

# S@voir inf.

Bulletin d'information

Automne 2008



## Dans ce numéro

### Le SIDIIEF en bref

- Période de renouvellement et d'adhésion 2009 [Page 2](#)
- Étude commandée par le SIDIIEF : « Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones » [Page 2](#)
- En route vers le IV<sup>e</sup> Congrès mondial 2009 [Page 3](#)
- Le IV<sup>e</sup> Congrès mondial accueillera le 16<sup>e</sup> Colloque international de médecine ambulatoire multidisciplinaire de l'AMLFC. [Page 3](#)
- Présentation du jury international du programme des prix *Reconnaissance* [Page 6](#)

### Les voix du monde

- Les XXVI<sup>es</sup> Journées d'étude de l'AIIR [Page 7](#)
- Les 6<sup>es</sup> Journées nationales d'étude des directeurs des soins de l'AFDS [Page 8](#)
- Les aspersion intradomiciliaires [Page 9](#)
- Suivi clinique à domicile et éducation thérapeutique : l'expérience de Basse-Normandie [Page 10](#)

# Période de renouvellement et d'adhésion 2009

### POUR LES MEMBRES

Renouvelez votre adhésion sur le site Web du SIDIIEF : rien de plus facile !

- Rendez vous à la rubrique *DEVENIR MEMBRE / Renouvellement 2009*.
- Après avoir saisi votre numéro de membre et votre mot de passe, accédez directement à votre dossier membre.
- Cliquez sur *Renouvellement* dans le sous-menu.
- Mettez à jour s'il y a lieu vos données déjà inscrites.
- Choisissez un des modes de paiement proposés.

Voilà, vous êtes toujours membre en 2009 !

Vous pouvez ainsi continuer de bénéficier de tous les avantages déjà offerts, mais également d'un tarif préférentiel sur l'inscription au IV<sup>e</sup> Congrès mondial 2009. Offre valide jusqu'au 28 février.

### POUR LES FUTURS MEMBRES

Si vous n'êtes pas déjà membre, n'attendez plus !

Nous vous invitons à adhérer au SIDIIEF en vous rendant directement à la rubrique *Devenir membre* du site Web [www.sidiief.org](http://www.sidiief.org). ♦

## Étude commandée par le SIDIIEF : « Profil de formation en soins infirmiers dans différents pays francophones »

Ce rapport synthèse a été produit pour répondre au souhait exprimé par les membres lors de l'assemblée générale triennale du SIDIIEF, le 16 mai 2006, à Québec, Canada, tenue dans le cadre du III<sup>e</sup> Congrès mondial.

Cette étude a permis de dresser le portrait des différents niveaux de formation en soins infirmiers dans une vingtaine de pays francophones. Les niveaux de formation de base, de spécialisation et de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles ont été décrits à partir de quelques critères. La recherche s'est intéressée notamment aux conditions d'admission pour chaque niveau de formation, de même qu'au nombre d'années d'études requises, aux diplômes délivrés et aux titres professionnels accordés pour chaque formation.

Toutefois, cette étude ne permet pas de comparer les titres des diplômes, ni les appellations d'emploi, compte tenu des différentes significations qu'ils prennent selon les exigences et les normes en vigueur dans ces différents pays.

Compte tenu de l'importance de la formation pour la qualité des soins offerts aux populations, nous vous invitons à diffuser ce document, par courriel, auprès des associations et institutions avec lesquelles vous collaborez. Ce document se veut évolutif – pour tenir compte du contexte actuel de révisions périodiques des programmes de formation infirmière dans plusieurs pays – et sera mis à jour périodiquement. Nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer toute modification à y apporter et tout ajout de nouvelles fiches dressant le profil de formation en soins infirmiers d'autres pays. L'accès à ce rapport synthèse est un exemple des nombreux avantages qu'offre le fait d'appartenir au réseau du SIDIIEF.

En tout temps, il peut être consulté sur le site Web à la rubrique : *Publications / Publications du SIDIIEF / Profil de formation en soins infirmiers*. ♦

## En route vers le IV<sup>e</sup> Congrès mondial 2009



Pour demeurer informé sur le développement du programme du congrès, nous vous invitons à consulter régulièrement le site Web du SIDIIEF. Vous y trouverez également toute l'information nécessaire pour organiser votre séjour à Marrakech.

### LE IV<sup>e</sup> CONGRÈS MONDIAL ACCUEILLERA LE 16<sup>e</sup> COLLOQUE INTERNATIONAL DE MÉDECINE AMBULATOIRE MULTIDISCIPLINAIRE DE L'AMLFC.

C'est le 16 octobre dernier que la présidente du SIDIIEF, M<sup>me</sup> Gyslaine Desrosiers, et le président de l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC), le Dr Jean-Marie Martel, ont signé une entente de partenariat visant la réalisation d'un projet commun d'activités de formation favorisant le tandem infirmiers-médecins dans le cadre du congrès mondial. En effet, l'AMLFC tiendra son 16<sup>e</sup> Colloque international de médecine ambulatoire multidisciplinaire, les 9 et 10 juin 2009, au Palais des Congrès de Marrakech, sur le thème des soins en oncologie. La journée du 9 juin sera consacrée à la formation continue des médecins tandis que le 10 juin, des conférences et des séances parallèles communes seront offertes aux médecins et aux infirmières et infirmiers qui participent au IV<sup>e</sup> Congrès mondial.

Devant l'évidence de leurs objectifs communs en matière de diffusion des savoirs et de partage d'expertises en français, le SIDIIEF et l'AMLFC ont décidé de mettre en commun leurs efforts et de profiter du grand rassemblement de Marrakech pour s'enrichir mutuellement et inviter l'ensemble de la communauté médicale et infirmière à cet événement incontournable de 2009.

Dans un contexte de vieillissement des populations et de progression des maladies chroniques, le tandem infirmiers-médecins s'impose dans les pratiques de soins de première ligne, pour garantir l'accessibilité de soins et de services de qualité et sécuritaires à toutes les populations et le suivi systématique des patients. La collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire est devenue la principale motivation du SIDIIEF et de l'AMLFC dans la formation de ce partenariat. ♦



De gauche à droite :  
Hélène Salette, secrétaire générale du SIDIIEF  
Gyslaine Desrosiers, présidente du SIDIIEF  
Dr Jean-Marie Martel, président de l'AMLFC  
Céline Monette, directrice générale de l'AMLFC

# En route vers le IV<sup>e</sup> Congrès mondial 2009



## AJOUT D'UN ATELIER THÉMATIQUE

Dans le cadre du IV<sup>e</sup> Congrès mondial, des ateliers thématiques seront offerts le **jeudi 11 juin de 8 h 30 à 16 h 30**. Les participants devront choisir un atelier parmi la liste offerte. Huit ateliers ont déjà été décrits dans le programme préliminaire. Un neuvième s'ajoute à la liste :

# A-9

## SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DES INFIRMIÈRES PAR DES MÉTHODES NOUVELLES DE FORMATION

Cet atelier s'adresse principalement aux enseignants et aux formateurs cliniques.

Dans toute la francophonie, les infirmières doivent répondre aux besoins de santé de plus en plus complexes de la population. La formation joue un rôle central dans le développement des compétences requises pour répondre à ces besoins. L'atelier que nous proposons s'adresse aux infirmières engagées dans la formation des étudiantes infirmières ainsi que dans la formation continue. Il se veut une introduction à l'approche par compétences et à son application à la formation des infirmières. La notion de compétence sera d'abord clarifiée avant une présentation des fondements de la formation par compétences. Par la suite, des méthodes pédagogiques actives, des processus d'intégration des acquis ainsi que des méthodes évaluatives compatibles avec cette approche de formation seront soumis à la discussion des participantes. Des exemples au niveau international des pratiques pédagogiques innovantes en sciences infirmières viendront illustrer la mise en œuvre de cette approche de formation.

Cet atelier est offert par le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Créé en 2007, le CIFI a pour mandat d'élaborer, d'évaluer et de diffuser des innovations pour l'enseignement et l'apprentissage des meilleures pratiques de soins, à tous les niveaux de formation, y compris la formation continue. Son équipe promeut une approche éducative axée sur l'apprentissage actif et intégré, de même que sur la construction progressive des compétences des étudiants et des professionnels. Cette formation sera animée par une équipe de chercheurs du CIFI et d'autres collaborateurs internationaux. ♦

Sous la responsabilité de :

**Alain Legault**, inf., Ph.D.

Professeur adjoint

Chercheur au Centre d'innovation en formation infirmière

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal, Québec, Canada

# En route vers le IV<sup>e</sup> Congrès mondial 2009



## À PROPOS DE L'INSCRIPTION

Hâtez-vous de réserver votre place au congrès !

Le formulaire d'inscription est maintenant en ligne. Nous vous rappelons que vous pouvez bénéficier de frais d'inscription préférentiels avant le 28 février :

	Avant le 28 février 2009	Après le 1 <sup>er</sup> mars 2009
Membre du SIDIIEF	665 \$ CA / 430 €	715 \$ CA / 462 €
Non-membre	750 \$ CA / 484 €	800 \$ CA / 517 €
Étudiant membre du SIDIIEF	315 \$ CA / 203 €	325 \$ CA / 210 €
Étudiant non membre	335 \$ CA / 216 €	345 \$ CA / 223 €
Membre associatif, institutionnel ou promoteur*	665 \$ CA / 430 €	715 \$ CA / 462 €

\* Toute association ou institution membre en règle du SIDIIEF peut inscrire son personnel ou ses adhérents au prix membre du SIDIIEF.

## DU CONGRÈS... AUX PORTES DU DÉSERT, VOYAGE D'AVENTURE OFFERT AUX CONGRESSISTES DU SIDIIEF

Explorateur Voyages, l'agence partenaire du SIDIIEF, offre un voyage d'aventure exclusif aux participants du congrès 2009. Un séjour unique sur dix jours en petits groupes de douze personnes dans les sentiers berbères et aux portes du désert. Accompagné d'un guide, partez à la découverte hors des sentiers battus de l'Atlas, des petits villages berbères, faites une méharée saharienne, à pied, en 4X4 ou à dos de chameau. Départs possibles du 28 mai au 6 juin ou du 12 juin au 21 juin 2009. Pour information et réservations, rendez-vous sur le site Web d'Explorateur : [www.explorateur.qc.ca](http://www.explorateur.qc.ca).  
(Voir la publicité à la page 7.) ♦

**SOIRÉE FESTIVE – LAISSEZ-NOUS LE PLAISIR DE VOUS RECEVOIR À MARRAKECH !**

Ne manquez surtout pas l'activité festive du congrès, sous le charme des mille et une nuits, la soirée *Chez Ali* vous propose un dîner-spectacle sous des tentes berbères dans une ambiance envoûtante avec, entre autres, des danseuses, des acrobates, des cavaliers, des feux d'artifice, de la musique folklorique.

Tout est en place pour une soirée inoubliable. Il ne manque que vous !

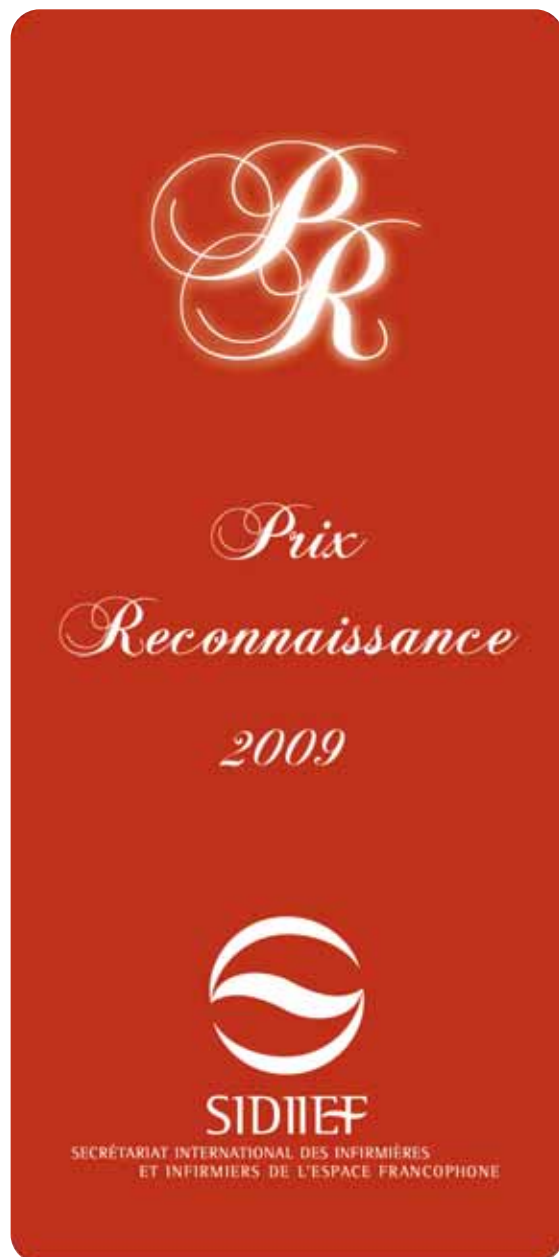
Prix de la soirée : 75 \$ CA ou 48 €. Le prix comprend le repas, le spectacle et le transport entre les hôtels du congrès et le site *Chez Ali*.

## Présentation du jury international du programme des prix *Reconnaissance*

Comme vous le savez, le SIDIIEF remettra quatre prix à des infirmières ou des infirmiers francophones afin de souligner leur carrière digne de servir de modèle et leur apport considérable au développement de la profession et au mieux-être des populations. La période de mise en candidature s'est terminée le 5 décembre. Afin d'étudier les candidatures reçues, un jury international a été constitué :

- Sous la présidence de **Ruth Akatchérian**  
Doyen honoraire  
Faculté des sciences infirmières  
Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban  
Administrateur du SIDIIEF
- **André Laubscher**  
Directeur des soins  
Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Suisse
- **Linda Lepage**  
Professeure titulaire  
Faculté des sciences infirmières  
Université Laval, Québec
- **Marie-Claude Moncet**  
Directeur des soins  
Consultante en soins infirmiers, France
- **Gualberte Mengue Ba-Nna**  
Présidente de l'Association nationale gabonaise  
des infirmier(e)s diplômé(e)s et étudiants (ANGIDE)  
Gabon

Les prix *Reconnaissance* seront remis pour la première fois à quatre lauréats, infirmières et infirmiers francophones de renommée internationale, à l'occasion du IV<sup>e</sup> Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, qui aura lieu du 7 au 11 juin 2009, à Marrakech, Maroc. ♦



**IV<sup>e</sup> CONGRÈS MONDIAL**  
*des infirmières et infirmiers francophones*  
**Marrakech**  
*du 7 au 11 juin 2009*

# Le Maroc

*Du congrès... aux portes du désert*  
*Voyage d'aventure exclusif aux congressistes du SIDIEF*



Découverte de l'Atlas et des  
petits villages berbères à pied et en 4x4  
Méharée saharienne.  
Dix jours en petits groupes (12 personnes)  
accompagnés d'un guide Explorateur.

DÉPARTS : 28 MAI AU 6 JUIN / 12 JUIN AU 21 JUIN  
INFOS : 514.847.1177 ou 1.888.877.1177  
[WWW.EXPLORATEUR.QC.CA](http://WWW.EXPLORATEUR.QC.CA)

  
**Explorateur**

L'AGENCE  
PARTENAIRE  
DU SIDIEF



SIDIEF

## Les XXVI<sup>es</sup> Journées d'étude de l'AIRR 25 et 26 septembre 2008, à Bagnoles de l'Orne, France



Membre associatif du SIDIIEF, l'Association des infirmières et infirmiers en rééducation et réadaptation est engagée dans une démarche d'amélioration

de la qualité de vie de la personne handicapée et d'amélioration de la qualité des soins par la réflexion, la recherche, la communication. Constituée majoritairement d'infirmières et d'infirmiers travaillant dans les services ou centres de rééducation et réadaptation, l'Association souhaite travailler en transdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé et les associer à ses travaux. L'AIRR voudrait aussi favoriser la recherche en mettant à la disposition des étudiants et des professionnels une « banque de données » reprenant la liste des publications francophones relatives aux soins infirmiers de rééducation et réadaptation.

L'AIRR publie également un bulletin d'information sous le nom d'*Alter Ego*. Ce bulletin comporte entre autres un numéro spécial *Journées d'étude* qui reprend toutes les communications présentées lors de ces événements annuels.

Les 25 et 26 septembre dernier, l'AIRR a tenu ses XXVI<sup>es</sup> Journées d'étude à Bagnoles de l'Orne (France) sur le thème « L'éducation thérapeutique ». Plus de 450 participants, spécialistes de la rééducation et de la réadaptation, venus de la France, mais également de la Belgique, du Luxembourg et du Québec, ont assisté à ces journées afin d'échanger savoirs et expériences autour de ce thème fort important et pertinent. Pendant ces deux jours, les participants se sont questionnés sur l'importance de l'éducation thérapeutique dans un contexte de rééducation et de réadaptation et sur les moyens de mieux accompagner et former la personne soignée de manière à ce qu'elle acquière un savoir-faire adéquat en matière de prise en charge de ses soins et de sa santé.



L'AIRR mettra à la disposition de tous, sous format électronique, les textes des conférences. Pour consultation, visitez le site de l'AIRR : [www.airr.info](http://www.airr.info).

Les journées d'étude ont également été l'occasion de promouvoir le diplôme d'université en soins infirmiers en rééducation-réadaptation (DUSIRR). Le DUSIRR est un diplôme universitaire qui est organisé en collaboration avec l'Association pour l'information scientifique et technique en rééducation et l'AIRR au sein de l'Université de Haute-Alsace, à Mulhouse, France. Son objectif principal est de permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances nécessaires à une approche globale des personnes en situation de handicap. >>>

Annie Lautissier, cadre de santé  
Sophie Martin, infirmière  
CRF Bretegnier Héricourt, France



## LE SIDIIEF EN BREF

Cette formation comprend plusieurs modules théoriques : santé et développement en rééducation et réadaptation, concept de soins infirmiers en rééducation, processus de rééducation de la phase initiale à la phase de réadaptation, approche de la personne en situation de handicap, psychologie et comportement, actions sociales pour les personnes en situation de handicap, communication scientifique et initiation à la recherche clinique.

Elle comporte un stage pratique et la soutenance d'un mémoire, pour validation. Pour en savoir davantage sur le diplôme : [www.airr.info](http://www.airr.info). ♦

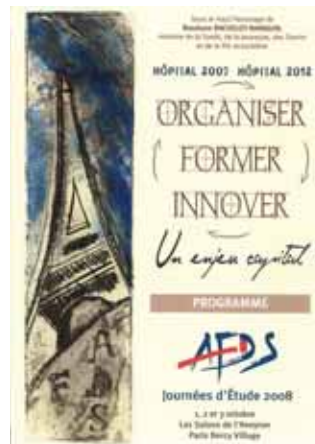


Claire Matter, présidente AIRR  
Hélène Salette, secrétaire générale SIDIIEF



## Les 6<sup>es</sup> Journées nationales d'étude des directeurs des soins de l'AFDS, tenues du 1<sup>er</sup> au 3 octobre 2008 à Paris, France

Association membre du SIDIIEF, l'Association française des directeurs des soins (AFDS) a pour mission de fédérer l'ensemble des directeurs des soins de la France et, pour ce faire, l'AFDS fait la promotion des activités de soins et de l'enseignement des soins, organise les journées d'étude de l'Association, valorise la fonction des cadres de santé et fait la promotion de la participation au processus de décision.



De gauche à droite :  
Henri Anthony-Geroldt,  
secrétaire de l'AFDS et délégué régional Bourgogne  
Danielle Cadet, présidente de l'AFDS  
Jean-Marc Grenier,  
premier vice-président et délégué régional Rhône-Alpes  
Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé

C'est sur le thème « Organiser, Former, Innover, un enjeu capital » que l'Association française des directeurs des soins a tenu ses 6<sup>es</sup> Journées nationales d'étude du 1<sup>er</sup> au 3 octobre 2008 à Paris.

Les 6<sup>es</sup> Journées de l'AFDS ont été inaugurées par M<sup>me</sup> Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative de France. Sa présence, gage de reconnaissance de la place des directeurs des soins au développement de la qualité et services des soins en France, a été fort appréciée des participants.

Pour lire les discours inauguraux de M<sup>me</sup> Bachelot-Narquin et de M<sup>me</sup> Cadet, consultez le site Web de l'AFDS : [www.directeurdessoins-afds.com/index.asp](http://www.directeurdessoins-afds.com/index.asp).

Plus de 450 participants principalement des directeurs des soins de France ont participé à ces journées qui ont été

l'occasion de se questionner sur les missions des directeurs des soins qui doivent nécessairement évoluer pour être en cohérence avec la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

Piloter dans la complexité, actualisation entre les compétences du pôle et l'apprentissage, le cadre de santé de demain, la formation des cadres de santé en Europe, la prise en charge du patient, la révolution informatique au service du patient sont quelques-uns des thèmes abordés lors de ces journées.

Les textes des conférences des Journées d'étude 2008 de l'AFDS sont disponibles exclusivement pour les membres sur le site Web du SIDIIEF dans la section Membre. ♦

## Les aspersions intradomiciliaires

Une nouvelle stratégie dans la lutte contre le paludisme à l'essai au Sénégal :

Par **Dibcor Sène**, inf. TSS

Coordonnateur de projet / *President's Malaria Initiative* (PMI)  
District sanitaire de Richard-Toll

Au Sénégal, le paludisme (voir l'encadré à la page 11) demeure l'une des premières causes de morbidité et de mortalité du jeune enfant. Il est également responsable d'un nombre important d'avortements chez la femme enceinte. De grands efforts ont toutefois été déployés par le gouvernement et les bailleurs de fonds pour lutter contre cette maladie endémique. Des résultats positifs ont été enregistrés ces dernières années, mais il reste encore beaucoup à faire.

Les stratégies mises en œuvre dans le cadre de la lutte contre le paludisme sont centrées autour de la prise en charge, sur le plan communautaire (niveau case de santé et structures de santé), des cas simples avec les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisine, de la prise en charge des cas graves avec les sels de quinine (niveau centres de santé et structures hospitalières), du traitement préventif intermittent chez la femme enceinte et de la promotion de l'utilisation et de la disponibilité des moustiquaires imprégnées.

Convenablement utilisées et bien entretenues, les moustiquaires peuvent constituer un obstacle physique pour les moustiques affamés. Les essais effectués dans les années 1980 et 1990 ont montré que les moustiquaires imprégnées d'insecticide permettaient de réduire de 20 % en moyenne la mortalité des jeunes enfants.

Malheureusement, ces moustiquaires peuvent coûter cher pour les familles exposées, qui comptent parmi les populations les plus pauvres, et leur prix n'est pas le seul obstacle à leur utilisation efficace. En effet, il est souvent nécessaire de convaincre les personnes qui n'ont pas l'habitude de ces moustiquaires, ou qui ne les utilisent pas normalement, de leur utilité et du besoin de les réimprégner régulièrement.

### UNE NOUVELLE STRATÉGIE

Grâce à l'appui de la United States Agency for International Development (USAID), une autre stratégie est venue compléter le dispositif de lutte mis en place. Il s'agit de l'aspersion intradomiciliaire (AID).

L'AID consiste à pulvériser l'intérieur des maisons avec un produit (Lamda cyhalothrine ou Icon) voisin de celui utilisé pour les imprégnations des moustiquaires. Cette nouvelle

stratégie a été utilisée avec succès dans de nombreux pays où elle a protégé des millions d'individus contre le paludisme.

La mise en œuvre de cette stratégie requiert l'implication et la mobilisation de tous les acteurs de la santé, plus particulièrement les infirmiers-chefs de poste (ICP) et les relais communautaires. Cette implication et cette mobilisation sont d'autant plus importantes que cette activité se déroule pour le moment en zone rurale et semi-rurale, où le fardeau du paludisme se fait davantage sentir, en raison de la rareté des ressources.

C'est dans ce cadre que des organisations non gouvernementales (Plan international et RTI) sur financement de la USAID, en collaboration avec les autorités locales du district sanitaire de Richard-Toll, une localité située sur la frontière sénégal-mauritanienne dans la région de Saint-Louis, sur le fleuve Sénégal, ont démarré la deuxième opération d'aspersions intradomiciliaires de 24 000 maisons dans 150 villages et quartiers.

### DES RÉSULTATS POSITIFS

Les infirmiers-chefs de poste, l'équipe-cadre du district et les leaders communautaires de la zone ont pris part aux deux volets de cette activité d'envergure nationale et internationale : la sensibilisation de la population et l'opération technique qui consiste à asperger le produit sur les murs intérieurs des chambres et les plafonds, lieux de prédilection de l'anophèle après son repas sanguin.

Des résultats très positifs ont été notés lors du premier passage dans ce district à endémicité palustre chronique du fait de l'abondance des eaux du fleuve Sénégal, mais aussi de la pratique des cultures irriguées pendant toute l'année. L'équipe de terrain était composée de 420 agents de relais communautaires, de 141 agents applicateurs, de 17 ICP, de 5 agents du service national d'hygiène et de 2 médecins.

L'opération technique a été lancée officiellement le 3 mars 2008 dans la commune de Rosso, Sénégal, localité située à cinq kilomètres du district sanitaire de Richard-Toll, mais faisant partie de la zone de responsabilité de ce district. Elle s'est poursuivie jusqu'au 12 avril 2008. Après l'opération technique, la sensibilisation, qui avait démarré un mois plus tôt, s'est poursuivie encore un mois dans le but de continuer à gérer les éventuels problèmes liés aux effets secondaires du produit.

Si la tendance se maintient, l'Afrique tout entière, du moins les pays qui vont appliquer la nouvelle stratégie d'aspersion intradomiciliaire, pourra se débarrasser de ce véritable problème de santé publique qu'est le paludisme. >>>

### Qu'est-ce que le paludisme ?

Le paludisme est une maladie parasitaire potentiellement mortelle transmise par un moustique femelle appelé anophèle. On pensait à l'origine que cette maladie provenait des zones marécageuses, d'où le nom de paludisme, dérivé du latin *palus*, qui signifie marais. En 1880, les scientifiques ont découvert la véritable cause du paludisme, un parasite unicellulaire appelé *plasmodium*. Ils ont ensuite découvert que le parasite était transmis d'une personne à une autre par les piqûres d'un moustique femelle, l'anophèle, qui a besoin de sang pour nourrir ses œufs.

Actuellement, environ 40 % de la population mondiale, pour la plupart des habitants des pays les plus pauvres du monde, est exposé au paludisme. La maladie était jadis plus étendue, mais elle a été éliminée dans de nombreux pays tempérés au milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Le paludisme touche aujourd'hui les régions

tropicales et subtropicales et il est responsable chaque année de plus de 300 millions de cas de maladie aiguë et d'au moins un million de décès.

Quatre-vingt-dix pour cent des décès dus au paludisme surviennent en Afrique, au sud du Sahara, principalement chez les jeunes enfants « de moins de cinq ans ». Le paludisme tue un enfant africain toutes les 30 secondes. De nombreux enfants qui survivent à un accès de paludisme grave peuvent présenter des troubles de l'apprentissage ou une atteinte cérébrale. La femme enceinte et l'enfant à naître sont aussi particulièrement vulnérables au paludisme, cause importante de mortalité périnatale, de faible poids de naissance et d'anémie maternelle. Source : [www.rbm.who.int](http://www.rbm.who.int). ♦

## Suivi clinique à domicile et éducation thérapeutique : l'expérience de Basse-Normandie

Le SIDIIEF a reçu l'autorisation du comité de rédaction de la revue AdSP de publier intégralement cet article dans son bulletin.

L'article *Suivi clinique à domicile et éducation thérapeutique : l'expérience de Basse-Normandie* a été publié dans la revue AdSP, no 63, juin 2008, p. 84-87.

Auteurs : Thierry Préaux, Alain Larouche, Rémi Sabatier, Annette Belin, Marie-Claude Lagarrigue-Courval, Gilles Grollier

Pour en savoir plus sur la revue AdSP :

<http://www.hcsp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=111281&clef=103>.

Voir article complet page suivante >>>

# Suivi clinique à domicile et éducation thérapeutique : l'expérience de Basse-Normandie

**Une collaboration entre la Basse Normandie et le Québec, pour le suivi de patients atteints d'insuffisance cardiaque, a été mise en œuvre.**

- Thierry Préaux**  
Conseiller médical, ARH Basse Normandie
- Alain Larouche**  
Expert conseil en organisation des services de santé au Québec
- Rémi Sabatier**  
Cardiologue, CHU de Caen
- Annette Belin**  
Cardiologue, centre de réadaptation cardiaque Trouville sur Mer
- Marie-Claude Lagarrigue-Courval**  
Sous directrice de l'Urcam Basse Normandie
- Gilles Grollier**  
Chef du service de cardiologie, CHU de Caen

**L**e Québec et la France ont tissé des liens historiques depuis plusieurs siècles. En Basse-Normandie, plus récemment avec les grandes batailles du débarquement, les troupes du Canada furent héroïques. Confrontés à un nouvel enjeu commun, les maladies chroniques (MC), c'est désormais sur le plan de l'organisation des soins qu'une coopération s'est établie durablement.

## Des enjeux communs entre la France et le Québec

La France et le Québec sont confrontés à des enjeux de santé publique similaires :

- fort vieillissement de la population ;
- augmentation galopante du nombre de maladies chroniques ;
- système de soins mal adapté à cette réalité ;
- questionnement sur le partage des rôles entre les soignants ;
- questionnement sur le rôle du patient dans la prise en charge de ses problèmes de santé.

## Pour la France

Les maladies chroniques sont insuffisamment prises en compte, notamment par défaut d'une véritable mise en œuvre structurée de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Or ces pathologies constituent un enjeu majeur médico-économique pour les années futures par leur nombre : 15 millions de Français sont porteurs d'une maladie chronique (plus 7 millions d'hypertendus), et leurs coûts en médicaments, en hospitalisations

itératives, en handicaps, en retentissement socioprofessionnel, etc.

## Pour la Basse Normandie

Trois autres contraintes s'ajoutent au constat national :

- un vieillissement de la population plus important que la moyenne nationale (8,4 % de personnes âgées de plus de 75 ans contre 8 % en France métropolitaine) ;
- une population dispersée (82,4 h/km<sup>2</sup> contre 112,5 h/km<sup>2</sup> en France) surtout rurale et des pôles urbains peu nombreux (16 % de la population vit dans des villes de plus de 17 500 habitants contre 40,7 % en France) ;
- une démographie médicale fragile, tant en médecine libérale que dans les établissements de santé (décroissance prévue de l'effectif de 6 % d'ici 2025).

## Pour le Québec

Les maladies chroniques sont une préoccupation majeure ; plus de 75 % des dépenses

Cette coopération est possible grâce au partenariat de l'ARH et de l'Urcam de Basse-Normandie, à la participation du Conseil Régional de Basse-Normandie ;

Le projet a été initié sous l'égide d'une coopération France-Québec.

Il vise à développer et structurer à l'échelle de la région, une organisation de suivi clinique et d'éducation thérapeutique du patient atteint d'une insuffisance cardiaque.

>>>

de santé leur sont consacrées et les résultats de santé ne sont pas au rendez-vous. La pression grandissante de ce problème de santé publique met en lumière différentes difficultés systémiques :

- un système de santé à caractère réactif plutôt que proactif;
- un manque de continuité, de coordination et d'intégration des soins et des services;
- des modes de financement des établissements sur une base historique;
- des médecins encore majoritairement rémunérés à l'acte et à effectifs réduits.

La moitié des Canadiens déclare souffrir d'au moins une maladie chronique, les données nord-américaines disent qu'environ 15 % des personnes souffrent de trois MC ou plus et que 3 % souffrent de 5 MC ou plus. Au Québec, sur les quatre dernières années, moins de 3 % et de 1 % de la population expliquent respectivement 50 % et de 20 % à 25 % de toutes les journées d'hospitalisation. Une revue rapide des diagnostics nous révèle une constante : les maladies pulmonaires (BPCO), les maladies cardio-vasculaires et la névrose dépressive occupent le haut du « palmarès ».

Une réforme du système de soins s'est traduite par la création de 95 réseaux locaux de services de santé et de services locaux (RLSSSS) coordonnés, chacun, par un centre de santé et de services sociaux (CSSS) mandaté de la responsabilité de la santé de la population<sup>1</sup>.

L'adaptation de l'offre de services pour les malades chroniques passe par une meilleure organisation des services dits ambulatoires où les médecins généralistes sont soutenus par des équipes interdisciplinaires, dont des médecins spécialistes. Le patient et son entourage auront à jouer un rôle nouveau : grâce à une meilleure information, ils seront plus compétents et participeront à la prise de décision sur les objectifs thérapeutiques devenant ainsi acteurs du plan de soins.

#### Le suivi clinique intelligent a domicile (sciad), une expérience québécoise avancée

C'est dans cet esprit que le suivi clinique à domicile (SCAD) en Basse-Normandie a vu le jour. Il s'agit d'assurer le suivi d'un patient à domicile avec des protocoles de soins, de suivi et d'enseignement conçus entièrement

1. Pour plus de détails : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/index.php>

### Expérience du centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont

**P**ourquoi une clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques modérées ou sévères (groupe témoin sous télé soins) ?

- diminution du taux d'hospitalisation de 88,3 %
- diminution des journées totales d'hospitalisation de 80,3 % sur une période de 6 mois.
- diminution du nombre de visites à domicile de 58,8 %

- augmentation de la durée moyenne des visites de 18,2 %
- diminution du temps total consacré à la visite à domicile de 46,9 %
- augmentation du taux de satisfaction de la clientèle à 90 %
- augmentation de la satisfaction des professionnels

par les cliniciens. Ces protocoles de suivi sont formalisés pour être utilisés par une application informatique (mise au point par la société québécoise New IT Santé) qui permet aux patients et aux soignants d'interagir en fonction des informations saisies par le patient et des paramètres fixés par l'équipe de soins. Les interactions peuvent être automatisées (conseil thérapeutique si une valeur saisie déborde les paramètres fixés) ou manuelle, si l'infirmière chargée de la surveillance, veut consulter le patient ou le médecin traitant pour toute question pertinente. Il ne s'agit toutefois pas d'un système d'urgence. Le SCIAD permet aussi de renforcer des connaissances et des habilités acquises par le patient voire d'instituer ou de compléter un programme d'enseignement. Il permet de répartir des tâches entre les membres d'une équipe de soins interdisciplinaire, chargée de suivre un groupe de patients, comme, par exemple, des diabétiques.

Le SCIAD est implanté sur plusieurs sites au Québec, dont la région de la Gaspésie-lles-de-la-Madeleine. Cette région a comme caractéristiques d'être très vaste et très peu peuplée. Dotée de 5 CSSS, la région utilise le dispositif depuis 5 ans et elle a intégré dans l'offre de services ses CSSS. L'évaluation qui en a été faite démontre le potentiel à mettre en réseau les professionnels de la santé et de leurs patients, à favoriser l'accès et le partage d'information, à assurer une meilleure coordination des services et une continuité des soins. Ce dispositif permet aussi de décloisonner les lieux de prestation de services; il permet aux gens de demeurer dans leur milieu de vie. Les pathologies prises en charge sont : les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'hypertension artérielle et la grossesse à risque.

L'utilisation de ce dispositif pour le suivi de patients souffrant de BPCO sévères au centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont a illustré les impacts significatifs de cette prise en charge pour un groupe témoin comparativement à un groupe suivi aussi de façon intensive mais sans le SCIAD.

#### Expérimentation Bas Normande sur l'insuffisance cardiaque ?

La première raison est épidémiologique. L'insuffisance cardiaque, en France, est une préoccupation de santé publique. Elle est fréquente (prévalence estimée à 500 000), en augmentation (incidence 120 000/an), grave (responsable de 32 000 décès/an), 2/3 des patients ont plus de 70 ans et la survie à cinq ans est inférieure à 50 %.

La deuxième est économique. L'insuffisance cardiaque représente en France 2 % des dépenses totales de santé et 1,4 million de journées d'hospitalisation<sup>2</sup>. Les hospitalisations représentent près de 80 % des dépenses pour cette pathologie et la plupart d'entre elles sont évitables.

La troisième est liée aux spécificités régionales : la population bas normande présente une surmortalité cardiovasculaire de +7,1 % chez l'homme et de +2,2 % chez la femme.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (Sros) a pris en compte ces constats et préconise :

- pour les maladies chroniques : une mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient; des unités transversales de prévention et d'ETP dans les établissements de santé; la création de « maisons de santé » à l'extérieur des établissements, chargées de la prévention universelle et le travail en réseau ville/hôpital. >>>

2. Rapport de l'académie de médecine 2004

## Prise en charge des maladies cardiaques

- pour l'insuffisance cardiaque : la mise en place d'un réseau régional ville/hôpital et d'un suivi spécifique des jeunes insuffisants cardiaques (souvent perdus de vue).

Le SCAD, dès sa présentation par l'équipe québécoise, a suscité l'intérêt des professionnels, et des tutelles régionales. C'est donc sur un mode multipartenarial que l'expérimentation a débuté et qu'elle se poursuit.

### Modalités de l'expérimentation et du déploiement Bas Normands

#### Phase 1

Cette phase était un test de faisabilité et s'est déroulée en 2006 et 2007. Quarante et un jeunes patients insuffisants cardiaques, hospitalisés au CHU puis admis en centres de réadaptation cardio-vasculaires ont été inclus par le centre hospitalier de Trouville sur mer (Calvados) et le centre de réadaptation William Harvey (Manche).

Chaque patient, à la sortie du centre, a été équipé à son domicile d'un terminal-patient (figure 1), d'un vélo d'entraînement et d'un tensiomètre. Chacun a bénéficié d'un contrôle médical à 3 mois puis à 6 mois après sa sortie.

Le protocole clinique de suivi a été élaboré spécifiquement par une équipe pluridisciplinaire Bas Normande. Ce protocole est assorti de conseils et d'informations interactives qui renforcent les compétences du patient pour gérer sa maladie (hygiène de vie, diététique, conseils thérapeutiques, etc.)

Chaque jour, sur rendez-vous programmé, le patient entrait des informations par le biais de l'écran tactile :

- données cliniques : poids, pression artérielle, pouls, œdème, dyspnée, toux, palpitation, asthénie, traitement médicamenteux ;
- en renseignant le dispositif, le patient accède à des rubriques informatives thématiques, qui peuvent être renforcées, annulées, complétées, selon ses besoins.

Dans les centres de réadaptation, les infirmières prennent connaissance des données. Des codes couleurs indiquaient la normalité, l'anormalité ou l'absence des données.

L'infirmière peut ainsi agir de manière adaptée en contactant le malade par messagerie, par téléphone ou en prévenant le cardiologue ou le médecin traitant. Le rôle de celui-ci étant primordial, lors de cette première phase, un médecin généraliste a été équipé pour avoir accès aux données de ses patients et a pu tester le procédé.

Cette phase de faisabilité a été très concluante et les résultats très favorables (satisfaction des soignants, des patients, sentiment de sécurité ressenti, etc.)

#### Phase 2

Cette phase évaluative débute en avril 2008. Elle a pour but de mettre en évidence une plus-value médico-économique du dispositif SCAD. Cette phase se décompose en deux protocoles de recherche clinique élaborés

par l'équipe du Pr Grollier, le Dr Sabatier et le Dr Belin.

Le protocole de recherche SEDinsuffisance cardiaque (suivi éducatif à domicile dans l'insuffisance cardiaque) concerne une population de 300 patients de plus de 65 ans hospitalisés pour une insuffisance cardiaque aiguë, compliquant une insuffisance cardiaque chronique par dysfonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection : FE < 45 %) et présentant un risque élevé de réhospitalisation. En fin d'hospitalisation, tous les patients recevront une éducation thérapeutique (selon les modalités du programme d'éducation I-CARE) avant une randomisation en deux groupes : l'un bénéficiant d'un suivi clinique habituel, l'autre du suivi SCAD pendant trois mois. Tous les patients bénéficieront d'un bilan clinique et paraclinique à l'inclusion, à trois mois (fin du suivi SCAD), à 6 mois et à 12 mois. Le critère de jugement principal sera le délai avant réhospitalisation ou décès.

Trois centres hospitaliers sont dans un premier temps impliqués (CHU de Caen, centre hospitalier de Cherbourg, centre hospitalier de Flers). Il est prévu l'inclusion d'autres établissements.

L'autre protocole de recherche READ (Réadaptation à domicile) concerne une population de 110 malades atteints d'insuffisance cardiaque ayant une FE < 40 %. Tous les patients auront reçu une éducation thérapeutique (I-CARE) à la sortie du centre de réadaptation et seront randomisés en deux groupes ; l'un bénéficiera d'une réadaptation

>>>

figure 1

### Suivi clinique à domicile en Basse-Normandie



Un terminal est installé au domicile du patient dédié à la réception de son plan de soins personnalisé et lui permet d'interagir de façon très conviviale et sécurisée (ergonomie de l'interface utilisateur, écran tactile...) avec l'équipe de professionnels de santé responsables de son suivi.

à domicile avec bicyclette ergométrique et dispositif SCAD, l'autre bénéficiera d'une réadaptation en hôpital de jour et d'une ETP en ateliers. Il s'agit d'une étude de non-infériorité<sup>3</sup>.

### Résultats et perspectives

Les résultats des deux protocoles de recherche seront essentiels; les travaux menés au Québec depuis plusieurs années sur la prise en charge de diverses maladies chroniques laissent augurer des résultats positifs. C'est pourquoi l'Union régionale des caisses d'assurance maladie et le conseil régional ont financé l'acquisition de 200 terminal-patient et licences d'exploitation pour les cinq prochaines années, ce qui permettra, outre le déroulement de la phase 2, la prise en charge d'une file active croissante de patients (600 à 800 par an). L'agence régionale de l'hospitalisation accompagne financièrement les établissements. Le déploiement est initié avec la phase 2.

Le dispositif a apporté des éléments structurants importants. Les résultats de la phase 1 sont très satisfaisants. Le SCAD possède deux propriétés qui peuvent répondre aux enjeux de notre région :

- Il permet un suivi clinique du patient, véritable monitoring, avec un suivi par l'intermédiaire d'une plateforme de surveillance infirmière (non continue). Ceci permet de suivre à domicile des patients âgés, isolés, dans des bassins à faible densité de médecins généralistes. Le SCAD fait appel à un suivi infirmier, le médecin intervenant qu'en second lieu, ce qui permet de valoriser le travail infirmier (dans le cadre d'une délégation des tâches). Le médecin traitant reste au cœur du dispositif. Il a accès aux données de ses patients et constitue le premier recours médical en cas de déstabilisation du patient. Il peut intervenir dans le suivi clinique ou éducatif selon sa volonté et le besoin du malade.

3. Modèle statistique visant à affirmer que l'hypothèse testée ne diffère pas de la méthode de référence.

Le SCAD assure des liens d'information sécurisés entre les professionnels de santé et le malade, la mise en réseau des acteurs des champs ambulatoire et hospitalier; depuis le début du SCAD, un réseau régional de l'insuffisance cardiaque s'est mis en place en Basse Normandie sous l'égide de l'association APRIC (Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque). Elle regroupe la majorité des cardiologues de la région.

- Le SCAD a un rôle prépondérant dans la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique protocolisée, adaptée au patient, personnalisée et évolutive, avec une coordination pluridisciplinaire de tous les acteurs; le dispositif répond parfaitement aux préconisations du Plan national « qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et aussi à celles, très détaillées de la Haute Autorité de santé.

### Les perspectives

L'agence régionale de l'hospitalisation s'est engagée à inscrire cette démarche dans le Sros, dans un volet spécifique consacré à l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le SCAD peut jouer un rôle structurant dans cette démarche en permettant :

Une modélisation de prise en charge globale du patient. D'autres pathologies sont envisagées en fonction de la personne porteuse de plusieurs pathologies, en particulier le sujet âgé. Il faut également faire évoluer le processus au regard des recommandations de la HAS. Par exemple, la saisie des données par le patient peut être considérée comme une séance individuelle. On peut imaginer par la suite, que l'infirmière ou tout autre acteur, constatant chez certains patients, l'absence d'acquisition d'un item, puisse, par téléphone, réaliser une séance collective avec 3 ou 4 patients.

Une organisation territoriale de l'éducation thérapeutique harmonisée avec les autres volets de soins. Il est permis d'envisager au moins une plateforme de surveillance par territoire de santé, pouvant être localisée dans un établissement ou dans un cabinet libéral, médical, infirmier ou pluridisciplinaire.

Ce dispositif s'intègre dans une approche plus globale de la prise en charge des maladies chroniques et doit être synergique avec les initiatives en cours dans la région Bas Normande :

- éducation thérapeutique développée par les réseaux de santé
- offre d'éducation thérapeutique à l'échelle de la région pour les patients présentant des risques cardio-vasculaires (exonérés du ticket modérateur ou non pour ce motif), par l'association Couleur santé, avec l'appui de l'Institut de perfectionnement en communication et éducation médicales (IPCCEM).

La démarche d'élaboration du volet du SROS consacrée à l'éducation thérapeutique a débuté, avec l'expertise de l'IPCCEM. Le SCAD y tiendra une position essentielle par la structuration et la modélisation qu'il permet dans la prise en charge d'un patient et l'organisation territoriale ville/hôpital et ce, dans la perspective des futures agences régionales de santé. ♦

4200, boulevard Dorchester Ouest, Westmount (Québec) H3Z 1V4  
téléphone : 514 849-6060 • télécopieur : 514 849-7870

[www.sidiief.org](http://www.sidiief.org)



Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès de l'Organisation internationale de la Francophonie

© Secrétariat international de infirmières et infirmiers de l'espace francophone, 2008  
ISSN : 1606-9447

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec  
Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada