

FLASH « SANTÉ TRANSFRONTALIÈRE »

Octobre 2021 - N° 5



DANS CE NUMÉRO :

La voie est ouverte au développement d'une coopération sanitaire belgo-luxembourgeoise	2
Les caractéristiques de la mortalité dans le territoire COPROSEPAT	5
Etude de la littérature internationale en matière de promotion et prévention de la santé auprès d'un public fragilisé – Synthèse	12
ETP - Diagnostic partagé de santé pour tendre vers une harmonisation des pratiques en ETP en coopération avec les différents professionnels du territoire frontalier France - Belgique	16
Partie III - REFLEXIONS pour soutenir la déclinaison de l'ETP	
Retour sur quelques autres actualités et événements récents...	21



Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

EDITO

Le premier semestre de l'année 2021 restera attaché à la gestion de la pandémie de la covid-19 et aux gigantesques efforts pour vacciner avec succès la population à risques dans un premier temps, puis convaincre l'ensemble du corps social de se protéger et, protéger les autres, dans un second temps. L'efficacité des vaccins a permis, durant l'été, de lever progressivement les mesures de protection. Nonobstant les mutations du virus SARS-CoV-2 laissent peser une incertitude sur l'émergence d'une éventuelle quatrième vague à l'automne 2021.

Si nous voyons progressivement s'éloigner les effets négatifs de la crise sanitaire, les conséquences du réchauffement climatique se sont cruellement manifestées durant la période estivale par des incendies et des inondations qui ont causé de nombreuses pertes de vies humaines et d'importants dégâts matériels ainsi qu'une accentuation de la pollution.

La santé humaine est désormais confrontée à la prise en compte de ces défis gigantesques qui requièrent une gestion européenne et mondiale de ces phénomènes qui mettent en exergue l'interdépendance de nos sociétés.

Des élans de solidarité ont été enregistrés dans les espaces frontaliers « grand-régional » et franco-belge entre des établissements hospitaliers dont les services de soins intensifs

étaient saturés et ceux qui avaient des disponibilités. Les responsables politiques ont mesuré la nécessité de maintenir les flux des travailleurs frontaliers afin de ne pas davantage perturber, voire mettre à mal, le fonctionnement des hôpitaux d'un pays tout entier comme ceux du Grand-Duché de Luxembourg.

Pour faire face à l'interdépendance des régions frontalières au sein de la Grande Région et des espaces frontaliers franco-belge, de multiples déclarations d'intentions politiques en faveur du nécessaire développement de la coopération sanitaire transfrontalière ont été formulées depuis le deuxième trimestre 2020.

Ces déclarations ont été élaborées et adoptées dans différentes enceintes dans le contexte de la pandémie de la covid-19 et de son impact sur la vie des personnes âgées, dépendantes, atteintes de maladies chroniques et sur la gestion et l'organisation des systèmes de santé qui ont été fortement perturbés par ce « tsunami épidémique » auquel ils n'étaient pas préparés.

L'heure est désormais à la concrétisation progressive de ces déclarations émises pendant le choc émotionnel créé par la crise. Ainsi, le 31 août 2021, les Ministres de la santé de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg ont signé une déclaration d'intention en vue d'élaborer un accord-cadre de

coopération sanitaire entre la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg. Nous espérons que la négociation de cet accord débutera prochainement et que d'autres initiatives verront le jour, bientôt, en matière de coopération sanitaire dans la Grande Région pour faire de celle-ci un modèle de coopération au sein de l'U.E.

Avec cette avancée, le projet Interreg V Grande Région COSAN progresse activement. C'est aussi le cas du projet Interreg V France Wallonie Vlaanderen COPROSEPAT sur la prise en charge des maladies chroniques dont nous relatons les réalisations à travers divers articles dans la présente newsletter « Santé Transfrontalière ». Bonne lecture !



LA VOIE EST OUVERTE AU DÉVELOPPEMENT D'UNE COOPÉRATION SANITAIRE BELGO-LUXEMBOURGEOISE



Léonore Collinet
Mutualité Socialiste du
Luxembourg



Le 31 août 2021 avait lieu le sommet de la Gaichel, qui a célébré les cent ans de l'Union Economique Belgo-Luxembourgeoise (UEBL). Lors de cette rencontre qui a rassemblé les gouvernements des deux pays voisins, plusieurs accords ont été signés dans différents domaines, dont en matière de santé, sur une future coopération sanitaire.

En effet, une déclaration d'intention relative au développement d'une coopération transfrontalière en matière de santé a été signée par Monsieur Frank Vandenbroucke, Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique belge, et Madame Paulette Lenert, Ministre de la Santé du Luxembourg.

Dans cette déclaration, les deux ministres définissent les objectifs que cette coopération transfrontalière devra permettre d'atteindre, à savoir :

- « améliorer l'accès aux soins de qualité des résidents des espaces frontaliers et la continuité des soins au profit de ces résidents. De la sorte, nos systèmes de santé pourront développer une plus grande équité et mettre en œuvre une plus grande égalité de traitement ;
- renforcer la performance des deux systèmes de santé par une mutualisation de l'offre de soins entre les deux versants frontaliers sous l'angle de la complémentarité ;
- favoriser l'échange de bonnes pratiques et la coopération entre professionnels de santé ;
- favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques dans le secteur de la santé. »¹

A la suite de la réunion de la Gaichel et de la signature de cette déclaration, une conférence de presse a eu lieu à la Mutualité Socialiste du Luxembourg à Arlon, co-organisée par le PS Luxembourg et par le projet Interreg COSAN. Lors de cette conférence présidée par Madame Mélissa Hanus, Députée fédérale belge, le ministre Frank Vandenbroucke s'est exprimé sur les intentions politiques relatives à la déclaration.

La signature de cette déclaration lance le processus de négociation d'un accord-cadre de coopération sanitaire entre la Belgique et le Luxembourg, qui constitue l'un des principaux objectifs du projet Interreg COSAN. En effet, les accords-cadres de coopération sanitaire bilatéraux constituent la base légale nécessaire au développement de dispositifs de coopération définis dans des conventions de coopération sanitaire, tels que les territoires de santé transfrontaliers dénommés ZOAST (qui existent tout le long de la frontière franco-belge), qui permettent aux patients des zones frontalières d'accéder aux hôpitaux situés sur l'autre versant frontalier, sans entrave administrative ni financière.

Dans la Grande Région, des accords-cadres de coopération sanitaire bilatéraux existent entre la France et la Belgique (depuis 2005), entre l'Allemagne et la France (2005), ainsi qu'entre le Luxembourg et la France (2016).

La signature d'un futur accord-cadre entre le Luxembourg et la Belgique ouvrira de nouvelles perspectives de coopérations transfrontalières, dont l'importance a particulièrement été ressentie durant la crise de la Covid-19. En témoigne la solidarité interrégionale qui s'est développée dans la Grande Région au travers des transferts transfrontaliers de patients touchés par ce virus du SARS-CoV-2 qui, comme on a largement pu le constater, méconnaît l'existence des frontières entre pays.

¹ « Déclaration commune sur une coopération sanitaire transfrontalière entre le Royaume de Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg », signée le 31 août 2021. Retrouvez la déclaration d'intention sur le site du projet COSAN : <https://cosangr.eu/2021/09/03/conference-de-presse-du-31-aout-2021-developpement-dune-cooperation-sanitaire-transfrontaliere-entre-la-belgique-et-le-grand-duche-de-luxembourg/>

L'intérêt de développer une coopération transfrontalière en santé structurée ne se limite pas aux situations de crises. Elle offre l'opportunité de créer des synergies entre les systèmes de santé frontaliers et permet de renforcer l'accès à une offre de soins de qualité, à proximité du lieu de vie des patients résidant dans les zones frontalières, souvent rurales, où l'offre tend à être moins importante et plus clairsemée. En somme, elle permet d'améliorer les conditions sanitaires et de vie des populations vivant dans les espaces frontaliers.

Pour en savoir plus sur la déclaration d'intention et sur la conférence de presse (dossier de presse, articles parus dans la presse, etc.), rendez-vous sur le site du projet COSAN : <https://cosangr.eu/2021/09/03/conference-de-presse-du-31-aout-2021-developpement-dune-cooperation-sanitaire-transfrontaliere-entre-la-belgique-et-le-grand-duche-de-luxembourg/>

Retrouvez aussi les vidéos de la conférence de presse sur la chaîne YouTube du GEIE OEST : <https://www.youtube.com/channel/UCrydFwJdJHOHluLkx7VueA>



Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Co-financé par l'AVIQ





Crédit photo : Photo News/Didier Lebrun



LES CARACTÉRISTIQUES DE LA MORTALITÉ DANS LE TERRITOIRE COPROSEPAT



Laurent Chamagne
Observatoire Régional de
la Santé Grand Est



Le projet Coprosepap a pour but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques le long de la frontière franco-belge en favorisant la coopération transfrontalière et en développant l'éducation thérapeutique du patient.

Cet objectif nécessite, entre autres, d'avoir au préalable une connaissance des caractéristiques sociodémographiques de la population, de ses besoins de soins, ainsi que de l'offre disponible sur le territoire et à proximité afin d'identifier les forces et les faiblesses du territoire.

Par conséquent, le projet Coprosepap comporte un module technique en charge de réaliser un portrait de territoire. Les membres de ce module technique, principalement animé par l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg et par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est, ont d'abord fait l'inventaire des données statistiques existantes en Belgique et en France. Puis, après avoir vérifié la disponibilité, la comparabilité et les limites de celles-ci des deux côtés de la frontière, une sélection des indicateurs a été réalisée afin de produire plusieurs documents permettant de diffuser l'information :

- Le tableau de bord permet de comparer les deux versants du territoire Coprosepap avec l'ensemble de la Belgique et l'ensemble de la France métropolitaine sur le plan sociodémographique, des besoins de soins et de l'offre de soins. Une description des indicateurs et de leurs sources permet de comprendre les limites de leur interprétation.
- Le portrait de territoire présente une synthèse des principaux indicateurs sociodémographiques, sanitaires et d'offre de soins issus du tableau de bord. Il est composé de 16 fiches thématiques comportant des cartes, des graphiques et des commentaires descriptifs.
- Un flyer synthétise les éléments les plus marquants observés dans le portrait de territoire.

Ces documents sont en ligne sur le site de Coprosepap, à cette adresse : <https://coprosepap.eu/harmonisation-des-pratiques-en-etp-en-cooperation-avec-les-professionnels-de-sante-menu/>

Le présent document a pour objectif d'approfondir un point remarquable observé dans le portrait de territoire. On constate, en effet, que la mortalité est particulièrement élevée dans les deux versants du territoire Coprosepap. Nous verrons, ici, quelles catégories de la population sont principalement concernées par ce phénomène, quelles pathologies sont responsables de cette surmortalité et quels sont les facteurs de risque connus pour ces pathologies.

Sources :

Belgique : Sciensano - SPMA

France : Inserm (CépiDC)

Taux standardisé de mortalité :

Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (Population standard européenne de 2013).

La standardisation des taux permet de comparer la mortalité entre plusieurs territoires ou entre plusieurs époques en supprimant l'influence de l'âge. Il est, ainsi, possible de comparer la mortalité dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

Des niveaux de mortalité relativement importants dans le territoire Coprosepap

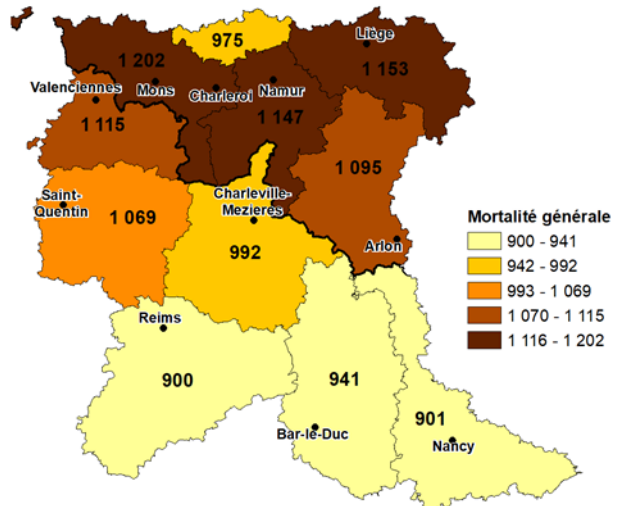
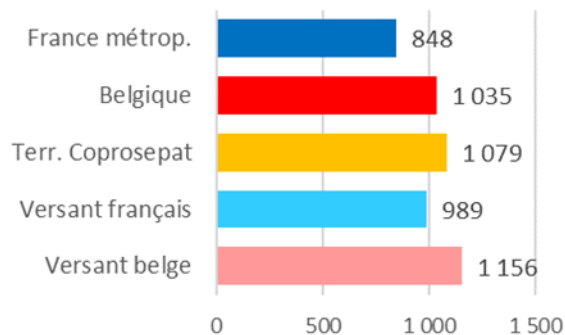
La mortalité dans le territoire Coprosepap est relativement élevée. En effet, en 2011-2015, après standardisation sur l'âge, une surmortalité de 12 % en Wallonie est observée par rapport au taux belge (1 156 décès pour 100 000 contre 1 035 pour 100 000 habitants) et de 17 % dans le versant français par rapport au taux national (989 pour 100 000 contre 848 pour 100 000).

Sur le versant belge, la surmortalité est particulièrement importante dans le Hainaut (+18 %), surtout dans l'arrondissement de Charleroi (+21 % en 2006-2015). Avec 975 décès pour 100 000 habitants, le Brabant wallon représente le seul territoire wallon dans lequel une sous mortalité par rapport au niveau national est enregistrée (-5 %).

Sur le versant français, la surmortalité atteint 31,5 % dans la partie du département du Nord incluse dans le territoire Coprosepap. Elle est encore plus importante dans l'arrondissement de Valenciennes (+34 %) et dans l'arrondissement de Vervins (+36 %). La mortalité est plus faible dans la partie marnaise du territoire Coprosepap (900 pour 100 000 habitants) et en Meurthe-et-Moselle (901 pour 100 000) et surtout dans les arrondissements de Reims (875 pour 100 000) et de Nancy (872 pour 100 000). Mais dans tous ces territoires, la mortalité est plus élevée qu'au niveau national.

Taux standardisés de mortalité en 2011-2015 (décès pour 100 000 habitants)

Taux standardisés de mortalité générale par province et département* en 2011-2015 (pour 100 000 habitants)

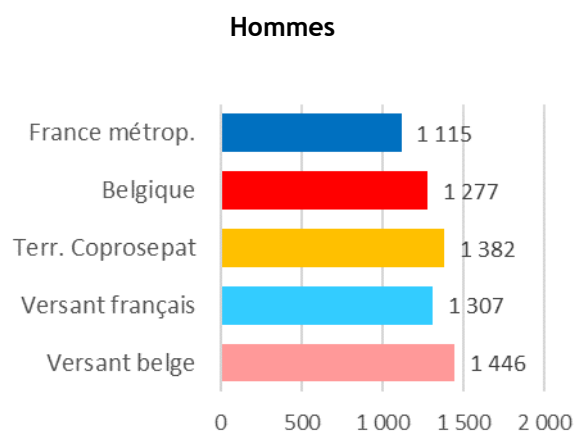
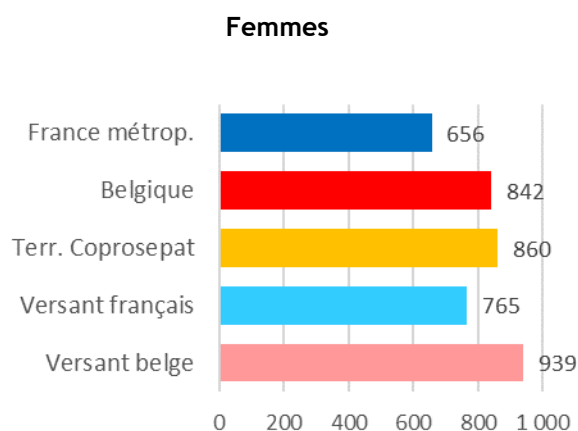


* : Seule la partie du département appartenant au territoire du projet Coprosepap est prise en compte

Une surmortalité aussi bien féminine que masculine

La surmortalité observée dans les deux versants du territoire Coprosepap par rapport aux niveaux nationaux s'observe aussi bien chez les femmes que chez les hommes. En effet, dans le versant belge, le taux de mortalité féminin est 12 % plus élevé qu'au niveau national (939 contre 842 pour 100 000). La surmortalité masculine, à peine plus élevée, est égale à +13 % (1 446 contre 1 277 pour 100 000). La surmortalité dans le versant français, par rapport au niveau national, est équivalente chez les femmes (+17 %) et chez les hommes (+17 %). Même si les niveaux de surmortalité féminines et masculines sont proches, les hommes ont des taux de mortalité nettement plus élevés que les femmes.

Taux standardisés de mortalité en 2011-2015 (décès pour 100 000 habitants)



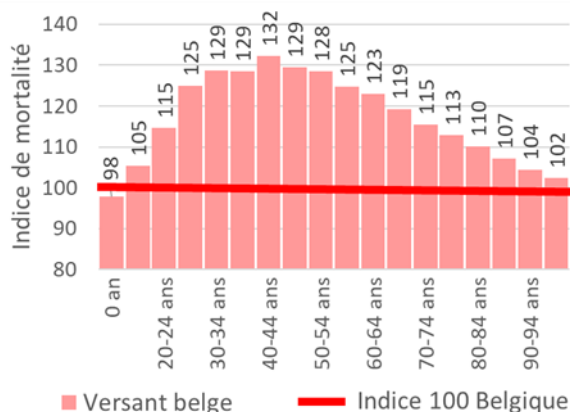
Une surmortalité variable suivant l'âge

Sur le versant belge, par rapport au niveau national, on observe une surmortalité à presque tous les âges. L'excès de décès est particulièrement important entre 25 et 64 ans (supérieur à +20 %) et surtout entre 40 et 44 ans où la surmortalité atteint 32 %. Aux âges élevés, la surmortalité est plus faible et elle devient pratiquement nulle à partir de 90 ans. Le niveau de pauvreté relativement élevé observé en Wallonie (21,5 % contre 16,1 % en Belgique en 2017¹) peut expliquer en grande partie la surmortalité observée avant 65 ans. En effet, le lien entre mortalité prématurée (avant 65 ans) et pauvreté est bien établi².

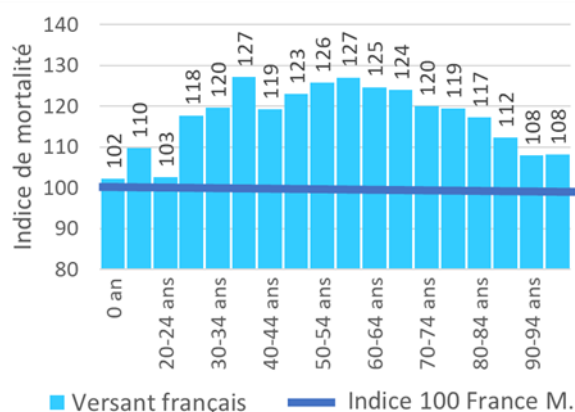
Sur le versant français, la mortalité est également supérieure au niveau de mortalité national à presque tous les âges. La surmortalité est particulièrement importante entre 25 et 84 ans (supérieure à + 17 %) et elle atteint un premier pic entre 35 et 39 ans et un second entre 55 et 59 ans (+27 % par rapport au niveau national à chacune de ces tranches d'âge).

Rapport entre le taux de mortalité par tranche d'âge sur chaque versant et le taux de mortalité par tranche d'âge au niveau national

Versant belge / Belgique



Versant français / France métropolitaine



Mode de lecture : Entre 40 et 44 ans, l'indice de mortalité sur le versant belge est égal à 132. C'est-à-dire qu'à ces âges, le taux de mortalité est 32 % plus élevé que dans l'ensemble de la Belgique

Détail par pathologie

L'identification des pathologies responsables d'une surmortalité dans un territoire et la connaissance de ses facteurs de risque permet de mieux cibler les actions à mettre en place pour améliorer l'état de santé de sa population.

La surmortalité par pathologie est observée de deux façons différentes dans ce document.

- Dans un premier temps, nous nous intéresserons au niveau de surmortalité. Il correspond au rapport entre la mortalité observée dans le territoire et le taux de mortalité national (présenté ci-après en termes d'écarts en %). Il permet de savoir en quoi le territoire se démarque de l'ensemble du pays, mais il ne dit rien du nombre de décès concernés.
- Dans un second temps, nous verrons les nombres de décès en excès sur le territoire pour chaque pathologie. Il s'agit de l'écart entre le nombre de décès observé dans le territoire et le nombre de décès qui serait attendu si la mortalité était la même qu'au niveau national. Ces nombres dépendent à la fois du taux de surmortalité et du nombre de décès. Ils permettent de mesurer la part de chaque pathologie dans la surmortalité et, ainsi, de savoir quelles pathologies devraient être ciblées en priorité pour agir le plus efficacement sur la mortalité générale.

Dans ce document, la mortalité de chaque versant est comparée par rapport au niveau national. Il n'y a donc pas de comparaison entre la mortalité dans le versant belge et le versant français. Des graphiques permettant cette dernière comparaison sont disponibles dans le portrait de territoire.

¹ Part de la population vivant dans un ménage dont le revenu disponible est inférieur à 60 % du revenu médian. Source : Stat Bel (enquête sur les revenus et les conditions de vie : EU-SILC).

² En 2018, l'Insee, montrait que le différentiel de mortalité atteignait un maximum autour de 50 ans entre les 5% de Français les plus pauvres et les 5 % de Français les plus riches. Source : Insee, Tables de mortalité par niveau de vie, 06-02-2018, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3311422?sommaire=3311425>

Une forte surmortalité par chute accidentelle en Wallonie

Comme nous l'avons vu précédemment, le taux standardisé de mortalité wallon dépasse le niveau de mortalité belge de 12 %. Le détail par pathologie montre que la surmortalité wallonne est beaucoup plus importante en ce qui concerne les chutes accidentelles (+51 %) et les accidents de transports (+32 %).

Les chutes accidentelles concernent surtout les personnes âgées de 80 ans ou plus et peuvent être dues à une réduction de l'acuité visuelle, une polymédication, une prise de médicaments psychotropes, une consommation d'alcool, de la malnutrition, de la sédentarité ou un habitat mal adapté. Elle peut aussi être réduite à l'aide d'instruments tels qu'une canne, par exemple³.

Les accidents de transport sont essentiellement dus à la circulation automobile. Ils peuvent être réduits par une législation adaptant la limitation de vitesse, une sensibilisation du public vis-à-vis de ce danger, par des aménagements routiers et par une diminution de la consommation d'alcool.

Les maladies de l'appareil respiratoire et les cardiopathies ischémiques représentent le quart de la surmortalité wallonne

Toutes causes confondues, la surmortalité en Wallonie correspond à un excès de 4 159 décès par an, en moyenne, par rapport au nombre de décès qui serait observé si le taux de mortalité était le même qu'au niveau national.

Les maladies de l'appareil respiratoire représentent la première cause de surmortalité. Elles constituent 14 % de celle-ci, avec un excès de 562 décès par an en moyenne. Il s'agit principalement de pneumopathies ou de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Les pneumopathies sont surtout dues à des bactéries ou des virus. Leur déclenchement peut notamment être favorisé par des troubles de la déglutition ou une consommation de tabac⁴. La BPCO est principalement due à une consommation de tabac. D'autres facteurs de risque sont notés, tels que le tabagisme passif, la pollution atmosphérique ou les expositions professionnelles⁵.

Les cardiopathies ischémiques représentent 11 % de la surmortalité wallonne, soit un excès de 467 décès par an en moyenne. Il s'agit principalement d'infarctus du myocarde et de cardiopathies ischémiques chroniques. Elles sont souvent liées à d'autres pathologies telles que le diabète ou l'hypertension artérielle et les principaux facteurs de risque sont : la sédentarité, une mauvaise alimentation, l'hypercholestérolémie, le tabagisme, ou encore la pollution atmosphérique⁶.

En Wallonie, on observe une forte sous mortalité par insuffisance cardiaque (-34 %) par rapport au niveau de mortalité belge. Cette situation est liée au fait que le taux standardisé de mortalité flamand est particulièrement élevé pour cette pathologie⁷. Cet écart entre les deux régions est probablement dû à des différences dans les pratiques de remplissage des certificats de décès. Cette hypothèse est en cours de questionnement auprès d'experts.

³ Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, fiche de synthèse* [En ligne]. Novembre 2005, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf, [Consulté le 25 août 2021]

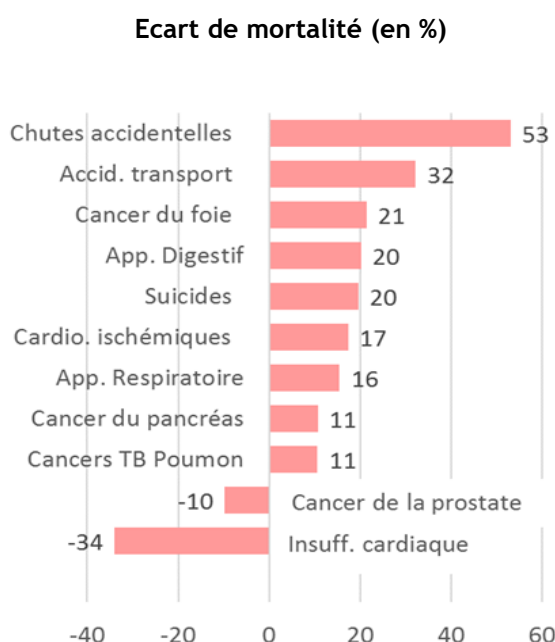
⁴ AMELI.Fr, *Pneumonie : Définition et facteurs de risque* [En ligne], 28 janvier 2020. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/pneumonie/definition-facteurs-risque> [Consulté le 25 août 2021].

⁵ Santé Publique France, *BPCO et insuffisance respiratoire chronique : la maladie* [En ligne], 27 juin 2019. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bpco-et-insuffisance-respiratoire-chronique> [Consulté le 25 août 2021].

⁶ Santé publique France, *Maladies cardiovasculaires et accident vasculaire cérébral* [En ligne], 26 juin 2019. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral> [Consulté le 25 août 2021].

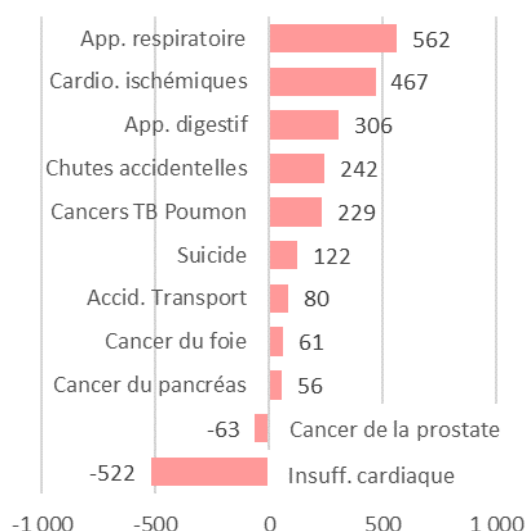
⁷ En 2017, le taux standardisé de mortalité féminine par insuffisance cardiaque, exprimé pour 100 000 habitants, était de 50,6 en Flandre et de 23,8 en Wallonie. Chez les hommes, il était de 63,6 en Flandre et de 31,4 en Wallonie. Source : Vers une Belgique en bonne santé, *Mortalité générale par cause de décès* [en ligne] 26 mars 2021 Disponible sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale-par-cause-de-deces> [consulté le 29 septembre 2021]

Ecart entre la mortalité dans le versant belge et la mortalité dans l'ensemble de la Belgique par pathologie en 2011-2015



Mode de lecture : Dans le versant belge du territoire Coprosept, la mortalité par chutes accidentelles est 53 % plus élevée que dans l'ensemble de la Belgique

Surplus ou déficit annuel de décès (en nombre de décès)



Mode de lecture : Dans le versant belge du territoire Coprosept, la surmortalité par maladie de l'appareil respiratoire par rapport au niveau belge entraîne un excès de 562 décès par an.

Une forte surmortalité par maladie de l'appareil digestif dans le versant français du territoire Coprosept

Pour rappel, le taux standardisé de mortalité dans le versant français du territoire Coprosept dépasse de 17 % le niveau de mortalité observé en France métropolitaine. Le détail par pathologie montre que cette surmortalité est beaucoup plus importante en ce qui concerne les maladies de l'appareil digestif (+36 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (+30 %).

Les maladies du foie, dont les cirrhoses, et les maladies de l'intestin, dont les troubles vasculaires de l'intestin, les iléus et les occlusions intestinales, représentent les principales causes de décès par maladies de l'appareil digestif. Les cirrhoses sont surtout dues à la consommation d'alcool, à l'hépatite B et C ainsi qu'au syndrome métabolique, lui-même favorisé par l'obésité⁸. Les troubles vasculaires de l'intestin présentent les mêmes facteurs de risque que les cardiopathies ischémiques (obésité, tabac, hypertension, excès de cholestérol)⁹.

Les maladies respiratoires et digestives représentent plus d'un cinquième de la surmortalité dans le versant français du territoire

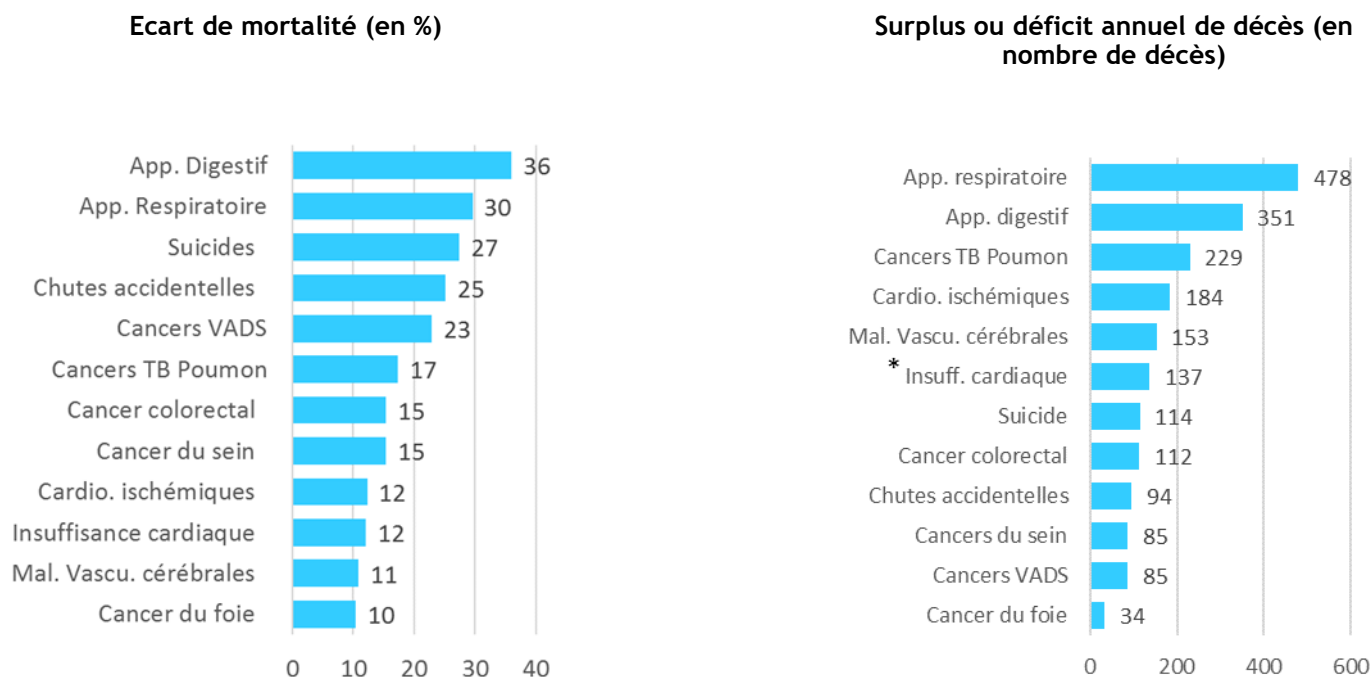
Toutes causes confondues, la surmortalité dans le versant français du territoire Coprosept correspond à un excès de 3 846 décès par an, en moyenne, par rapport au nombre de décès qui serait observé si le taux de mortalité était le même que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

Sur le versant français, comme sur le versant belge, les maladies de l'appareil respiratoire représentent la première cause de surmortalité avec un excès de 478 décès par an en moyenne, soit 12 % de la surmortalité. Les maladies de l'appareil digestif représentent la deuxième cause de surmortalité avec un excès de 351 décès par an en moyenne, soit 9 % de la surmortalité.

⁸ Inserm, *Cirrhose, une maladie du foie d'origine inflammatoire* [En ligne], 1^{er} novembre 2017. Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/cirrhose/> [Consulté le 25 août 2021].

⁹ Société nationale française de gastro-entérologie, *Ischémie mésentérique aigüe* [En ligne], Disponible sur <https://www.snfge.org/content/ischemie-mesenterique-aigue> [Consulté le 25 août 2021].

Ecart entre la mortalité dans le versant français du territoire Coprosepap et la mortalité dans l'ensemble de la France métropolitaine par pathologie en 2011-2015



Mode de lecture : Dans le versant français du territoire Coprosepap, la mortalité par appareil digestif est 36 % plus élevée que dans l'ensemble de la France métropolitaine

Mode de lecture : Dans le versant français du territoire Coprosepap, la surmortalité par insuffisance cardiaque par rapport au niveau national entraîne un excès de 548 décès par an.

* : Calculé sur la période 2012-2016

Conclusion

Les statistiques de mortalité font apparaître des taux plus élevés en Belgique qu'en France, mais aussi, plus élevés dans les deux versants du territoire Coprosepap qu'aux niveaux nationaux respectifs (+12 % sur le versant belge et +17 % sur le versant français). Ces territoires sont particulièrement concernés par des niveaux socioéconomiques relativement faibles avec notamment des taux de pauvreté importants. Or, il a été démontré que le niveau socioéconomique est un déterminant important de la santé.

Dans le portrait de territoire, on a pu constater que les deux principales causes de décès sur les deux versants sont les mêmes. Il s'agit des maladies cardiovasculaires devant les cancers sur le versant belge et des cancers devant les maladies cardiovasculaires sur le versant français.

En ce qui concerne la surmortalité, la situation est similaire sur les deux versants. Les maladies de l'appareil respiratoire représentent les pathologies entraînant le plus grand nombre de décès en excès dans les deux versants. Sur le versant belge, les cardiopathies ischémiques sont en deuxième position devant les maladies de l'appareil digestif. Sur le versant français, les maladies de l'appareil digestif sont en deuxième position devant les cancers du poumon et les cardiopathies ischémiques.

On constate, toutefois, une particularité en ce qui concerne l'insuffisance cardiaque. En effet, malgré un taux standardisé plus élevé sur le versant belge (32,6 pour 100 000 habitants) que sur le versant français (29,4 pour 100 000 habitants), on observe une sous mortalité dans le versant belge (-34 %) et une surmortalité dans le versant français (+12 %) par rapport aux niveaux nationaux. Cette sous mortalité dans le versant belge est due au fait que la mortalité pour cette pathologie est deux fois plus

élevée en Flandre qu'en Wallonie. Cet important écart entre deux régions d'un même pays est probablement dû à des différences de remplissage des certificats de décès. En effet, bien que les certificats de décès soient remplis selon la même méthodologie, le choix de la cause initiale de décès peut laisser place à des différences d'interprétations pour certaines pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, le diabète ou la bronchopneumopathie chronique obstructive, par exemple. Certains médecins peuvent considérer ces maladies comme causes initiales des décès alors que pour d'autres, c'est la complication de ces pathologies qui devra être prise en compte comme cause initiale. Cette hypothèse a été soumise à des experts en Belgique. S'il est confirmé qu'au sein d'un même pays, les données de mortalité par pathologie ne sont pas toujours comparables, il paraît alors possible que des différences d'interprétation puissent aussi exister entre les deux pays.



Avec le soutien du Fonds européen
de développement régional

Co-financé par l'AVIQ

ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ AUPRÈS D'UN PUBLIC FRAGILISÉ — SYNTHÈSE



Charles-Henri Boeur
Observatoire de la Santé de la
Province de Luxembourg



Préambule

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont aujourd'hui considérées comme venant menacer le développement du capital humain, la stabilité sociale et la sécurité nécessaires à l'amélioration du niveau de vie et du bien-être de tous. Composante ancienne et importante de la promotion de la santé, la lutte contre les ISS est devenue une urgence mondiale.

La santé publique a assurément une contribution importante à apporter en prenant davantage en compte les ISS dans ses interventions, en collaborant avec d'autres secteurs et aux côtés des communautés.

Afin d'apporter sa pierre à l'édifice, dans le cadre du projet Interreg V FWV COPROSEPAT, l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg a réalisé une étude de la littérature internationale en matière de prévention et de promotion de la santé auprès du public précarisé. Vous y retrouvez ici les éléments clés. Toutefois, l'étude en intégralité est disponible sur le site du projet COPROSEPAT : <https://coprosep.at.eu/2021/07/29/etude-de-la-litterature-internationale-en-matiere-de-promotion-et-prevention-de-la-sante-aupres-dun-public-fragilise/>.

Introduction

Des études ont montré que la santé et le bien-être d'un individu sont déterminés tout au long de sa vie. Une vie en bonne santé est tributaire de facteurs socio-économiques et de forces externes = « facteurs de vulnérabilité ». Ces facteurs agissent à différents niveaux : économique, psychosocial et politique.

La publication par l'OMS du rapport Marmot¹ (2000) marque un tournant dans la lutte contre les ISS. Les inégalités sociales de santé sont des « différences » d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un « gradient social » qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées. Le « gradient social » est un lien statistiquement constaté entre la position socio-économique des personnes et leur état de santé².

La santé diminue quand la position socio-économique diminue. Ces différences ne sont pas distribuées de façon aléatoire, mais sont socialement construites, donc modifiables et évitables et par là-même injustes.

Données chiffrées dans le monde

Au cours des dernières décennies, le niveau moyen de santé en Europe n'a cessé de s'améliorer, à ce point que les générations vivent, maintenant, plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes. Pourtant, malgré ces améliorations, les différences de statut de santé entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées restent d'actualité allant même jusqu'à s'accroître (dans certains cas). On arrive à un gradient social où la santé commence à se détériorer lorsqu'on descend dans l'échelle socio-économique.

Force est de constater que les couches socio-économiques les plus précaires ont non seulement un moins bon état de santé mais ont également tendance à rencontrer des difficultés pour changer leurs habitudes. De nombreuses études montrent que les changements dans les mentalités s'opèrent difficilement malgré l'évolution de nos sociétés. En conséquence, les écarts entre les couches de population favorisées et celles qui le sont moins s'accroissent.

¹ En 2010, La commission présidée par Michael Marmot publiait le rapport sur les inégalités de santé en Angleterre. En 2008, elle avait été chargée, par la secrétaire d'état à la santé, de conduire une étude indépendante visant à proposer les stratégies les plus efficaces pour réduire les inégalités de santé. Ce rapport et celui de la commission des déterminants de santé de l'OMS ont contribué à une prise de conscience de l'ampleur des facteurs sociaux influant sur la santé.

² Elles se distinguent des inégalités de santé qui ne relèvent pas de la justice sociale mais d'autres facteurs, pouvant être notamment génétiques ou physiologiques (inégalités liées à l'âge, au sexe, etc.).

Analyse des articles scientifiques

I. Un public de plus en plus précaire

On observe une fracture qui s'accroît entre ceux qui participent et tirent un relatif avantage du système et ceux qui y sont faiblement intégrés. Nombre de ceux-ci se retrouvent privés des effets positifs auxquels ils pourraient légitimement aspirer.

II. L'accès aux soins de plus en plus ardu

L'accès aux droits sociaux est de plus en plus ardu pour les publics fragilisés et précarisés, générant de nombreuses situations de sous-protection sociale. Les personnes vulnérables présentent un taux de renoncement élevé aux prestations auxquelles ils pourraient prétendre. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants en général que la moyenne de la population, elles déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières.

Il faut également constater dans beaucoup de secteurs de l'aide et du soin un durcissement des législations : droit au chômage (dégressivité), contrôle accru des incapacités de travail... Ici aussi se profile un tableau dans lequel les décisions politiques semblent prises ces dernières années essentiellement pour contrecarrer d'hypothétiques fraudes sociales, ce qui, dans les faits, rend la vie plus difficile pour les personnes en situation précaire.

III. Une société de contrôle

Le bénéficiaire d'allocations ou d'aides sociales est souvent stigmatisé aujourd'hui comme un assisté social et il est sommé de « s'activer » pour pouvoir bénéficier du soutien dont il a effectivement besoin. De plus en plus fréquemment, ceux qui se trouvent dans l'incapacité d'adopter les comportements requis par notre société font l'objet de suspicions

IV. Une hyper-saturation des services

Cette fracture sociale, numérique, sanitaire met en lumière la disparité croissante entre la demande émanant des besoins de la population et l'offre de services accessible. S'il y a saturation de celle-ci, c'est sans doute d'abord parce que les moyens dégagés ne suffisent pas pour répondre à l'ampleur des demandes qui croissent.

Par ailleurs, les problèmes dont les demandeurs de services sont porteurs deviennent de plus en plus complexes et nécessitent un investissement en temps et en énergie qui produit un phénomène d'engorgement.

V. Une mauvaise considération des professionnels de la santé envers les pauvres

Les personnes précarisées éprouvent de nombreuses difficultés à accéder aux structures sanitaires et bénéficier de soins de qualité. Elles se heurtent, par exemple, à l'insensibilité de la part des prestataires de soins ou ont eu des expériences négatives antérieures avec le système de santé. En effet, suite à l'attitude de certains prestataires de soins, certaines personnes se sentent souvent maltraitées, allant jusqu'à développer un sentiment d'illégitimité et un manque de confiance profond à l'égard du système pour finir par renoncer à y recourir. Au fur et à mesure, ces personnes développent des besoins de santé plus complexes et souvent supérieurs à la moyenne de la population.

La pauvreté³

Actuellement, 15,5 % de la population belge se situe sous le seuil de pauvreté (< à 60% du revenu médian national, à savoir 13.670 euros par an). Les enfants sont considérés comme particulièrement vulnérables, puisque ce taux grimpe à 17,2 % chez les moins de 16 ans et à 21,2 % pour la tranche d'âge des 16-25 ans. Ainsi, en Belgique, un enfant sur cinq est considéré comme étant en situation de pauvreté.

En France, en 2017, ce sont 8,8 millions de personnes qui vivent sous le seuil de pauvreté (60% du niveau de vie médian, soit 1 041 euros par mois). Le taux de pauvreté atteint 14,1% de la population.

Conséquence de la pauvreté

Stigmatisation/disqualification sociale... les personnes vivant dans la pauvreté finissent par interioriser cette crainte. Il devient difficile pour les personnes vulnérables de garder une bonne image d'elles-mêmes... Elles développent un sentiment de honte. La précarité sociale des parents, lorsqu'elle entraîne mal-être et souffrance, rejaillit fréquemment sur les enfants, et plus particulièrement sur leurs développements cognitifs et relationnels (attitudes de repli, comportements inadaptés, difficultés

³ Sont définis comme pauvres en condition de vie, les personnes qui cumulent un certain nombre de privations : restrictions de consommation, retards de paiements, difficultés de logement, etc.

dans l'acquisition d'outils essentiels comme la lecture ou l'écriture). Les conditions de logements précaires (suroccupation, précarité énergétique...) ont aussi un impact négatif sur le développement scolaire des enfants (difficultés face aux devoirs, sommeil perturbé...) contribuant à un niveau d'échec scolaire élevé.

Des travaux de sociologie ont démontré à foison l'importance de l'origine sociale des élèves sur le niveau de leur réussite scolaire, professionnelle, sociale..., en insistant notamment sur l'impact de l'environnement familial et social.

Quant à l'accès aux soins, se soigner peut être une préoccupation secondaire par rapport à la recherche d'un emploi et/ou d'un logement, gage d'une insertion sociale minimale.

Une condition socio-économique défavorable diminue l'espérance de vie de 2,1 années et augmente le risque de décès prématuré de 26%. De nombreuses recherches montrent clairement un risque de maladies infectieuses, une surconsommation de médicaments, une hausse des taux de tabagisme et des taux de consommation d'alcool...

Les femmes en situation de vulnérabilité révèlent une santé plus dégradée que les autres. Cela résulte de conditions de vie et de travail plus difficiles (consommation de tabac, grossesses précoces...). Les femmes en situation de précarité mais également les jeunes adultes sont également surexposées à des violences multiples (psychologiques, physiques et/ou sexuelles). Elles sont également plus nombreuses à rencontrer des problèmes liés à la naissance de leur enfant et lors de leur grossesse (suivi de grossesse moins fréquent et régulier, hospitalisations en hausse, taux de prématurité et de petit poids de naissance plus élevés...).

La santé mentale des personnes vulnérables est marquée par une forte prévalence des troubles psychotiques ainsi que des conduites suicidaires, accompagnée d'un faible taux de recours aux soins psychiques.

En ce qui concerne la prévention, il est avéré que les campagnes proposées ont un impact moindre sur les personnes vulnérables. Les femmes, par exemple, ont un accès et une participation moindre à la prévention et aux campagnes de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Il en est de même pour la couverture vaccinale dont le taux est inférieur parmi les enfants issus de familles vulnérables.

Moyens pour agir efficacement auprès des personnes précarisées

- **L'extra-scolaire** - De nombreux parents en situation de pauvreté n'ont recours ni aux crèches, ni aux garderies, ni aux activités extrascolaires auxquelles les autres enfants accèdent. Or, les études montrent que ces services sont importants tant pour les enfants - qui y gagnent en autonomie et en sociabilité - que pour leurs parents, car prendre soin d'enfants en bas âge est souvent un frein à la reprise d'un emploi ou d'une formation.
- **Les figures-relais** - sont un autre moyen pour les pouvoirs locaux de lutter contre la pauvreté (des enfants) dans l'enseignement. Une figure-relais propose un soutien aux parents et aux écoles en partant de son propre vécu ou des connaissances qu'elle a acquises en matière de pauvreté, de fonctionnement scolaire et du paysage local des services d'aide.
- **L'enseignement** - On affirme souvent que l'enseignement constitue le principal tremplin vers un avenir meilleur.
- **Soutien aux familles et à la parentalité** - Offrir une attention particulière à l'accompagnement et au soutien parental des familles précarisées permet de limiter les conséquences négatives de la pauvreté sur le développement des enfants. Il est important d'intégrer les parents de manière participative dans les différents services.
- **Logement** - Les pouvoirs locaux, comme les Communes, peuvent prendre différentes initiatives dans le domaine du logement et rendre ainsi le droit au logement effectif pour les familles en situation de précarité.
- **Travail** - Une approche intégrale, qui prend en compte à la fois la question de l'emploi et du bien-être des parents en situation de précarité, permet de mieux répondre aux besoins. Les Communes peuvent par exemple créer de l'emploi, en particulier dans les secteurs recourant à de la main-d'œuvre peu qualifiée, que ce soit via des entreprises d'insertion sociale, l'économie de services au niveau local...
- **Revenus** - Les Communes disposent de plusieurs outils leur permettant d'augmenter les revenus des personnes les plus précarisées sur leur territoire : elles peuvent augmenter leur soutien au CPAS, accorder des aides financières,...
- **L'apprentissage de la langue** - L'apprentissage de la langue constitue un levier d'intégration sociale, culturelle ou professionnelle des personnes étrangères et a un impact direct sur celle des enfants.
- **Temps libre** - La participation aux activités de loisirs permet aux personnes d'entrer en contact avec d'autres, contribue à ce qu'elles se constituent différentes ressources et peut favoriser l'intégration sociale et l'émancipation.
- **Santé** - Les autorités locales ont aussi la possibilité de jouer un rôle dans le domaine de la santé, notamment via l'accessibilité aux soins ou un soutien financier.

- **Emploi** - Il ne suffit pas de créer des emplois supplémentaires, encore faut-il s'attaquer aux obstacles de toutes sortes qui entravent l'accès au travail (problèmes de mobilité, crèches abordables, expérience professionnelle...). Il convient donc d'adopter une approche intégrée, attentive aussi bien aux questions d'emploi que de bien-être.

Rôle des politiques

Dans ce domaine, les politiques ne peuvent répondre seuls aux défis considérables à relever. La plupart des gouvernements européens considèrent qu'il est indispensable de protéger la santé, à travers l'accès à la vaccination, au dépistage des maladies infectieuses et à leur traitement.

Pour accompagner la communauté internationale à réduire les inégalités de santé, la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS), mise en place par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), a émis des recommandations pour combler ces « inégalités ». Ces dernières soulignent notamment la nécessité de prendre en compte des multiples déterminants de santé, l'intersectorialité et la participation sociale. En ce sens, la CDSS insiste sur l'indispensable formation des acteurs de promotion de la santé pour apporter leurs compétences en vue de participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Dans le même temps, il est impératif de donner aux acteurs de terrain des outils pour que le problème des ISS puisse être intégré dans leurs programmes ou projets d'intervention, tant au niveau régional que local.

Les médecins généralistes (MG) font partie des professionnels de santé susceptibles de contribuer à limiter les inégalités sociales de santé d'autant qu'une de leurs missions est la promotion de la prévention, et des comportements favorables à la santé, censés constituer un des leviers pour réduire ces inégalités.

Conclusion

Pour être efficaces, les politiques mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé. Elles nécessitent l'inclusion d'actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population.

Il est nécessaire de réduire la pente du gradient social de santé, de rendre le citoyen acteur et non victime de sa situation. Sa participation est systématiquement sollicitée. Le partage de son vécu, de ses difficultés et ses expériences avec les différents services sont d'une haute importance pour travailler à leur amélioration.

La connaissance de la construction des ISS doit s'accompagner d'une réflexion sur les actions de prévention et de promotion de la santé pour évaluer si celles-ci sont susceptibles de réduire ces inégalités.

Si le défi est aujourd'hui de faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé un enjeu collectif, il est impératif de procéder par étapes. L'une des premières est sans doute de partager la connaissance, de la rendre accessible à tous les acteurs jouant un rôle ou susceptibles de le faire. Il ne s'agit pas seulement de comprendre comment les ISS se construisent, mais aussi de donner des clefs aux professionnels de terrain pour que, là où ils sont, ils puissent apporter leur contribution.

Charles-Henri Boeur

Observatoire de la Santé de la
Province de Luxembourg



Avec le soutien du Fonds européen
de développement régional

Co-financé par l'AVIQ

ETP - DIAGNOSTIC PARTAGÉ DE SANTÉ POUR TENDRE VERS UNE HARMONISATION DES PRATIQUES EN ETP EN COOPÉRATION AVEC LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE FRONTALIER FRANCE - BELGIQUE



Cindy Léobold
Observatoire Régional de
la Santé Grand Est



Projet cofinancé par le Fonds européen de développement régional dans le cadre du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen

PARTIE III - REFLEXIONS pour soutenir la déclinaison de l'ETP

L'ETP : UNE CONCEPTUALISATION SIMILAIRE DANS LES DEUX PAYS MAIS DES ACCEPTATIONS DIFFÉRENTES.

Synthèse disponible sur le site internet : <https://coprosepat.eu>

Le projet Coprosepat a pour finalité d'identifier et/ou de développer des actions de promotion de la santé et de parcours éducatifs innovants des patients atteints de pathologies chroniques dans l'espace frontalier franco-belge rural. Il est dès lors légitime de s'interroger sur les leviers à notre disposition pour améliorer l'accessibilité aux différents programmes existants, d'identifier les potentialités de développement des programmes d'ETP et de s'interroger sur la possibilité que l'ETP pourrait être une démarche au service des professionnels et des personnes atteintes de pathologies.

Cet article, fait suite à deux autres articles et s'attache plus particulièrement à mettre en exergue certains constats qui ont émergé, afin de pouvoir s'y référer pour apporter des pistes de développement opérationnel en faveur de l'ETP. A ce jour, nous avons interrogé sous la forme d'entretiens semi-directifs individuels ou collectifs, une cinquantaine d'acteurs issus ou intervenant sur le territoire d'étude. Le profil des personnes interrogées offre une diversité d'intervenants (diététicien, patients, orthoptiste, médecins, infirmiers, coordinateurs, directeurs...) mais également de structures (hôpitaux, réseaux de santé, centre de rééducation, maisons médicalisées...). Les entretiens se poursuivent actuellement afin d'interroger un public plus éloigné notamment, des patients n'ayant pas adhéré à la démarche d'ETP, des proches aidants, des acteurs issus des territoires suivants : Charleroi, Thuin, Phillippeville, Avesnes-sur-Helpes, Valenciennes. Ces entretiens se focalisent sur quatre items : le parcours de vie et/ou professionnel, les représentations autour de l'ETP, la déclinaison de l'ETP ou le vécu de la participation à un programme d'ETP, l'ETP et la pauvreté. Nous observons une saturation de la donnée pour certains items, néanmoins la poursuite des entretiens nous permet un approfondissement des éléments identifiés. L'étude des entretiens au travers d'une grille d'analyse est en cours. Nous avons opté pour une retranscription des thématiques émergentes du discours tout en s'appuyant sur les références et une analyse des recommandations de la Haute autorité de Santé (HAS) et de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Plus globalement pour l'étude, nous optons pour une analyse systémique se basant sur les fondements de la promotion de la santé. Celle-ci a été définie par la Charte d'Ottawa¹ en 1986 comme étant un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur propre santé. Elle se décline sous la forme de cinq axes ayant pour objectifs principaux de : promouvoir des politiques publiques favorables en engageant la responsabilité sociale de la politique d'un pays ; créer des conditions essentielles à la santé ; conférer à tous les moyens de réaliser pleinement son potentiel santé.

L'approche se souhaite holistique et prend en compte les multiples déterminants de la santé, à savoir les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes mis en place et le contexte général. Cette posture vise à nous permettre d'analyser des relations complexes et singulières pour identifier des leviers afin de favoriser l'accessibilité et le développement des programmes d'ETP tout en prenant en compte la singularité des acteurs et des territoires.

DES PREMIERS CONSTATS

Un bref aperçu du territoire

Le territoire étudié dans le cadre du projet Coprosepap s'étend du Nord Est de la France à la Wallonie francophone, cela représente 6 443 102 habitants. Nous constatons une densité plus élevée sur le versant belge (214 hab/m²) que sur le versant français (91 hab/m²). Pour les deux versants, le taux de pauvreté est plus élevé qu'aux niveaux nationaux respectifs (21,5 % sur le versant belge contre 16,1 % en Belgique et 17,8 % pour le versant français contre 14,5 % en France) avec des taux de chômage plus élevés (+2 points). On observe également des surmortalités sur chaque versant par rapport aux niveaux nationaux (+12,1% sur le versant belge et +16,6% pour le versant français), ce pourcentage est encore plus important avant 65 ans. Les principales causes de surmortalité constatées sur le versant belge par rapport au niveau national sont les suivantes : 23 % de cette surmortalité est due aux maladies cardiovasculaires, 15 % aux cancers, 14 % aux maladies respiratoires et 14 % aux maladies digestives. Pour le versant français nous observons une surmortalité par rapport au niveau national des maladies de l'appareil digestif (+36%) et les maladies de l'appareil respiratoire (+30%), 20 % de l'ensemble de la mortalité est due aux maladies cardiovasculaires et 20 % aux cancers. Cinq ZOAST (Zone d'accès aux soins transfrontaliers) sont opérationnelles le long de la frontière sur le territoire d'étude. Il s'agira de s'appuyer sur la dynamique créée pour y inscrire une prise en charge par l'ETP.

Par ailleurs, l'un des constats des intervenants en santé est le manque de connaissance du public et des professionnels par rapport aux programmes existants. Si on ajoute à cela une précarité notamment économique on observe un double déterminisme qui freine l'accès aux soins et de manière plus prégnante à l'ETP.

Un terme connoté et polymorphe

L'ETP semble être un terme controversé et connoté pour les personnes interrogées (n=32). Lorsqu'on parle d'éducation cela nous renvoie à notre propre éducation mais également au système éducatif d'un pays plus largement et la façon subjective dont nous avons pu le vivre. En latin deux termes définissent l'acte éducatif :

- Educare : signifie élever, nourrir des plantes, des animaux, des humains. Cela évoque un processus exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu.
- Educere : signifie conduire hors, faire sortir. Cela évoque un processus endogène où l'éducation consiste à faire éclore les potentialités inhérentes à la personne.

Pour la plupart des personnes interrogées l'ETP devrait permettre de : *« sortir de la relation dirigiste du soignant qui impose et qui donne des programmes à suivre mais plutôt de s'intéresser au patient de manière beaucoup plus globale et d'englober son milieu de vie, toutes les représentations qu'il a par rapport à sa santé, etc. C'est prendre tout ça en compte pour l'aider à avancer plutôt que de lui imposer des choses à suivre. »*¹

Néanmoins pour certains soignants (n=6), l'ETP permet d'*« apprendre au patient sa maladie, toutes les règles hygiéno-diététiques, pour qu'il se prenne en charge au mieux ça c'est l'éducation, on fait des cours ! [...] L'ETP on estime qu'ils ont les connaissances mais qu'ils ont eu du mal à un moment donné à se les approprier et de les adapter à cause des circonstances de la vie. [...] En ETP on est là à les aider dans des moments difficiles, soit à changer de comportements soit à améliorer le comportement qu'ils avaient, notamment l'observance, c'est ça l'ETP, faire dire au patient ce que nous on voudrait dire. »*²

Le mot thérapeutique a été rajouté en 1998, cela semblait être une opportunité pour impliquer le monde des soignants dans les programmes d'ETP. Pr. Deccache le souligne lors de l'entretien : *« Nous on a utilisé pendant des années l'éducation du patient et l'éducation thérapeutique n'est venue qu'à partir des années 1998 quand on a commencé à réfléchir en se disant comment motiver les soignants. On va ajouter le mot thérapeutique parce que l'éducation devient à la fois un acte de soin mais elle est identifiée comme une responsabilité soignante. »*³ Comme le soulignait justement le Pr. Deccache, lors de ce même entretien : *« Parfois les mêmes mots recouvrent des réalités très différentes et parfois les mêmes réalités utilisent des termes différents [...] c'est pour ça que je trouve que c'est important de ne pas s'arrêter à la définition c'est à dire aux mots, aux termes que les gens utilisent mais plutôt travailler à partir des représentations et peut être à partir des actions pour ensuite faire un travail de les reclasser en disant ce qu'on fait là, là et là en fait ça se ressemble même s'ils utilisent eux des mots différents. »*⁴

Au regard des éléments observés il est alors nécessaire de mener un travail avec les intervenants (équipe soignante, paramé-

¹ Entretien 5

² Entretien 7

³ Entretien 15

⁴ Ibid

caux, patient), pour cerner les représentations de chacun. Cela permet d'inscrire l'ETP dans un processus éducatif visant à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie, le traitement et trouver les ressources en soi pour vivre son quotidien. Cela permet également d'offrir une meilleure coopération entre soignants ainsi qu'entre soignants et malades (patients partenaires) dans le but de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie de la personne et de son entourage. « *Pour moi l'ETP c'est LA solution pour que les patients puissent être acteurs de leur santé, acteurs de leur parcours de soin, et puissent comprendre leur maladie, comprendre leur traitement et arriver un peu à atténuer le hiatus qu'il y a entre les professionnels de santé et les patients* »⁵.

Nous observons beaucoup d'éléments de langage commun aux deux pays s'expliquant par un cadre théorique identique (définition de l'OMS commune aux deux pays, appui théorique de l'AFDET, association française, formant à la fois les acteurs du Grand Est mais également les acteurs wallons. Néanmoins cela ne signifie pas une même acception des termes utilisés. En effet, les acteurs interrogés (professionnels, associatifs, patients...) n'ayant pas les mêmes attentes et besoins utilisent néanmoins un vocabulaire commun sans forcément interroger les différentes acceptions. Par exemple « Gérer sa maladie » signifie pour certains soignants (n=18) l'observance du traitement, la compréhension de sa maladie, alors que pour les patients (n=15) ces mêmes termes renvoient à une interrogation, celle de comment vivre avec sa maladie au quotidien. Il s'agit donc de poser son attention sur la relation avec une personne comme étant une relation complexe et singulière devant prendre en compte son existence physique, psychique, culturelle, sociale et non uniquement se focaliser sur le corps malade.

L'une des pistes de réflexion serait d'utiliser l'information comme un outil de médiation pour permettre aux personnes de réfléchir aux termes utilisés et d'interroger leurs propres représentations. L'information devient par ce biais un outil de médiation qui permet à chacun d'accroître le champ de savoir (fonction didactique) ; de produire du sens en rendant homogène la perception des termes utilisés au sein d'une même équipe (fonction culturelle) et enfin de structurer le lien social en contribuant à unifier les représentations et les postures qui en découlent (fonction sociale).

Une différence dans la déclinaison opérationnelle de l'ETP

Comme le soulignait le rapport de la Société française de Santé Publiqueⁱⁱ, il convient de distinguer la démarche d'ETP qui s'appuie sur une posture et les programmes d'ETP. Bien que la posture éducative soit très présente en Belgique et en France, la distinction entre programme et posture se fait nettement. En effet, en France étant donné son histoire et les politiques publiques menées, l'ETP est principalement déclinée sous la forme de programmes (figés dans le temps). Cependant en Belgique, aucun financement n'étant alloué et donc aucune politique publique clairement formalisée, l'ETP est perçue, vécue et déclinée au travers d'une posture éducative selon les professionnels interrogés (n=18). Il convient donc de distinguer la démarche éducative, de la logique de programme « qui est un ensemble coordonné d'activités d'éducation, animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients »ⁱⁱⁱ. Selon les retours des personnes interrogées sur le versant français on constate que les programmes sont souvent structurés et organisés par une équipe (comprenant ou non des patients) pour une pathologie donnée. Il est construit autour d'un diagnostic éducatif dans une logique multiprofessionnelle voire multidisciplinaire (n=24). Cette diversité de professionnels fondamentale à un accompagnement global et cohérent s'avère être également un des freins au développement de l'ETP : « *Petit à petit le lien entre les différents professionnels d'un même territoire se fait, mais c'est un travail de fourmi. [D'autant plus qu'il n'y a] pas forcément une demande parce que le professionnel n'a pas forcément conscience de ce que ça pourrait apporter, mais quand on lui explique ce que cela pourrait apporter ben ils disent « oui vous avez raison ça serait intéressant de connaître la diététicienne à qui je peux renvoyer un patient »* »⁶.

Pour cette étude, il ne s'agit donc pas de convoquer uniquement les responsabilités du sujet singulier mais d'inscrire notre analyse dans les résistances collectives et les déterminants sociaux de la santé en prenant en compte les spécificités d'un territoire donné. Malgré les différences observées, les entretiens soulèvent des freins identiques pour les deux pays. Ce constat montre qu'il existe différentes manières de pratiquer l'éducation thérapeutique selon, entre autres, les politiques de santé publique menées mais que les réponses apportées par les deux pays ne suffisent pas. Néanmoins, ce qui fait consensus dans les retours des entretiens c'est d'envisager l'éducation thérapeutique comme « une activité qui soutient le patient en tant qu'acteur (n=42) de son propre développement dans la maladie »^{iv}, pour que le patient renforce son pouvoir d'agir sur sa vie et pas seulement sur sa maladie.

⁵ Entretien 31

⁶ Entretien 1

La formation ETP ou comment acquérir une posture éducative

Comme stipulé en amont, équiper les intervenants en outils, en compétence pour soutenir le pouvoir d’agir des personnes est fondamental. Yann Le Bossé définit le développement du pouvoir d’agir comme « un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d’agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches, ou la collectivité à laquelle elles s’identifient »⁷. Toute équipe ou toute personne souhaitant s’inscrire ou inscrire sa pratique dans l’éducation thérapeutique, devrait s’employer à créer l’environnement et les conditions qui permettront aux patients de restaurer, développer voire renforcer leur pouvoir d’agir. C’est pourquoi, « Quand on est soignant, soutenir les personnes malades pour qu’elles augmentent leur capacité à prendre soin d’elles-mêmes exige que l’on s’intéresse en premier lieu à ce qu’elles vivent dans l’expérience de la maladie chronique »⁸. Aider les personnes atteintes d’une pathologie chronique à redécouvrir leur pouvoir d’agir et à mobiliser leurs propres ressources, et celles de leur environnement n’est pourtant pas une compétence enseignée systématiquement aux soignants. L’une des patientes interrogées nous indiquait qu’elle « rêve quand même de trouver une belle ETP qui soit à l’écoute des patients et avant tout à l’écoute des patients et qu’elle se construise autour de ça »⁹.

Même si ces dernières années, bon nombre de professionnels de santé ont repensé leur relation de soins avec les patients, la question de la posture reste délicate en France et de manière plus accrue en Belgique « car ce n’est pas très connu chez nous cette manière d’aborder le patient. »⁸ Pour les soignants cela nécessite une transformation de leur pratique professionnelle quotidienne, l’acquisition de nouvelles compétences et l’adoption d’une posture éducative en lieu et place d’une posture prescriptive et amène une nécessité, celle de repenser la formation. L’analyse des entretiens montre que cette transformation devrait s’inscrire prioritairement dans les formations initiales mais également sous la forme d’une formation continue des professionnels de santé pour adopter une posture différente. Pour certains acteurs interrogés (n=4), la formation de 40h à l’ETP, obligatoire en France, leur a permis et a été perçue « comme un apprentissage pour moi, d’une gestion de moi et de mon interaction tout à fait différente et non pas une gestion de mon patient. C’est mon attitude, mes représentations qui doivent changer, évoluer pour être dans un discours d’égal à égal avec le patient en prenant en compte son expertise à lui [...] moi je trouve qu’au final ça m’a formé plus que ça ne m’aide à former des patients »⁹.

La formation devrait donc être envisagée sous plusieurs composantes (initiale et continue), sur des temps échelonnés tout en prenant en compte la nécessité d’avoir des prérequis pour s’inscrire et inscrire sa pratique quotidienne dans une démarche éducative. Inscrire l’ETP dans les formations universitaires initiales en santé, cette recommandation est portée depuis de nombreuses années et peine à s’inscrire dans l’ensemble des cursus. Au-delà de ça les coefficients ou le nombre d’heures alloué n’est pas suffisant pour bon nombre d’acteurs (n = 31). L’OMS recommande deux types de formations continues : des formations courtes de 40h à 100h, des formations longues (master ou doctorat). Néanmoins, les professionnels de l’ETP expriment le besoin d’acquérir de nouvelles compétences lors de formations courtes (n=3), cette offre ne semble pas exister pour le moment. Une réflexion devra être menée pour repenser la formation initiale et continue afin de permettre une plus grande variété de modalités pour former les acteurs de ce champ. Beaucoup de personnes interrogées (n=32) estiment qu’on « fait la formation d’ETP de base et après on n’a plus rien »¹⁰. Ce constat démontre la nécessité de repenser les accompagnements et de penser la formation par paliers ou étapes pour faire monter progressivement les intervenants en ETP en compétences. Il est donc important de diversifier et densifier l’offre tout en étant garant des compétences attendues et de l’objectif de chaque déclinaison de formation (sensibilisation, information, formation, approfondissements...).

Pour conclure, en parallèle des entretiens semi-directifs menés, nous proposons dans le cadre de ce projet des journées d’échanges transfrontalières pour affiner ces premiers constats, afin d’apporter des pistes opérationnelles aux acteurs de ce territoire. Ces journées ont pour objectif d’offrir un lieu d’échanges et de partage d’expériences sur l’ETP pour améliorer la qualité des actions et compétences des acteurs, valoriser les actions mises en œuvre, échanger sur la réalité des pratiques professionnelles et enfin définir des pistes d’action pour renforcer le développement de l’ETP. Une première journée a été menée le 7 juin 2021, une analyse des résultats est en cours et vous sera présentée lors d’un prochain article. Nous avons lors de cette journée abordé trois sujets :

- Le parcours - L’ETP se décline sous la forme d’un programme et répond à un cahier des charges en France alors qu’en Belgique c’est perçu plus comme une posture professionnelle à adopter au quotidien, au-delà de cette distinction qu’est-ce qui vous intéresse dans la notion d’ETP ? Ce qui vous porte personnellement dans cette démarche ?

⁷ Entretien 27

⁸ Entretien 4

⁹ Entretien collectif 21

¹⁰ Entretien 28

- Clarifier le discours - Les pratiques de professionnels du médico-social pouvant s'apparenter à de l'éducation thérapeutique du patient se retrouvent dans : les programmes d'ETP, les programmes d'accompagnement, les trajectoires de soin, les projets de soins intégrés... mais quelles similitudes opérationnelles existe-il entre toutes ces déclinaisons ?
- Former les acteurs - cet atelier s'est décliné autour des questions suivantes : qu'est-ce qu'une formation ETP selon vous ? quelles modalités idéales ? A quel moment et sous quelle forme ?

Comme stipulé auparavant, notre étude s'appuie sur le champ conceptuel de la promotion de la santé. La charte d'Ottawa affirme que pour « penser sa santé » un certain nombre de conditions et de ressources préalables sont nécessaires : la paix, un logement, une éducation, de la nourriture, des revenus, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. Cela signifie que la santé des populations dépend avant tout de ces facteurs, les réponses apportées doivent donc engager et coordonner tous les secteurs de la société dans une politique de santé globale dont la finalité est de réduire les inégalités sociales en matière de santé. D'où l'importance d'inscrire notre réflexion en prenant en compte les cinq axes de la charte, à savoir :

- Amener chaque responsable politique à prendre conscience des conséquences de ses décisions sur la santé des citoyens.
- Créer des relations et des conditions de vie et de travail favorables à la santé.
- Inscrire nos résultats dans un processus de démocratie, en considérant que les acteurs et les patients doivent choisir les priorités et prendre les décisions qui concernent la santé.
- Favoriser l'acquisition ou renforcer le pouvoir d'agir de tout un chacun.
- Créer un système de soins qui renforce la santé en s'appuyant sur la promotion de la santé.

Pour conclure, la référence à la promotion de la santé est un garde-fou, pour nous rappeler que l'héritage biologique, l'environnement social, éducatif et culturel, le niveau des ressources, les conditions de vie exercent une influence directe sur la perception de la santé et a fortiori sur la santé et les comportements individuels par rapport à la santé. Il nous faudra donc rompre avec l'idée d'une santé prescrite en donnant une place centrale à l'individu (soignant comme soigné) comme partenaire et non plus comme spectateur de la santé. Bon nombre d'entretiens (n=26) soulignent l'importance des « associations, les patients ils ont une expertise et faut qu'on la valorise parce qu'elle est utile pour la société [...] dans l'idée d'améliorer l'accès aux soins pour les patients en général. Un médecin qui est formé par un patient, c'est un médecin qui soigne mieux. Selon notre vision. Et donc ce sont des patients qui sont en meilleur santé au final¹¹. »

[BIBLIOGRAPHIE & SITOGRAPHIE]

ⁱ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

ⁱⁱ SFSP - 10 recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France, 13 juin 2008

ⁱⁱⁱ Ibid

^{iv} Bonino S. Vivre la maladie. Ces liens qui me rattachent à la vie. Bruxelles : De Boeck, 2008.

^v Joffrey C. (dir). Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs. Une nouvelle approche de l'intervention sociale. Rennes : Presses de l'EHESP, 2018.

^{vi} Aujoulat I. et Sandrin B., Et si on pensait l'éducation thérapeutique dans une logique de promotion de la santé ?, santéEducation - Vol.29-2019-Numéros spécial Congrès

¹¹ Entretien 19

Cindy Léobold
Observatoire Régional de
la Santé Grand Est



Avec le soutien du Fonds européen
de développement régional

Co-financé par l'AVIQ

RETOUR SUR QUELQUES AUTRES ACTUALITÉS ET ÉVÈNEMENTS RÉCENTS...

« Résolution du CPI concernant la crise sanitaire de la COVID-19 » adoptée le 5 février 2021

Lors de sa séance plénière du 5 février 2021, le Conseil Parlementaire Interrégional (CPI) a adopté une résolution intitulée « Sortir résolument la Grande Région de la crise sanitaire de la Covid-19 par une action commune et une coordination transfrontalière! ».

Retrouvez la résolution sur le site du CPI, en cliquant [ici](#)

COSAN - Retour sur le webinaire « Perspectives de coopération transfrontalière en santé » du 12 mars 2021

Organisé dans le cadre du projet Interreg V GR COSAN, le webinaire « Perspectives de coopération transfrontalière en santé » s'est tenu le 12 mars 2021. Il a rassemblé un grand nombre d'interventions de qualité, que nous vous invitons à (re-)voir ici :

Visionnez le replay du séminaire en intégralité sur YouTube, en cliquant [ici](#)

Consultez la rétrospective du séminaire dans l'édition spéciale de notre newsletter d'avril 2021, en cliquant [ici](#)

Consultez le programme de l'évènement, en cliquant [ici](#)

« Recommandation relative à la collaboration transfrontalière dans la lutte contre des pandémies » adoptée par l'Assemblée Interparlementaire Benelux du 19 mars 2021

Lors de sa séance plénière du 19 mars 2021, l'Assemblée Interparlementaire Benelux a adopté une recommandation portant sur la coopération sanitaire transfrontalière pour lutter contre les pandémies. Ce texte prône le renforcement de la coopération sanitaire transfrontalière entre les pays du Benelux dans l'optique d'améliorer la gestion des crises sanitaires.

Parmi les demandes adressées aux gouvernements des pays du Benelux, l'Assemblée Interparlementaire appelle à « *jouer dans l'Union européenne un rôle de précurseur en autorisant un libre accès aux soins transfrontaliers sans obstacle administratif ni financier pour les patients et en simplifiant les procédures d'installation et de libre prestation de services des professionnels de la santé* ».

Consultez la recommandation sur le site du Parlement Benelux, en cliquant [ici](#)

COPROSEPAT - Conférence de presse du 10 mai 2021

Le 10 mai 2021, une conférence de presse a été organisée à l'hôpital de Mont-Saint-Martin, pour faire état des avancées et réalisations en cours du projet Interreg V FWVI COPROSEPAT.

Retrouvez les présentations et supports de cette conférence de presse, en cliquant [ici](#)

Retrouvez les articles parus à la suite de la conférence de presse, en cliquant [ici](#)

COPROSEPAT - Journée d'échanges du 7 juin 2021

Le 7 juin 2021, une journée d'échanges relative à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été organisée en visioconférence, dans le cadre du projet Interreg V FWVI COPROSEPAT. Après une présentation des pré-résultats de l'étude menée par Mme Cindy Léobold sur l'harmonisation des pratiques en ETP, les participants ont eu l'opportunité d'échanger autour de trois ateliers sur les thèmes de la clarification du discours, de la formation ETP et du parcours ETP.

COSAN - Webinaire « Interreg Grande Région & Santé » du 28 juin 2021

Le 28 juin 2021, Henri Lewalle, coordinateur de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière, est intervenu pour présenter le projet COSAN à l'occasion du webinaire Santé organisé par le programme Interreg Grande Région, qui a réuni les différents projets Santé de ce programme de coopération autour de trois tables rondes thématiques.

Visionnez le webinaire en replay en cliquant [ici](#)

RETOUR SUR QUELQUES AUTRES ACTUALITÉS ET ÉVÈNEMENTS RÉCENTS...

Cap sur Interreg VI !

Le 30 juin dernier, les règlements européens fixant le cadre de la programmation budgétaire des différents fonds structurels européens pour la période 2021-2027 ont été publiés au JOUE. Parmi les fonds concernés par ces règlements, se trouve le Fonds européen de développement régional (FEDER), au travers duquel la quasi-totalité des programmes Interreg sont financés.

Parmi les dispositions adoptées par ces règlements, cinq objectifs stratégiques ont été définis pour le FEDER (mais également pour d'autres fonds) durant les sept prochaines années :

- a) « une Europe plus compétitive et plus intelligente par l'encouragement d'une transformation économique intelligente et innovante et de la connectivité régionale aux TIC;
- b) une Europe plus verte, résiliente et à faibles émissions de carbone évoluant vers une économie sans carbone, par la promotion d'une transition énergétique propre et équitable, des investissements verts et bleus, de l'économie circulaire, de l'atténuation du changement climatique et de l'adaptation à celui-ci, de la prévention et de la gestion des risques, et d'une mobilité urbaine durable;
- c) une Europe plus connectée par l'amélioration de la mobilité;

- d) une Europe plus sociale et inclusive mettant en œuvre le socle européen des droits sociaux;
- e) une Europe plus proche des citoyens, par la promotion du développement durable et intégré de tous les types de territoires et des initiatives locales. »

Au travers de ces règlements, c'est également le cadre spécifique à la prochaine programmation Interreg qui a été défini. En effet, le règlement n°2021/1059 donne les lignes directrices pour la constitution des futurs programmes Interreg VI.

Sur base de ce règlement, les programmes Interreg (aussi appelés programmes de « coopération territoriale européenne ») pour la période 2021-2027 vont désormais pouvoir être soumis à la Commission européenne, pour le 2 avril 2022 au plus tard.

Par conséquent, nous pouvons à présent nous attendre à ce que soient déposés, dans les prochains mois et au plus tard pour début avril 2022, les nouveaux programmes opérationnels de coopération Interreg VI France-Wallonie-Vlaanderen et Interreg VI Grande Région.

Une fois déposés, ces programmes devront être validés par la Commission

européenne, qui dispose pour cela d'un délai de maximum cinq mois.

En attendant le lancement des programmes Interreg VI, et pour être informé de leur avancement, vous pouvez d'ores et déjà consulter les sites Interreg France-Wallonie-Vlaanderen (en cliquant [ici](#)) et Interreg Grande Région (en cliquant [ici](#)).

Retrouvez également les trois règlements européens publiés le 30 juin 2021 au Journal officiel de l'Union européenne :

- RÈGLEMENT (UE) 2021/1059, relatif à Interreg : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32021R1059>
- RÈGLEMENT (UE) 2021/1060, portant dispositions communes aux différents fonds européens : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32021R1060>
- RÈGLEMENT (UE) 2021/1058, spécifique au fonds FEDER (ainsi qu'au Fonds de cohésion) : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32021R1058>

Nous pouvons à présent nous attendre à ce que soient déposés, dans les prochains mois et au plus tard pour début avril 2022, les nouveaux programmes de coopération au niveau d'Interreg France-Wallonie-Vlaanderen et d'Interreg Grande Région.

RETROUVEZ-NOUS AUSSI SUR NOS SITES INTERNET...

Le projet COPROSEPAT : coprosepat.eu/

Le projet COSAN : cosangr.eu/

... ET SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX :

Facebook facebook.com/oestcotrans/

LinkedIn linkedin.com/company/santé-transfrontalière

Twitter twitter.com/santetransfront



Contact

Service Interreg — Mutualité Socialiste du Luxembourg

interreg@mutsoc.be

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

