

SESSION 2010

**CAPET
CONCOURS INTERNE
ET CAER**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

ÉTUDE SCIENTIFIQUE ET TECHNOLOGIQUE

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

C'est une véritable épidémie de diabète qui est en cours. En 1985, on estimait à 30 millions le nombre des diabétiques dans le monde. En 1995, il était monté à 135 millions et, selon les dernières estimations de l'OMS, il était de 177 millions en 2000, et il atteindra au moins les 300 millions d'ici à 2025. Le nombre de décès attribués au diabète a été estimé auparavant à un peu plus de 800 000, mais on sait depuis longtemps que ce chiffre a été largement sous-estimé. En réalité, il est plus probable qu'il se situe aux alentours de 4 millions de morts par an, soit 9 % de la mortalité totale. Nombre des décès en relation avec le diabète sont dus à des complications cardiovasculaires. La plupart se produisent à un âge prématuré où les personnes sont encore économiquement actives dans la société. Cette situation conduit les services de santé à grever de plus en plus leurs ressources pour la lutte contre le diabète. Pour l'OMS et la Fédération internationale du Diabète, qui parrainent la Journée mondiale du Diabète (14 novembre), l'augmentation du nombre des cas peut et doit être prévenue à l'aide de mesures appropriées.

www.who.int/fr/ (site de l'OMS)

Question 1 :

En France « *...l'espérance de vie augmente régulièrement, mais les inégalités de santé ne se réduisent pas ! Certaines ont même tendance à s'aggraver. Ces inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les populations les plus vulnérables.* »

Martin Hirsch, Conseiller d'État, Président d'Emmaüs France, Directeur général de l'Agence nouvelle des solidarités actives dans « La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 23 janvier 2007, n° 2-3.

Commentez cette phrase de Martin Hirsch en montrant que le diabète est un reflet des inégalités de santé en France.

Question 2 :

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est chargé de la surveillance épidémiologique du diabète depuis 2001. Remplacez l'InVS dans l'ensemble du dispositif de veille sanitaire et précisez comment l'évolution de ce dispositif permet aujourd'hui à l'InVS d'être un « pivot » des politiques de santé publique.

Question 3 :

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, inscrit l'Éducation Thérapeutique (ETP) dans le parcours de soins du patient.

Après avoir présenté les enjeux de l'ETP, vous montrerez comment les réseaux de santé participent à son développement dans la médecine de ville.

Selon l'OMS(1), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

1. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

ANNEXES

ANNEXE 1 : Le diabète. www.invs.sante.fr. Mis en ligne le 1er octobre 2007.

ANNEXE 2 : Extraits du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 12 novembre 2008, n° 43

ANNEXE 3 : Extrait de *La santé des femmes en France*, DREES

ANNEXE 4 : Extraits du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, hors-série, 26 novembre 2008

ANNEXE 5 : Extrait du *Rapport annuel*, Institut de Veille Sanitaire, 2004.

ANNEXE 6 : Article 22, livre 1er de la première partie du *Code de la santé publique*

ANNEXE 7 : Extrait de la revue *Actualité et dossier en santé publique*, n°66, mars 2009 (revue trimestrielle du Haut Conseil de la Santé Publique)

ANNEXE 8 : Rencontres HAS 2007. Table ronde 12

ANNEXE 9 : Réseau DIABOLO. Extrait de *Diabolo news*, n°28, juin 2009

Annexe 1

Le diabète

www.invs.sante.fr. Mis en ligne le 1er octobre 2007.

Le diabète sucré est une affection métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé) liée à une déficience soit de la sécrétion de l'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit des deux. Il existe différents types de diabète.

Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente du diabète (plus de 90 % des cas). Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline, l'une ou l'autre de ces deux caractéristiques pouvant dominer à un degré variable. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut également survenir à un âge plus jeune, voire même pendant l'adolescence.

Le diabète de type 1, beaucoup moins fréquent, est principalement causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité de la personne atteinte à sécréter de l'insuline. Pour cette raison, les injections d'insuline sont vitales chez ces personnes. Cette forme de diabète survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes.

Il existe d'autres formes de diabète sucré, comme le diabète gestationnel (correspondant à une intolérance au glucose chez les femmes enceintes) ou des cas de diabète résultant de conditions spécifiques ou génétiques.

(...)

En France, les complications du diabète sont parfois ignorées et la prise en charge thérapeutique du diabète peut encore être améliorée.

Une maladie de plus en plus fréquente

L'Organisation mondiale de la santé a estimé le nombre de personnes diabétiques dans le monde à 135 millions en 1995 et prévoit que cet effectif atteindra 299 millions en 2025. Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'obésité et le manque d'activité physique sont des éléments favorisant le développement du diabète. (...)

En l'absence de prévention et de prise en charge adéquate, le diabète pourrait avoir des conséquences encore plus importantes d'ici quelques années en termes de santé publique et d'économie de la santé. Il est donc important de surveiller sa fréquence, son évolution, ses caractéristiques, ainsi que la qualité de la prise en charge médicale des personnes diabétiques, y compris dans les départements d'outre-mer.

Annexe 2

Extraits du *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*

12 novembre 2008, n° 43.

Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4 % et des disparités géographiques croissantes

Odile Kusnik-Joinville, Alain Weill, Philippe Ricordeau, Hubert Allemand

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS), Paris, France

Matériel – méthodes :

Étude réalisée à partir de l'analyse des données de remboursement de 56,5 millions de personnes du régime général. Les personnes diabétiques traitées sont définies par la délivrance d'anti-diabétiques à au moins trois dates différentes au cours de l'année 2007.

Introduction :

La prévalence du diabète traité a augmenté de 2,7 à 3,6 % entre 2000 et 2005 dans la population résidant en France métropolitaine et protégée par le régime général, soit une augmentation moyenne annuelle de 5,7 %¹. Cette croissance est liée à la progression du surpoids et de l'obésité, au vieillissement de la population, à l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées pour diabète et à l'intensification du dépistage. Des prévisions basées sur les données 1999 et tous régimes d'assurance maladie ont conduit à estimer à l'horizon 2016 la population des personnes diabétiques à 2,8 millions, soit une prévalence d'environ 4,5 %². La fréquence du diabète en France est caractérisée par sa forte augmentation, mais aussi par des disparités géographiques importantes³. Celles-ci sont retrouvées dans plusieurs études menées avec des sources différentes. De fortes prévalences sont retrouvées dans les régions d'outre-mer, dans le nord et le nord-est de la France métropolitaine et en Seine-Saint-Denis. À l'inverse, le Grand-Ouest, dans une certaine mesure, semble relativement préservé. Cette géographie est d'ailleurs corrélée avec celle de l'obésité⁴. Cette étude a pour objectif d'actualiser les données de prévalence du diabète traité en

-
- 1 Kusnik-Joinville O, Weill A, Salanave B, Ricordeau Ph, Allemand H. « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? » *Prat Organ Soins*. 2007; 38(1):1-12.
 - 2 Bonaldi C, Romon I, Fagot-Campagna A. « Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016 ». *Bull Epidemiol Hebd*. 2006 ; 10:69-71.
 - 3 Romon I, Jouglu E, Balkau B, Fagot-Campagna A. « The burden of diabetes-related mortality in France in 2002 : an analysis using both underlying and multiple causes of death ». *Eur J Epidemiol*. 2008; 23(5):327-34.
Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. « L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine ». *Diabetes Metab*. 2000; 26:11-24.
 - 4 Vallier N, Salanave B, Weill A. « Disparités géographiques de la santé en France: les affections de longue durée ». *Points de repère*, n° 1, août 2006, Cnamts. <http://www.ameli.fr> (consulté le 13/10/2008).
Inserm-TNS Healthcare Sofres-Roche. ObÉpi 2006 – *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Roche 2006. 54 p. <http://www.roche.fr> (consulté le 13/10/2008).

France et de mesurer les disparités géographiques en observant les tendances évolutives récentes à l'échelle départementale.

Résultats :

Une prévalence du diabète traité qui atteint 3,95 % en 2007

En 2007, le taux de prévalence du diabète traité dans la population du régime général était de 3,65 %. Extrapolé à la population tous régimes confondus (population Insee au 1/1/2008), ce taux était en 2007 de 3,95 %, correspondant à 2,5 millions de personnes traitées pour diabète (en 2006 3,78 % et 2,4 millions). Plus du quart (25,1 %) des personnes traitées pour diabète en 2007 avaient recouru à l'insuline, seule ou associée à des antidiabétiques oraux. Les personnes diabétiques étaient prises en charge par l'assurance maladie en affection de longue durée (toutes ALD confondues) dans 83,2 % des cas.

Un sur-risque de diabète de 45% pour les hommes après 40 ans : près d'un homme sur cinq est diabétique à 75 ans

En 2007, les personnes traitées pour diabète étaient âgées en moyenne de 64,8 ans (écart type : 13,8 ans). L'analyse des taux de prévalence par classe d'âge montrait des différences importantes selon l'âge : 0-44 ans (0,4 %), et 45 ans et plus (8,8 %) ; 45-64 ans (5,8 %) ; 65-74 ans (13,3 %) ; 75 ans et plus (13,4 %). Le taux de prévalence variait, à âge égal, aussi selon le sexe (4,7 % pour les hommes et 3,3 % pour les femmes). Les hommes présentaient ainsi, à partir de 40 ans, un risque de 44,5 % plus élevé d'être diabétique que les femmes. Ce sur-risque masculin était maximal pour la classe d'âge 60-64 ans (+59,3 %). Le taux maximal de prévalence du diabète était atteint pour les 75-79 ans, avec pour les hommes 18,2 % de personnes traitées pour diabète et 13,2 % pour les femmes. Pour les enfants et adolescents de 0 à 14 ans la prévalence du diabète traité, tous sexes confondus, était de 0,8 pour 1 000.

En métropole une prévalence du diabète plus élevée dans le Nord et le Nord-Est et en Seine-Saint-Denis

(...)Au sein de la plupart des régions, les taux standardisés départementaux de prévalence étaient homogènes. Cependant en Île-de-France, de fortes disparités étaient constatées : Paris (2,9 %) et les Hauts-de-Seine (3,4 %) où la prévalence était faible s'opposaient à la Seine-Saint-Denis (5,1 %) et au Val-d'Oise (4,5 %). En région Paca, le département des Bouches-du-Rhône (4,3 %) présentait un taux bien plus élevé que celui des autres départements de la région.

Un accroissement des disparités géographiques de la prévalence du diabète (...)

Figure 1 : Prévalence du diabète traité selon l'âge et le sexe en 2007 (régime général d'assurance maladie, France)

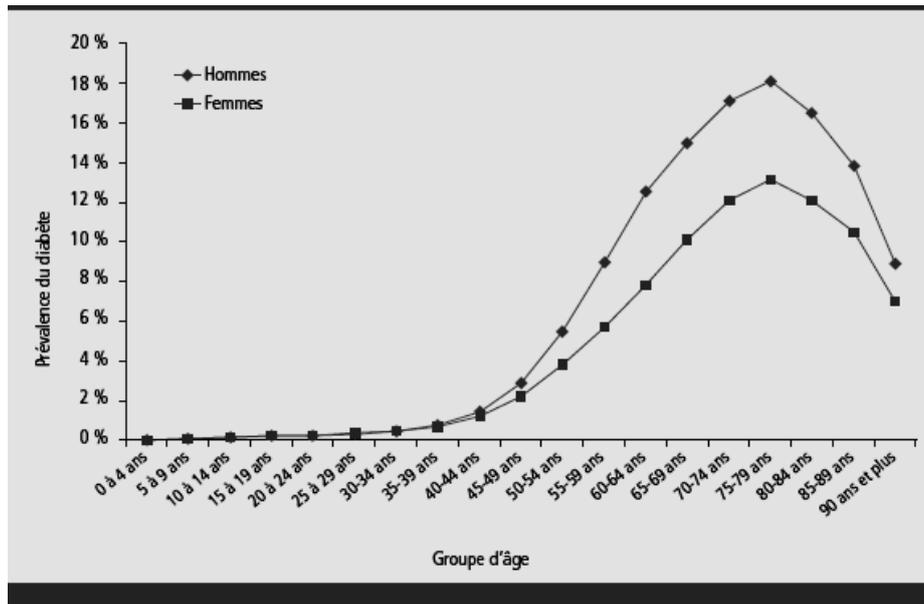
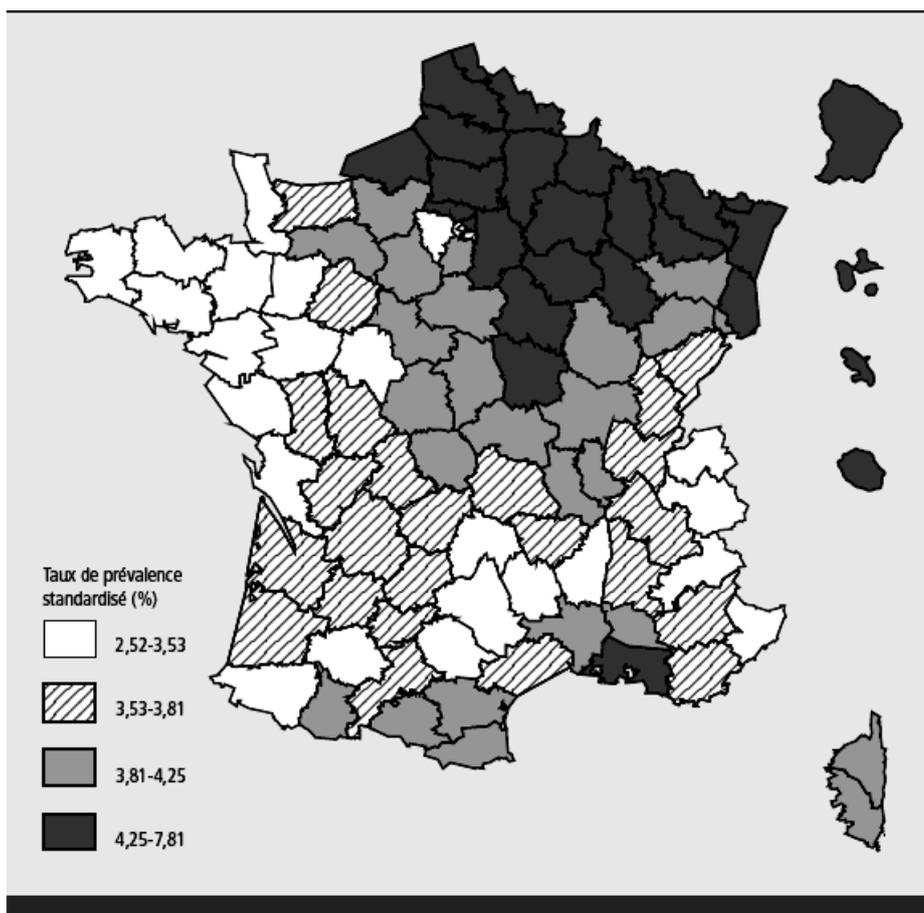


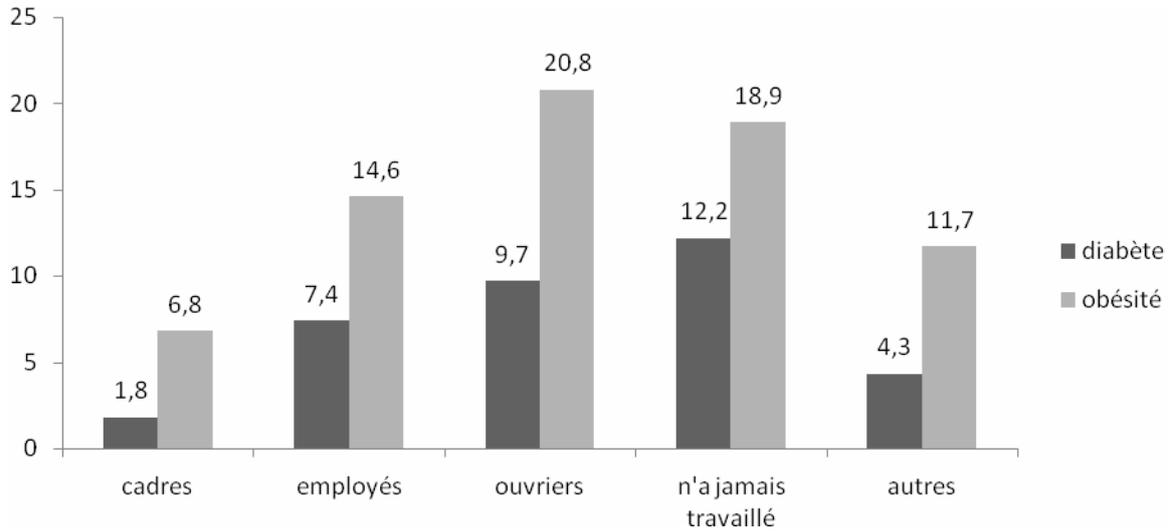
Figure 2 : Taux standardisés de prévalence du diabète traité par département en 2007 (régime général de l'assurance maladie, France)



Annexe 3

Extrait de *La santé des femmes en France*, DREES

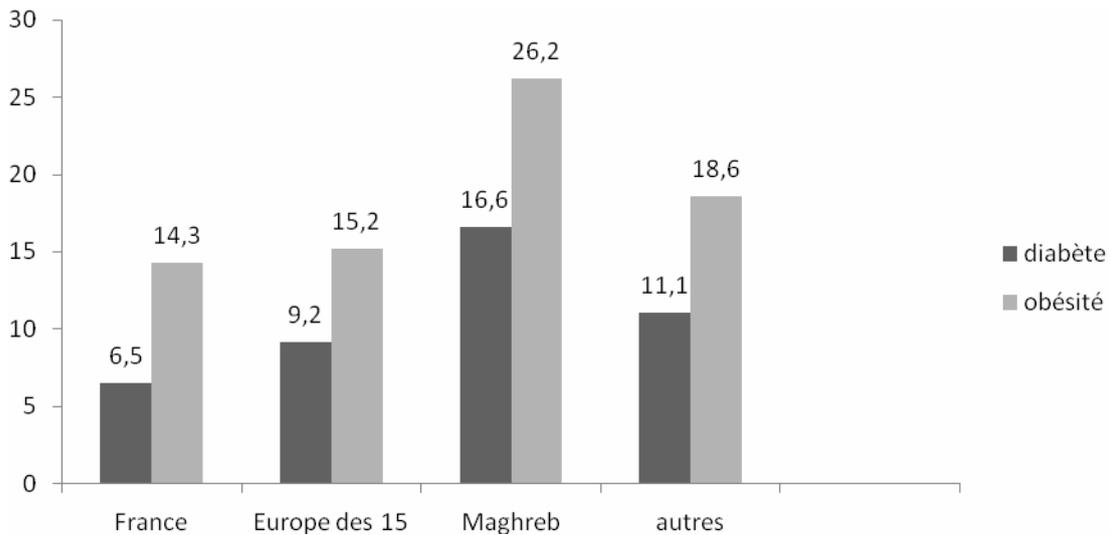
Graphique 1 : Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus selon la catégorie socio professionnelle en 2003



Champ : France Métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête décennale 2002-2003, INSEE.

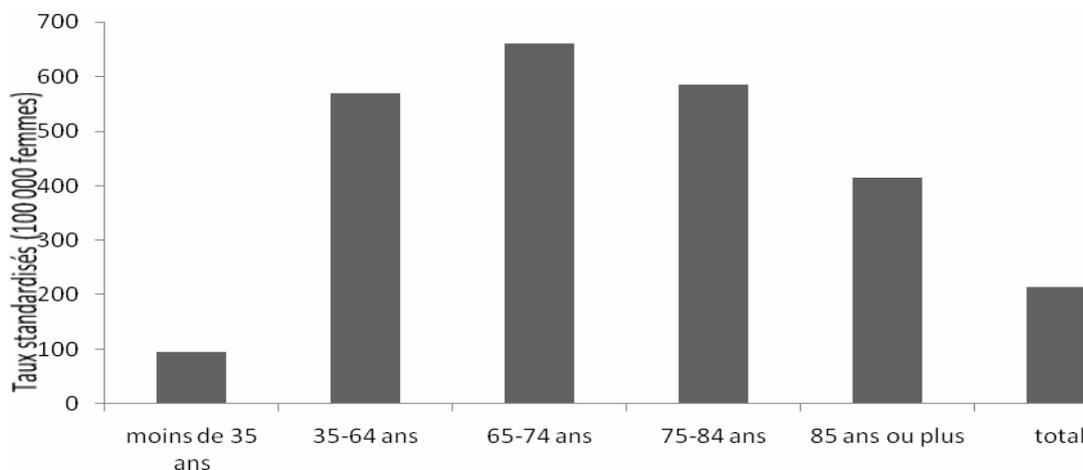
Graphique 2 : Prévalence du diabète et de l'obésité chez les femmes de 45 ans et plus selon le pays d'origine en 2003



Champ : France Métropolitaine, femmes âgées de 45 ans et plus, vivant en ménage ordinaire.

Sources : Enquête décennale 2002-2003, INSEE.

Graphique 3 : Taux d'admissions* en ALD pour diabète chez les femmes (pour 100 000), par âge, année 2005

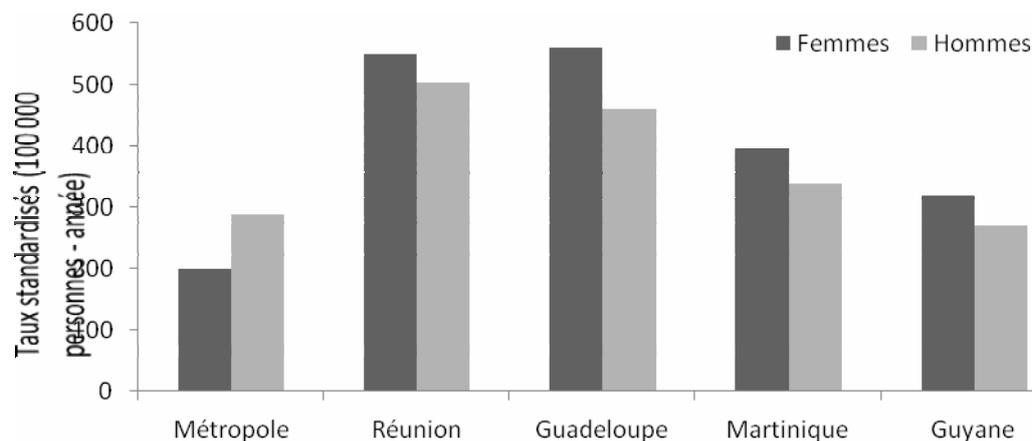


*Taux standardisés sur l'âge, pour 100 000 femmes.

Champ : France métropolitaine, femmes bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI ou de la MSA, années 2000-2005

Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

Graphique 4 : Taux d'admissions* en ALD pour diabète, sur la période 2000-2005 selon le sexe.



*Taux standardisés sur l'âge, pour 100 000 femmes.

Champ : France métropolitaine, hommes et femmes bénéficiaires de la CNAMTS, du RSI ou de la MSA, années 2000-2005

Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

Annexe 4

Extraits du *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*

Hors-série, 26 novembre 2008

1998-2008 : dix ans de renforcement de la veille sanitaire en France

L'Institut de veille sanitaire a 10 ans

Jacques Drucker, ancien directeur général de l'Institut de veille sanitaire (InVS), Ambassade de France, Washington DC, Gilles Brücker, ancien directeur général de l'InVS, GIP Esther Françoise Weber, directrice générale, InVS.

(...)

Avant l'InVS, la veille sanitaire en France se résumait à l'analyse de la DO (déclaration obligatoire des maladies) et de la mortalité dont les chiffres étaient fidèlement publiés par une direction générale de la santé aux moyens restreints. La surveillance était descriptive, rétrospective, peu réactive et rarement utilisable pour soutenir et orienter l'action de santé publique.

Si la loi de 1998 est l'acte fondateur de l'InVS, la « gestation » remonte à 1992. C'est le Réseau national de santé publique (RNSP) en effet qui a introduit en France, avec la complicité des Centers for Disease Control (CDC) américains, les concepts et les méthodes de l'épidémiologie d'appui à l'intervention. C'est également le RNSP qui a démontré la valeur ajoutée d'associer recherche-action et formation pour optimiser l'efficacité des missions de veille sanitaire. C'est enfin le RNSP qui, dès que sa capacité d'action et sa crédibilité scientifique ont été affirmées, s'est ouvert aux partenariats européens et internationaux. Il présentait ainsi la mondialisation des urgences de santé publique et par conséquent la pertinence de structurer la veille internationale. C'est dans ce contexte que le RNSP puis l'InVS ont joué un rôle déterminant dans la création du bulletin épidémiologique européen (Eurosurveillance) et du CDC européen. La suite de l'histoire de l'InVS a confirmé l'acuité et la pertinence de cette vision.

L'établissement public qui arrive aujourd'hui à maturité est bien le CDC à la française voulu par ses pères fondateurs, Claude Huriet et Jean-François Girard, et dont la France manquait cruellement.

Le chemin parcouru est considérable, et la veille sanitaire a profondément évolué en 10 ans en France. Celui qui reste à parcourir l'est tout autant et d'autres défis se présentent à nous.

La confirmation de la place de la veille sanitaire et de son opérateur qu'est l'InVS dans le système de sécurité sanitaire n'est pas le moindre de ces défis.

Que ce soit au niveau national où sa complémentarité avec les agences d'évaluation des risques particuliers commence à porter ses fruits, ou au niveau régional, où l'alliance d'une grande proximité entre les décideurs locaux et l'expertise scientifique, soutenue par des outils de veille mis à disposition par l'InVS, le système de veille sanitaire semble être un modèle incomparable d'efficacité.

L'InVS rend opérationnelle une veille sanitaire qui doit être en mesure de rassembler, d'expertiser

toutes ces informations pour assurer la mesure des risques, connus ou émergents, et permettre les orientations prévues des politiques de santé publique et de sécurité sanitaire.

L'anticipation des menaces est un autre défi. Une étape importante a été franchie avec la mise en place de la surveillance non spécifique après la canicule de 2003. Cet épisode dramatique avait en effet montré combien les systèmes de surveillance disponibles, performants mais chacun spécifiques d'un risque connu, ne permettaient pas de détecter les événements inattendus. Il faut maintenant aller plus loin dans l'anticipation des menaces en développant une veille prospective performante. Cette veille prospective doit s'appuyer sur des indicateurs, par exemple les indicateurs des effets sanitaires du changement climatique sur lesquels l'InVS s'est déjà engagé, mais aussi sur la recherche, avec laquelle les partenariats doivent se renforcer, et sans laquelle la veille sanitaire trouverait très vite ses limites. La recherche apporte à la veille sanitaire des outils et des méthodes. Elle apporte aussi des hypothèses et des signaux très précoces, qui peuvent permettre d'orienter plus efficacement la veille.

La génération d'hypothèses et de signaux permettant d'orienter la veille sera aussi issue de collaborations renforcées avec les partenaires naturels de l'InVS que sont les autres agences de sécurité sanitaire.

Nous devons aussi collectivement effectuer des choix stratégiques, notamment pour les grands systèmes de surveillance du cancer ou des maladies neuro-dégénératives, des risques professionnels et environnementaux, ou la biosurveillance. Nous devons utiliser au mieux des moyens forcément contraints pour le plus grand bénéfice de la santé publique.

L'efficacité de la veille sanitaire des prochaines années repose aussi sur la proximité avec les territoires et la capacité opérationnelle de réagir sans délai, sur un terrain connu, avec des interlocuteurs reconnus. C'est l'achèvement de la régionalisation de la veille, c'est-à-dire du dispositif des Cire qui en est la condition. Elles apportent au plus près des décideurs régionaux et des préfets l'expertise opérationnelle de l'InVS, elles mettent à leur disposition leurs outils de veille, leur capacité d'investigation, d'évaluation et de modélisation des événements sanitaires. Elles transposent au niveau régional le principe de la nécessaire séparation de l'évaluation du risque et de la décision en santé, principe qui s'est imposé au décours des crises sanitaires des années 1980-1990.

La veille sanitaire ne doit pas seulement collecter, analyser et alerter, elle doit aussi savoir informer et partager ses analyses.

Enfin, et c'est sans doute un des enseignements principaux de cette décennie, il est indispensable de rappeler que l'exercice de la veille sanitaire n'a rien de l'exercice solitaire d'un établissement public. Celui-ci n'est que le cœur stratégique d'un immense réseau très fourni et actif de professionnels de santé, d'établissements de santé et de laboratoires qui maillent le territoire et les champs de la pathologie, et qui alimentent, animent et mettent en œuvre la veille sanitaire, dans une immense communauté d'engagement pour la santé publique. Qu'ils soient les premiers à être célébrés et remerciés à l'occasion de cet anniversaire.

La veille sanitaire à l'épreuve du terrain : l'expérience des Cellules interrégionales d'épidémiologie (les Cire)

Philippe Quénel (1), au nom de l'ensemble des Cire - Cellules interrégionales d'épidémiologie - Institut de veille sanitaire

(1) Coordonateur de la Cire Antilles Guyane, France

(...) En 1998, l'InVS était créé et sa mission d'alerte sanitaire réaffirmée dans la loi de santé publique d'août 2004 [1], complétée par celle de « contribution à la gestion des crises ». En France, comme dans les autres pays, les dispositifs contribuant à la veille et à l'alerte sanitaire se sont ainsi développés par strates successives et ont fait l'objet d'adaptations constantes afin d'en assurer la cohérence. Le concept même de veille sanitaire a connu des évolutions majeures au cours des deux dernières décennies qui ont directement influé, au niveau local, sur les pratiques professionnelles et les jeux d'acteurs.

Le nouveau paradigme de la veille sanitaire

En 2008, si tout n'est pas résolu, des avancées significatives ont été obtenues. Elles ont permis de clarifier le concept de veille sanitaire, de préciser les actions qui y sont rattachées, d'améliorer les articulations entre les différents acteurs et, surtout, de professionnaliser les différents métiers attachés à cette mission. Ces avancées ont été le fruit d'une maturation qui s'est faite à l'épreuve du terrain mais elles résultent également de deux éléments qui, ces dernières années, ont radicalement fait évoluer le paysage de la veille sanitaire en France : d'une part, le Plan relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (Pragsus), introduit dans la loi de santé publique du 9 août 2004 [1], et un référentiel fondateur, le rapport publié par l'InVS en 2005 sur « L'alerte sanitaire en France » [2].

Le Pragsus a permis de clarifier au sein de la veille sanitaire deux dimensions qui, en pratique, ont été trop souvent confondues : d'une part, la surveillance – l'évaluation de la menace de santé publique et l'alerte – et d'autre part la réponse à mettre en œuvre pour faire face à une alerte de santé publique. Néanmoins, sur le terrain, cette distinction est encore trop souvent perçue comme théorique ou artificielle parce qu'au plan organisationnel, la veille sanitaire est un continuum allant de l'évaluation à la réponse. Mais cette conception globalisante de la veille et de la gestion, sans spécificité propre à la veille, a pour conséquence que celle-ci est pensée comme pouvant être menée par des généralistes de la santé publique maîtrisant l'ensemble des disciplines concourant à ce continuum. Mais n'est pas épidémiologiste, évaluateur de risque, concepteur de programme, communicateur... qui veut, même après avoir suivi des cours comme IDEA, [3], Ecorisque ou autres qui n'ont pas l'ambition de former des experts dans le domaine ! En réalité, la veille sanitaire comporte deux temps, chacun d'entre eux devant mobiliser des expertises diverses, certes complémentaires mais spécifiques.

Quant à la notion d'alerte sanitaire, cette dimension n'a réellement été clarifiée sur le plan opérationnel que tout récemment [2]. Elle se fonde sur le concept anglo-saxon d'epidemic

intelligence [4]. Il s'agit d'être « à l'affût » des informations et de les recouper, en substituant à la notion classique de veille passive celle de « renseignement épidémique » (au sens du renseignement militaire). La veille sanitaire repose ainsi sur deux grands types d'activités : d'une part la surveillance épidémiologique qui renvoie à la notion de collecte systématique d'indicateurs standardisés permettant, notamment, la détection d'événements inhabituels, du point de vue de leur nature ou de leur intensité. La deuxième activité, certes déjà menée sur le terrain mais de manière empirique et surtout non systématique, est la réception et le traitement des signaux sanitaires. Après sa réception, qui en soi demande une organisation dédiée, le traitement du signal passe par plusieurs phases : sa vérification et sa validation, son évaluation (c'est à dire la mesure ou l'estimation de la menace sanitaire potentielle associée), le déclenchement de l'alerte devant conduire à la mise en œuvre de mesures de contrôle proportionnées et appropriées, tant à l'échelle locale que nationale ou internationale (dans le cadre du Règlement sanitaire international).

Le temps de la refondation du niveau régional et local

Malgré ces évolutions, ces clarifications et ces nouveaux outils, la veille sanitaire « n'a pas encore transformé l'essai » sur le terrain. Si, au niveau national, la création des agences de sécurité sanitaire a permis, non sans tâtonnements, de mettre en cohérence et rendre opérationnel le principe fondateur de la complémentarité distincte (plutôt que séparation à proprement parler) entre l'évaluation et la décision, cela n'est pas encore vraiment le cas à l'échelon local où les chevauchements, les redondances, ou au contraire les cloisonnements tant culturels qu'institutionnels ou corporatistes constituent encore des freins au développement d'une veille sanitaire efficace et efficiente. Ainsi, au plan national, le dispositif de veille sanitaire repose sur une partition claire des rôles et des responsabilités entre le ministère de la Santé qui est en charge de la gestion des situations sanitaires et les agences de sécurité sanitaire dont l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui est chargé de la surveillance, de la veille et de l'alerte sanitaires ainsi que de l'appui à la gestion. C'est ce partage qui garantit l'efficacité technique et l'absence de conflit d'intérêt. Par contre, aux niveaux régional et départemental, cette logique de partage des responsabilités entre d'une part la veille et l'alerte, et d'autre part la gestion n'a pas été menée jusqu'à son terme : les mêmes services (à savoir les Ddass) étant en charge de la réception et de l'analyse des signaux sanitaires et de la mise en place des mesures de gestion des situations.

Aussi, au cours des dernières années, les Cire ont porté leurs efforts sur le renforcement des articulations et des procédures ainsi que sur la formation des personnels intervenant dans la gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans de nombreuses régions, des expériences originales ont pu être menées, des collaborations positives développées entre les Ddass et les Cire, et des programmes de veille sanitaire couplant surveillance – alerte et gestion ont pu faire la preuve de leur faisabilité et de leur utilité. Les Cire sont ainsi devenues des partenaires à part entière et elles occupent aujourd'hui une place clef dans le dispositif de veille sanitaire.

Le dispositif régional de l'InVS compte actuellement dix-sept Cire : quinze métropolitaines et deux ultramarines. Postes avancés de l'InVS en région, elles assurent deux fonctions essentielles :

- une fonction d'épidémiologie d'intervention et d'évaluation quantifiée des risques sanitaires, orientée principalement vers le déclenchement de l'alerte et l'aide à la décision ;
- une fonction d'animation, de structuration et de coordination du réseau régional de veille sanitaire.

En disposant de spécialistes de l'épidémiologie interventionnelle de haut niveau scientifique et technique grâce à l'organisation de véritables parcours professionnels entre l'InVS et les Cire (130 personnes y travaillent dont 85 épidémiologistes), les Cire professionnalisent la veille sanitaire au plan local et elles apportent aux services déconcentrés de l'État une véritable expertise indépendante. (...)

En 2006-2007, les axes stratégiques prioritaires de développement de la veille sanitaire en région qui ont été retenus par l'Invs dans le cadre des Pragsus sont :

- le renforcement du « noyau dur » de la veille sanitaire (Drass/Cire/Ddass) ;
- le renforcement du premier cercle des partenaires du réseau régional de veille ;
- le développement et la coordination des systèmes de surveillance à visée d'alerte dont la veille syndromique ;
- la participation à l'élaboration des plans de réponse ;
- le développement d'outils de partage d'information.

C'est sur la base de ce programme que, dès 2009, de nouveaux outils seront mis à disposition au niveau régional visant à renforcer le dispositif de veille sanitaire :

- des Bulletins de veille sanitaire (BVS) qui seront progressivement déployés dans chaque région sous la coordination des Cire,
- des indicateurs régionaux de surveillance syndromique issus du programme Sursaud (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) piloté au plan national par l'InVS,
- des plateformes régionales pour la réception, le suivi, le traitement des signaux sanitaires et leur traçabilité. (...)

Les Agences régionales de santé : l'opportunité de franchir une dernière étape

Les Cire ne viennent encore trop souvent qu'en appui scientifique et technique, en tant que de besoin, auprès des Ddass et des Drass. Si leur pertinence est aujourd'hui largement reconnue par l'ensemble des acteurs de la sécurité sanitaire, leur contribution au dispositif de veille sanitaire est cependant limitée par le manque de clarté sur les missions et rôles dévolus aux différents acteurs locaux.

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires offre l'opportunité d'achever le processus engagé par la loi de 1998 concernant la restructuration de la veille sanitaire, notamment au niveau régional. La mise en place des Agences régionales de santé (ARS) doit être l'occasion de finaliser le dispositif français de sécurité sanitaire en consolidant l'expérience développée au niveau régional qui, dans certaines régions, a déjà fait la preuve de sa pertinence et de son efficacité.

L'InVS pourrait ainsi se voir confier, via les Cire, la centralisation à l'échelon régional de l'analyse et de l'évaluation des signaux sanitaires, qu'ils viennent de l'extérieur ou des services régionaux ou départementaux de l'État, ainsi que la coordination régionale de l'ensemble des dispositifs de surveillance épidémiologique. L'InVS serait alors en situation d'assumer pleinement sa responsabilité

sur l'ensemble de la chaîne de la veille sanitaire, offrant ainsi aux échelons régionaux et départementaux un appui permanent (24h/24 et 7j/7) et professionnel en matière de veille et d'alerte. Afin d'assurer un maillage territorial adapté aux enjeux ainsi que l'articulation forte et nécessaire avec les services du ministère de la santé chargés de la gestion, ces Centres régionaux de veille sanitaire (CRVS) seraient placés sous la responsabilité de l'InVS et adossés administrativement aux ARS comme le sont actuellement les Cire aux Drass.

Références

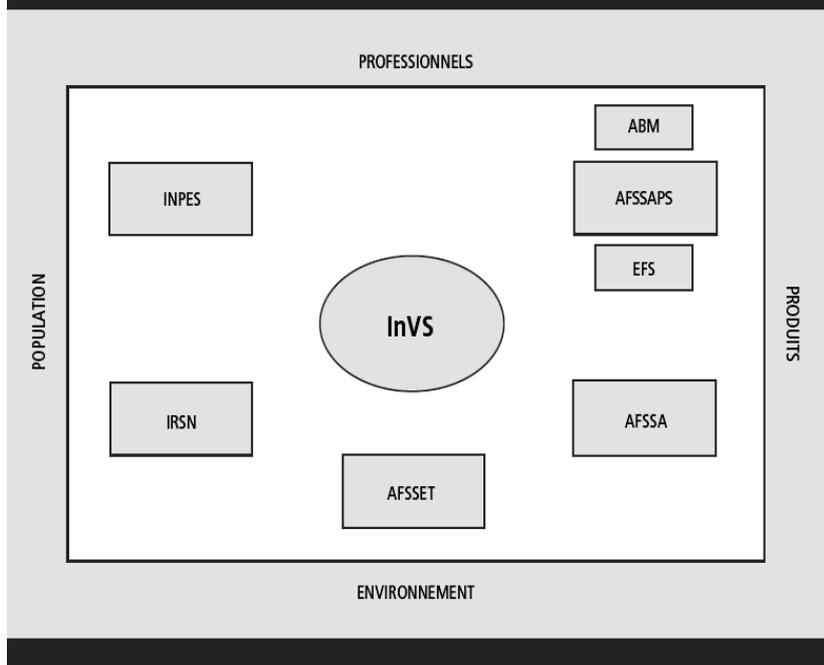
[1] Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

[2] Institut de veille sanitaire. « L'alerte sanitaire en France : principes et organisation. » *Rapport d'un groupe de travail* ; Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2005 ; 49 p. + annexes.
<http://www.invs.sante.fr/publications/2005/prsp/index.html>

[3] Cours International d'Épidémiologie Appliquée (IDEA) - <http://www.ehesp.fr/>

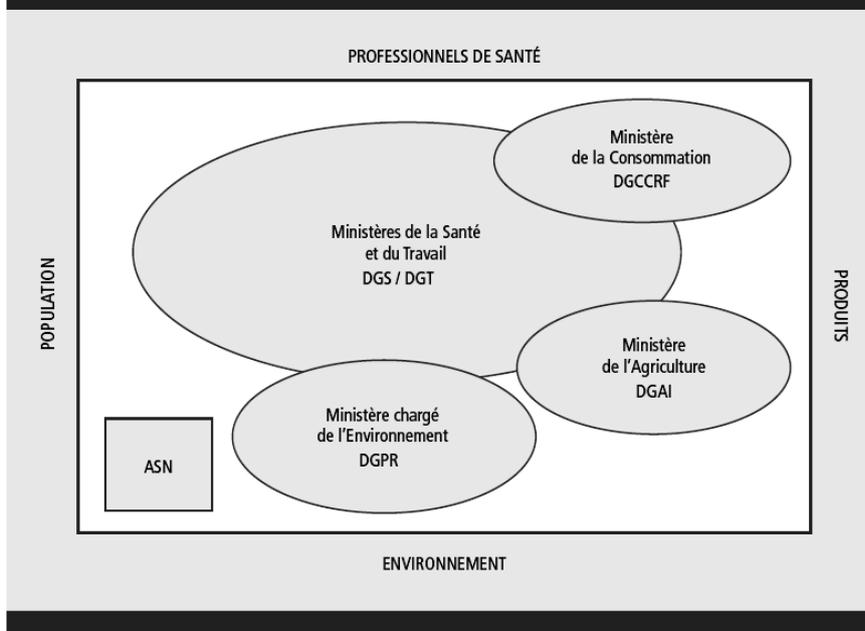
[4] Paquet C, Coulombier D, Kaiser R, Ciotti M. « Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe. » *Eurosurveillance monthly*, releases 2006; 11(12).

Figure 1 Répartition des compétences des agences de sécurité sanitaire, France, (2008)



INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé ; IRSN : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire ; AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail ; AFSSA : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments ; ABM : Agence de Biomédecine ; AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé ; EFS : Établissement Français de Sang

Figure 2 Répartition des compétences des administrations centrales, France, (2008)



DGPR : Direction Générale de la Prévention des Risques ; ASN : Autorité de Sûreté Nucléaire ; DGCCRF : Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes ; DGAI : Direction Générale de l'Alimentation

Annexe 5

Institut de Veille Sanitaire. *Rapport annuel 2004* (Extraits)

L'Institut de veille sanitaire au service des politiques de santé publique

(...) Depuis les années 1990, la création des agences sanitaires (établissements publics de l'État) se place dans la perspective de recentrer les missions du ministère chargé de la Santé autour de la définition de la politique de santé et la préparation de la réglementation, tandis que les agences se voient confier les tâches opérationnelles.

La Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 continue dans ce sens puisque le ministère fixe, après le vote du Parlement, le cap pour les cinq années à venir, tandis que les opérateurs, tel l'InVS, voient leurs missions renforcées et précisées. (...)

Un rôle-clé dans la mise en œuvre des plans et programmes nationaux.

L'InVS est impliqué dans l'élaboration, le suivi annuel et l'évaluation (au terme des cinq ans) des actions menées dans le cadre des plans et programmes nationaux. Il recueille les données épidémiologiques, définit les indicateurs de suivi et d'évaluation de chaque programme de santé où il est impliqué, contribue à établir les priorités de santé publique, participe à l'élaboration de recommandations de prévention et de contrôle des maladies.

À cet effet, outre ses propres travaux, il s'appuie sur un réseau de partenaires qui produisent et analysent des données épidémiologiques. Il travaille en concertation avec les ministères concernés par les différents plans et programmes (ministères chargés de la Santé, du Travail, de l'Environnement...).

Annexe 6

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article 22

I. - Le livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

« CHAPITRE IER

« Dispositions générales

« Art. L. 1161-1. - L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro* est interdit.

« Art. L. 1161-2. - Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

« Art. L. 1161-3. - Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Annexe 7

Extrait de la revue *Actualité et dossier en santé publique*, n° 66, mars 2009

(ADSP, revue trimestrielle du Haut Conseil de la Santé Publique)

Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ?

par Brigitte Sandrin-Berthon, médecin de santé publique, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé du Languedoc-Roussillon, membre du HCSP, présidente de la commission « Maladies chroniques »

L'éducation thérapeutique doit aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes. Avec l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques (15 millions en France), elle devient partie prenante des soins et doit être formalisée.

« Le patient doit être un partenaire actif de la prise en charge de sa maladie. [...] Je place de grands espoirs dans l'éducation thérapeutique, qui permet au patient de mieux comprendre sa maladie et son traitement. [...] L'éducation thérapeutique est un facteur déterminant de notre état de santé »(1). Si l'on en juge par l'intérêt que semble lui porter le président de la République, l'éducation thérapeutique du patient est un sujet d'actualité. Elle fait, depuis quelques années, l'objet de multiples enquêtes, rapports, recommandations et textes officiels.

Penser l'éducation thérapeutique ?

De quoi s'agit-il ? L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être. Elle relève donc de l'éducation pour la santé, s'inscrivant dans le prolongement des actions destinées au grand public, ou mises en œuvre sur les lieux de vie, à l'école ou au travail. Sa particularité est de s'adresser à des personnes qui requièrent des soins, qu'elles soient porteuses d'une maladie, d'un handicap, d'un facteur de risque pour leur santé... ou simplement enceintes. À juste titre, les soignants (2) disent qu'ils s'emploient depuis toujours à dispenser des informations et des conseils à leurs patients pour les inciter à prendre soin d'eux-mêmes, à prévenir les maladies, leur aggravation, leurs complications ou leurs récurrences. Si l'éducation thérapeutique bénéficie aujourd'hui d'un intérêt particulier, c'est en grande partie lié au nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques : 15 millions de personnes en France, autrement dit un quart de la population. Ces maladies nécessitent le plus souvent une surveillance particulière et des changements d'habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabac...). Leurs traitements sont parfois complexes, souvent de longue durée, et ils peuvent provoquer des effets secondaires. Les soignants prennent conscience que les patients atteints de maladies chroniques ont de grandes difficultés à suivre les prescriptions et les conseils qu'ils leur donnent. Il faut noter que la formation initiale des médecins et des autres professionnels de santé les

prépare mieux à traiter les maladies aiguës qu'à accompagner au long cours des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'éducation thérapeutique vient donc formaliser une activité qui était jusqu'à présent considérée comme allant de soi : dans leur pratique quotidienne, les soignants délivrent aux patients des conseils qu'ils répètent avec constance mais sans véritable méthode. L'éducation thérapeutique, telle qu'elle est décrite dans les recommandations de la Haute Autorité de santé, leur propose d'adopter une démarche pédagogique structurée afin d'aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements qui leur sont prescrits. « Une planification en quatre étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé : diagnostic éducatif, programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage, séances individuelles ou collectives, évaluation des compétences acquises ». (...)

Compte tenu du nombre de personnes qui devraient bénéficier d'éducation thérapeutique, comment envisager cette activité autrement qu'en l'« incorporant » aux soins habituels ? La mise en œuvre d'une éducation thérapeutique structurée peut passer par l'organisation d'activités complémentaires aux activités soignantes traditionnelles, mais elle passe surtout par la mise en évidence, la valorisation, le développement de la dimension éducative du soin. L'éducation thérapeutique se construit ainsi à la rencontre des sciences médicales, humaines et sociales.

Pratiquer l'éducation thérapeutique ?

Pour un soignant, pratiquer l'éducation thérapeutique c'est sans doute adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé, à travers la poursuite de trois objectifs interdépendants :

- aménager un environnement favorable à l'éducation,
- mettre en œuvre, auprès des patients, une démarche éducative personnalisée,
- établir des liens avec les autres acteurs de l'éducation thérapeutique.

C'est la poursuite conjointe de ces trois objectifs qui garantit, me semble-t-il, la structuration d'une éducation thérapeutique vraiment intégrée aux soins.

L'environnement favorable

Une information ou un conseil délivré à un patient a plus de chance d'être entendu s'il répond à une question que celui-ci a posée plutôt qu'à une préoccupation du soignant. Tout professionnel amené à rencontrer le patient est susceptible de s'entretenir avec lui de manière informelle : il faut donc qu'il puisse répondre de façon appropriée aux questions que pose le patient à propos de sa santé, au moment où il les pose. S'il ne peut apporter lui-même l'information, il fera bien sûr appel à un professionnel plus qualifié. Cela nécessite que chaque membre de l'équipe soignante ait conscience de son rôle en matière éducative et bénéficie d'une formation continue en rapport avec sa fonction. L'objectif est que chacun soit en mesure de saisir les opportunités éducatives qui se présentent à lui.

Si par exemple une personne diabétique s'étonne de la composition du repas qui lui est servi à l'hôpital, il est utile que l'aide-soignant entende ses remarques et sache « rebondir ».

D'autant que les personnes malades se confient plus facilement aux membres de l'équipe soignante qui leur semblent les plus accessibles : « Il y a des choses que l'on n'ose pas dire au docteur ! »

Il est également utile que toute l'équipe s'applique à repérer les messages contradictoires entre les conseils donnés au patient et les situations auxquelles les soignants le soumettent : apporter un plateau-repas jusqu'au lit du patient auquel on recommande de marcher le plus souvent possible, remettre au patient une ordonnance illisible en insistant pour qu'il la suive à la lettre, inviter le patient à poser les questions qui le préoccupent tout en adoptant une attitude qui l'intimide ou l'infantilise, etc.

La démarche éducative personnalisée

Il s'agit en tout premier lieu d'adopter une posture éducative dans ses relations avec le patient : admettre qu'une collaboration entre soignant et patient est indispensable pour construire des solutions adaptées à chaque situation particulière, reconnaître et solliciter le plus souvent possible l'expertise du patient – expertise différente et complémentaire de celle des soignants –, faire fondamentalement confiance au patient. Lui faire confiance, c'est accepter que sa parole a du sens et qu'il se comporte en sujet de sa propre histoire : si le soignant n'a pas cette conviction profonde, comment peut-il espérer favoriser l'implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé ?

En second lieu, mettre en place une démarche éducative personnalisée avec un patient, c'est créer des moments de bilan partagé au cours desquels il s'agit toujours :

- d'évaluer ensemble (la situation du patient, l'atteinte d'objectifs, le bien-fondé d'une décision antérieure...);
- de convenir (décider ensemble de priorités, d'objectifs, de la participation à un atelier collectif, d'un changement de traitement, d'un plan d'action...).

Ces bilans éducatifs partagés concrétisent la collaboration, l'alliance entre le professionnel et le patient : ce sont des moments privilégiés d'échanges, qui devraient rythmer le suivi à long terme des personnes atteintes de maladies chroniques. Pour mener ces entretiens, le soignant doit apprendre à pratiquer une écoute non sélective (inviter le patient à se raconter, respecter les silences, se laisser surprendre...), accueillir les émotions du patient tout en reconnaissant ses propres émotions, entendre les préoccupations du patient et chercher comment elles peuvent s'articuler avec les préoccupations de l'équipe soignante. Cette façon d'écouter est en tout point opposée à celle que l'on enseigne aux futurs médecins pour poser un diagnostic : le médecin a besoin de réponses précises à des questions précises, il apprend donc à mener un interrogatoire, à interrompre le discours du patient pour éviter de trop longues digressions qui viendraient gêner sa démarche décisionnelle. Pratiquer l'éducation thérapeutique suppose alors de savoir conjuguer deux postures apparemment contradictoires : celle du soignant qui utilise sa compétence médicale pour intervenir auprès d'un patient qui le demande et celle de l'éducateur qui encourage et aide le patient à

progresser sur le chemin de l'autonomie. « L'éducateur est conduit à dire son savoir, mais non pas d'une place d'expert qui le situerait hors des contingences de l'humaine condition, comme si elles ne le concernaient pas mais à le dire dans une relation, dans un lien à l'autre, un "bricolage relationnel" qui le positionne comme sujet humain, en face du mystère d'un autre sujet humain. Le bricolage est une action dont la technique repose sur une capacité à l'improvisation, à l'adaptation aux matériaux, aux circonstances. Le bricolage contient une idée de provisoire, de jamais achevé. Le bricolage ne clôture jamais une action, il l'adapte provisoirement. Cette attitude devrait être celle de tous les éducateurs de santé, face à la complexité et à la mouvance de la vie ».

Enfin, pour prendre soin d'elles-mêmes, les personnes atteintes de maladies chroniques ont généralement besoin de savoirs et de compétences spécifiques que l'éducation thérapeutique les aide à acquérir : manipuler du matériel d'injection ou d'inhalation, adapter la posologie du traitement à des résultats biologiques, reconnaître des signes d'aggravation de la maladie, connaître la teneur en sel ou en graisses des aliments, etc. Les professionnels de santé peuvent aider les patients à acquérir ces connaissances et ces compétences quand ils les reçoivent en consultation ou quand ils leur délivrent un soin ou un médicament. Le patient diabétique peut apprendre auprès de son infirmière à faire lui-même ses injections d'insuline, le patient asthmatique peut apprendre auprès de son pharmacien à utiliser un inhalateur, le patient sous anticoagulants peut apprendre auprès de son médecin à surveiller et adapter son traitement, etc. C'est la raison pour laquelle beaucoup de soignants déclarent faire de l'éducation thérapeutique sans avoir ressenti le besoin de se former.

Dans la réalité, les compétences à acquérir par les patients sont parfois complexes et les professionnels n'ont pas toujours la disponibilité requise. De toute façon, il ne suffit pas que le soignant dise, répète, énonce, explique... pour que le patient apprenne. Aider l'autre à s'approprier un savoir ou un savoir-faire nécessite des compétences pédagogiques, et relationnelles, que les soignants n'ont pas forcément développées. L'éducation thérapeutique prévoit des temps de rencontre spécialement dévolus à l'acquisition, par les patients, des compétences qui leur seront utiles pour prendre soin d'eux-mêmes. Il peut s'agir de séances individuelles ou collectives, ces dernières offrant l'avantage de favoriser les échanges entre personnes atteintes d'une même maladie : échanges d'expériences et de savoirs, soutien réciproque... Dans tous les cas, ces séances doivent être soigneusement préparées et utiliser des méthodes pédagogiques qui garantissent leur adéquation aux besoins et aux attentes des patients.

Les liens entre acteurs de l'éducation thérapeutique

Selon la Haute Autorité de santé, l'éducation thérapeutique du patient doit « être multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ». C'est « un processus permanent » qui « fait partie de la prise en charge à long terme ». Autrement dit, cette activité mobilise nécessairement plusieurs professionnels, aux compétences diverses, et elle s'exerce dans différents lieux de soins. Comment, dans ce cadre, garantir la synergie et la cohérence des interventions ? Si des soignants de différentes disciplines se forment ensemble à l'éducation thérapeutique, une attention particulière peut être portée à la diversité et à la complémentarité des

compétences au sein du groupe en formation : cela favorise la reconnaissance de l'apport spécifique de chaque catégorie de professionnels. Après la formation, il sera plus facile pour chacun, dans son contexte de travail, de participer en interdisciplinarité au développement de l'éducation thérapeutique.

De la même façon, la conception et l'évaluation du programme, du dossier d'éducation ou des outils pédagogiques doivent faire l'objet d'une concertation associant non seulement les différentes catégories de professionnels qui composent l'équipe, mais aussi des représentants des patients. Le terme d'équipe désigne ici les professionnels qui travaillent dans un même service hospitalier, centre de santé, cabinet libéral, pharmacie, ou qui sont membres d'un même réseau. L'ensemble de la démarche est facilité si, lorsque l'équipe est nombreuse, un groupe pluri-professionnel de coordination se constitue en son sein pour entretenir la dynamique collective, garantir le partage d'informations, la prise en compte du point de vue de chacun, le suivi de l'activité et la mise en application des décisions prises. Il faut de toute façon aménager des temps d'échanges à propos de l'éducation et prévoir des documents de liaison entre les intervenants (ne serait-ce qu'intégrer l'éducation thérapeutique dans les courriers qui s'échangent entre professionnels à propos des patients).

En conclusion

Si l'éducation thérapeutique est intégrée aux soins, si elle est un soin à part entière, elle doit répondre aux mêmes exigences que n'importe quel autre soin : être scientifiquement fondée, accessible à tous les patients et adaptée à chacun, respectueuse des personnes, structurée, organisée, évaluable, mise en œuvre par des personnes formées. Elle doit bénéficier de travaux de recherche qui lui permettent de s'améliorer au fil du temps. La publication de recommandations professionnelles sur l'éducation thérapeutique du patient et son inscription dans le projet de loi représentent des avancées importantes liées à la mobilisation active des professionnels, des formateurs et des associations de patients engagés de longue date dans cette activité.

Le plus difficile est de formaliser, de structurer, d'organiser l'éducation thérapeutique... sans la dénaturer. Les schémas, les planifications, les protocoles sont là pour introduire de la rationalité dans les pratiques. Simplificateurs par essence, ils rassurent les soignants. Néanmoins, il serait dommage d'envisager l'éducation thérapeutique comme une simple technique. Il serait dommage que, sous couvert d'éducation, on se contente d'introduire des savoir-faire pédagogiques dans les pratiques médicales. La médecine moderne s'est développée grâce à des recherches scientifiques qui objectivent, qui rationalisent, qui éliminent les biais, notamment par des études « en double aveugle ». Éliminer les biais, c'est éliminer la subjectivité dans la collecte des données. Or que devient l'éducation si elle ne prend pas en compte la subjectivité ? Ce qui est le dogme de la validité en recherche quantitative ne doit pas le devenir en éducation. « La médecine est l'art d'approprier les sciences et les techniques biomédicales au service de la santé d'une personne singulière et non de l'homme abstrait. C'est bien pour cette raison qu'il s'agit d'un art et non d'une simple science

appliquée ou d'une technique ». L'avènement de l'éducation thérapeutique constitue une opportunité pour redonner à la médecine sa dimension « artistique » : il serait dommage de ne pas la saisir

1. Sarkozy N., extrait d'un discours prononcé à Bletterans le 18 octobre 2008.

2. Le terme « soignant » désigne ici tout professionnel qui intervient dans la chaîne des soins : médecin, infirmier, aide soignant, diététicien, kinésithérapeute, podologue, pharmacien, psychologue, etc.

Annexe 8



Table ronde 12

Comment développer l'éducation thérapeutique du patient ?

Intervention des orateurs

L'éducation thérapeutique en médecine générale

Eric DRAHI, Médecin généraliste

Je suis membre de la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, société savante de l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluations continues (UNAFORMEC). Je suis également coordinateur du réseau diabète d'Orléans (Diabolo), qui est essentiellement axé sur l'éducation thérapeutique.

Dans le cadre de mes fonctions, j'ai été amené à diriger une thèse sur l'éducation thérapeutique vue en médecine générale. Je vais développer les éléments de ladite thèse au cours de mon intervention.

L'éducation thérapeutique est un facteur essentiel aujourd'hui car les maladies chroniques sont reconnues comme l'un des motifs de recours aux soins les plus fréquents en ville comme à l'hôpital. Or, les schémas traditionnels du soin en ville sont inadaptés aux maladies chroniques.

Une enquête réalisée dans le cadre de la thèse montre que :

- les médecins généralistes n'ont pas suivi de formation initiale en éducation thérapeutique ;
- l'éducation thérapeutique est un thème assez marginal de la formation continue ;
- l'éducation thérapeutique est très peu pratiquée en ville.

Les médecins voient l'éducation thérapeutique comme une transmission verticale du savoir.

Ils estiment que celle-ci n'est pas primordiale, le patient devant se contenter d'appliquer ce que le médecin lui dit de faire. Or la réalité montre qu'une telle approche n'est pas efficace.

Interrogés sur les raisons pour lesquelles ils ne pratiquent pas l'éducation thérapeutique, les médecins mettent en cause le manque de temps, d'outils, de formation et de collaboration.

En outre, ils n'ont pas spontanément le réflexe de recourir aux réseaux lorsque ceux-ci existent dans leur région.

La thèse révèle qu'un quart des médecins est néanmoins disposé à entrer dans une relation d'aide avec le patient et ne souhaite pas se limiter à une attitude prescriptive.

Il serait judicieux de s'interroger sur la place de l'éducation thérapeutique en médecine générale. Rappelons que l'éducation thérapeutique fait partie intégrante du soin, d'autant que la médecine générale se caractérise par une prise en charge dans la durée. Au travers des consultations de médecine générale, le médecin développe une relation avec le patient axée sur la communication, en dehors de l'acte de diagnostic ou de prescription.

Pour s'impliquer dans l'éducation thérapeutique, les médecins ont la possibilité d'intégrer des équipes pratiquant l'éducation thérapeutique (services hospitaliers, réseaux, etc...). La mise en place d'équipes ambulatoires (binôme généraliste-infirmière) a également été expérimentée dans certains endroits avec l'établissement de programmes structurés d'éducation thérapeutique dans les salles d'attente sous la forme de quelques réunions avec un petit groupe de patients.

Si l'éducation thérapeutique mérite d'occuper une place centrale dans les soins, force est de reconnaître que tous les patients ne peuvent pas bénéficier d'équipes d'éducation thérapeutique dédiées. Compte tenu de l'importance des maladies chroniques et des besoins des patients aujourd'hui, il serait indispensable que les professionnels de santé prévoient de pratiquer l'éducation thérapeutique au sein de leur consultation.

En Suisse, Jean-Philippe Assal préconise d'utiliser des techniques qui permettent d'aborder un objectif éducatif par consultation. Des difficultés se présentent néanmoins lorsqu'il s'agit d'inciter les médecins à mettre en place ce type d'action : formation, moyens financiers, etc.

Il est regrettable que les équipes pratiquant l'éducation thérapeutique soient semi-clandestines.

Ce type d'expérience n'est pas suffisamment valorisé, ce qui est un frein à la connaissance et à la reconnaissance de l'éducation thérapeutique, surtout si l'on souhaite permettre aux médecins et aux soignants de ville de devenir des acteurs dans ce domaine.

De la salle

L'éducation thérapeutique s'apparente-t-elle à une délégation de tâches ? Relève-t-elle du métier des médecins ou d'autres acteurs (infirmiers, etc.) ?

Eric DRAHI

L'éducation thérapeutique ne peut pas être mise en oeuvre sans une certaine collaboration entre les différents acteurs de santé. Quoi qu'il en soit, un certain temps est nécessaire pour qu'une personne souffrant d'une maladie chronique s'inscrive dans une démarche éducative et modifie sa façon de vivre et sa façon d'être. Il est important que le professionnel de santé, dans sa relation de face à face avec le patient, s'adapte et pratique l'éducation thérapeutique sans le dire expressément au patient s'il n'est pas prêt à reconnaître qu'il devra modifier profondément ses habitudes.

De la salle

Je m'interroge sur la place des industriels dans la démarche d'éducation thérapeutique, d'autant qu'une proposition de loi a donné lieu à une véritable polémique récemment – et a fini par être retirée – car elle avait vocation à permettre aux industriels du médicament d'être des acteurs actifs de l'éducation thérapeutique du patient.

Eric DRAHI

Un problème de conflit d'intérêt se poserait dans un tel cas de figure. L'éducation thérapeutique ne doit pas être utilisée pour réguler un système. La question de l'éthique de l'éducation thérapeutique mérite d'être envisagée.

Alexandre BIOSSE-DUPLAN, Mission Associations, HAS

Une loi autorise la CNAM à réaliser des programmes d'accompagnement. Le projet de loi qui n'est pas passé et qui vient d'être évoqué visait à autoriser les industriels à en faire également. D'un point de vue juridique, identifier deux opérateurs via deux lois aurait pu signifier implicitement que tout autre opérateur n'aurait pas le droit d'intervenir dans le système, ce qui aurait écarté les associations de patients et les réseaux notamment, alors que ceux-ci disposent d'un réel savoir-faire.

De la salle (Association Française des Sclérosés en Plaques - NAFSEP)

Que pensez-vous du rôle des associations de malades ? Pour moi, il est essentiel en matière d'éducation thérapeutique, surtout pour les maladies chroniques évolutives. Les groupes de paroles sont un atout considérable, notamment lorsque des problèmes psychologiques vont de pair avec certaines pathologies.

Eric DRAHI

Je partage votre point de vue. Des groupes de parole ont été mis en place dans le réseau Diabolo et certains patients sont des personnes-relais et servent d'interlocuteurs aux autres personnes diabétiques. La souffrance des personnes atteintes de maladie chronique ne bénéficie pas suffisamment d'attention de la part des personnels de santé, d'où l'importance des groupes de parole et du soutien des autres patients.

Diabolo vous propose...

POLE DIETETIQUE

Apprendre à cuisiner différemment et se faire plaisir en équilibrant son diabète

Un premier cycle d'ateliers pour les adultes :

Avec une diététicienne diplômée
Acquérir les bases de l'équilibre alimentaire du diabète.
Chaque atelier se décompose en 3 temps : préparation culinaire, information diététique thématique, dégustation des recettes.

Un second cycle d'approfondissement des connaissances :

pour consolider ses comportements alimentaires
Atelier enfants et adolescents :
Différents groupes suivant les âges

POLE INFIRMIER

Bien connaître le diabète pour mieux l'équilibrer.

Diagnostic éducatif

Réalisé par un professionnel formé à l'entretien individuel, il permet au patient de faire connaissance avec le réseau et de se fixer 1 ou 2 objectifs.

Atelier lecteur de glycémie

Présentation du matériel d'auto-surveillance, utilisation du carnet de suivi, mises à jour des connaissances.

Journée d'éducation Mon Diabète et Moi

Organisée avec différents professionnels (diététicienne, médecin, podologue, pharmacien, éducateur sportif, infirmière,...)

Résolution de problèmes ponctuels

En complémentarité avec votre infirmière libéral(e) habituel(le) : explication du traitement, problèmes de matériel, questions diverses.

POLE ACTIVITÉ PHYSIQUE

Permettre à des personnes diabétiques et leur entourage de faire une activité physique régulière

Atelier reprise de l'activité physique :

Les activités proposées (musculature, cardio-training, vélo, marche, sortie en montagne...) permettent de découvrir la réaction du cœur à l'effort, l'impact de l'activité physique sur la glycémie et l'amélioration de la qualité de vie.

Atelier détente et corps en mouvement :

Pour bouger simplement et naturellement et apporter détente et mieux-être.
Activité corporelle douce, dynamique et globale qui permet de travailler sur les postures du corps avec des mouvements simples, pour retrouver son espace corporel et reprendre confiance en soi.

Activités aquatiques :

Aquagym aux Balnéades, réductions spéciales pour les adhérents du réseau.

Atelier marche :

La façon la plus simple de se bouger... selon ses moyens, avec des professionnels de l'activité physique.

POLE ECOUTE

Echanger ses points de vue sur les problèmes divers rencontrés au quotidien

Atelier groupe de parole :

Une psychologue à votre écoute : à plusieurs on se sent plus forts !
Pour que les uns et les autres apprennent à se connaître, parlent librement de leur vécu, s'accompagnent mutuellement et se fassent confiance au fil du temps.

FORMATION et INFORMATION

Formation professionnelle :

Convivialité, interactivité, interprofessionnalité et EPP, pour se perfectionner et mieux soigner les patients diabétiques.

Information

Sur une thématique précise, pour les patients adhérents et professionnels.
Pour tout public selon demande particulière.

RÉSEAU DIABOLO (DIABÈTE Orléans LOiret)

55 rue Eugène Turbat 45100 Orléans.

Téléphone: 02 38 51 13 76 Télécopie: 02 38 22 57 76

Courriel: reseau.diabolo@wanadoo.fr Site web: <http://perso.wanadoo.fr/reseau.diabolo>
