centres sociaux, maisons de quartiers, Les foyers d'hébergement, etc.),

- **d'aides alimentaires** (Resto du cœur, épiceries solidaires, etc.).

Les services sociaux d'institution comme l'Assurance Maladie, le Conseil Général ou la Caisse d'Allocation Familiale sont également des partenaires privilégiés. Ce partenariat n'est pas à sens unique, le centre d'examens de santé peut également orienter, si nécessaire, des personnes vers ces services à la suite du bilan de santé.

La santé n'étant pas forcément la priorité des populations vulnérables, le centre d'examens de santé de Charleville-Mézières dans les Ardennes (France) a développé de nombreux partenariats avec les structures institutionnelles ou associatives.

Travailler ensemble autour d'un même public permet de mieux le faire avancer.

Actuellement, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont son centre d'examens de santé et le Conseil Général des Ardennes pilotent un groupe projet sur la mise en place d'un réseau santé/insertion réunissant tous les acteurs travaillant dans le champ de l'insertion sociale et ou professionnelle (assistants sociaux, éducateurs, référents jeunes, conseillers à l'emploi...). Les actions mises en place permettent concrètement de sensibiliser ces professionnels sur la santé, l'accès aux droits, l'accès aux soins et de les outiller pour un meilleur accompagnement de leur public. ■

Pour plus d'informations :

*Centre d'Examens de Santé
de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des
Ardennes*

2 rue de la Fonderie

08000 Charleville-Mézières

FRANCE

Téléphone : ++ 33 (0)310.43.90.54

Site internet : www.bilansante08.fr

*Référente pour les actions de partenariat : Mme
Danièle KRAUSS (Tél. : ++ 33 (0)310.43.90.53)*

« Place du pharmacien dans les conseils à donner en ETP »

par Aurélien Gasser (1),

La pharmacie est un espace d'accueil du patient ouvert du lundi au samedi, capable de répondre directement ou indirectement à la situation pathologique du patient. Le maillage territorial des officines permet à chacun de se rendre facilement et rapidement dans la pharmacie.

Une grande majorité de la population sait où se trouve la pharmacie la plus proche de son domicile ou de son lieu de travail de par la bonne visibilité des enseignes et des croix installées sur la façade du bâtiment.

La pharmacie est donc un espace de santé important où quiconque peut se rendre facilement et agréablement et bénéficier d'une prise en charge rapide, avec des moyens de contrôle (diabète, tension...) et d'action (défibrillateur).

Au quotidien, il existe une relation de confiance du patient envers son pharmacien, avec lequel il dialogue de problèmes médicaux, mais également familiaux. Le pharmacien peut donc appréhender les bénéfices et les risques du mode de vie du patient et son comportement (alcool, tabac, conduites à risques) et essayer d'y apporter des solutions et conseils (substituts nicotiniques).

Au comptoir, le pharmacien suit l'évolution du traitement de chaque patient, peut juger de la bonne observance de celui-ci vis-à-vis de son traitement, de sa bonne tolérance, de problèmes et des bénéfices inhérents au traitement et aussi chercher des solutions.

Grâce à des outils comme le *Dossier Pharmaceutique* et les historiques de délivrance, le pharmacien peut facilement détecter un échappement du patient vis-à-vis de son traitement. Il peut alors axer son discours sur l'importance de chaque médicament pour sa/ses pathologies, essayer de faire comprendre au patient le bénéfice à tirer du traitement et les dangers à l'arrêter.

Quand une personne est victime d'un premier accident cardio-vasculaire, elle va être soumise à la rencontre, en un temps court, d'un grand nombre de professionnels de santé : cardiologue, neurologue, médecin traitant, assistante sociale, psychologue, infirmier, pharmacien.

La personne va donc avoir une situation de vie radicalement nouvelle. Cet événement va la faire

passer de personne « *en bonne santé* » à « *Malade chronique* » ; et ce changement va être accompagné d'un grand nombre d'informations, de conseils, d'obligations à assimiler et mettre en marche dans un laps de temps très court.

Toutes ces modifications subites dans la vie de cette personne vont ajouter un stress au stress déjà subi lors de l'accident et vont donc favoriser les risques d'échappement, d'incompréhension ou de mécompréhension aux traitements, aux conseils, aux informations nécessaires à sa future santé.

On sait par exemple que plus de la majorité des hypertendus ne prennent pas leur traitement. Face à une situation d'échappement du patient envers son traitement, le pharmacien ne peut obliger celui-ci à la prise rigoureuse de ses médicaments. Alors, son discours doit se porter sur un autre axe, bien moins contraignant ou répressif : la prise en charge d'une éventuelle crise.

Si l'on perd au niveau de l'observance du traitement, il faut essayer de compenser et rattraper en aval.

En cas d'accident cardio-vasculaire, chaque minute compte. Cette notion est fondamentale ; aussi, tous les acteurs de santé qui accompagnent le patient ont pour objectif de lui apprendre à mettre en place de façon concrète cette idée.

Concernant la pharmacie, des solutions sont en marche. L'entretien pharmaceutique, instauré depuis plusieurs mois, consiste en des rencontres pluriannuelles entre le patient et le pharmacien. Ces rencontres, basées sur le volontariat, sont axées aujourd'hui sur les risques liés à la prise de traitements anticoagulants, demain sur les patients asthmatiques.

La prévention des accidents cardio-vasculaires, enjeu majeur de santé publique, pourrait à son tour faire l'objet d'une prise en charge au sein des *Entretiens Pharmaceutiques*. Ces entretiens permettent également au pharmacien d'avoir, via des formations obligatoires préalables, les outils nécessaires au bon déroulement et à l'efficacité des messages à transmettre au patient. Ces entretiens se déroulent dans un espace de confidentialité, à l'écart du comptoir afin de mettre en confiance, en sécurité le patient et l'inviter à un dialogue constructif et serein. Un paramètre est primordial : la continuité

Mots clés : observance, accueil, espace de santé, confiance, accompagnement, entretien pharmaceutique.

(1) pharmacien
+33 6 84 24 67 06
gasseraurelien@gmail.com

de la relation patient-professionnel de santé.

A l'officine, en plus de la délivrance mensuelle, un à deux rendez-vous annuels seraient bénéfiques à la pérennisation de cette relation de confiance, d'intimité qui ne peut s'effectuer de la même façon au comptoir.

En effet, ce n'est pas au premier entretien que le travail de prévention souhaité sera réalisé, mais c'est la redondance du message à transmettre qui est ici importante. Les rencontres renouvelées potentialiseront au fil du temps l'efficacité de la parole et des conseils prodigués du pharmacien.

L'utilisation d'affiches, de notices d'informations, distribuées au sein de l'officine peuvent permettre la diffusion de messages clés comme les numéros d'urgence à composer, les premiers gestes à prodiguer en cas de situations d'urgence, les signes d'un AVC à détecter.

L'accent peut également être mis à l'officine en fonction des actualités ; on peut alors jouer avec les journées mondiales, les campagnes de prévention.

Un bon exemple en la matière est la campagne de prévention des cancers de la peau, organisée tous les ans, avec le concours des différents professionnels de santé.

Ces rencontres seraient intéressantes à réaliser également avec la ou les personnes vivant aux côtés du patient.

Ces personnes doivent également être informées des signes d'alertes et des conduites à tenir, car majoritairement ce sont elles qui auront à gérer la survenue d'un accident.

De plus, l'action d'inclure l'entourage du patient dans le parcours de soin va permettre d'amener à des discussions au sein de la famille au sujet de la prévention d'une récurrence, du nouveau mode de vie à tenir pour le patient et d'une attention particulière vis-à-vis du patient. L'intégration de l'entourage du patient sera donc toujours favorable à un meilleur investissement du patient dans sa maladie.

« Je ne suis pas tout seul, il existe des experts pour m'aider, répondre : le pharmacien. » ■

PRATIQUE DE L'ETP AU CENTRE DE REVALIDATION/ RÉADAPTATION

Un exemple concret :

La gestion du stress chez les patients coronariens ayant fait un SCA(1)

par Pascal GASSER (2)

La mise en place d'une éducation thérapeutique s'intéressant au stress se justifie par l'importante potentialité d'une récurrence provoquée par ce stress post-traumatique, risque qui peut diminuer dès lors que le patient sait comment gérer son stress, stress souvent psychosocial. L'éducation thérapeutique va largement porter l'accent sur l'activité physique.

L'éducation au stress est dispensée selon un programme personnalisé et organisé en séances planifiées et progressives. Avec elles, le patient pourra acquérir surtout une compétence de sécurité, un savoir-faire et un savoir-être face à son stress. Il pourra aussi réaliser un cheminement vers la résilience et s'orienter vers un projet de vie.

Les patients, globalement, tirent un bénéfice de cette éducation. Si les intervenants ont fait l'expérience d'une mission exigeante voire ingrate, ils ont aussi eu conscience qu'elle renforçait leur mission de soignants en lui donnant davantage de sens et qu'elle les conduisait à une réflexion sur leurs pratiques professionnelles.

En 2007, dans le bassin de Thionville, pendant une semaine en consultation tout venant et sous l'impulsion du Docteur Jean-Pierre HOUPE [4], cardiologue et sophrologue, des cardiologues libéraux ont réalisé une évaluation du stress des patients. Ceux-ci ont exprimé un niveau de stress important et se sont montré demandeurs de méthodes pour le réduire, 25% des patients souhaitant une aide psychologique et 75% se disant prêts à utiliser des méthodes non médicamenteuses. Dans la réalité, seuls 4% sont pris en charge sur le plan psychologique alors que 40% prennent des psychotropes, ce type de prise en charge n'ayant pas fait la preuve de son efficacité, en particulier en prévention cardiaque. Dès lors que le stress est un facteur de risque majeur, la gestion du stress chez le

patient coronarien apparaît incontournable, ce qui est le cas au Centre de réadaptation fonctionnelle pour adultes de Charleville-Mézières, seul établissement des Ardennes à offrir un service de réadaptation/revalidation cardiaque après un accident coronarien. En quoi l'Éducation thérapeutique du patient incluse dans le Programme de réadaptation peut-elle donc aider le patient coronarien ayant fait un Syndrome coronarien aigu - ou SCA - à gérer son stress ? D'abord, il s'agira de montrer la justification d'une Éducation thérapeutique s'intéressant au stress du patient coronarien ; le propos sera ensuite consacré à l'offre d'une Éducation thérapeutique axée sur le stress au CRFA de Charleville-Mézières ; enfin, l'action réalisée fera l'objet d'une analyse.

Mots-clés :

Stress, Traumatisme, Résilience, Éducation thérapeutique, Savoir-faire, Savoir-être

(1) Syndrome Coronarien Aigu

(2) Docteur en Médecine (UER Médecine Reims), Physiopathologiste de l'exercice (UER Médecine Montpellier), Mésothérapeute (UER Médecine Dijon), Homéopathe (UER Médecine Reims)

Lieu de travail : Établissements de réadaptation des Ardennes, 34 rue de Warcq, 08000 CHARLEVILLE-MEZIÈRES

Fonctions :

1/ Médecin généraliste

2/ Responsable de l'élaboration d'un Programme d'Éducation thérapeutique

Adresse : 4 rue Pasteur, 80230 SAINT-VALÉRY SUR SOMME

Téléphone : +33 6 77 84 41 15

E-mail :

pgasser@orange.fr

pascal.gasser@ugecamne.fr

pascal.gasser@sante-lorraine.fr

Une éducation à la gestion du stress est intégrée au programme de réadaptation/revalidation : à quels patients s'adresse-t-elle, pourquoi leur est-elle proposée et à quelle fin ?

- L'éducation à la gestion du stress s'adresse aux patients coronariens victimes d'un SCA et suivant un stage de réadaptation/revalidation ; ils ont vécu un traumatisme qui a généré un stress. Par ailleurs, le patient souffre d'une anxiété qui est une réaction normale au stress post-traumatique mais il continue à alimenter le haut niveau d'affliction et d'anxiété d'après l'infarctus, ce qui est néfaste voire dangereux pour lui.
Les patients sont adressés par les cardiologues du département dans les suites proches du SCA. La motivation à la reprise de l'activité professionnelle est le premier critère retenu pour le choix ; on tient également compte de la capacité à tirer profit du stage et de la motivation de la personne. La typologie des patients recrutés se présente ainsi : les patients, d'origines urbaine et rurale, plutôt de sexe masculin, ont entre 60 et 70 ans, la plupart ont un niveau d'études secondaires ou supérieures. Certains sont porteurs d'autres pathologies, généralement elles aussi facteurs de risques à l'origine de leur SCA : diabète et BPCO.
- Si une éducation thérapeutique s'intéressant au stress a été mise en place, c'est d'une part parce que les textes législatifs l'exigent et d'autre part parce que l'on sait maintenant avec certitude que le stress est un facteur de récurrence.
Les Programmes d'éducation thérapeutique (PETP) recommandent en effet de consacrer un atelier éducatif à la gestion du stress. Il s'agit donc tout d'abord de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé – ou HAS. En ce qui concerne l'Éducation thérapeutique du patient (ETP), c'est dès 1980 que le Comité des ministres réunis au Conseil de l'Europe a recommandé des programmes privilégiant la participation active des malades à leur traitement. En 2000, la Conférence nationale de santé a souligné l'intérêt de développer la prévention et l'éducation, dans une approche de promotion de la santé. En septembre 2008, une mission confiée par Madame Bachelot-Narquin, ministre chargée de la Santé, à C. Saout, D. Bertrand, B. Charbonnel, a proposé 24 recommandations pour ériger l'éducation thérapeutique du patient en une véritable politique nationale. La première

recommandation porte sur une définition actualisée et opérationnelle de l'éducation thérapeutique du patient qui « s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable ». Le guide méthodologique HAS/INPES a été une première étape complétée ensuite par des référentiels opérationnels, destinés aux professionnels et aux décideurs régionaux, en 2009. La Loi n°879-2009 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO 22 juillet 2009) est dite "Loi Hôpital, patients, santé et territoires". L'éducation thérapeutique y est pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique. Les pratiques sont désormais encadrées par cette loi afin de garantir leur qualité. Ainsi, la mise en place d'un programme d'Éducation thérapeutique du patient est-elle subordonnée à la délivrance d'une autorisation d'application par l'ARS - Agence régionale de santé - et le programme soumis à l'autorisation doit satisfaire à des exigences et contraintes extrêmement précises.

Par ailleurs, la gestion du stress au sein d'un PETP trouve sa justification dans le risque de récurrence qu'induit ce stress. En outre, depuis quelques années, on s'intéresse largement au stress psychosocial (stress, anxiété, dépression) qui, selon l'OMS touche 50% de la population et serait responsable de 30% des arrêts de travail, 30% des salariés européens estimant qu'il affecte leur santé. De fait, le stress psychosocial est aujourd'hui le troisième facteur de risque cardiovasculaire après le tabac et le cholestérol. Dès lors, la gestion du stress a toute sa place au sein d'un PETP et la prise en charge du stress psychosocial s'y impose.

- Qu'attend-on alors d'une éducation à la gestion du stress ?
L'on sait avec certitude que le stress modifie les comportements de santé (poursuite du tabagisme, faible activité physique, obésité, syndrome métabolique, dyslipidémie, HTA,

diabète et diminution de l'observance thérapeutique); il génère alors des facteurs aggravants pour le système cardio-vasculaire. Traiter l'anxiété, apprendre à gérer le stress sont alors des éléments déterminants de réduction des facteurs de récurrence.

Par ailleurs, le patient qui intègre le stage est dans une situation de stress post traumatique récent; il n'a pas encore fait le deuil de sa vie d'avant et il ne pense pas encore à se reconstruire. Le rôle de l'intervenant en ETP consiste donc à travailler sur ces trois points. Pour gérer son stress, il faut que le patient soit apte à différencier le stress et les signes d'alerte de l'accident coronarien. Devant les signes avant-coureurs d'une récurrence de SCA que sont une douleur ou un inconfort thoraciques, un inconfort à d'autres régions du haut du corps, un essoufflement, des sueurs, des nausées, des étourdissements, le patient aura acquis le bon geste: ne pas paniquer et appeler très rapidement les secours (15 ou 112).

Pour la gestion du stress psychosocial, l'éducation thérapeutique va porter l'accent sur l'activité physique. En effet, alors que les méthodes médicamenteuses classiques n'ont pas fait leurs preuves, l'activité physique fonctionne comme une véritable « drogue miracle » en diminuant d'environ 35% la mortalité cardiovasculaire à 5 ans), ceci grâce aux multiples effets biophysiques bénéfiques dont elle est dotée. Elle diminue aussi les réactions du stress mental (perte de poids), elle réduit la réponse à la noradrénaline et elle possède plusieurs actions: une action anti-inflammatoire, une action anxiolytique et une action antidépressive. Enfin, elle augmente la neurogénèse de l'hippocampe, quand la dépression est la mort cellulaire de l'hippocampe.

« Faire de l'Éducation thérapeutique du patient » dans un contexte de réadaptation/revalidation ne se réduit donc pas à l'observance des textes législatifs et institutionnels, « faire de l'Éducation thérapeutique du patient », c'est aider le patient à agir sur les risques de récurrence.

Une éducation à la gestion du stress est donc proposée aux patients coronariens ayant été victimes d'un SCA: où, quand et comment cette éducation fonctionne-t-elle ?

- L'éducation à la gestion du stress se fait dans le cadre d'un stage de réadaptation/revalidation se déroulant sur 6 semaines au CRFA; le patient est accueilli 5 jours par semaine en hospitalisation de jour. Outre les activités de réadaptation

physique encadrées par un kinésithérapeute ou un professeur APA (Activité physique adaptée), le stage comprend des ateliers de diététique, de découverte de la maladie et de son traitement, de gestion du stress. Le programme précis du stage et son calendrier sont remis au patient. Le stage accueille 8 patients. L'éducation au stress est dispensée selon un programme personnalisé tenant compte de la vulnérabilité des patients, vulnérabilité qu'a fait apparaître le diagnostic éducatif initial. Le programme tiendra alors compte du caractère comportemental, des facteurs psychologiques, des facteurs sociaux et du statut socio-économique de la personne. Les séances d'éducation à la gestion du stress, comme les autres séances, sont planifiées et progressives.

- L'éducation au stress est réalisée dans une séquence éducative dédiée qui se décline en quatre séances d'une heure chacune, le contenu de chacune d'elles étant fonction d'une compétence précise à développer ou à renforcer chez le patient. La première séance concerne le vécu de l'accident coronarien (objectif: accueillir, reconnaître et exprimer les émotions suscitées par le SCA); la deuxième concerne l'anxiété et le sentiment dépressif (objectif: accepter le sentiment dépressif pour retrouver un sentiment de maîtrise et de sécurité); la troisième concerne la maîtrise du stress (objectif: avoir prise sur le vécu du SCA dans la lutte contre le stress et non pas le subir) et la quatrième concerne la construction d'un nouveau projet de vie (objectif: agir contre son stress en mettant en place des ressources pour le compenser). S'il s'agit essentiellement de développer une compétence de sécurité, celle-ci est étroitement liée à la compétence d'adaptation. Aider le patient à acquérir un savoir-faire et un savoir-être face à son stress sont les fils conducteurs de l'atelier éducatif.

L'ETP concernant le stress passe par la réalisation d'activités concrètes fondées sur la participation des patients. Ces activités sont diversifiées au plan des techniques et supports d'animation, des techniques et outils pédagogiques et des stratégies éducatives. Une séance dure en moyenne une heure et deux ou trois activités concrètes sollicitent chaque fois la participation active des patients. Au terme de chaque séance sont remis aux patients une brève synthèse et un questionnaire de satisfaction.

- Par ailleurs, il faut impérativement que le patient réalise un cheminement vers la résilience. Ce cheminement exige du patient l'acceptation de sa maladie; selon Elisabeth Kübler-Ross, cette acceptation se fait sur le modèle des étapes du deuil [3]; il faut donc qu'il développe

Bibliographie

- [3] ASSELIN G. et BLANCHET C., *Applications thérapeutiques de l'Art-Thérapie*, Passeport santé.net, 2011.
- [4] HOUPE J-P, « Aider à gérer le stress pour prévenir les maladies cardiovasculaires », *Bourreaux des cœurs et prévention*, pages 92-95, *MEDITAS CARDIO (Mesures d'éducation thérapeutique appliquées au stress en cardiologie)*.
- [5] KÜBLER-ROSS Elisabeth, « Five stages of grief », *Life*, 21 novembre 1969.
- [6] VANISTENDAEL S., « La résilience ou le réalisme de l'espérance. Blessé mais pas vaincu », *Les Cahiers du BICE (Bureau International Catholique de l'enfance)*, Genève, 1998.
- [7] VANISTENDAEL S. et LECOMTE J., *Le Bonheur est toujours possible. Construire la résilience*, Bayard, Paris, 2000.

Bibliographie complémentaire

- L'ensemble des textes législatifs régissant l'ETP et plus particulièrement :
 - La Loi n°879-2009 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO 22 juillet 2009) dite Loi "Hôpital, patients, santé et territoires.
 - Le Décret n° 2010-906 du 2 août 2010
- Les textes appartenant à l'environnement institutionnel de l'ETP :
 - Les textes émanant de l'OMS
 - Les textes produits par l'HAS avec l'INPES, en particulier :
 - L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses ?, juin 2007.
 - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.

...

les indispensables compétences d'autosoins - qui représentent les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'impact du stress sur sa santé - et celles d'adaptation - qui correspondent à l'acquisition de compétences spécifiques lui permettant de maîtriser et de diriger son existence afin d'acquérir la capacité à vivre dans son environnement et celle à le modifier.

Mais rien ne sera vraiment efficace si le patient ne s'oriente pas vers un projet de vie.

Il lui faut, après les divers deuils auxquels l'accident coronarien l'a contraint, construire, selon S. Vanistendael [4 et 5], sur le principe de la casita (« maisonnette » en espagnol), un nouveau projet de vie : pour ce projet, il tiendra compte de ses nouvelles limites, de ses priorités, de ses valeurs fondamentales et de ses ressources. Le sol de la casita est constitué par les besoins physiques de base (nourriture, sommeil...); les fondations sont composées des réseaux de contacts informels (famille, voisins, amis) ou non (clubs, associations); au rez-de-chaussée correspond la capacité à découvrir un sens, une cohérence à sa vie, soit une philosophie de vie (par exemple, une voie spirituelle), soit un projet à mettre en œuvre, un objectif à réaliser (par exemple, un engagement dans un projet collectif). A l'étage, l'estime de soi, les compétences humaines, sociales et professionnelles et les stratégies d'ajustement (par exemple l'humour) constitueront les trois pièces principales; enfin le grenier où le patient reconstruit une nouvelle vie, définit de nouvelles valeurs de vie, rassurantes pour lui et son entourage avec de nouveaux challenges adaptés à sa nouvelle identité. Cette construction va l'aider à maîtriser son stress.

C'est également dans les techniques de relaxation qu'il pourra trouver une aide : aussi y est-il initié dans des ateliers - découverte animés par une sophrologue. De même, ainsi que l'ont développé G. Asselin et C. Blanchet [3], l'Art-Thérapie pourra leur apporter une aide précieuse.

« Faire de l'Éducation thérapeutique du patient » dans un contexte de réadaptation/revalidation, c'est donc aussi œuvrer à conduire le patient vers un mieux-être.

L'action ayant été initiée en janvier 2013 et plusieurs stages ayant été réalisés, une réflexion sur la pratique est possible : comment les patients ont-ils réagi à l'atelier, quelles difficultés et limites de l'éducation thérapeutique

l'action a-t-elle fait apparaître, en quoi l'éducation thérapeutique est-elle apparentée à une spécialisation ?

- Les questionnaires de satisfaction remplis par les patients au terme de l'atelier font apparaître une large satisfaction. Ils ont souligné que l'atelier leur avait permis de consolider ou préciser, leurs connaissances sur le stress généré par l'accident coronarien, voire d'en acquérir. La plupart se sont déclarés être devenus capables de regarder et concevoir leur vie avec la maladie autrement. Un certain nombre d'entre eux ont dit aussi qu'ils commençaient à avoir un autre regard sur leur maladie.
- La notion même d'éducation thérapeutique et sa définition induisent des limites et des difficultés. L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas et elle exige pour les intervenants, membres d'une équipe pluriprofessionnelle, l'acquisition de compétences issues d'une triple formation : une formation scientifique, une formation à une pédagogie interactive et une formation à l'animation pédagogique et aux techniques de communication. Outre cette triple formation, l'éducation thérapeutique requiert des professionnels recrutés selon le principe du volontariat, volontariat qui va impliquer pour les intervenants un surcroît de travail dès lors qu'ils ne bénéficient pas d'une décharge de travail. En effet, l'ETP est une activité qui exige du temps et la disponibilité des intervenants est souvent un obstacle à l'efficacité des réunions de travail préparatoire. Par ailleurs, en ce qui concerne les domaines de la psychologie, de la sophrologie et de l'Art-Thérapie et même de la diététique, le fonctionnement de l'établissement est facteur de limites supplémentaires. Le sentiment ressenti par l'équipe chargée de l'ETP est largement celui d'un isolement voire d'une indifférence de la part des autres soignants. C'est sans doute leur ignorance par rapport aux spécificités et exigences de l'ETP qui explique cette attitude. Pourtant, pour atteindre toute son efficacité et trouver toute son utilité, il faudrait que l'ETP soit dans l'esprit de l'établissement et présente concrètement dans son projet.
- Les intervenants doivent aussi construire des outils pédagogiques adaptés car, à ce jour, il n'existe pas encore de « boîte à outils ». Pour la dispense de l'ETP, tout doit être fabriqué, voire « inventé »... C'est en cela aussi que l'ETP, si elle est chronophage, renforce la mission des soignants en lui donnant davantage de sens; elle les conduit aussi à une réflexion sur leurs pratiques : en cela, elle est passionnante.
- L'éducation thérapeutique s'apparente aujourd'hui à une spécialité. Relevant à la fois de la médecine, des sciences humaines et des sciences de l'éducation, l'ETP

est apparentée à une spécialisation hybride au sein du monde médical. En effet, si elle requiert des connaissances scientifiques sur la pathologie concernée, elle requiert aussi des compétences méthodologiques dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation thérapeutique et dans l'organisation d'une offre d'éducation thérapeutique à différents niveaux du système de santé. Les intervenants doivent être rodés aux techniques pédagogiques et aux techniques d'animation, ils doivent maîtriser les démarches pédagogiques : le programme d'une ambition extrême est fortement susceptible de décourager les bonnes volontés. Il faut être à la fois spécialiste et polyvalent : vouloir intervenir en ETP est une chose, pouvoir le faire en est une autre... Par ailleurs, il existe des formations universitaires à la dispense de l'ETP avec des masters ou des Diplômes universitaires dits DU, les premiers étant les seuls à être des diplômes nationaux. La durée de formation est différente avec environ 800 heures pour les Masters et de 80 à 200 heures pour les DU.

« Faire de l'Éducation thérapeutique du patient » dans un contexte de réadaptation/revalidation, c'est donc enfin aller plus loin dans sa mission de soignant et la renouveler en l'exerçant autrement ; c'est également participer à une aventure passionnante.

Par tout ce qu'elle est apte à apporter au patient, une éducation à la gestion du stress a indéniablement toute sa place dans un programme de réadaptation cardiaque. Elle aide en effet le patient à assumer le stress post-traumatique, elle l'aide aussi à se reconstruire dans un projet de vie adaptée à la personne différente que l'accident coronarien a fait de lui. Plus largement, l'éducation thérapeutique du patient a aussi toute raison d'être inscrite dans la mission des soignants ; certes, elle leur demande beaucoup, mais elle peut aussi leur apporter beaucoup. On ne peut que souhaiter que les textes qui la définissent et la réagissent soient rapidement complétés par des mesures qui faciliteront leur mise en œuvre : en effet, des moyens humains et des moyens matériels sont indispensables si l'on ne veut pas que l'Éducation thérapeutique du patient reste du « bricolage » ou, pire, reste lettre morte dans les établissements de soins. ■

../..

- *Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ de la maladie chronique.*
- *Recommandations. Éducation thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique.*
- *Critères de qualité d'une ETP.*
- *Les textes émanant des SROS : éducation thérapeutique du patient dans les Sros 3-INPES-2007 8).*
- *Les textes élaborés pour les Agences régionales de santé (ARS) et plus particulièrement la Charte d'engagement pour les intervenants des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés par les ARS (Dernières modifications : 04/04/12).*

Recherche en Éducation Thérapeutique du Patient

Compte rendu de la 1^{re} Journée Régionale ⁽¹⁾

Montpellier, 29 novembre 2013

par Xavier de la Tribonnière ⁽²⁾

*Mots-clés : éducation
thérapeutique, recherche,
quantitatif, qualitatif,
méthodologie*

Ce compte rendu relate le contenu de quelques interventions sur la recherche en ETP qui ont été faites à Montpellier en novembre 2013 lors d'une journée régionale sur ce thème.

La recherche en éducation thérapeutique du patient (ETP) allie des aspects qualitatifs et quantitatifs. De nature mixte, elle tend à appréhender les effets de démarches éducatives et d'accompagnement qui sont par essence complexes. Le paradigme de départ doit être bien défini. La recherche qualitative sert à comprendre le sens de la réalité sociale dans laquelle s'inscrit l'action. Deux techniques sont décrites : théorie ancrée et entretien compréhensif.

Nous remercions les orateurs de cette journée qui nous ont éclairés de leurs connaissances et expériences, ainsi que Brigitte Ait El Mahjoub et Sylvie Noël de l'UTEP de Montpellier pour leur implication essentielle dans l'organisation.

La recherche quantitative va éprouver une hypothèse au regard de critères précis qui ont été mis en évidence dans la recherche qualitative. Elle tend à prouver. En ETP, l'intervention par définition de nature complexe, requiert une méthodologie particulière qui s'applique aux aspects médicaux, psychologiques, sociaux et pédagogiques. Des études médico-économiques sont possibles. Les outils d'évaluation quantitatifs reposent entre autres sur des questionnaires de connaissance avec évaluation du degré de certitude, de nombreuses échelles de qualité de vie, d'anxiété, de dépression...

(1) Écrit à partir du livret des Actes 1^{er} Journée Régionale sur la Recherche en Éducation Thérapeutique du Patient, Montpellier, 29 novembre 2013 :

www.chu-montpellier.fr/fileadmin/user_upload/ETP/livret_des_actes_VF.pdf

(2) Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEP),

CHRU de Montpellier, France

Hôpital La Colombière

*Av des Flamants Roses, Pavillon 23
- Les Troènes*

*39 avenue Charles Flahault
34295 MONTPELLIER Cedex 5
Sec : 04 67 33 59 39
Dir : 04 67 33 75 36
Fax : 04 67 33 98 19
x-delatribonniere@chu-montpellier.fr*

En pratique, trois étapes clés devront être rigoureusement suivies : la conception du projet avec son financement ; la réalisation conceptuelle et pratique ; la valorisation finale par une publication.

Un exemple de recherche est montré, à travers l'évaluation d'un dispositif médical d'auto-mesure de l'INR chez l'enfant sous AVK.

Enfin, comme dans toute recherche et comme en ETP, les aspects éthiques sont soulignés.

Introduction

La Journée Régionale organisée le 29 novembre 2013 sur le thème de la Recherche en éducation thérapeutique du patient (ETP) est la première à Montpellier, mais aussi en France. Vu l'essor que prend l'ETP dans les pays francophones, et en

particulier en France en raison de son inscription dans le code de la Santé Publique par la loi HPST de 2009, la démarche de recherche bien que déjà bien installée, devient plus que nécessaire. De ce fait, il convient de mieux comprendre les spécificités liées à l'ETP. Les intervenants à cette journée ont tenté de nous éclairer.

Les différents types d'évaluation en ETP

Rémi Gagnayre (Laboratoire de Santé Publique, Université Paris 13, Bobigny) différencie l'évaluation proprement dite de la recherche en ETP, et définit trois situations : l'évaluation en ETP, la recherche évaluative et la recherche en ETP.

L'évaluation de l'ETP

Le processus évaluatif permet de comparer, qualifier et comprendre des attributs pour prendre des décisions. Les informations à collecter devront être "valides". Il s'agira de les analyser et de les comparer à des éléments de référence ou des normes. Ces normes peuvent être objectives ou subjectives : ainsi, peuvent-elles être celles des soignants, ou celles des patients, ou encore co-construites par ces acteurs... On voit ici que le déclaratif du patient a une valeur en soi, c'est un possible de la réalité.

Ainsi en est-il en France du cadre de l'évaluation quadriennale qui prend place en 2014 pour les programmes éducatifs.

La recherche évaluative en ETP

On commence ici à entrer dans le champ de la recherche. Un exemple serait d'apprécier et de démontrer la régularité d'un effet produit sur les acquis de patients, suite à une intervention pédagogique associant des patients ressources. Quel est l'apport d'une telle co-animation éducative avec les soignants ? L'effet est-il stable dans le temps, reproductible ? Cette observation plus fine qu'une simple évaluation permet d'améliorer les programmes éducatifs.

Une autre approche serait celle de la validation d'un instrument d'évaluation.

La recherche en tant que telle

Même si l'évaluation et la recherche évaluative sont des premiers pas vers la recherche, elles en diffèrent néanmoins. L'objectif du processus évaluatif n'est pas de créer une nouvelle approche théorique comme peut le viser la recherche. Par contre, l'évaluation peut inciter les acteurs à développer une posture réflexive de chercheur.

La recherche est un travail de déconstruction-reconstruction de notre perception de la réalité. Pour ce faire, elle vise à fournir de nouvelles approches conceptuelles, de nouvelles théories ou modèles, afin d'interpréter une réalité et de prédire des événements ou encore, d'intervenir avec davantage d'efficacité (Fortin 2010).

Les paradigmes de recherche

Les paradigmes de recherche et les courants de pensée sous-jacents à la démarche de recherche sont abordés par Rémi Gagnayre. Le paradigme est un ensemble de pré-requis et de croyances qui nous permettent d'expliquer le monde tel que nous le percevons. Il alimente notre manière d'évaluer. Le chercheur peut s'adosser à trois paradigmes (Gautier 1997, Van Ganse 2007) :

- **L'approche processus - produit** qui consiste de façon générale, à comparer les résultats de patients ou de programmes d'éducation, par des tests standardisés à des critères ou des normes. Cette approche est actuellement dominante en ETP comme dans le reste de la recherche biomédicale. Une intervention produit un effet que l'on mesure. Cette approche accorde une grande valeur à l'objectivité standardisée. Elle est reliée au courant behavioriste qui a pour thèse le modelage. Il postule que les apprentissages sont conditionnés par des conditions extérieures. Un renforcement positif et négatif aide l'individu à être en capacité de modifier ses comportements.

- **L'approche cognitiviste** analyse les conditions de l'éducation qui mènent à la probabilité la plus élevée de faciliter à la fois l'acquisition, l'intégration et la réutilisation des connaissances et/ou des compétences par les patients. Ce courant issu des années 1950 manque cruellement dans la recherche en ETP car il demande une formation spécifique.

Le modèle postule que le sujet est capable de traiter l'information en interaction avec son environnement et non en le subissant. Mais il rend compte de façon un peu mécanistique du comportement de l'individu, ce qui en constitue la principale critique.

- **L'approche subjectiviste - interactionniste** analyse les expériences individuelles ainsi que les connaissances et les compétences acquises par le patient grâce à son expérience directe du monde. Ce type de courant est souvent déclaré en ETP mais rarement utilisé.

L'approche socioconstructiviste portée par *Vygotski* postule d'une part que le fonctionnement cognitif est variable d'un individu à l'autre, et d'autre part, que les dimensions affective et culturelle de l'apprentissage et de la motivation sont essentielles à considérer. Les représentations des apprenants qui possèdent des « pré-savoirs », des connaissances antérieures, doivent être explorées et ne sont pas forcément des obstacles au nouveau mais souvent des appuis.

En sus de ces courants de pensées, existent des concepts auxquels le chercheur devra se référer pour asseoir sa recherche (exemples dans le tableau 1).

Approches qualitative, quantitative ou mixte de la recherche en ETP

La spécificité de la recherche en ETP tient d'abord à ce qu'elle fait appel aux dimensions qualitative et quantitative, et surtout repose sur un alliage entre ces deux approches que l'on nomme recherche mixte. Rémi Gagnayre rappelle que cette démarche tend vers une recherche interdisciplinaire qui reste difficile à mettre en œuvre en raison des cloisonnements des institutions et des disciplines.

En France, comme dans d'autres pays, il y a une suprématie du quantitatif et une méconnaissance du qualitatif. Mais, il faut pondérer ce constat dans la mesure où de plus en plus de recherches qualitatives sont publiées dans des revues médicales.

Approche qualitative

La recherche qualitative demande une grande rigueur méthodologique. Il est nécessaire de tout définir, tout justifier, tout préciser. Rémi Gagnayre souligne que les outils eux-mêmes sont objets de discussion, chose que l'on ne retrouve pas de la même façon en recherche quantitative où les outils sont utilisés implicitement une fois validés.

La recherche qualitative sert à comprendre le sens de la réalité sociale dans laquelle s'inscrit l'action. Elle fait usage du raisonnement inductif et vise une compréhension élargie des phénomènes. Le chercheur observe, décrit, interprète et apprécie le milieu et le phénomène tels qu'ils « existent » mais il ne mesure ni n'en contrôle

les éléments. Il s'agit donc de comprendre un phénomène et de le qualifier (Fortin 2010).

En guise d'exemples, l'orateur expose quatre questions de recherche au regard du développement actuel de l'ETP. Pour chacune, il précise outre la question, ce sur quoi se centre le chercheur, mais aussi les concepts auxquels il s'adosse, et l'utilité sociale de cette recherche (tableau 1).

Geneviève Zoïa (Anthropologue, Université à la Faculté d'éducation de l'Université Montpellier 2, Laboratoire interdisciplinaire de recherche en didactique en éducation et formation) aborde les méthodes en recherche qualitative qui sont le reflet des théories constructivistes et socio-constructivistes. L'oratrice en cite deux :

- La théorie ancrée : il s'agit d'explorer progressivement la réalité sur le terrain en interrogeant constamment les objectifs et la méthode d'exploration et en les modifiant au fur et à mesure. C'est une démarche itérative propre au qualitatif. Dans ce schéma, les cas négatifs sont considérés. Les sources sont comparées, la durée d'étude sur le terrain est longue. L'arrêt de l'exploration se produit lorsqu'on a le sentiment d'atteindre une saturation où quasiment aucune nouvelle donnée n'émerge.
- L'entretien compréhensif : dans cette démarche d'entretien, les personnes sont moins un échantillon représentatif qu'une sélection de sources d'information. Le sujet n'a pas toujours raison, mais il a ses raisons. On est ici aux antipodes d'un diagnostic médical. Dans cette démarche, on considère l'individu comme dépositaire d'un savoir.

Tableau 1: Proposition de questions de recherche dans la problématique actuelle de la recherche en ETP (d'après Rémi Gagnayre)

Proposition de question	Centre de la recherche	Familles de concept	Utilité sociale
En quoi consiste l'apprentissage du patient et quels liens avec des effets biocliniques, psycho-sociaux en tenant compte de la temporalité du patient, de son éprouvé et de la didactique de la santé ?	Le patient	Intelligibilité, autonormativité, perception, rythmo-formation, apprenance, compétences, décontextualisation.	Caractérisation de cet apprentissage, différenciation dans les pratiques de soutien du patient.
Quelle est la spécificité du soignant en tant qu'éducateur ? Quelles transformations sur le plan de son identité professionnelle ?	La relation éducative patient/soignant et le soignant (équipe).	Tensions dialogiques, représentations en santé, identité professionnelle, interdisciplinarité,	Formations initiale et continue, rôle de différents acteurs, modalités de supervision.
En fonction des parcours de soins des patients (accessibilité culturelle en particulier, niveau de recours), quel format d'ETP proposer ?	Les formats d'éducation thérapeutique et leur lien avec l'organisation des soins.	Inégalité sociale de santé, health literacy, recours aux soins, cognition située.	Accessibilité de l'ETP, équité éducative, réalisation d'un continuum éducation en santé
Quelle influence ont des patients et des aidants compétents dans la conception et mise en œuvre des systèmes de soins et de santé ? A quelles conditions ?	Les transformations du système de santé.	Health literacy, compétences en santé, « empouvoiement », démocratie sanitaire	Place des patients/usagers, politiques de soins et de santé, définitions des systèmes de soins et de santé.

Approche quantitative

Rémi Gagnayre indique que la recherche quantitative, qui part du qualitatif qui a objectivé une réalité, va éprouver une hypothèse au regard de critères de solidité qui ont été mis en évidence dans la recherche qualitative. Elle tend à prouver.

Thibaut Mura (médecin de Santé Publique, épidémiologiste, Centre d'Investigation Clinique, CHRU Montpellier) rappelle quelques fondamentaux de l'évaluation quantitative. Cette approche biomédicale utilise des outils d'analyses mathématiques et statistiques, en vue de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes en santé. Ceux-ci sont alors analysés sous la forme de variables mesurables quantitatives. Ces méthodes bien menées, permettent de répondre à des questions cliniques avec un certain niveau de preuves qui vont être à la base de ce que l'on appelle la médecine basée sur la preuve (Evidence Based Medicine), qui permet de prendre des décisions efficaces.

L'intervention en ETP diffère d'une recherche quantitative « classique » de par la complexité de sa mise en œuvre. Elle nécessite :

- une intervention humaine, avec une multiplicité et une hétérogénéité des intervenants
- la prise en compte de l'unicité des patients, des soignants et de leur relation
- des besoins en éducation propres aux patients, induisant un parcours éducatif personnalisé, qui diffère pour chacun d'eux.

Malgré cela, la recherche quantitative reste possible dans le champ de l'ETP. Plusieurs choses sont alors requises :

- Une intervention définie pour évaluer des facteurs prédéfinis. La qualité de la description de cette intervention va assurer une standardisation, une reproductibilité et une possible transposition clinique.
- Un échantillon représentatif d'une population « cible » bien défini. Or, les populations en ETP sont très diverses selon leur culture avec des représentations sociales spécifiques concernant la santé et les comportements de santé. De ce fait, se pose la question de la validité externe des résultats et de la possibilité d'étendre les résultats à d'autres populations.
- Un critère de jugement principal fiable, unique et objectif sur lequel on souhaite agir. Cela dépend de ce que l'on attend de l'ETP. Dans une recherche quantitative, l'objectif à atteindre est fixé au niveau de la population et est donc unique. Tandis qu'en ETP, les objectifs sont fixés en prenant en compte les priorités, les choix et les valeurs du patient : ils sont donc multiples. La question est donc de concilier ces deux approches. Par exemple, dans un programme d'éducation sur le

diabète, certains patients considéreront comme significatif de leur éducation leur taux d'hémoglobine glyquée tandis que d'autres viendront aux ateliers d'ETP uniquement en vue de diversifier leur alimentation.

- Un schéma d'étude visant à limiter les biais.
 - Classiquement dans le cadre d'une étude expérimentale, le schéma requis repose sur l'essai contrôlé randomisé. Appliqué à l'ETP, ce modèle permet de prouver l'efficacité d'une intervention éducative particulière sur un critère de jugement donné (par exemple clinico-biologique) au niveau d'une population cible clairement définie. Il n'existe pas d'autre alternative si le chercheur souhaite répondre à cette question.
 - Cependant, des adaptations de la randomisation en ETP sont souvent requises, car le critère de jugement est rarement unique et la réalisation d'une évaluation en double aveugle est souvent impossible. D'autre part, il faut éviter que les actions d'éducation entreprises dans le bras soumis à l'intervention « *contaminant* » les pratiques des soignants pour le bras d'étude sans éducation. Pour pallier ces difficultés, il est possible de réaliser la randomisation en cluster (ou en grappe), c'est-à-dire de randomiser les services et/ou les soignants plutôt que de randomiser les patients. Pour les personnes considérant éthiquement difficile de ne pas proposer d'ETP à des patients, il est également possible de « différer » l'intervention éducative pour le groupe témoin, afin qu'au bout du compte, tous puissent bénéficier du programme éducatif.
 - À défaut de l'essai randomisé, il est possible de réaliser une étude observationnelle de type « cohorte ». Il s'agit alors de suivre régulièrement une population de patients bien déterminée. L'étude est alors descriptive ou comparative, et recherche des facteurs influençant le devenir des patients avec suivi des modifications successives d'un état (par exemple, qualité de vie, résilience...) ou survenue d'événements au cours du temps. L'analyse statistique utilise des outils issus de l'épidémiologie pour prendre en compte les biais (exemple : analyse multivariée).

La recherche quantitative en ETP peut s'appliquer à plusieurs domaines, bioclinique, pédagogique, psychosocial et médico-économique.

- Dans le domaine bioclinique, les critères de jugement clinique sont dits « durs » : ce sont la morbidité, la mortalité, la fréquence des complications ou le retard à leur apparition, la fréquence et durée des hospitalisations.... L'avantage ici réside dans le fait qu'ils peuvent être la résultante d'une intervention éducative

chez des patients ayant poursuivi des objectifs personnalisés différents. Les inconvénients ou les limites sont la rareté de la survenue des événements et la durée prolongée du suivi; le nombre de sujets doit être important pour que l'effet soit mis en évidence. Enfin, la transposition à d'autres patients n'est pas évidente. Pour pallier ces difficultés, il est possible d'utiliser des critères de jugement biocliniques « intermédiaires », comme la mesure du taux d'hémoglobine glyquée chez le diabétique, celle de la pression artérielle chez l'hypertendu, la mesure du taux de lipides chez le coronarien ou l'amélioration de l'observance. L'avantage en est un plan d'action plus facilement réalisable; les inconvénients ou les limites tiennent à la difficulté d'assurer un lien avec le critère « dur » visé et l'atteinte d'objectifs personnalisés hétérogènes. Par exemple, chez un patient atteint d'un diabète déséquilibré, le but sera de retrouver un équilibre tandis que dans le cas d'un patient souffrant d'un diabète équilibré, le but sera d'améliorer la qualité de vie : les objectifs sont donc différents.

- Dans le domaine pédagogique, il s'agit d'évaluer des connaissances (cf plus loin).
- L'évaluation du domaine psychosocial va s'attacher à rendre compte des modifications de certains aspects de la vie et du vécu du patient. Les secteurs interrogés seront ceux de l'amélioration de la qualité de vie, de l'anxiété ou de la dépression, de la représentation de santé, de l'image de soi ou de la perception de l'auto-efficacité.
- Dans les études médico-économiques appliquées à l'ETP, l'objectif est d'aider les pouvoirs publics à optimiser l'utilisation des ressources allouées à la santé. Il existe deux types d'évaluation des coûts : intervention + coûts induits ou évités. Plusieurs types d'études médico-économiques appliquées à l'ETP doivent être différenciés :
 - Les études coûts-bénéfices qui évaluent les résultats de l'ETP en termes monétaire. Le bilan est potentiellement positif s'il y a un impact négatif sur la durée des hospitalisations, la fréquence des ré-hospitalisations ou le recours aux urgences.
 - Les études coûts-efficacité qui évaluent le résultat clinique. Le coût de l'intervention par année de vie gagnée est mesuré. Cette mesure est peu pertinente pour l'ETP.
 - Les études coûts-utilité. Les résultats cliniques sont ici pondérés par la qualité de vie. On estime alors un nombre d'années de vie gagnées en bonne santé (Qaly). L'intérêt en ETP est ici important.

Afin de rester éthique, il convient de rappeler que l'ETP ne doit pas être un moyen de « contraindre »

les patients d'adopter un comportement santé à des fins purement économiques. Cependant, il est possible de pratiquer l'ETP de façon éthique « pour le patient » tout en valorisant l'épargne financière liée à l'ETP au niveau populationnel.

Thibaut Mura aborde les outils d'évaluation quantitative :

- Les questionnaires de connaissances. Ils doivent avoir été validés. De plus, l'interprétation doit être prudente : il convient de toujours avoir à l'esprit qu'un niveau de connaissance est loin d'être corrélé avec un changement de comportement de santé.
- Cependant, cette évaluation se justifie pleinement dans certaines situations nécessitant des connaissances dites de sécurité où une procédure thérapeutique mal appliquée pourrait mettre en danger le patient. Encore s'agit-il de vérifier que ces connaissances aient été acquises et comprises et qu'elles soient applicables en situation par le patient, traduisant la notion de compétence. Afin d'évaluer plus finement une connaissance, on peut utiliser avantageusement la mesure des degrés de certitude. Cela consiste à mesurer la confiance que le patient accorde à ses propres connaissances pour agir en conséquence. Ainsi, des connaissances même justes mais incertaines ne permettront pas une mise en action efficace. Le but étant d'acquérir la bonne connaissance et d'en être sûr. Cette méthode permet également d'étudier l'évolution dans le temps de la certitude des connaissances, notamment après un temps éducatif.
- Les échelles de qualité de vie. Cette évaluation nécessite des instruments appropriés, fiables, validés en français et faciles à remplir. La mesure de la qualité de vie est subjective, influencée par les conditions de vie et par la satisfaction personnelle, et est évaluée dans plusieurs dimensions. Les conditions de vie sont peu modifiées par des interventions d'ETP, à l'inverse de la satisfaction. Il existe un nouveau type de questionnaire avec approche personnalisée permettant au patient d'identifier et de sélectionner lui-même les aspects de sa vie qui lui semblent importants et pour lesquels il souhaite obtenir une amélioration. Ceci présente un grand intérêt en ETP (*Felce et al, Res Dev Desabil, 1995*).

Il est aussi possible de mesurer de façon répétée pour un patient l'évolution de la qualité de vie. L'interprétation reste délicate : un changement de la valeur mesurée peut-être la conséquence d'une modification de l'état clinique du patient ou de son environnement, ou une modification de son jugement sur son état. La théorie de l'adaptation de la réponse dans la mesure de la qualité de vie répond à cette variabilité

(Response shift) (Schwartz C.E. 1999 Soc Sci Med). Cette théorie appliquée à l'ETP paraît très intéressante.

- Il existe d'autres échelles :
 - Anxiété : exemples :
 - Echelle STAI « *State Trait Inventory Anxiety* » de Spielberger
 - Echelle HAD « *Hospital Anxiety and Depression scale* » qui mesure la symptomatologie dépressive et anxieuse (traduite en français et validée par Lépine et coll, 1985 et par Ravazi et coll, 1989)
 - Dépression : par exemple, le questionnaire CES-D « *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* » qui évalue la symptomatologie dépressive et sa sévérité (traduit et validé en français par Further et Rouillon, 1989)
- Il n'existe pas d'échelle validée concernant les représentations de santé, l'image de soi et la perception d'auto-efficacité.

Approche mixte, qualitative et quantitative

La recherche mixte associe à deux temps différents, un volet qualitatif et un volet quantitatif. En guise d'exemple, Rémi Gagnayre nous évoque l'étude qualitative de Communier et coll. parue en 2010 sur les besoins éducatifs répertoriés auprès de 10 personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans (ETP/TPE 2010). Cette étude a été le socle pour une étude quantitative menée par Bouzillé et coll., publiée 2 ans plus tard (Santé Publique 2012), et qui a porté sur une vérification de ces besoins auprès de 351 patients.

Cette recherche mixte nécessite un abord interdisciplinaire qui est en réalité insuffisamment intégrative (de la Tribonnière et Gagnayre, ETP/TPE 2013). Cette approche interdisciplinaire demande du temps et une organisation.

La recherche en ETP : en pratique

Marie Christine Picot (Responsable Unité de Recherche Clinique et Épidémiologie, CIC Plurithématique, CHRU Montpellier) aborde les aspects pratiques de la recherche en ETP.

Elle énumère les trois étapes clés : la conception du projet, sa réalisation et sa valorisation (Cfr. schéma 1).

La conception du projet

Cette étape comprend cinq sous-étapes :

Définir la question de recherche et les objectifs

Les étapes de progression du projet doivent être bien connues (Cfr. schéma 2).

Il s'agit de bien connaître la problématique afin de situer au mieux sa question par rapport à ce qui a déjà été démontré par le passé. La recherche bibliographique a ici toute son importance. Elle permet de faire un état actuel des connaissances sur le sujet donné afin de s'assurer de l'originalité et de la pertinence de la question. Pour ce faire, il convient d'interroger différentes bases de données regroupant les articles parus sur le sujet. Il existe deux types de bases de données :

- Les bases nationales recensent les recherches médicales, mais également dans le champ des sciences sociales et psychologiques, ce qui est précieux lorsque l'on fait de la recherche qualitative ou quantitative en ETP. Exemples : Banque de données en santé publique (BDSP), CISMef, Persée (sciences humaines et sociales (SHS)), Revues.org (SHS), ISIDOR (thèses, mémoire en SHS), Bip-Bop (éducation à la santé et prévention)...
- Également, il convient d'explorer les sommaires de journaux francophones spécialisés en ETP,

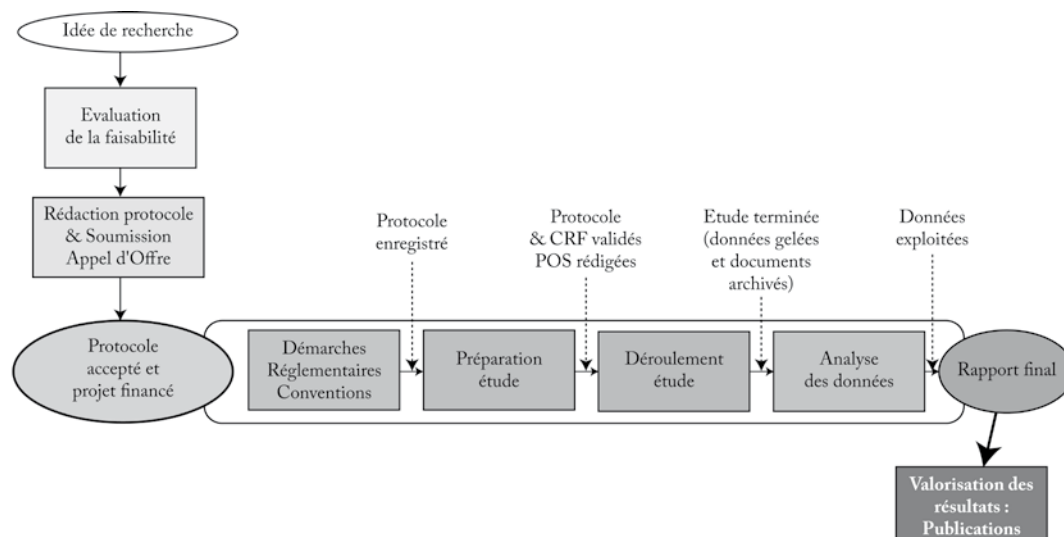


Schéma 1 : Les différentes étapes de maturation d'un projet de recherche (d'après Marie Christine Picot)

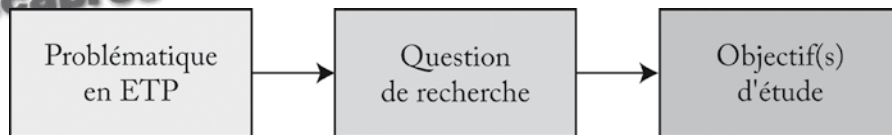


Schéma 2 : la progression du processus : de la question de recherche aux objectifs (d'après Marie Christine Picot)

non forcément référencés, comme Educ Therap Patient/Patient Therap Educ, Santé Éducation, Éducation et Enjeux de Santé, etc.

- L'interrogation des bases internationales, toutes en anglais, reste incontournable. Exemple : Pubmed (25% des articles sur en accès libre), ISI Web of Science, Google Scholar (SHS), Psycinfo...

Suite à la synthèse bibliographique, l'objectif principal pourra être défini, ainsi que le schéma d'étude (quantitatif) ou un cadre théorique adapté (qualitatif), un critère de jugement (quantitatif) ou des méthodes d'entretien pertinentes (qualitatif). La population cible sera définie.

Évaluer la Faisabilité

Plusieurs questions se posent, portant sur les compétences des intervenants, le recrutement de patients et les moyens nécessaires. Il faut réunir les compétences par une collaboration interdisciplinaire.

Dans une étude quantitative, le nombre de sujets à inclure doit être calculé et les capacités de recrutement doivent répondre à cette exigence. En cas contraire, la puissance de l'étude serait insuffisante, et une différence risque de ne pas être mise en évidence. Pour une étude qualitative, les effectifs sont réduits et s'estiment différemment.

Recherche de financement : appel d'offres

Au regard de l'ETP, il existe deux types d'appels d'offre :

- Non spécifiques
Différents organismes proposent des appels d'offres qui peuvent comporter des aspects relevant de l'ETP. En France, on trouve :
 - Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la plus importante, avec les PHRC (projets hospitaliers de recherche clinique) nationaux ou interrégionaux, les PHRIIP (projets hospitaliers de recherche clinique infirmière et paramédicale) et les PRME (projets de recherche médico-économique).
 - Agence nationale pour la recherche (ANR).
 - INCA (Institut national du cancer).
 - Hôpitaux : appels d'offre internes généraux ou thématiques, intéressants pour des études pilotes.
 - Industrie, fondations, associations.
- Spécifiques de l'ETP
 - IReSP (Institut de recherche en santé

publique), le plus important. En 2013, suite au 1^{er} appel d'offre en ETP, 6 gros projets ont été retenus.

- INCA aborde également spécifiquement l'ETP en cancérologie.
- AFDET (Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique) offre surtout des bourses pour de la recherche en ETP.
- ARS (Agences régionales de santé) et CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie), peuvent également financer des recherches en ETP.

- Rédaction du projet : convaincre !

La rédaction du projet doit être particulièrement soignée, car il s'agit de convaincre les jurys présidant aux appels d'offres. Ce document fera référence tout au long de la réalisation du projet. Sa rédaction qui demande plusieurs mois, requiert des compétences multidisciplinaires (méthodologiste, correspondants en ETP, sociologue, psychologue, anthropologue et promoteur du projet...). L'implication des équipes associées doit être très précoce. Son contenu doit répondre précisément aux points suivants :

- Justification étayée, originalité de l'étude basée sur une analyse fouillée de la littérature.
- Importance du thème en termes de santé publique, de soins..., utilité pour le patient.
- Clarté de l'objectif, méthodologie précise, critères pertinents basés sur la bibliographie.
- Faisabilité (recrutement, calendrier).
- Compétences des équipes et collaborations pluridisciplinaires.
- Budget adapté.

- Déterminer les personnes ressources

Que l'on se situe dans un hôpital, dans un laboratoire de recherche ou ailleurs, il convient de repérer les personnes ressources qui pourront aider à mener une recherche pertinente. Chacun a un ou des rôles spécifiques. Diverses compétences seront nécessaires, comme :

- Veille des appels d'offres
- Aide méthodologique pour la rédaction du protocole (formulation des objectifs, design de l'étude, critères de jugement, nombre de sujets à inclure...)
- Aide à la rédaction pour les aspects réglementaires et l'évaluation des surcoûts liés à la recherche lors du montage du projet
- ...

La réalisation du projet

Une fois le projet financé, il s'agit de s'atteler à la préparation et au déroulement de l'étude, à l'analyse

des données et au rapport final (schéma 1).

- La préparation de l'étude est une étape clé. Elle s'étend habituellement sur 6 mois. Elle comprend :
 - La finalisation du projet
 - Des démarches réglementaires pour obtenir des accords : Comité de protection des Personnes (CPP), Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM), Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).
 - Finalisation de la rédaction du protocole et rédaction de la note d'information et du formulaire de consentement pour le patient
 - Préparation du cahier d'observation et des questionnaires
 - Procédures opératoires avec standardisation des tâches : par exemple en ETP, comment se déroule précisément une séance type d'éducation du patient, comment est construit et utilisé tel outil pédagogique...
 - Formation des investigateurs et des techniciens d'étude clinique (TEC)
 - Préparation de la randomisation et de la base de données pour le recueil...
 - Composition du comité de pilotage (COPIL). Il s'agit véritablement d'un travail d'équipe, dès le début du projet :
 - Composition : investigateur et/ou responsable scientifique, attaché de recherche clinique (ARC) ou moniteur de recherche clinique (MEC), méthodologiste, chercheurs, technicien d'études clinique (TEC), data manager ...
 - Rôle : conduite de l'étude, planification des activités, suivi du projet, résolution de problèmes...
 - Réunions fréquentes du COPIL
- Déroulement de l'étude

Elle suit plusieurs étapes successives :

- Visite de mise en place : feu vert pour les inclusions, check-list de tous les points à vérifier site par site
- Inclusion, suivi des patients : recueil des données
- Suivi de l'étude :
 - États d'avancement réguliers (recrutement et suivi)
 - Réunions régulières du COPIL
 - Gestion des données en « temps réel »
 - Coordination et relance des centres associés
- Personnes ressources : technicien d'étude clinique (TEC), Data manager, ARC et MEC

Valorisation du projet

On arrive à cette étape en général au bout de 2 ans à partir de l'accord de financement.

Toute recherche a vocation à être publiée, même si les résultats sont négatifs. C'est un exercice long et difficile qui nécessite de nombreux allers-retours entre les coauteurs. La valorisation doit être discutée précocement, surtout s'il s'agit d'une étude multicentrique avec plusieurs acteurs.

Le choix de la revue de publication est très important car son retentissement en dépend. Ainsi, une revue est classée selon un facteur d'impact (*Impact Factor, IF*) qui est le reflet du référencement par d'autres auteurs des articles qu'elle recèle et donc de leur importance scientifique.

A noter qu'il existe des règles internationales pour la rédaction des publications scientifiques en médecine ; en ce qui concerne les interventions non médicamenteuses, des recommandations ont été publiées en 2008 (CONSORT-NPT : Consolidated standards of reporting trials – Non pharmacological treatment).

Il est possible de publier en français ou en anglais, dans une revue spécialisée en ETP ou dans une revue de spécialité médicale. Concernant les revues spécialisées en ETP, il en existe 3 en français, *Éducation Thérapeutique du Patient / Patient therapeutic education*, *Santé Éducation* et *Éducation du Patient et Enjeux de Santé*. Parmi les revues internationales sur le sujet, on peut citer : *Journal Patient Education and Counseling* (IF 2.37), *Journal of Graduate Medical Education* (IF 1.5) et *BMC Medical Education* (IF 1.4).

Un exemple de recherche en ETP dans le domaine de la pathologie cardiovasculaire

Plusieurs exemples de recherche en ETP ont été exposés au cours de cette journée, sur l'hépatite C, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et sur la gestion des antivitamines K (AVK). Sur ce dernier thème, nous ne relaterons que l'un des trois projets présentés par le Pascal Amédéo (cardiopédiatre, CHRU de Montpellier), sans exposer les résultats finaux. Cette description a pour but de montrer la construction « dans la vraie vie » d'un projet de recherche, avec tous ses aléas. Cette étude est essentiellement quantitative.

L'orateur décrit la construction d'une recherche sur l'intérêt d'un dispositif médical d'auto-mesure (DAM) de l'INR chez l'enfant sous AVK. Cette étude est adossée à un programme d'ETP intitulé « AVK chez l'enfant », créé en 2008 et autorisé par l'ARS. Il est porté par le CHRU de Montpellier et l'Institut-St-Pierre à Palavas-les-Flots.

Le programme est très axé sur des aspects sécuritaires. En effet, la posologie des AVK doit

être personnalisée afin que l'anti-coagulation soit efficace sans être dangereuse (risque de thrombose si sous-dosage ou hémorragique si sur-dosage). L'utilisation du DAM permet un contrôle le matin de l'INR avec résultat immédiat pour l'adaptation des doses avant la prise du soir. Depuis 2008, ces dispositifs sont remboursés en France par la caisse d'assurance maladie à condition qu'un programme d'ETP coordonné par un service de cardiopédiatrie soit associé à la prescription.

Le projet de recherche a obtenu un financement en 2012 suite à un appel d'offre interne. Le promoteur est donc le CHRU de Montpellier. Le budget se monte à 21700 €. Il n'y a pas de conflit d'intérêt puisque le financement est entièrement public.

Il s'agit donc d'une étude épidémiologique, transversale, comparative « avant/après » et prospective. La comparaison se fait avec une cohorte historique d'enfants n'ayant pas bénéficié de DAM, comprenant 30 enfants.

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- **Objectif principal** : comparer l'équilibre de l'INR avant et après mise en place du DAM.
- **Objectifs secondaires** : évaluer le programme d'ETP sur des plans médicaux, pédagogiques et psychosociaux (morbi-mortalité, qualité de vie, taux d'adhésion, notes aux évaluations théoriques et pratiques).

Deux études ancillaires ou annexes sont prévues :

- une étude portant sur l'intérêt médico-économique avant/après la mise en place des DAM : elle est actuellement suspendue faute de moyens.
- un projet de recherche bioinformatique avec création d'un site web INRcardio, mais ce projet a été abandonné.

Sur le plan méthodologique, les critères de sélection de la population étudiée sont les suivants :

- **critères d'inclusion** : les enfants de 0 à 18 ans sous AVK au long cours
- **critères d'exclusion** : refus de participer au programme d'ETP.

Le nombre de sujets nécessaires a été calculé à 100 enfants par groupe. Ce nombre n'est en fait

pas atteignable, notamment dans le groupe contrôle historique. La comparaison porte donc sur 30 enfants dans chaque groupe, sachant qu'il y aura peut être un manque de puissance.

L'étude porte sur 2 ans et compare des enfants inclus entre 2008 à 2012, avec suivi avant et après le DAM. Les visites se font à M0, M3 à M6, M12.

Les critères de jugement sont les suivants :

- **Principal** : pourcentage de temps de l'INR passé dans la zone cible
- **Secondaires** : valeurs de l'INR, mortalité due aux AVK, hospitalisation pour accident liée au traitement par AVK, score de qualité de vie (enfants et/ou parents), évaluation des connaissances et des savoirs faire par questionnaire, nombre d'abandons du programme d'éducation thérapeutique, étude des coûts.

L'orateur montre ainsi qu'il est possible pour une équipe qui construit un programme d'ETP, de se donner la possibilité de l'évaluer dans un cadre de recherche. Dans cette description, il n'y avait pas de volet qualitatif, mais les aspects psychosociaux étaient bien mesurés.

Conclusion

La recherche en ETP se développe rapidement. Cette réalité témoigne d'un besoin de preuves pour démontrer une efficacité, mais aussi une efficience satisfaisante des dispositifs.

De plus, l'ETP tend à progressivement devenir une discipline, alliant la médecine, la pédagogie, la psychologie, la sociologie, l'anthropologie. De ce fait, les fondements qu'en sont la recherche et l'enseignement initial et continu s'imposent.

Comme dans toute recherche, nous n'oublierons pas l'exigence éthique, qui a par ailleurs été développée au cours de cette journée par Oliver Jonquet, Président de la CME, CHU de Montpellier. Sans développer ce sujet d'importance, nous pouvons avancer que la recherche suit les règles et les valeurs sous-jacentes à la pratique de l'ETP. ■

Dossier préparé par Priscille Defief - CERFEP (CEntre de Ressources et de Formation en Education du Patient) - CARSAT Nord-Picardie - CERFEP 11, Allée Vauban F59662 Villeneuve d'ASCQ Cedex - France Tél. ++33 (0)3 20 05 76 03 - cerfepnp@carsat-nordpicardie.fr

La blessure et la force



BARRIER Philippe

La maladie et la relation de soin à l'épreuve de l'auto-normativité. Paris, Presses Universitaires de France, 2010. 192 p.

Philippe Barrier, philosophe et docteur en sciences de l'éducation, a construit sa pensée philosophique autour de la maladie chronique dont il est atteint depuis de nombreuses années : le diabète. Cette pathologie constitue pour lui une blessure, mais également une force. Il appuie ses réflexions sur l'oeuvre de Georges Canguilhem et les concepts de normativité et de polarité dynamique du vivant : la vie saine est un mouvement polarisé, orienté vers des valeurs positives, qui vont dans le sens de son maintien et de son développement pris pour norme. Tout individu, qu'il soit sain ou malade, possède donc une tendance à l'« autonormativité », c'est-à-dire une capacité, une « force », le poussant à rechercher les normes allant dans le sens de son propre développement. C'est cette tendance, plus ou moins lucide, qui est « éducable » chez un patient atteint de maladie chronique. Ce constat amène à penser différemment la relation de soin, qui s'apparente une relation d'éducation. Au sein de cette relation, la subjectivité du malade chronique doit être prise en compte.

Les pistes de réflexions offertes par ce livre concernent donc tout autant l'éducation du patient que, plus largement, la place laissée, par la médecine contemporaine, à la subjectivité du patient dans la relation de soin.

Qu'est-ce que l'engagement ?



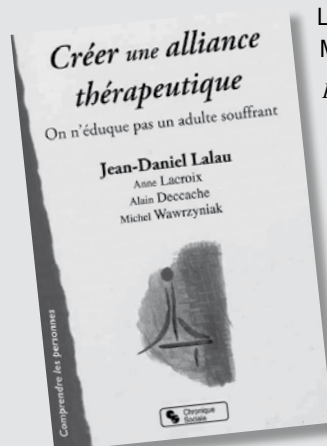
GIRAUD Claude

Paris, L'Harmattan, 2011. 287 p.

Le sociologue Claude Giraud propose un essai de théorisation de l'engagement. L'engagement est vu comme expression d'un désir, d'une volonté d'aboutir, révélant une capacité d'existence par une inscription active dans un espace social. A partir d'enquêtes de terrain, l'auteur s'interroge donc sur l'engagement pour comprendre ce qui constitue l'action, ce qui incite au passage à l'acte. Cette analyse permet de comprendre comment des individus agissent selon des préférences normées et/ou se retrouvent engagés sans en avoir pris conscience initialement.

La lecture de l'ouvrage permettra d'enrichir les réflexions dans le domaine de l'éducation du patient où l'engagement est un acte essentiel, que ce soit de la part du professionnel qui propose l'éducation, ou du patient qui y participe.

Créer une alliance thérapeutique : on n'éduque pas un adulte souffrant



LALAU Jean-Daniel., LACROIX Anne., DECCACHE Alain., WAWRZYNIAC Michel.

Lyon, Chronique Sociale, 2012. 89 p.

Dans cet ouvrage, Jean-Daniel Lalau interroge le discours autour de l'éducation thérapeutique du patient. Il porte un regard critique sur l'éducation du patient, présentée comme la nouvelle panacée, et tente de répondre aux questions suivantes : l'ETP est-elle la voie unique de salut pour le patient ? Sa valeur thérapeutique est-elle une évidence ?

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, J-D Lalau questionne deux « pionniers » de l'éducation thérapeutique, Anne Lacroix et Alain Deccache, sur l'histoire de l'éducation du patient et sur leur vision de son déploiement institutionnel actuel. Ils sont également invités à réagir sur le questionnement et l'analyse proposés en première partie.

Enfin, dans une dernière partie, Michel Wawrzyniak développe la notion d'alliance thérapeutique.

L'ensemble de l'ouvrage offre au lecteur l'occasion de se questionner sur les fondements de l'éducation du patient, de mener une réflexion éthique sur le sujet, afin de s'engager dans la relation de soin avec discernement.

des LIVRES & des OUTILS

Le puzzle de santé. Le chemin d'Eli [Jeu]
LE RHUN A., ODIER A.. Nantes, IREPS Pays de la Loire, 2010.



La mallette Le puzzle de Santé. Le chemin d'Eli comprend deux outils pédagogiques qui peuvent être utilisés à différents moments de la démarche éducative. Le Puzzle de santé sera utilisé plutôt lors de diagnostics éducatifs collectifs afin de faire émerger les besoins du groupe et de s'accorder sur les objectifs pédagogiques à atteindre lors des séances d'éducation. Il a été créé pour des patients atteints d'allergies alimentaires (ou parents

d'enfants allergiques) mais peut être adapté à d'autres maladies chroniques (présence de cartes vierges sur lesquelles l'animateur peut écrire ses propres questions). L'utilisation du Chemin d'Eli est conseillée lors de la séance finale d'un programme d'éducation thérapeutique. L'objectif général du jeu est d'aider les patients à se projeter dans un processus de changement à l'issue du programme.

« Lors d'un AVC ou d'un Infarctus, chaque minute compte... »

En cas d'infarctus ou d'AVC, réagir adéquatement permet de diminuer les risques de séquelles et de mortalité. Un élément important est la vitesse de réaction face aux premiers symptômes.

Et pourtant, diverses enquêtes montrent que l'attente se prolonge, quelquefois, plusieurs heures avant que les personnes et leur entourage ne contactent un médecin ou une structure de soins pour bénéficier d'une prise en charge appropriée.

A partir de septembre 2014, débutera, en Belgique et en France, une vaste campagne d'information sur l'importance de diminuer les délais d'attente au domicile face aux premiers signes d'un événement cardiaque ou cérébrovasculaire.

Une campagne sereine...

L'objectif de cette campagne est d'attirer l'attention sur les signes les plus courants d'un infarctus et d'un AVC et d'inviter le public à appeler les secours au plus vite à faire appel. Ne pas alarmer et ne pas banaliser, voilà le challenge.

En parler pour savoir que faire...

Cette campagne représente une invitation pour le public et pour les professionnels à aborder de nombreuses questions autour de l'AVC et de l'infarctus : Quels sont les signes ? Suis-je à risque ? Comment puis-je diminuer ces risques ? Que faire si une douleur apparaît ? Dois-je attendre ? Combien de temps ? Qui appeler ?...

Spots, affiches, feuillets d'information, revues, site internet, de nombreux outils ont été réalisés pour l'information du public et des professionnels.

Des médias pour éveiller le spectateur à l'importance de réagir vite lors de signes extérieurs qui pourraient faire penser à un AVC ou à un Infarctus.

Spots Tv et radio « Lors de mon infarctus, chaque minute a compté... » Reprendre les visuels

Des patients témoignent de signes auxquels il faut être attentif. Une voix off rappelle l'importance de faire

appel si ces signes perdurent au-delà de 30 minutes.

Le spot est construit au départ d'une forme de cœur. Le contour est formé par une corde qui se consume au fil du temps qui se perd. Du temps perdu, c'est du muscle cardiaque perdu.

Spots Tv et radio « Lors de mon AVC, chaque minute a compté... »

Des témoins d'un AVC citent quelques signes courants.

Le spot est construit au départ d'une silhouette humaine. La silhouette est dessinée par une corde qui se consume au fil du temps qui se perd. Du temps perdu, ce sont des possibilités de récupération en moins.

Spots TV et radio 15 secondes.

Le spot est disponible sur la clé USB
Diffusion CEP *

Revue EPES « Icapros, santé cœur transfrontalière et Éducation thérapeutique du patient »

Ce numéro présente le projet transfrontalier ICAPROS (2009-2014) développé dans le cadre du programme Interreg IV et montre son évolution au cours des 5 années.

Quatre images extraites du spot vidéo traitant du temps de réaction lors d'un infarctus

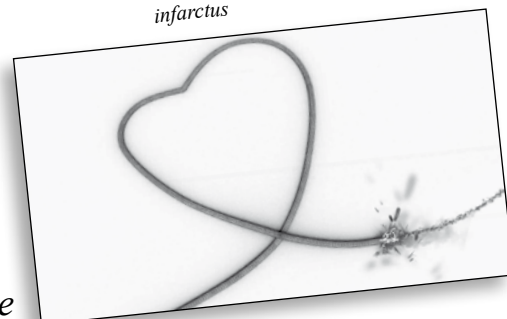
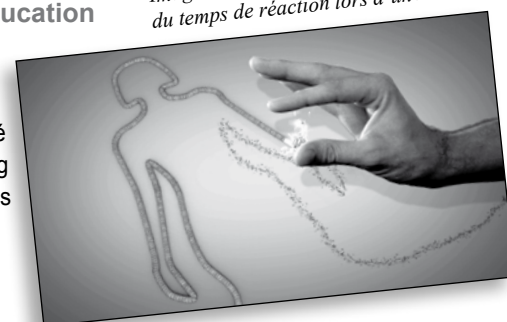


Image extraite du spot vidéo traitant du temps de réaction lors d'un AVC





Affiche «AVC Infarctus, chaque minute a compté »

L'affiche reprend le slogan de la campagne et réfère au site « www.DelaiAVCinfarctus.eu » là où le public et les professionnels pourront compléter leur information.

Clé USB*

Un support reprenant les outils d'information de la campagne mais aussi l'argumentaire avec des apports théoriques livrés par les chercheurs et praticiens :

- Spots TV et radio
- Tableau de bord de la santé cardiovasculaire en zone transfrontalière Icapros
- Pourquoi une campagne « lors d'un AVC ou d'un infarctus, chaque minute compte » ?
 - Articles en PDF
 - Enregistrements de
 - Mr Paul Majérus, Démographe au Centre d'Éducation du Patient, Godinne, Belgique.
 - Pr. Erwin Schröder, Cardiologue, service de cardiologie au CHU UCL Mont-Godinne – Dinant, Belgique.

* Diffusion CEP

Affiche A₃

Diffusion CEP

Feuillets*

Un feuillet reprend les signes courants d'un AVC et d'un Infarctus avec une invitation à faire appel.

Feuillet gratuit

* Diffusion CEP

Sites internet

www.preventionsante.eu

www.DelaiAVCinfarctus.eu

Liste des médias disponibles au Centre d'Éducation du Patient asbl

Vous pouvez vous procurer ces outils ou certains d'entre eux en vous rendant à l'adresse :

- www.DelaiAVCinfarctus.eu
- www.preventionsante.eu > Campagne de prévention cardiovasculaire > Commande d'outils de la campagne

Editorial

L'intérêt européen et frontalier de la coopération transfrontalière en santé

par Henri Lewalle

1

La coopération sanitaire transfrontalière : impact positif de l'intégration européenne sur l'amélioration des conditions de vie et l'état de santé des populations frontalières

par Henri Lewalle

3

Étude comparative de la mortalité cardiovasculaire dans la zone ICAPROS, une zone transfrontalière

par Paul Majérus

7

ICAPROS, agir pour la santé cardiovasculaire des populations en zone transfrontalière par la prévention et l'éducation

par Marie Madeleine Leurquin et Paul Majérus

14

Comment aborder les maladies cardiovasculaires chez le public adolescent ?

par Sandrine Walhin

16

La prévention des maladies cardiovasculaires en entreprise, un investissement sûr

par Danièle Krauss et Cindy Boinel

20

Icapros. Les maladies cardiovasculaires en territoire transfrontalier franco-belge, de la prévention à l'éducation thérapeutique du patient...

par Marie Madeleine Leurquin par Danièle Krauss et Cindy Boinel

22

L'impact de la durée de la souffrance du coeur : délai entre le début des signes de l'infarctus myocardique et sa prise en charge

par Erwin Schroeder

25

Former en ETP en Belgique

par Gilliane Guisset

27

Éducation thérapeutique en Ardenne française : Le diabète de type II

par Gérard Hourrier

29

SOMMAIRE



SOMMAIRE

La revue «Education du patient & Enjeux de santé» est une publication du Centre d'Éducation du Patient A.S.B.L.

Elle s'adresse à toutes les personnes intéressées par le problème de l'information et l'éducation à la santé du patient et de son entourage. Son objectif est d'aider les professionnels de la santé à rester informés des idées, expériences, mouvements et nouveaux programmes d'éducation à la santé du patient.

Des programmes en éducation du patient au Centre de revalidation cardiaque de la Clinique St-Luc de Bouge <i>par Angélique Delmelle et l'équipe de revalidation cardiaque de la clinique St-Luc de Bouge</i>	34
Le sevrage tabagique au Centre Hospitalier de Sedan <i>par Evelyne Adnet</i>	37
Populations fragilisées et examens périodiques de santé au Centre d'Examens de Santé de la CPAM des Ardennes, France <i>par Danièle Krauss</i>	39
«Place du pharmacien dans les conseils à donner en ETP» <i>par Aurélien Gasser</i>	41
Pratique de l'ETP au Centre de Revalidation/Réadaptation Un exemple concret : La gestion du stress chez les patients coronariens ayant fait un SCA(1) <i>par Pascal GASSER</i>	43
Recherche en éducation Thérapeutique du Patient Compte rendu de la 1^{ère} Journée Régionale Montpellier, 29 novembre 2013 <i>par Xavier de la Tribonnière</i>	48
Des livres & des outils <i>par Priscille Defief</i>	57
«Lors d'un AVC ou d'un Infarctus, chaque minute compte...»	59

