

numéro

381

Janvier - Février 2006 - 6 €

LA Santé

de l'homme



Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées

Troubles du langage : améliorer la prise en charge

Psychiatrie : une Maison des usagers à Sainte-Anne

Baromètre santé : 30 000 personnes interrogées

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé

LA Santé
de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
La Santé de l'homme sur Internet :
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand** <elg@mageos.com>
Aide à l'action : **Anne Laurent-Beq**
<abeg@club-internet.fr>
La santé en chiffres : **Hélène Escalon**
<helene.escalon@inpes.sante.fr>
Rubrique internationale : **Marie-Claude Lamarre**
<mclamarre@iuhpe.org>
et **Stéphane Tessier** <cresif@wanadoo.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Laure Carrère, Dr Michel Dépinoy (INPES),
Alain Douiller (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Hôpital de jour Montsouris du Cerep), **Laurence Fond-Harmant** (Société française de santé publique),
Catherine Gaquière (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Marie-Claude Lamarre** (Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé), **Anne Laurent-Beq** (Crea Développement Social), **Catherine Lavielle** (INPES), **Philippe Lécors** (École nationale de santé publique), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Sylvie Rizo** et **Dr Dominique Martin** (direction générale de la Santé), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif), **Dr Isabelle Vincent** (INPES), **Sarah Vozelle** (Codes Meurthe-et-Moselle).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Caractère** – 15002 Aurillac Cedex

ADMINISTRATION

Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2006.
Tirage : 12 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction



Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.
- Éducation pour la santé des migrants, N° 357.
- Santé mentale, N° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, N° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, N° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, N° 362.
- Santé : des enquêtes à la prévention, N° 365.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, N° 371.
- Améliorer la prévention des cancers, N° 375.

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^e/V^e de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

SH 381

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

► La santé à l'école

TRoubles du langage : AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

Plan national d'action : premier bilan
Pr Didier Houssin 4

Partager l'information avec les professionnels et les familles
Philippe Lamoureux 6

Du dépistage au diagnostic : prendre en compte l'enfant et son environnement
Marc Delahaie 7

L'école, lieu stratégique de repérage et de prise en charge
Michèle Koch, Jeanne-Marie Urcun 8

Centres référents : évaluer et coordonner les soins
Martine Lévine 11

Plan national d'action : ce qu'en pensent les associations
Marie Mermét-Guyennet 12

Centre de référence d'Amiens : une approche plurielle et complémentaire
Pierre Rose, Patrick Berquin 14

En région Paca, un réseau innovant accompagne les enfants dyslexiques
Audrey Colleau-Attou, Michel Habib 15

« L'accompagnement coûteux pénalise les familles défavorisées »
Entretien avec Agnès Joly 17

Encadré : Expertise collective Inserm : la prudence des scientifiques
Jeanne Étienne 19

Pour en savoir plus
Olivier Delmer 20

Dossier

Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées

Éditorial

Mettre en place une approche globale de prévention
Philippe Lamoureux 22

Une approche globale de la prévention des chutes

9 300 décès par an : le lourd bilan des chutes chez les plus de 65 ans
Bertrand Thélot, Cécile Ricard 23

Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie
François Baudier, Élodie Demougeot 25

Référentiel de prévention des chutes : un outil de repérage et d'action
Hélène Bourdessol 27

Analyses et pratiques des acteurs de terrain

Ateliers Équilibre : la région Bourgogne forme ses professionnels
Isabelle Millot 29

Franche-Comté : les aides à domicile, acteurs de la prévention
Christine Casagrande 30

Santé des personnes âgées : Gentilly pratique l'approche globale
Claude Laguillaume 32

Une consultation multidisciplinaire pour prévenir les chutes à répétition
F. Puisieux, V. Pardessus, A. Thévenon, B. Pollez, S. Bombois, A. Mémé, P. Dewailly 34

À Montpellier, l'activité physique pour prolonger l'autonomie
Pierrick Bernard 35

Un parcours rééducatif pour reprendre confiance après la chute
Aline Bismuth-Bargas 37

Traitement médicamenteux : favoriser la démarche éducative
Stéphane Tessier, Meryem Belkacémi 38

Les stratégies et les pratiques à l'étranger

La Communauté française de Belgique forme des « préventeurs de chute »
Martine Bantuelle 39

Suisse : les professionnels initiés aux risques de chute
François Loew 40

Québec : inciter à l'activité physique et enrayer la peur de tomber
Carole Genest 42

Encadré : Québec-France : un programme d'échange de pratiques
Thierry Fauchard 43

Pour en savoir plus
Lydie Audureau, Sandra Kerzanet 44

► Éducation du patient

Quelle place pour les associations de patients ? Un exemple à la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne
Aude Caria, Christopher Mierzejewski 47

► La santé en chiffres

Les enquêtes Baromètres santé s'adaptent aux évolutions de la société
Arnaud Gautier 51

► Lectures – Outils

Olivier Delmer, Anne-Sophie Mélard 53



Illustrations : Muriel Kerba

Troubles du langage : améliorer la prise en charge

En septembre 2005, la direction générale de la Santé et l'INPES ont coorganisé à Paris une journée d'échanges et de réflexion sur la thématique « Actions et dispositifs en faveur des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ». Cent soixante-dix professionnels et représentants des associations de familles y ont présenté leurs analyses et partagé leurs expériences. Le plan national d'action sur les troubles du langage a fait l'objet de débats passionnés.

C'est pour mettre cette expertise à la disposition du plus grand nombre de professionnels et intervenants que *La Santé de l'homme* présente dans ce numéro une séquence de quinze pages sur les troubles du langage. Il ne s'agit pas d'actes de colloque mais d'un retour sur l'essentiel de ce qui a été débattu lors de cette Journée (1), complété par plusieurs analyses.

Nous avons ainsi sollicité le professeur Didier Houssin, directeur général de la Santé, qui dresse un premier bilan de la mise en œuvre du plan national « troubles du langage ». Philippe Lamoureux, directeur général de l'INPES, présente ensuite les missions de l'Institut en la matière et la stratégie mise en place. Le médecin-phoniatre Marc Delahaie souligne l'impératif d'une approche plurielle pour les professionnels qui vont dépister puis diagnostiquer ces troubles.

Dans la seconde partie de cette séquence, la parole est donnée à ceux qui travaillent au quotidien sur la prise en charge des enfants et des adolescents : un enseignant et un médecin de l'Éducation nationale expliquent pourquoi et comment l'école reste le lieu stratégique par excellence pour dépister et prendre en charge les enfants concernés. Sont présentés ensuite les trente-sept centres référents des troubles du langage qui fonctionnent actuellement en France ; avec un focus sur le centre d'Amiens où cohabitent des expertises de neurologie pédiatrique et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Au nom des associations, Avenir Dysphasie, tout en saluant les avancées du plan national, souligne qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer la prise en charge aux quatre coins de l'Hexagone. Une analyse critique relayée par une autre association, Trustd, seule en France à accompagner spécifiquement des familles en situation de précarité ayant des enfants atteints de troubles du langage. Enfin, une action innovante est présentée : le réseau d'évaluation et de prise en charge des enfants dyslexiques en région Provence-Alpes-Côte d'azur. Une bibliographie et des contacts complètent ce panorama.

Sandrine Broussouloux

(1) Interventions accessibles en ligne sur le site Internet de l'INPES à l'adresse suivante : www.inpes.sante.fr

Plan national d'action : premier bilan

La prise en charge précoce des troubles du langage constitue un enjeu majeur de santé publique. Depuis 2001, un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit fédère les efforts des pouvoirs publics, professionnels, associations et parents. Les mesures de ce plan ont pour objectif d'améliorer le dépistage et la prise en charge, priorités réaffirmées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. La direction générale de la Santé dresse un premier bilan de ces mesures.

Les troubles spécifiques du langage oral ou écrit atteignent de 4 à 5 % des enfants, soit plus de cent cinquante mille des enfants de 5 à 9 ans, 1 % présentant des troubles graves. Les conséquences de ces troubles dans la vie quotidienne des enfants puis des adultes, sur l'insertion scolaire puis professionnelle peuvent être prévenues ou atténuées par des prises en charge pré-

coces adaptées. C'est pourquoi, dès 2001, un plan interministériel (Santé, Éducation nationale) relatif aux troubles spécifiques du langage oral et écrit a été mis en place. Ce plan triennal (2001-2004)¹ a permis la mobilisation de l'ensemble des professionnels de la santé et de l'éducation, des associations et des familles. Il décline vingt-huit mesures autour de cinq axes : mieux

prévenir dès l'école maternelle ; mieux identifier les enfants porteurs d'un trouble spécifique du langage oral et écrit ; mieux prendre en charge ; mieux informer, former et chercher ; et, enfin, assurer le suivi du plan d'action. Parmi ces mesures, onze relèvent spécifiquement du ministère de la Santé et six engagent les deux ministères : Santé et Éducation nationale.

La poursuite d'une politique d'amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit est développée parmi les objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique². Cet objectif est repris dans le contrat cadre de santé publique qui lie la direction générale de la Santé (ministère de la Santé et des Solidarités) et la direction de l'Enseignement scolaire (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche).

Pour améliorer le dépistage des troubles du langage, la direction générale de la Santé a chargé la Société française de pédiatrie de superviser le développement d'outils de dépistage simples à destination des professionnels de santé de « première ligne » (généralistes, pédiatres, médecins de PMI, médecins scolaires, etc.) en se basant sur les « Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic à usage des professionnels de l'enfance pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage », rédigées par la commission d'experts réunie dans le cadre du Plan (octobre 2005). Ce dépistage peut être pratiqué en ville, en PMI, à l'école maternelle et de manière systématique au cours de l'examen obligatoire de la sixième année pratiqué à l'école³.

La prise en charge est multidisciplinaire, elle repose sur le dispositif des centres référents (*voir pages suivantes*), les réseaux et l'intervention des professionnels en ville, à l'hôpital et dans les différentes structures prenant en charge ces enfants. À ce propos, la mission Igas/Igen (2002)⁴ de réévaluation des dispositifs concernés par la prise en charge des troubles du langage conclut que la qualité de la prise en charge repose sur la mise en place de trois outils : un projet individuel d'intégration pour chaque enfant ; un projet départemental et régional de prise en charge des troubles complexes du langage, dont la médecine scolaire constitue le pivot ; un contrôle de la qualité des prises en charge individuelles et des projets départementaux.

L'amélioration de la prise en charge passe également par des mesures d'ordre pratique et financier : l'évaluation des besoins des enfants porteurs de troubles du langage par les commissions

spécialisées⁵, des mesures permettant aux enfants accueillis en établissement médico-social le remboursement de soins apportés par un établissement de santé ou un professionnel libéral⁶.

Pour permettre la diffusion des connaissances concernant les troubles du langage et en favoriser la prise en compte dans les politiques régionales, la direction générale de la Santé a confié à l'École nationale de la santé publique l'organisation de deux types de formations :

- la formation des formateurs (médecins, orthophonistes, enseignants, etc.) ;
- la conception d'une formation destinée, au niveau régional, aux acteurs institutionnels chargés de ce dossier.

Parmi les thèmes principaux abordés : la réflexion sur les suites du plan national et l'inscription de cette thématique dans la politique régionale de santé publique (en particulier les Plans régionaux de santé publique).

Afin de poursuivre son action en faveur des enfants atteints de troubles du langage, la direction générale de la Santé

fait actuellement procéder à l'évaluation des mesures du Plan, relevant du domaine de la santé, par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. Ces résultats seront disponibles en 2007. Enfin, le ministère de la Santé et des Solidarités a confié à l'INPES le plan de communication concernant les troubles du langage à destination du public et des professionnels.

Professeur Didier Houssin
Directeur général de la Santé.

1. Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit, disponible en ligne sur le site de l'INPES.

2. Rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique.

Objectif n° 96 : amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage oral et écrit. Objectif préalable : évaluation des résultats obtenus par le plan triennal interministériel.

3. L'article 85 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

4. « Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage ». Rapport présenté par l'Inspection générale des Affaires sociales et l'Inspection générale de l'Éducation nationale, janvier 2002.

5. Circulaire du 29 mars 2004 relative à l'usage du guide barème.

6. Décret n° 2003-1010 du 22 octobre 2003.

Partager l'information avec les professionnels et les familles

En 2001, les pouvoirs publics ont confié à l'INPES la mission d'informer les professionnels et le grand public sur les troubles du langage. Dans ce cadre, l'Institut a notamment publié un ouvrage de référence et organisé en septembre 2005 un colloque avec les professionnels et les associations.

Depuis l'annonce, en 2001, du plan d'action pour les enfants atteints de troubles spécifiques du langage, la situation des enfants et de leur famille a évolué. Sans nier les difficultés qui persistent, l'existence de disparités régionales et le manque de moyens, force est de constater une amélioration globale du dépistage, du repérage et de la prise en charge des enfants.

C'est pour faire le point sur cette évolution que l'INPES a, le 22 septembre 2005, coorganisé avec la direction générale de la Santé une journée d'échanges et de réflexions sur la thématique « Actions et dispositifs en faveur des enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit ». Les intervenants – professionnels de la santé et de l'éducation et représentants des associations de parents – ont notamment dressé un bilan de la mise en œuvre du plan national d'action « troubles du langage » et ils ont souligné les avancées des dernières années ; ils ont aussi pointé les insuffisances qui persistent. Tous se sont retrouvés sur l'objectif de travailler ensemble à améliorer la situation pour les enfants et leur famille. Afin de rendre accessible à l'ensemble des professionnels, intervenants et familles l'expertise livrée lors de ce colloque, nous avons décidé d'y consacrer une séquence spéciale dans ce numéro. Cet état des lieux synthétique pourra être complété par la lecture des interventions de cette journée, accessibles en ligne sur le site Internet de l'INPES.

L'organisation de cette journée se situe dans le droit fil de la mission de l'INPES : le plan d'action gouvernemental, dans sa mesure n° 15, confie en effet à l'Institut l'élaboration d'un plan de communication sur les troubles spécifiques du langage à destination

des professionnels et du grand public. Avant même d'envisager les modalités de mise en place de ce plan, la première tâche a donc été de rencontrer les professionnels engagés auprès des enfants ainsi que les associations de parents impliquées. Il a fallu un temps pour se connaître et se reconnaître. Ce palier est franchi.

La mise en œuvre de ce plan de communication se déroule en deux étapes : dans un premier temps, les actions réalisées sont destinées à l'ensemble des professionnels de santé et de l'éducation (enseignants, orthophonistes, médecins, psychologues, etc.), ainsi qu'aux associations de parents, très actives dans ce domaine ; dans un second temps, à partir de 2006, elles s'adresseront aux parents.

La diffusion de documents aux professionnels vise à favoriser les échanges autour de l'enfant, tant au sein des équipes pluridisciplinaires qu'entre les différentes institutions concernées. Ce principe a guidé l'édition, en 2004, par l'INPES d'un ouvrage de référence intitulé *L'Évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble*, livre rédigé par un médecin phoniatre, Marc Delahaie. Cet ouvrage a été largement diffusé auprès des écoles maternelles et primaires, des centres de référence, des centres médico-psychologiques, des centres médico-psycho-pédagogiques, orthophonistes libéraux et pédiatres, etc. Son objectif est de présenter l'évolution du langage chez l'enfant sous ses différents aspects : linguistiques, pédagogiques, socio-affectifs et neurologiques.

Parallèlement, depuis fin 2002, l'INPES a mis en ligne sur son site Internet une rubrique thématique consacrée

aux troubles du langage. Cet espace présente des informations générales sur le plan de communication, les principales circulaires afférentes et associations de parents engagées sur ce champ. Mais sa particularité tient au recensement exhaustif des centres de références. L'INPES soutient par ailleurs diverses initiatives portées par des associations de parents ou par des professionnels (organisation de colloques, publications, expérimentation de prise en charge innovante, etc.).

En 2006, l'Institut lancera le volet « grand public » de ce plan de communication avec la parution d'une brochure à destination des parents pour les accompagner dans le parcours de soin de leur enfant. Au final, c'est donc un travail de longue haleine, entrepris en lien étroit avec l'ensemble des acteurs de ce champ. Avec toujours ce double objectif : d'une part, informer les professionnels pour faciliter le travail multidisciplinaire – tous les intervenants qui s'expriment dans les articles ci-après sont d'accord sur ce point – ; d'autre part, prendre en compte la propre expertise des familles et mettre à leur disposition toutes les informations disponibles pouvant les aider, ce qui est l'une des caractéristiques fortes de toute démocratie sanitaire. Pour témoigner de l'engagement des pouvoirs publics, le professeur Didier Houssin, directeur général de la Santé, a d'ailleurs accepté d'introduire cette séquence. C'est donc en partenariat étroit avec la direction générale de la Santé que nous continuerons de progresser sur cette thématique difficile mais fondamentale puisque près de 5 % des enfants de 5 à 9 ans sont concernés par les troubles du langage.

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES.

Du dépistage au diagnostic : prendre en compte l'enfant et son environnement

Si le médecin est l'acteur principal pour dépister un trouble du langage, pour Marc Delahaie¹, médecin phoniatre, seule une prise en charge pluridisciplinaire associant établissements scolaires, médecins, psychologues, orthophonistes et psychomotriciens permet de travailler efficacement. En prenant en compte tant les caractéristiques propres de l'enfant que son environnement social, affectif et pédagogique.

L'évolution du langage chez l'enfant est un phénomène qui suppose toujours l'intrication de facteurs qui ont trait au développement « endogène » de l'enfant, donc indépendants de l'environnement et de facteurs « acquis » car résultant quant à eux de l'environnement social, affectif et pédagogique.

Partant de ce constat, les défaillances de cet environnement constituent une source potentielle de difficultés langagières écrites et/ou orales ; il appartient principalement à l'école d'en réaliser le repérage, l'évaluation et une part non négligeable de l'accompagnement et de la prise en charge.

Toutefois, les difficultés de l'évolution du langage de l'enfant peuvent également être la conséquence d'un processus pathologique : la notion de trouble se substitue alors à la notion de difficulté. Cette notion de trouble du langage est spécifiquement médicale : le dépistage, le bilan diagnostique et l'élaboration d'un projet thérapeutique d'un trouble du langage relèvent du champ de la santé.

Identifier très tôt un déficit

En matière de langage oral et/ou écrit, le dépistage s'assigne deux objectifs :
– identifier des déficits linguistiques éventuellement très subtils avant qu'un trouble avéré de l'évolution du langage ne se manifeste ;
– orienter le choix des investigations complémentaires susceptibles de confirmer la notion de déficit, d'en pré-

ciser l'origine et les indications thérapeutiques qui en découlent.

Étant donné la nature spécifiquement médicale du dépistage, il est logique que le médecin en soit l'acteur principal. Il peut s'agir d'un médecin de protection maternelle et infantile (PMI), d'un médecin scolaire, d'un médecin pédiatre ou d'un médecin généraliste.

Réunir des compétences pluridisciplinaires

L'évaluation diagnostique qui intervient ensuite est une procédure exploratoire longue et complexe qui néces-

site le recours à des compétences pluridisciplinaires. Elle peut conduire à l'identification de déficits linguistiques de deux types : les déficits secondaires et les déficits spécifiques. Les déficits linguistiques secondaires sont des déficits du langage oral et/ou écrit secondaires à une pathologie (par exemple l'épilepsie). Les déficits linguistiques spécifiques sont isolés ou primaires : on évoque alors les notions de « troubles spécifiques du développement du langage » (langage oral) et/ou de « troubles spécifiques d'apprentissage de la lecture ».

Quelle que soit sa nature, la prise en charge thérapeutique d'un trouble de l'évolution du langage chez l'enfant nécessite une approche plurielle ; elle associe les compétences des médecins, des psychologues, des orthophonistes et des psychomotriciens.

La lutte contre les troubles de l'évolution du langage implique le développement de centres de références (*voir dans ce numéro l'article de Martine Lévine*), structures hospitalières pluridisciplinaires dont la vocation est de coordonner les actions de santé au sein de réseaux ville-hôpitaux, en collaboration avec les professionnels de l'éducation et le secteur associatif.

Marc Delahaie

Médecin phoniatre.

1. Auteur de l'ouvrage *L'évolution du langage chez l'enfant. De la difficulté au trouble* publié par l'INPES en 2004.

L'école, lieu stratégique de dépistage et de prise en charge

Dès la maternelle, l'enseignant s'attache à détecter les perturbations du langage. Si nécessaire, dans les cas de troubles importants, un travail avec les réseaux d'aide et les professionnels de la santé permettra la construction de projets de scolarisation adaptés. Dans tous les cas, la parole de l'enfant doit être prise en compte et les parents associés à toute décision. Le travail en réseau est la clé d'une prise en charge efficace.

Comment les enfants atteints de troubles du langage sont-ils suivis, dépistés puis pris en charge dans les établissements scolaires, en lien avec les professionnels de santé et les organismes extérieurs compétents ? Parce qu'elle est fréquentée par près de cent pour cent des enfants de 3 à 6 ans, l'école maternelle est un lieu d'intervention pertinent pour repérer ces troubles de manière précoce : c'est dans ce cadre que les enseignants et autres professionnels ont vocation, avec des outils spécifiques, à détecter des difficultés éventuelles. L'enjeu est important puisqu'il s'agit de dépister pour pouvoir intervenir à une période très sensible du développement du langage. Il s'agit de prévenir des problèmes pour qu'ils ne prennent pas des proportions importantes risquant d'affecter d'autres pans du développement.

Dès l'école maternelle, c'est l'enseignant qui joue le premier rôle clé. Le programme relatif à l'apprentissage du langage, défini par les textes (arrêté du 25 janvier 2002), permet à l'enseignant de ne pas passer à côté de problèmes majeurs. Il est amené à observer les élèves et les écouter de manière analytique pour organiser les activités afin de les faire progresser dans :

- le maniement du langage d'action (« le dire » en situation qui accompagne « le faire ») ;
- le maniement du langage d'évocation (« le dire » décroché du « faire », le langage du récit) ;
- les habiletés de communication, de participation aux échanges verbaux ;
- la compréhension des histoires racontées ou lues ;
- les capacités à jouer avec la matière sonore du langage (syllabes et sons) et

le développement de la conscience phonologique ;

- la compréhension du principe alphabétique : la compréhension des lettres ou groupes de lettres qui codent les sons du langage ;
- les habiletés graphiques qui permettent de tracer des lettres et des mots.

L'enseignant, acteur de la détection précoce

La conduite de la classe l'amène naturellement à percevoir des erreurs répétées, des piétinements dans les acquisitions, etc. Il intervient pour aider et faire progresser. La mise en œuvre d'une pédagogie adaptée implique une prise en compte de la particularité de chaque enfant, une adaptation à ses besoins spécifiques. S'il n'y a pas de progression chez l'enfant, l'enseignant peut alerter ses collègues du réseau d'aide aux enfants en difficulté (Rased) pour des compléments d'observation et d'évaluation plus fins. L'enseignant a ainsi un rôle important mais dont les limites sont clairement identifiées : il lui incombe de repérer les « perturbations » puis de décrire finement les acquis et les manques ; mais ce n'est pas à lui de qualifier ce qu'il observe (retards, troubles, etc.).

Cependant, tout n'est pas joué en maternelle, on dispose d'évaluations pour l'ensemble des années jusqu'à la fin de l'école primaire, qui permettent d'affiner des prises d'indices et d'alerter. L'école, au sens large, est un lieu d'intervention pertinent pour des professionnels qui peuvent avec des outils spécifiques détecter des problèmes éventuels. Pour ce faire, des outils d'évaluation ont été produits et diffusés

par le ministère pour la section de grands et le cours préparatoire, puis pour le CE1 ; il en existe également pour les niveaux antérieurs sous forme de banques d'outils⁷. Désormais, les enseignants disposent d'une large gamme d'outils leur permettant d'évaluer les compétences des jeunes élèves.

Associer les parents

Au niveau du dépistage précoce, l'enseignant qui s'interroge sur le langage d'un enfant doit alerter la famille sans l'alarmer pour autant. Un entretien permet d'éclairer le comportement langagier hors contexte scolaire : comment s'exprime l'enfant à la maison ? Parle-t-il volontiers ? Cherche-t-il à conserver un langage de tout-petit ? Le travail peut être scindé en deux étapes :

- dans un premier temps, obtenir le concours des parents pour aider l'enfant à progresser, en attirant leur vigilance sur l'importance des échanges entre eux et leurs enfants, et donc de l'utilisation du langage ;
- à la suite des observations et entretiens avec la famille, si les difficultés persistent, on discutera à nouveau avec elle pour mettre en place une démarche d'aide particulière.

Mais le dépistage précoce n'est pas l'apanage des seuls enseignants : les médecins des PMI et de l'Éducation nationale ont un rôle premier à jouer, tout comme les membres des Rased, en collaboration avec les enseignants.

Rôle des médecins de l'Éducation nationale

Les médecins de l'Éducation nationale ont en charge le bilan à 6 ans, réalisé pendant la grande section de

maternelle. En collaboration étroite avec les enseignants et les membres des Rased, ils participent au dépistage d'éventuelles difficultés à travers des tests spécifiques réalisés pendant le bilan médical, qui se déroule en présence des parents. Leur formation spécifique acquise ces dernières années leur permet, en effet, d'explorer des fonctions participant à la mise en place des apprentissages, telles que la discrimination visuelle ou la conscience phonologique, par exemple. L'évaluation de ce bilan et le regard croisé des professionnels entourant l'enfant scolarisé permettent que l'attention soit portée aux élèves qui le nécessitent et que la mise en place d'une rééducation spécifique, voire des examens complémentaires, soit envisagée et entreprise. Un suivi des difficultés alors pressenties est instauré au long de la scolarité, en lien avec les enseignants. C'est en effet au cours du primaire, et pas avant, que se pose, s'il doit se poser, le diagnostic d'un trouble spécifique du langage écrit. Des aménagements spécifiques sont, si nécessaire, envisagés au quotidien mais aussi, dans le secondaire, lors des examens.

Deux scénarios de prise en charge

Une fois le repérage effectué, la prise en charge dépend du niveau des troubles. Soit, schématiquement, les deux scénarios suivants.

- Premier cas, le plus courant : l'élève continue de fréquenter une classe ordinaire. La première règle est alors la coordination et la complémentarité des interventions : action du maître dans sa classe, interventions éventuelles des personnels du Rased, de personnels extérieurs à l'école, le plus souvent des orthophonistes, parfois des psychologues.

Pour que leur travail soit efficace, deux conditions doivent être réunies : d'une part, que ces différents intervenants déterminent des objectifs d'action cohérents, même si chacun dispose d'un registre qui lui est propre ; d'autre part, d'avoir recueilli l'adhésion des parents au projet d'aide. La coopération se traduit dans l'élaboration commune d'un projet individualisé qui explicite, y compris pour l'enfant, les objectifs et modalités d'intervention/évaluation.

Dans la classe, l'enseignant aura à mettre en œuvre au profit de l'enfant concerné une pédagogie à double objectif : d'une part, l'aider à surmonter les difficultés, d'autre part, permettre des progrès dans les autres domaines malgré une lecture, une écriture, un langage oral déficients. Le professionnel rééducateur quant à lui doit être informé des progressions, des résultats aux évaluations scolaires, des situations de réussite et de difficultés. Un cahier de liaison entre maître et rééducateur, confié à l'enfant et donc élaboré avec sa participation, doit permettre à chacun de situer ce qui est fait d'un côté et de l'autre ; il peut comporter des copies des textes étudiés ou des exercices réalisés à l'école, des projets envisagés (par exemple, le prochain livre de littérature de jeunesse qui sera lu en classe, le thème de travail en sciences, etc.).

L'école admet que la rééducation soit intensive. Dans le cas où plusieurs séances par semaine sont nécessaires, certaines séances doivent pouvoir être prises sur le temps scolaire selon un emploi du temps négocié. Cela nécessite une explication à l'enfant lui-même mais aussi aux autres élèves de la classe qui doivent comprendre que le système d'exigences puisse être différent sans être injuste.

- Second cas, moins fréquent : des troubles sévères ou très sévères. Dans le seul cas où la sévérité des troubles ne permet pas le maintien dans une classe ordinaire avec un projet individualisé, une orientation pour une durée déterminée vers un dispositif collectif d'intégration (classe d'intégration scolaire en école élémentaire, unité pédagogique d'intégration au collège) peut être envisagée, en concertation étroite avec l'élève et ses parents.

Enfin, lorsque l'enfant ou l'adolescent présente une forme particulièrement grave de troubles, entraînant des perturbations importantes des apprentissages, une orientation peut être proposée pour une durée déterminée dans un établissement spécialisé (relevant de la compétence du ministère de la Santé) permettant une prise en charge globale.

Formation et outils

S'agissant de la formation initiale des enseignants, la connaissance de ces troubles spécifiques en fait partie inté-

Ce que prévoit la loi

Depuis mars 2001, dans le prolongement des actions prévues en faveur des élèves atteints d'un trouble spécifique du langage, la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école garantit la mise en œuvre, au bénéfice des élèves atteints de troubles spécifiques du langage oral et/ou écrit, d'aménagements de scolarité et d'actions d'aide et de soutien, dont l'ampleur doit être adaptée à la sévérité des troubles.

Les élèves, qu'ils soient dyslexiques, dyspraxiques ou dysphasiques, peuvent également bénéficier si besoin des dispositions prévues par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, pour la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Les mesures relatives à l'aménagement de leur parcours scolaire ainsi qu'à l'accompagnement de leur scolarité (notamment rééducations intensives ou matériel spécifique) sont organisées dans le cadre du projet personnalisé de scolarisation.

La loi du 11 février 2005 garantit également la possibilité d'aménagements des conditions d'examen, tout comme elle prévoit le développement d'actions de formation des personnels de l'Éducation nationale à l'accueil des élèves présentant un handicap (personnels enseignants et non enseignants, en particulier chefs d'établissement et personnels d'inspection).

grante. Les centres de formation qui préparent les professeurs des écoles au diplôme d'État de psychologue scolaire intègrent aussi cette problématique. Les professeurs des écoles qui se destinent à l'aide spécialisée (options E et G) ou à l'enseignement adapté en section d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa – option F) reçoivent une formation particulière dans le cadre de la préparation au certificat d'aptitude professionnelle pour les aides spécialisées, les enseignements adaptés et la scolarisation des élèves en situation de handicap (Capa-SH). Une formation est également possible pour les ensei-

gnants travaillant avec des publics spécifiques, comme des élèves en situation de handicap (2CA-SH).

Pour compléter les actions de formation, différents outils d'évaluation du langage ont été mis à la disposition des enseignants et sont accessibles en ligne. Ils sont complétés par des recommandations pour répondre aux besoins des élèves en difficulté. Ainsi, pour le cours préparatoire, un livret intitulé « Lire au CP, repérer les difficultés pour mieux agir » décrypte les difficultés observables et les stratégies de réponses. Objectif : faciliter la prise en charge des élèves porteurs de troubles du langage en complément des rééducations dont ces enfants doivent bénéficier.

Enfin, deux brochures à l'usage des enseignants, « Répondre à des besoins éducatifs particuliers » et « Apprendre à lire avec un trouble du langage », ont été réalisées et largement diffusées. La

seconde brochure aide les enseignants à mettre en œuvre les projets individualisés nécessaires aux élèves présentant des troubles spécifiques du langage ; en particulier lorsque ces projets impliquent des partenariats avec des intervenants extérieurs à l'école et l'élaboration d'un emploi du temps aménagé afin de permettre, lorsqu'elles sont nécessaires, des rééducations intensives.

Michèle Koch

Professeur des écoles,
chargée d'études à la Desco, mission AIS,

Jeanne-Marie Urcun

Médecin conseiller technique à la Desco,
ministère de l'Éducation nationale,
de l'Enseignement supérieur
et de la recherche, Paris.

Pour en savoir plus

Banque outils : <http://www.banquoutils.education.gouv.fr>

Les deux brochures sont consultables et téléchargeables sur le site : <http://eduscol.education.fr> dans la rubrique « école ».

1. Ces outils sont tous accessibles à l'adresse suivante : www.banquoutils.education.gouv.fr ; pour les outils spécifiques à la grande section et au CP, ils ont été présentés dans la circulaire n° 2001-148 du 27/07/2001 publiée au Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 31 du 30 août 2001.

Centres référents : évaluer et coordonner les soins

Fers de lance du plan national d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage, trente-sept centres référents fonctionnent en France. Progressivement installés dans les CHU à partir de 2001, ils réunissent, en un seul lieu, une équipe pluridisciplinaire de professionnels pour une évaluation globale et une coordination des soins proposées dans le cadre d'un travail en réseau.

L'action n° 7 du plan d'action gouvernemental¹ prévoit la mise en place de centres de références sur les troubles du langage dans les termes suivants : « Identifier et promouvoir dans les centres hospitaliers universitaires des centres référents formés d'équipes pluridisciplinaires permettant d'élaborer des diagnostics précis, de proposer des modes de prise en charge et d'envisager des études ou des recherches sur l'évaluation de ces prises en charge. »

Cette mesure a été reprise dans la circulaire Dhos/01 n° 2001-209 du 4 mai 2001, ce qui a permis la mise en œuvre effective des centres à partir de cette date. La circulaire rappelle le champ d'action concerné : les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. En d'autres termes, des troubles considérés comme primaires dont l'origine, supposée développementale, est indépendante du contexte socioculturel et d'une déficience avérée (sensorielle, motrice, mentale ou psychique).

La création des centres répond au constat d'insuffisance suivant :

- la faible mobilisation des équipes hospitalières sur le sujet ;
- la prise en charge des enfants majoritairement ambulatoire, encore insuffisamment développée et peu adaptée aux formes sévères ;
- la quasi-inexistence d'établissements spécialisés pour la prise en charge des cas particulièrement sévères ;
- le peu de recherche appliquée sur ces questions.

Partant de ce constat, les centres hospitaliers universitaires (CHU) se sont avérés la structure la plus adéquate pour héberger ces centres de référence. Et d'emblée a été affirmée la nécessité d'un travail en partenariat actif avec les différents acteurs de la

prise en charge du champ médico-psycho-socio-éducatif.

Le centre référent offre un plateau de consultations multidisciplinaires, au minimum médicale, orthophonique, psychologique et, si possible, psychomotrice et neuropsychologique, afin de permettre une évaluation globale. Le rôle du centre est d'assurer le suivi et la coordination des soins proposés par la mise en place d'un travail en réseau. De plus, il est habilité à proposer des actions de formation et à participer à des activités de recherche.

En 2001, 2002 et 2003, des budgets spécifiques ont été dédiés à la création de ces centres et la direction de l'Hospitalisation et des Soins (Dhos) a lancé un appel à projets national sur trois ans. L'objectif était d'ouvrir au moins un centre par région ; les dotations financières par région ont été allouées en tenant compte du nombre d'enfants de 4 à 9 ans par région, ce qui explique que dans certaines régions, il existe plusieurs centres. Trente-sept centres ont ainsi été créés et participent au maillage de l'ensemble du territoire.

L'une des priorités est de travailler à une bonne articulation du travail de ces centres avec les partenaires du champ médical et médico-psycho-social (CMP, CMPP, pédiatres et médecins généralistes libéraux, orthophonistes libéraux, etc.) et, bien sûr, l'Éducation nationale. Quatre réseaux de santé sont actuellement identifiés au titre de la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) sur la thématique « troubles du langage » : Bourgogne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Poitou-Charentes. De nombreux autres réseaux existent, certains reposent sur d'autres financements ; d'autres sont

opérationnels mais les liens entre les différents professionnels s'organisent de manière non formelle. Pour l'avenir, la place des centres de référence est réaffirmée dans les schémas régionaux d'organisation des soins (Sros III), qui sont en cours d'élaboration. La circulaire Dhos/DGS/ DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des Sros de l'enfant et de l'adolescent précise ainsi que « dans le cadre des territoires de santé, pourra être traitée la question de la formalisation de la coordination indispensable entre le dispositif sectoriel et les centres référents des troubles des apprentissages du langage ». La nécessité d'un travail en collaboration et en réseau est ainsi fortement affichée.

Dr Martine Lévine

Dhos, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins, Paris.

1. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/btm/actu/34_010321.btm

Plan national d'action : ce qu'en pensent les associations

Avenir Dysphasie est l'un des principaux acteurs associatifs pour les troubles du langage. En 2005, cette association a demandé à ses antennes régionales d'évaluer le plan national. Conclusion : la mobilisation des familles, des professionnels et des pouvoirs publics a permis d'améliorer la situation mais des insuffisances persistent. À titre d'exemple, le délai de prise en charge d'un enfant par un centre référent peut atteindre dix-huit mois. Plaidoyer pour une amélioration du dépistage, de la prise en charge et de la formation des professionnels.

L'Association Avenir Dysphasie (AAD France) regroupe majoritairement des parents mais aussi des professionnels. Elle a été créée pour venir en aide aux personnes atteintes d'une dysphasie ou d'un trouble sévère du langage oral. La dysphasie est un trouble structurel, inné et durable de l'apprentissage et du développement du langage oral. AAD dispose de dix-sept antennes régionales, à l'écoute des problèmes rencontrés par ses adhérents. C'est en s'appuyant sur cette organisation régionale qu'elle a dressé, en 2005, un bilan du plan d'action interministériel lancé en 2001 pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage et plus précisément de la mise en œuvre des vingt-huit mesures de ce dispositif.

Ce bilan de l'application du plan et de son efficacité permet de faire remonter le point de vue des familles, de mettre en évidence, d'une part, les avancées positives, d'autre part, les points à améliorer. Ce bilan a été réalisé grâce aux informations recueillies par les antennes régionales auprès de leurs adhérents. L'association Langage 29 (Finistère) a fait le même travail dans son département. Chaque mesure du plan d'action national a été questionnée.

Un meilleur travail en réseau

Les résultats pointent d'importantes avancées, traduisent une mobilisation nouvelle, tout en soulignant des insuffisances persistantes et de taille. Pour ce qui est des éléments positifs, l'ensemble des régions constate :

- des progrès réalisés grâce aux échan-

ges entre professionnels de santé, familles et enseignants ;

- des « centres référents » créés dans de nombreux départements ;
- des enfants dysphasiques intégrés à l'école ;
- des classes adaptées – classe d'intégration scolaire (Clis) et unité pédagogique d'intégration (UPI) –, certaines spécialisées dans les troubles du langage ont été créées ;
- enfin, les troubles du langage sont progressivement reconnus, ce que l'on peut constater à travers la prise en charge des soins, du transport ainsi que la mise en œuvre de l'allocation d'éducation spéciale (AES).

Mais l'enquête met en évidence de très fortes disparités régionales. Le succès de la mise en application des vingt-huit mesures du plan dépend notamment du degré d'implication des pouvoirs publics, ministères de la Santé et de l'Éducation nationale. On peut se référer au bilan complet dressé par département, consultable sur avenir.dysphasie@free.fr.

Globalement, cinq principaux points sont à améliorer dans le champ de la santé :

- réduire les délais d'attente dans les centres référents, qui peuvent atteindre de six à dix-huit mois ; créer un centre référent dans tous les départements ;
- généraliser la double prise en charge de soins en secteur libéral parallèlement à une prise en charge en secteur spécialisé. Actuellement, elle varie d'une région à l'autre et, dans certains départements, les textes ne sont pas respectés;

- systématiser et intégrer dans la formation initiale des médecins la formation aux troubles sévères du langage. En revanche, une nette amélioration de la formation des orthophonistes a été notée, et de nombreuses antennes sont sollicitées par des étudiants qui effectuent leur mémoire sur la dysphasie ;
- généraliser les rencontres entre médecins scolaires, psychologues et orthophonistes mises en place dans certaines régions ;
- développer les programmes de recherche clinique.

Dépistage : développer le travail commun

Plusieurs autres points doivent également être travaillés en priorité :

- améliorer le dépistage dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI). Souvent, les médecins de PMI n'y sont pas formés ou ne disposent pas du temps nécessaire à consacrer à chaque enfant ;
- mieux explorer les capacités langagières de l'enfant lors du bilan de santé de 6 ans : car peu de régions signalent sa mise en œuvre ;
- demander à chaque direction départementale des Affaires sanitaires et sociales d'identifier un réseau de professionnels libéraux. Quand le centre référent est actif – cas par exemple dans les Bouches-du-Rhône, à Marseille – et travaille étroitement avec les professionnels libéraux, ce réseau fonctionne. Or, beaucoup de régions soulignent les difficultés de dialogue entre professionnels libéraux et centres référents, ou la très grande réticence de certains centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;

– développer l'implication des centres d'actions médico-sociales précoces (Camsp) et des CMPP. L'information qui remonte des régions est un fort mécontentement vis-à-vis de ces structures. Si, en effet, quelques Camsp et CMPP orientent bien les enfants vers les centres référents, la majorité des régions relève une « psychiatrisation » des troubles du langage oral ; en d'autres termes, les causes « psy » sont mises en avant au détriment des enfants qui ne sont pas orientés vers un orthophoniste ;

– étendre la prise en charge en affection de longue durée : si cette prise en charge est effectivement accessible dans quelques départements, la majorité signale le refus de cette reconnaissance. Par ailleurs, peu de commissions Handiscol prennent en compte les troubles du langage oral et apportent des solutions quant à leur prise en charge ; les antennes de l'AAD demandent davantage de dialogue et d'échanges avec ces commissions.

Des moyens d'évaluation insuffisants

Des mesures relevant du ministère de l'Éducation nationale pourraient également améliorer la mise en œuvre du plan national. L'enquête fait apparaître plusieurs insuffisances à corriger :

1. améliorer l'évaluation par les enseignants : dans quelques régions, les maîtres réalisent dans des conditions correctes cette évaluation du langage oral et certains bénéficient de l'implication des Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (Rased) ; toutefois, dans la majorité des cas, les tests sont distribués aux enseignants sans explications, ni formation spécifique. L'AAD demande que ces évaluations soient systématisées et qu'une information sur les troubles du langage oral soit délivrée aux enseignants ;
2. ouvrir des classes d'intégration scolaire (Clis) et des unités pédagogiques d'intégration (UPI) dans tous les départements. À ce jour, seules quelques-unes de ces structures fonctionnent, souvent très bien. Seule leur généralisation permettra de répondre aux besoins : actuellement, le nombre de dossiers d'enfants en attente de place

dans ces structures peut aller de quarante à deux cents selon le département ; limiter, dans ces classes, la rotation importante des enseignants, qui, par ailleurs, sont parfois débutants ou non spécialisés ; systématiser la mise à disposition d'un service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sesad), élément central pour le bon fonctionnement de ces classes ;

3. développer la formation des enseignants, des membres du Rased, des psychologues scolaires et des auxiliai-

res de vie scolaire. L'enquête le souligne, la formation des enseignants est souvent le fait d'une volonté individuelle, rarement institutionnelle et systématique. Et les enseignants se plaignent de voir leur demande de formation à la prise en charge pédagogique des troubles du langage refusée au prétexte que cette formation est coûteuse. Les modules de formation aux troubles du langage pourraient être systématiquement dispensés en instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) dans le cadre de la formation initiale ;

4. appliquer réellement les mesures d'aménagement des conditions d'exams ; hormis quelques cas constatés, il est globalement extrêmement difficile d'obtenir ces aménagements. Un exemple : un élève avait obtenu cet aménagement pour le bac, à l'oral le professeur le lui a refusé. L'élève a raté son baccalauréat pour un demi-point, la commission d'examen lui a refusé ce demi-point pour « faiblesse de langage »... Par ailleurs, la dysphasie est mal connue au niveau des rectorats, d'où peut-être les difficultés à faire appliquer ces textes en faveur des enfants et jeunes concernés.

Veiller à l'application du plan

D'autres mesures du plan demandent à être approfondies. Ainsi, dans quelques départements, le diagnostic du centre référent est incontournable pour que les commissions (CDES, CCPE, Cotorep) prennent en compte la dysphasie ; ce qui provoque notamment des délais d'attente très longs dans ces centres. Et, pour les autres départements, les commissions ne prennent pas en compte, dans la plupart des cas, les troubles du langage oral.

AAD France continue de mettre à jour ce bilan par département et d'en informer les pouvoirs publics. La Fédération pour les troubles du langage et des apprentissages (FLA), à laquelle l'AAD est rattachée, y adjoindra les points de vue des autres associations, en particulier celles concernées par les troubles du langage écrit.

En conclusion, les vingt-huit mesures de ce plan sont pertinentes et d'actualité et répondent bien aux problèmes posés par les troubles spécifiques du langage. Toutefois, les pouvoirs publics, via les ministères concernés, doivent faire appliquer intégralement ces mesures, ce qui n'est pas le cas à ce jour. La nouvelle loi de février 2005¹ génère une réflexion large dans le monde du handicap ; il importe de veiller à ce que les troubles spécifiques du langage soient bien pris en compte dans ce nouveau cadre. Et, plus largement, que les progrès accomplis depuis dix ans ne soient pas remis en cause par omission de ces troubles spécifiques du langage dans les textes.

Marie Mermet-Guyennet
Présidente d'AAD France.

1. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n° 36 du 12 février 2005 : 2353.

Pour en savoir plus

AAD France
142, avenue Foch
78100 Saint-Germain-en-Laye
Tél. : 01 34 51 28 26
<http://www.avenir-dysphasie.asso.fr>

Centre de référence d'Amiens : une approche plurielle et complémentaire

Rattaché au CHU d'Amiens, le centre de référence des troubles du langage de la région Picardie associe les services de neurologie pédiatrique et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Le centre travaille en lien avec les professionnels de santé et de l'éducation. Il a pour mission d'aider au diagnostic et à la mise en place de prises en charge thérapeutiques, rééducatives ou pédagogiques.

Le centre de référence des troubles du langage et des apprentissages d'Amiens a été créé en 2002. Ce centre ressource travaille en lien avec les professionnels de la prévention, du soin et de l'éducation impliqués auprès d'enfants ou d'adolescents présentant des troubles du langage et des apprentissages : pédiatres, pédopsychiatres, médecins, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, d'exercice libéral ou institutionnel, hospitaliers, des centres médico-psychologiques (CMP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des services de soins et d'éducation spécialisée à domicile (SSESD), des services d'enseignement scolaire à domicile (Sesad), médecins et psychologues de l'Éducation nationale, médecins et infirmières de la PMI. Il s'agit de l'ensemble des professionnels impliqués dans le diagnostic et la prise en charge des troubles du langage et des troubles sévères des apprentissages. Dans ce cadre, les professionnels des PMI ont notamment un rôle essentiel à jouer dans la prévention, le dépistage et l'accompagnement, tout comme les structures spécialisées telles que les CMP, CMPP, Camsp, SSESD, Sesad.

Le centre de référence d'Amiens fonctionne comme un centre de ressources qui reçoit, en accord avec les parents, des enfants nécessairement adressés par des professionnels de la santé ou de l'éducation (médecin d'un établissement scolaire par exemple) pour des évaluations complémentaires à visée diagnostique ou thérapeutique, complétant les évaluations et bilans effectués par les professionnels en amont. Il a également des missions de formation et de recherche.

Considérer l'enfant dans sa globalité

Le centre de Picardie associe deux services du CHU d'Amiens : l'unité de neurologie pédiatrique et l'antenne de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Pr Mille), ce qui traduit la volonté clairement affirmée d'emblée de ne pas opposer des conceptions neurocognitives et psycho-dynamiques mais, au contraire, de considérer l'enfant dans sa globalité et dans ses interactions. Il se situe dans une perspective développementale qui ne se réduit pas à une conception purement biologique, du trouble : il n'est pas possible

de dissocier la maturation des fonctions cognitives du développement psycho-affectif, ni d'en ignorer les intrications et influences réciproques. La composition de l'équipe est plurielle ce qui permet des regards croisés et une complémentarité des approches lors des réunions de synthèse.

Des pratiques concertées

La volonté commune de l'équipe du centre de références de Picardie et de ses partenaires de cultiver une approche multimodale sous-entend que soient reconnus et respectés les compétences et les éclairages de chacun en ne négligeant pas de resituer le trouble dans l'histoire personnelle de l'enfant pour ajuster, au cas par cas, les réponses rééducatives ou thérapeutiques.

Au fil du temps, on s'accorde sur des façons de faire : consulter les professionnels concernés avant qu'un enfant ne soit reçu au centre de référence et se concerter sur les conduites à tenir pour éviter les « parcours du combattant » auxquels sont trop souvent confrontés les enfants et les familles et pour que prennent sens les approches des différents professionnels sollicités.

Des formations interactives

Dans le cadre du Programme régional de santé (PRS), le centre de référence coordonne et participe à des actions de sensibilisation et de formation de l'ensemble des professionnels concernés dans les trois départements de la région : médecins, infirmières, psychologues, enseignants, orthophonistes, pédiatres, etc.

Ces actions reposent peu, dans un premier temps, sur l'apport d'experts, universitaires ou non ; le plus souvent,

elles sont d'abord organisées sous la forme d'ateliers réunissant des professionnels de proximité intervenant sur le même territoire. Ces ateliers, résolument centrés sur les pratiques professionnelles, permettent des échanges de savoirs et de savoir-faire, le partage de questionnements et la construction d'outils communs. Ainsi, les questions essentielles qui ont émergé des ateliers organisés dans le département de l'Oise ont ensuite été reprises lors d'une « Journée départementale » qui a réuni quatre cents professionnels, en novembre 2005, et il a été demandé aux experts invités d'y répondre plus précisément.

Ces ateliers et les journées départementales organisées dans les trois départements permettent une meilleure connaissance respective des pratiques des professionnels des différents champs et des formations transversales, précieuses pour le travail en partenariat une fois de retour sur le terrain.

Cette culture des approches plurielles ne se construit pas avec l'apprentissage d'un langage commun, sorte d'« espé-

ranto » s'imposant à chaque praticien, mais plutôt avec une ouverture au langage de l'autre et aux façons différentes de penser la difficulté rencontrée par un enfant. Cette capacité à travailler ensemble est variable dans chacun des trois départements de la région picarde, ainsi que d'un bassin à l'autre dans le même département. Ce travail en réseau progresse au niveau régional et départemental. Il apparaît facilité par l'existence antérieure de « réseaux » plus ou moins formalisés. Il convient, bien sûr, de prendre en compte les réalités de terrain différentes selon les secteurs.

Un centre de références pour quoi faire ?

Les missions du centre sont doubles : – au plan universitaire et scientifique, les missions d'enseignement et de formation sont importantes. Elles concernent la formation initiale mais aussi, avec les différents acteurs de santé et de l'Éducation nationale, la formation continue des professionnels impliqués. Le centre de référence d'Amiens est associé au laboratoire de neurosciences fonctionnelles et pathologie (UMR CNRS

8160). Le développement d'activités de recherche clinique et fondamentale est nécessaire afin de mieux connaître les aspects développementaux des fonctions cognitives et leurs inter-relations avec le développement psychique.

– au plan clinique, le rôle du centre de référence n'est pas d'élaborer une « doxa » des bonnes pratiques mais d'être plutôt « un centre de ressources » aidant au diagnostic, proposant des pistes thérapeutiques et pédagogiques, et favorisant la complémentarité des approches et la cohérence de leur synthèse permettant au jeune patient de s'en approprier le sens.

Enfin, le centre de référence d'Amiens est inscrit dans le PRS et donc dans le futur programme régional de santé publique (PRSP) de la Picardie.

Dr Pierre Rose

Pédopsychiatre, directeur médical du CMPP de Beauvais,

Pr Patrick Berquin

Neuropédiatre, coordinateur du centre de référence des troubles des apprentissages et du langage du CHU d'Amiens.

En région Paca, un réseau innovant accompagne les enfants dyslexiques

Depuis 2004, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) a mis en place un réseau d'évaluation et de prise en charge des enfants dyslexiques. Quatre unités de bilan fonctionnent en lien avec un centre référent « troubles du langage » installé au CHU de Marseille. Cette expérience innovante montre qu'un travail d'évaluation harmonisé et associant l'ensemble des professionnels améliore de manière significative la qualité de la prise en charge.

Notre conception d'un réseau de soins (Résodys) associant l'ensemble des professionnels concernés et consacré aux troubles d'apprentissage découle de la double observation suivante : d'une part, les données scientifiques s'accroissent pour démontrer la complexité des troubles réunis sous le terme de dyslexie, justifiant chaque année plus clairement une approche multidisciplinaire et une meilleure interaction entre les différents acteurs ; d'autre part, parmi les rôles possibles d'un réseau, il apparaît de plus en plus évident qu'une évaluation complète, utilisant les outils les plus modernes mis à la disposition des différents professionnels, est un pré-

alable indispensable à toute prise en charge cohérente. Il est pertinent de mettre en place en différents points de la région Paca des « unités de bilans » réunissant des équipes pluridisciplinaires ayant vocation à faciliter l'accès des dyslexiques sévères à une évaluation de qualité.

En d'autres termes, le réseau de soins dyslexie de la région, composé de ces unités de bilans et travaillant en collaboration avec le centre de référence « troubles du langage », est une réponse au besoin prioritaire d'évaluations pluridisciplinaires. Dans un premier temps, Résodys a procédé à la

création d'une dizaine de pôles comportant des professionnels de différentes disciplines acceptant de travailler en équipe sur le thème des troubles d'apprentissage. Dans un deuxième temps, une partie de ces pôles s'est portée candidate pour l'inclusion de patients selon des modalités expérimentales qui devraient être ensuite étendues à l'ensemble des pôles si l'expérience s'avérait concluante.

Associer psychomotriciens et psychologues

La création de ces unités de bilans a reçu un accueil favorable des tutelles administratives régionales, qui ont

proposé de financer, dans un premier temps, l'inclusion de cent cinquante patients ; ce financement comporte deux volets : d'une part, le paiement du temps passé par les professionnels pour le travail d'organisation et de synthèse et, d'autre part, un volet de prise en charge directe de certains actes jusqu'ici non remboursés par l'Assurance Maladie. Il s'agit avant tout des actes de psychomotriciens et de psychologues, dont la participation au bilan de ce type de troubles paraît de plus en plus indispensable et dont une minorité seulement d'enfants bénéficient actuellement. Quant à la prise en charge elle-même des patients, en particulier par les orthophonistes et, le cas échéant, les psychothérapeutes, elle ne fait pas partie à proprement parler de la demande financière mais constitue, bien évidemment, la conséquence logique du projet et son prolongement direct.

Des procédures partagées

À ce jour, quatre des pôles de Résodys ont adhéré à ce programme d'unités de bilans. Ils fonctionnent de manière très similaire, grâce essentiellement à l'application de procédures partagées décidées en commun avec l'aide de la cellule coordinatrice centrale, dépendant

du centre de référence du CHU. Premier constat : le travail d'équipe est vu comme un avantage considérable pour un professionnel libéral confronté à des patients présentant des troubles sévères d'apprentissage. Ce travail d'équipe est utile pour confirmer le diagnostic, pour adapter la prise en charge, pour améliorer la scolarité de l'enfant. Par ailleurs, les réunions multidisciplinaires permettent au praticien de recueillir le point de vue d'autres professionnels sur l'enfant en cours de bilan et de comparer les impressions cliniques, ce qui débouche souvent sur des éclaircissements, parfois décisifs.

En pratique, voici le cheminement d'un jeune patient adressé – par un professionnel ou un établissement scolaire – à l'une des quatre unités de bilans : après une étape d'inclusion, où il est vérifié que l'enfant remplit les critères préétablis, des rendez-vous sont pris par la coordinatrice du pôle, de telle sorte que le dossier contienne un bilan orthophonique récent, répondant là aussi à un certain nombre de critères ; un bilan neuropsychologique, comportant dans tous les cas une évaluation du QI (qu'elle ait été faite par le neuropsychologue de l'équipe ou par le psychologue scolaire) ; un bilan

psychomoteur, utile dans la majorité des cas de ces formes sévères, même lorsque les éléments dyspraxiques ne sont pas prédominants ; un bilan pédagogique, lui aussi établi selon des normes de manière à harmoniser la forme sous laquelle ces informations sur la scolarité seront consignées dans le dossier.

Un dossier complet pour l'enfant

L'effort principal dans le montage de ce projet a porté sur la mise en place du dossier-patient, individuel, comprenant notamment divers questionnaires (administratif, anamnèse, etc.) ; le compte-rendu des bilans médical, orthophonique, neuropsychologique, psychomoteur initiaux et des examens complémentaires ; une fiche de synthèse (conclusion des bilans et examens, préconisations) ; une fiche de suivi comportant les éléments permettant de s'assurer que l'enfant est toujours pris en charge et de juger de l'amélioration de son état. Un soin tout particulier a été porté à l'élaboration du bilan orthophonique, effectué selon une méthodologie commune aux quatre unités de bilans. Il repose sur le choix d'outils standardisés largement reconnus et utilisés par les professionnels, en accord avec les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (désormais la Haute Autorité de santé) ; cette méthode répond à un double objectif : faciliter le partage avec les autres professionnels et permettre un bilan orthophonique d'après-prise en charge afin de le comparer au bilan d'entrée.

En conclusion, l'expérience d'une année de fonctionnement de ce réseau laisse entrevoir la perspective d'une amélioration très significative de la prise en charge de ces jeunes patients, qui repose largement sur l'effort de partage d'information entre les différents acteurs concernés.

Audrey Colleau-Attou

Orthophoniste, Résodys,

Michel Habib

Neurologue, praticien hospitalier, Marseille.

Pour en savoir plus

Résodys : 1, rue Jeune Anacharsis, 13001 Marseille.

<http://resodys.phpnet.org>

resodys@wanadoo.fr

Entretien avec Agnès Joly, mère de deux enfants dyslexiques et présidente de Trustd

« L'accompagnement coûteux pénalise les familles défavorisées »

Basée à Bourges, dans le Cher, l'association Trustd est la seule en France à accompagner spécifiquement les familles défavorisées d'enfants atteints de troubles du langage. Sa présidente, RMIste et bénévole, explique le sens de son combat, livre ses espoirs et ses attentes.

La Santé de l'homme : Pourquoi avez-vous créé votre association ?

Agnès Joly : Je suis touchée de plein fouet par le problème de la dyslexie : mes deux fils, âgés de 22 ans et 16 ans, sont dyslexiques et je le suis moi-même. Lorsque j'ai commencé à m'inquiéter de leurs difficultés scolaires, les spécialistes auxquels je m'adressais ne voulaient rien entendre ; ils me disaient que mes enfants souffraient de troubles psychologiques affectifs et/ou de troubles comportementaux. Il y avait un refus de reconnaître la dyslexie... on me disait que cette maladie n'existait pas dans la région ! En d'autres termes, les troubles du langage relevaient de la psychiatrie. Face à moi, pédiatres et orthophonistes n'avaient que leur silence à m'offrir. Or, les troubles du langage écrit et de la mémoire dont mes enfants sont affectés n'étaient pas exclusivement d'origine psychologique. J'ai refusé cette incompréhension et cette indifférence, et j'ai créé l'association.

S. H. : Une part importante des enfants et familles que vous accompagnez est en situation de précarité. Comment l'expliquez-vous ?

Je suis RMIste et le trésorier de l'association est également en situation de précarité. L'association fonctionne avec quelques autres bénévoles qui se sont joints à nous. Les personnes de ma classe sociale sont souvent cataloguées comme sous-évaluées et sous-éduquées. Moi-même, je connaissais mal la dyslexie au départ, je ne l'avais « apprise » que dans les livres, j'ai ainsi accepté un placement en institution spécialisée pour mon fils aîné, fortement handicapé par ce trouble, alors qu'il n'avait que 12 ans. J'ai regretté amèrement ce choix ensuite car je ne suis jamais parvenue à l'en sortir. J'ai tout essayé, j'ai même eu recours à la

justice, sans succès. Finalement, il en est sorti à 18 ans, à sa majorité. Depuis, son horizon s'est éclairci, il est aidé par son amie, par son père et travaille en CDD. Mais je continue de m'angoisser pour sa vie future.

Quant à mon second fils – atteint d'une dyslexie plus légère – il va très bien, n'a pas été placé en institution : la solidarité familiale nous a permis de lui financer une école privée et le suivi régulier d'un psychomotricien. Il est actuellement en classe de 3^e technologique, dans le cursus commun.

Notre association accompagne *de facto* des familles défavorisées et les plus démunies pour qu'elles accompagnent elles-mêmes leurs enfants atteints d'un trouble du langage. Nous luttons contre cet état d'esprit d'indifférence générale où les familles aisées se donnent les moyens de rééduquer leur enfant, et les familles en difficulté constatent la fatalité de leur situation. Si elles ne sont pas réalisées dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), les consultations des psychomotriciens et des psychothérapeutes sont payantes, il faut avancer de l'argent, et certaines familles ne disposent pas de mutuelle (ou sont en situation de surendettement), donc pas de couverture complémentaire. La question financière est cruciale car, si l'on ne guérit pas la dyslexie, on peut la rééduquer et améliorer considérablement le bien-être de l'enfant ou de l'adulte qui en est porteur.

Le combat auquel Trustd se livre est un combat de sens et d'égalité. Mon statut social et ma situation de RMIste n'apportent que la preuve que l'accès aux soins et à la solidarité est possible. À titre personnel, je ne peux donner que du temps, de l'analyse et de la compétence. Rien d'autre. À l'inverse, on ne peut rien me prendre.

S. H. : Quels sont les principaux objectifs de votre association ?

Aider et informer les familles, leur maintenir une assistance juridique en travaillant avec un pool d'avocats (sur l'article 375 du code civil traitant du placement des enfants), les aider à diagnostiquer ce dont souffre leur enfant, et surtout les écouter car c'est ce qui leur fait le plus défaut. Dans la plupart des familles que nous accompagnons, père, mère et enfant ne communiquent pas, par honte ou culpabilité. Nous instaurons le dialogue, cela passe par des larmes et prend des heures, mais c'est indispensable. Une fois le dépistage effectué, nous les guidons vers les professionnels, les accompagnons dans les démarches administratives et assurons l'information des enseignants. Notre principale tâche est de mettre la famille sur les rails. À ce jour, nous en avons ainsi accompagné deux cent quatre-vingt-quinze.

Depuis 2002, nous avons mis en place des groupes de parole réunissant les parents, les enfants et parfois les deux. Cela apporte un bienfait considérable ; ils déculpabilisent, se sentent moins seuls, réalisent qu'ils ne vivent pas sur une autre planète. Un autre groupe de parole réunit les « 8-17 ans ». Parmi nos priorités, nous travaillons sur le projet « Force Dys », qui consiste à mettre à disposition des enfants et adultes atteints de dyslexie des logiciels spécialisés. Ce projet n'est pas encore concrétisé faute de moyens financiers.

S. H. : Comment êtes-vous financés ?

Par les cotisations des adhérents, dont les montants sont modestes, et des dons. Par des subventions du conseil général du Cher et de la ville de Bourges. Nous sommes en position de survie avec un budget annuel de huit mille

euros. Nous cherchons d'autres moyens de financement pour pouvoir initier nos nouveaux projets.

S.H. : Quels sont les plus importants obstacles auxquels se heurtent les familles ?

J'en citerai trois :

– le dépistage/diagnostic : il doit être effectué par un centre référent et nous n'en avons que deux dans le secteur : Tours et Orléans. Or, le délai d'attente est au minimum de six mois ! Familles et enfants ne peuvent pas attendre, nous les orientons donc vers des orthophonistes mais il n'y en a que vingt-sept qui exercent en libéral dans le département. Nous demandons la suppression du numerus clausus pour cette

profession, d'autant que les orthophonistes sont mal répartis sur les départements ;

– la pénurie de professionnels : il n'y a aucun neuropsychologue dans le département du Cher. Il y a un neuropédiatre pour toute la région Centre ;
– la coopération avec l'Éducation nationale et les CMPP n'est pas satisfaisante. La plupart des familles que nous accueillons ont rencontré les professionnels des CMPP et n'ont pas obtenu l'accompagnement qu'elles souhaitaient. Pour l'Éducation nationale, nous demandons la suppression de l'enseignement obligatoire de l'anglais pour les enfants atteints de dyslexie ; c'est une langue « irrégulière », qui, ajoutée au français – également langue irrégulière – crée un handicap supplémen-

taire pour l'enfant, ce qui est le comble ! Nous nous battons aussi pour avoir des classes d'intégration scolaire (Clis) spécifiques pour enfants dyslexiques, alors que les Clis travaillent majoritairement sous l'angle des troubles psychiques. Par ailleurs, trop d'enfants moyennement touchés par ce handicap sont sortis du système scolaire classique, c'est une erreur profonde car leurs apprentissages, quoique difficiles, y sont néanmoins facilités.

Enfin, rien n'existe pour les adultes atteints de troubles du langage et les centres référents ne sont pas compétents pour les publics âgés de plus de 20 ans. Nous collaborons avec les structures qui prennent en charge l'illettrisme et l'analphabétisme. Elles n'intègrent pas le fait qu'environ un tiers des personnes concernées par l'apprentissage de la lecture sont atteintes de troubles du langage et doivent donc faire l'objet d'un dépistage/diagnostic ; elles sont facilement repérables car elles reviennent chaque année réapprendre... ce qui leur a déjà été enseigné l'année précédente.

S.H. : Comment appréhendez-vous l'avenir ?

Ces difficultés illustrent le décalage entre le plan national des troubles du langage tel qu'il est conçu et sa mise en œuvre effective sur le terrain. À nos yeux, la concrétisation des mesures se réalise à hauteur de 10 %. Alors que quarante-huit mille jeunes souffrent de troubles du langage (soit de 8 à 10 % de cette population), ils ne font pas partie des priorités du Programme régional de santé en région Centre. On soigne les manifestations de ces troubles en se focalisant sur les troubles du comportement et les conduites addictives par exemple mais on ne soigne pas suffisamment la cause : un enfant atteint de troubles du langage est incompris, en échec scolaire et honteux de ne pas pouvoir être comme les copains. Les troubles du langage sont désormais reconnus au niveau national, ils sont identifiés comme prioritaires dans la nouvelle loi de santé publique (objectif n° 96). Le projet existe au niveau national, il reste à faire le plus important : le mettre en œuvre au niveau local, avec les moyens financiers et humains adéquats.

Propos recueillis par Yves Géry

COMMUNIQUÉ

équilibrés
LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- Chaque mois, « équilibrés », la lettre électronique d'information mensuelle de l'Inpes, en ligne sur le site.
- Elle s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé et des intervenants en prévention et en éducation pour la santé

INPES
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
www.inpes.sante.fr

Expertise collective Inserm : la prudence des scientifiques

L'Inserm s'apprête à publier une expertise collective sur les troubles spécifiques des apprentissages. Un état des lieux des savoirs – et des incertitudes – sur les causes de ces troubles. Et une recension des outils de dépistage validés.

Les troubles spécifiques des apprentissages traités dans l'expertise collective Inserm, à paraître au printemps 2006, concernent les troubles directement liés aux acquisitions scolaires : le trouble de la lecture (dyslexie), le trouble du calcul (dyscalculie) ainsi que le trouble de l'écriture (dysorthographe).

Le trouble le plus étudié au plan international est la dyslexie, dont la prévalence en France est estimée à environ 8 % des enfants en CE1. Les études d'estimation de la dyscalculie dans la population scolaire font état d'un taux de prévalence allant de 3,6 à 7,7 %.

La recherche des causes de la dyslexie a donné lieu à une grande diversité de théories explicatives sans doute liée à la complexité et à la diversité des symptômes que ce trouble présente et à son caractère fréquemment associé à d'autres troubles développementaux

(dysphasie, dyspraxie, troubles de l'attention, etc.). Cependant, il est possible de dire qu'une grande majorité d'enfants dyslexiques souffrent d'un déficit cognitif spécifique à la représentation et au traitement des sons de la parole : c'est ce que l'on appelle le déficit phonologique. Une minorité d'enfants dyslexiques semblent présenter des troubles de nature visuelle, à l'exclusion de tout déficit phonologique. Au niveau des causes neurobiologiques de ces déficits cognitifs, l'hypothèse actuelle est celle de dysfonctionnements de la formation de certaines aires du cortex cérébral (dans le cas de la dyslexie avec déficit phonologique) au cours de l'embryogenèse. Cette hypothèse est confortée par de nouvelles données issues de la génétique.

Il existe des outils validés permettant de dépister, d'une part, dès l'école maternelle les trou-

bles du langage oral qui peuvent être des prédicteurs des troubles spécifiques des apprentissages et, d'autre part, dès le CP les troubles du langage écrit. Une réponse pédagogique de première intention peut être apportée à l'école lorsque des difficultés ont été repérées. Elle permet à une majorité des enfants entraînés présentant un retard de lecture transitoire de récupérer un niveau de lecture proche de la normale. Pour les enfants dont les difficultés persistent, un diagnostic précis et une démarche de soins sont nécessaires. Cette démarche repose sur l'utilisation de méthodes de rééducation évaluées et sur la coordination des intervenants (médecin, orthophoniste, psychologue, enseignant, parents, etc.).

Jeanne Étienne

directrice du centre d'expertise collective
à l'Institut national de la santé et de
la recherche médicale (Inserm), Paris.

Pour en savoir plus

► Plan, circulaires et rapports

• Ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage*. Mars 2001 : 65 p.

En ligne : <http://www.education.gouv.fr/discours/2001/plandyslexie.pdf>
[dernière visite : 14/12/2005]

• Circulaire interministérielle DGS/SD 6 D/MEN n° 2002-68 du 4 février 2002 relative à la mise en œuvre d'un plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage oral ou écrit. *Bulletin officiel* du ministère de l'Emploi et de la Solidarité n° 2002-8.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2002/02-08/a0080669.htm>
[dernière visite : 14/12/2005]

• Circulaire Dhos/01 n° 2001-209 du 4 mai 2001 relative à l'organisation de la prise en charge hospitalière des troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit. *Bulletin Officiel* du ministère de l'Emploi et de la Solidarité n° 2001-20.

En ligne : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-20/a0201307.htm>
[dernière visite : 14/12/2005]

• Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Service des Recommandations et références professionnelles. *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez les enfants de 3 à 6 ans*. Paris : Anaes, mai 2001 : 80 p.

En ligne : [http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile_RA_ASSI-57JEAT/\\$File/Orthophonie.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile_RA_ASSI-57JEAT/$File/Orthophonie.pdf?OpenElement)
[dernière visite : 14/12/2005]

• Rousseau-Giral A.-C., Strohl H., Bizot C., Ravary Y. inspection générale des affaires sociales (Igas), inspection générale de l'Éducation nationale (Igen). *Enquête sur le rôle des dispositifs médico-social, sanitaire et pédagogique dans la prise en charge des troubles complexes du langage*. Paris : Igas (rapport n° 2002 003), Igen (rapport n° 2002 004), 2002 : 106 p.

En ligne : <http://lesrapports.ladocumentation-francaise.fr/BRP/024000371/0000.pdf>
[dernière visite : 14/12/2005]

► Bibliographie

• Carbonnel S., Gillet P., Martory M.-D., Valdois S. (sous la dir.). *Approche cognitive des troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant et l'adulte*. Marseille : Solal, coll. Neuropsychologie, 1996 : 373 p.

• Casalis S. *Lecture et dyslexies de l'enfant*. Villeneuve-D'Ascq : Presses universitaires du Septentrion, 1996 : 244 p.

• Chevie-Muller C., Narbona J. *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques*. Paris : Masson, hors coll., 1999 : 480 p.

• Delahaie M. *L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble*. Saint-Denis : INPES, 2004 : 98 p.

• Gérard C.-L., Brun V. (sous la dir.). *Les dysphasies*. Paris : Masson, coll. Rencontres en rééducation, 2003 : 184 p.

• Habib M. *Dyslexie : le cerveau singulier*. Marseille : Solal, 1997 : 288 p.

• Sprenger-Charolles L., Col P. *Lecture et dyslexie : approche cognitive*. Paris : Dunod, coll. Sciences humaines, 2003 : 304 p.

• Van Hout A., Estienne F. *Les dyslexies : décrire, évaluer, expliquer, traiter*. Paris : Masson, Hors coll., 2001 : 344 p.

► Liens utiles

• **Association française de parents d'enfants en difficulté d'apprentissage du langage écrit et oral (Apéda)**

3 bis, avenue des Solitaires – 78320 Le Mesnil-Saint-Denis – Tél. : 01 34 61 96 43

• **Apédys – Fédération des associations de parents d'enfants dyslexiques**

88, rue Charles-le-Bon – 59650 Villeneuve-d'Ascq – Tél. : 0 820 207 507

www.apedys.org

• **Association Avenir Dysphasie (AAD)**

142, avenue Foch – 78100 Saint-Germain-en-Laye – Tél. : 01 34 51 28 26

www.avenir-dysphasie.asso.fr

• **Coordination des intervenants auprès des personnes souffrant de dysfonctionnements neuropsychologiques (Coridys)**

7, avenue Marcel-Pagnol – 13090 Aix-en-Provence – Tél. : 04 42 95 17 96

www.coridys.asso.fr

• **Association Dyslexia**

274, boulevard Raspail – 75014 Paris – Tél. : 01 43 35 31 05

• **Fédération française des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (FLA)**

43, avenue de Saxe – 75007 Paris – Tél. : 01 47 83 94 88

• **Association Trusdt**

Maison des associations – 28, rue Gambon – 18000 Bourges – Tél. : 02 48 24 79 70

www.trusdt.org

• **Site Internet Handiscol**

Le site Handiscol permet d'identifier les principales mesures ou dispositifs mis en place depuis 1999 pour favoriser la scolarisation des enfants et des adolescents handicapés en milieu scolaire ordinaire. Ce site regroupe l'ensemble de ces actions ainsi que les informations ou aides utiles tant aux parents qui scolarisent ou souhaitent scolariser leur enfant handicapé en milieu ordinaire qu'aux enseignants qui accueillent des élèves handicapés.

Tél. : 0 810 55 55 01

www.education.gouv.fr-handiscol

Olivier Delmer

Documentaliste à l'INPES.

Mieux prévenir les chutes chez les personnes âgées

Ce dossier de *La Santé de l'homme* propose un tour d'horizon – non exhaustif – du problème des chutes chez les personnes âgées. La première partie permet de cadrer le sujet avec, successivement, un bilan épidémiologique, la présentation des facteurs de risques et des approches de prévention et d'éducation pour la santé. Cette première partie se termine sur la présentation du référentiel francophone de bonnes pratiques de prévention édité par l'INPES en mai 2005.

Dans la deuxième partie, nous avons choisi de présenter quelques interventions menées en France. Celles-ci émanent de différentes structures : les programmes de prévention des chutes sont proposés par des structures institutionnelles comme l'Assurance maladie, à l'initiative des professionnels de santé mais aussi des associations de proximité. Les actions présentées dans ce dossier sont inscrites dans le champ de la prévention primaire, secondaire et aussi tertiaire : ateliers « équilibre » en région Bourgogne, formation des aides à domicile à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en Franche-Comté, atelier santé ville et réseau de santé globale sur la commune de Gentilly dans le Val-de-Marne, séances d'activité physique et d'éducation à la santé à Montpellier. En Ile-de-France, les professionnels sont formés pour faciliter l'adhésion des personnes âgées à leur traitement médicamenteux, un facteur de risque de chute clairement identifié. Plusieurs actions mises en œuvre dans les établissements de soins sont également présentées : une consultation multidisciplinaire de la chute au CHU de Lille, un parcours rééducatif avec obstacles réels dans un centre de gérontologie à Marseille. La plupart de ces actions se situent à l'avant-garde des pratiques de prévention et de prise en charge.

Enfin, le problème des chutes étant partagé par l'ensemble des pays occidentaux, une troisième partie expose des exemples de programmes étrangers, francophones. Où l'on découvre que les échanges de pratiques existent déjà puisque le programme québécois « PIED » est mis en place dans quatorze régions de la France depuis fin 2005. Dans une logique similaire d'échanges, plusieurs communes de Belgique et de France partagent leur savoir-faire pour développer la prévention des chutes auprès des personnes âgées dans une approche globale communautaire, en tentant d'adapter le territoire municipal à la mobilité réduite des aînés.

Dossier coordonné par **Hélène Bourdessol**, socio-démographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES.

Yves Géry

Mettre en place **une approche globale de prévention**

La population française vieillit, et cette tendance va se poursuivre au cours des prochaines années : les personnes âgées de 65 ans et plus représentent aujourd'hui environ 16 % de la population totale et, selon les projections de l'Insee, représenteront plus de 29 % de la population en 2050.

Selon les données de l'Institut de veille sanitaire (InVS), environ une personne âgée sur trois chute chaque année. Les conséquences de la chute sont variables mais elle est le principal motif d'hospitalisation ou de recours chez le médecin généraliste et constitue la troisième

« Il n'est pas nécessaire de réinventer des réseaux mais bien plutôt d'aider les acteurs à s'identifier pour agir dans la complémentarité »

cause de mortalité (toutes causes confondues) pour cette population. En outre, une chute, même sans traumatisme, entraîne souvent une accélération du déclin des capacités fonctionnelles de la personne, un déclin qui bien souvent accélère le placement en institution. La conjugaison de la

réalité démographique avec le risque de chute chez nos aînés impose donc la nécessité de mettre en place une approche globale de prévention très en amont, afin de préserver leur qualité de vie et également de réduire le risque de perte d'autonomie.

La loi d'orientation de santé publique d'août 2004 prévoit la réduction de 25 % du nombre annuel de chutes chez les aînés d'ici à 2008. Cet objectif est volontariste et ambitieux, sa mise en œuvre passe par les réseaux de proximité agissant auprès des personnes âgées, qui sont nombreux et actifs : qu'ils soient institutionnels ou associatifs, tous intègrent la prévention des chutes dans leurs actions. Pareil objectif n'est pas utopique car l'état des connaissances scientifiques a clairement identifié les ingrédients essentiels à réunir pour assurer l'efficacité des programmes de prévention. Par ailleurs, il est possible d'agir efficacement sur certains facteurs de risque de chute.

Cet objectif, pour être atteint, requiert une mobilisation forte et concertée entre les différents professionnels concernés. Ainsi, l'absence de

passerelles entre les différents acteurs de proximité ne favorise pas les échanges d'expériences et de connaissances des actions menées. La mise en œuvre d'actions nationales pour la prévention des chutes – comme nous le relatons dans ce dossier de *La Santé de l'homme* – doit être l'occasion de donner la possibilité à l'ensemble des intervenants d'agir en complémentarité. C'est ce maillage qui doit être renforcé, à partir de ce qui existe déjà. L'Assurance Maladie, les professionnels libéraux, l'INPES, les aidants, les associations de retraités et les structures sportives, constituent un socle très dense de proximité auprès de la personne âgée. Ainsi, il n'est pas nécessaire de réinventer des réseaux mais bien plutôt d'aider les acteurs à s'identifier.

Depuis plusieurs années, l'INPES est engagé dans la prévention des chutes des personnes âgées dans le cadre de son programme de prévention des accidents de la vie courante. Depuis septembre 2004, pour renforcer la cohérence des actions de promotion de la santé à l'égard des personnes âgées, l'INPES s'est doté d'un programme global consacré à ce public. Celui-ci vise à améliorer la qualité de vie et à réduire les incapacités liées au vieillissement. La prévention des chutes est un axe majeur du programme. Fort de son expérience, l'Institut est en mesure aujourd'hui de soutenir les initiatives locales (relais d'information, distribution de brochures, etc.) et d'appuyer le développement des actions engagées pour favoriser l'autonomie d'un plus grand nombre de personnes âgées.

Au-delà des questions politiques, économiques et de santé, l'ensemble des professionnels et des intervenants mais aussi les familles ont un rôle déterminant à jouer : faire évoluer les représentations liées à la vieillesse. Ce dossier a pour ambition d'être un outil d'information et d'échange de pratiques et de savoir-faire pour les professionnels mais aussi pour les familles. Une façon d'apporter des éléments concrets pour que la prévention soit plus largement développée.

Philippe Lamoureux
Directeur général de l'INPES.

9 300 décès par an : le lourd bilan des chutes chez les plus de 65 ans

Selon les données de l'Institut de veille sanitaire, les chutes provoquent neuf mille trois cents décès par an chez les personnes âgées de plus de 65 ans, dont les deux tiers sont des femmes. Chaque année, 5 % des plus de 65 ans sont victimes d'une chute suivie d'un recours aux urgences. Un quart de ces accidents pourrait être évité en développant les actions de prévention.

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont très nombreux en France puisqu'on estime que plus de onze millions de personnes en sont victimes, chaque année (1, 2). Environ quatre millions et demi de ces personnes ont, pour cette raison, recours aux urgences hospitalières (3, 4). Ces accidents provoquent près de vingt mille décès chaque année, tous âges confondus, c'est-à-dire près de trois fois plus que les accidents de la circulation et vingt fois plus que les accidents du travail (5).

Dans la population française (métropole, données 2002), 9,6 millions de personnes sont âgées de 65 ans et plus, soit 16,2 % de la population totale. Elles sont victimes, chaque année, de cinq cent cinquante mille AcVC avec recours aux urgences, soit 12,4 % du total des AcVC, avec une répartition hommes/femmes très déséquilibrée (cent cinquante mille hommes, quatre cent mille femmes) résultant surtout de la surreprésentation des femmes aux âges élevés. Les conséquences de ces accidents sont beaucoup plus souvent dramatiques pour les personnes âgées que pour les autres tranches d'âge : plus des trois quarts des décès (76 %) par AcVC (14 846 décès sur un total de 19 569 en 1999) surviennent chez les personnes âgées de 65 ans et plus, avec une répartition là encore défavorable aux femmes (9 367 chez les femmes contre 5 479 décès chez les hommes) (5).

Épidémiologie des chutes accidentelles

Les chutes représentent 84 % des AcVC chez les 65 ans et plus, et constituent donc de très loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC

(4). Les autres AcVC résultent de coups, collisions, contacts avec corps étrangers, etc. Les chutes sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes. Le pourcentage de chutes croît avec l'âge, passant de 70 % des AcVC entre 65 et 69 ans à 94 % à partir de 90 ans. En incidence, on peut établir que 4,8 % des personnes de 65 ans et plus sont victimes, chaque année, d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières, 3 % des hommes (soit environ cent vingt mille hommes) et 5,9 % des femmes (soit environ trois cent quarante mille femmes).

Ces chutes accidentelles surviennent principalement dans la maison : à l'intérieur (62 %) ou dans ses abords extérieurs (7 %) ; les autres lieux sont notamment la voie publique (16 %) et la maison de retraite (9 %). L'activité au

moment de la chute correspond le plus souvent aux occupations domestiques (besoins personnels, activités ménagères, etc.) ; on relève 5 % de chutes lors des courses et 4 % lors d'activités de bricolage. La diversité des circonstances de chutes accidentelles s'exprime à travers celle des « produits » ou éléments en cause. Plusieurs dizaines de ces éléments peuvent intervenir, avec une variété extrême : échelle, escabeau, chaise, lit, table, chien, pantoufles, moquette, tabouret, gravier, clôture, égouts, etc. On note l'implication fréquente des escaliers ou d'un lit (près d'une fois sur dix chacun).

Lors d'une chute accidentelle, chez les 65 ans et plus, les fractures représentent 41 % des lésions observées. Viennent ensuite principalement les contusions ou hématomes (34 %) et les

plaies (17 %). Les luxations et les entorses sont plus rares (3 % et 2 %). La proportion de fractures augmente régulièrement avec l'âge, de 38 % entre 65 et 69 ans à 42 % à partir de 90 ans. Les plaies augmentent aussi, de 14 % à 19 %.

Une chute sur quatre seulement est « bénigne »

Les lésions concernent pratiquement à part égale le tronc (29 %), le membre supérieur (26 %) et la tête (26 %). Il y a un peu moins de lésions du membre inférieur (18 %). Les proportions des lésions de la tête et du tronc augmentent avec l'âge, passant respectivement de 23 % et 20 % entre 65 et 69 ans à 27 % et 40 % au-delà de 90 ans. Les lésions des membres diminuent avec l'âge : de 34 % à 18 % pour le membre supérieur, de 22 % à 14 % pour le membre inférieur.

Seulement 24 % des chutes chez les personnes âgées sont bénignes, au sens où elles n'entraînent aux urgences aucun traitement ou le retour au domicile après traitement. Une proportion plus importante (38 %) fait l'objet d'un traitement avec suivi ultérieur. Les chutes donnent lieu à une hospitalisation après passage aux urgences dans 38 % des cas. Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge, de 29 % entre 65 et 69 ans à 43 % au-delà de 90 ans. Les traitements sans hospitalisation baissent en proportion : de 29 % à 24 % pour les traitements simples, de 43 % à 33 % pour les traitements avec suivi ultérieur.

La durée moyenne d'hospitalisation des personnes âgées accidentées est de 8,9 jours, ce qui est deux fois supérieur aux durées moyennes au-dessous de 65 ans. De nombreuses hospitalisations sont de courte durée : 29 % des séjours durent de zéro ou un jour, et 16 % entre deux et cinq jours. Le nombre d'hospitalisations de longue durée est plus important que pour l'ensemble des accidentés : 35 % des séjours durent entre six et quinze jours et 5 % dépassent vingt-cinq jours. La durée moyenne d'hospitalisation augmente avec l'âge, quel que soit le sexe, passant de sept jours entre 65 et 69 ans, à près de dix jours à partir de 80 ans.

Les décès à la suite d'une chute accidentelle représentent, chez les 65 ans et plus, 63 % des décès par AcVC : 9 330 décès sur 14 846 (données 1999), dont plus des deux tiers (68 %) chez des femmes.

Objectif 2008 : moins 25 % de chutes

Lorsque l'on évoque les victimes d'accidents de la vie courante, on pense volontiers plus souvent aux enfants. Les personnes âgées sont cependant aussi fréquemment victimes de ces accidents et, dans près de neuf cas sur dix, ils surviennent à la suite d'une chute. De rares études concluent que le tiers, voire la moitié des AcVC, pourrait être évité avec les seuls moyens et connaissances dont nous disposons aujourd'hui (6). Un des objectifs de la loi relative à

la politique de santé publique d'août 2004 est de faire diminuer le nombre de chutes chez les personnes âgées de 25 % d'ici à 2008 (7). Dans cette perspective, il est nécessaire de maintenir et de renforcer toutes les actions de prévention de ces accidents de la vie courante.

Bertrand Thélot

Médecin épidémiologiste,

Cécile Ricard

Monitrice d'études

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

1. Les accidents de la vie courante (ADVC) se définissent comme étant les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, sur les aires de sports ou de loisirs, à l'école, et tous ceux survenant à un autre moment de la vie privée, à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions. Par opposition aux traumatismes intentionnels (suicides, violences, agressions), les traumatismes non intentionnels constituent les accidents à proprement parler. Ils sont habituellement répartis en accidents de la circulation, accidents du travail et accidents de la vie courante.

Pour en savoir plus :

www.invs.sante.fr → Dossiers thématiques
→ Accidents de la vie courante

► Références bibliographiques

- (1) Thélot B. *Les accidents de la vie courante : un problème majeur de santé publique*. BEH mai 2004 ; 19-20 : 74-5.
- (2) Holder Y., Peden M., Krug E., Lund J., Gururaj G., Kobusingye O. *Lignes directrices pour la surveillance des traumatismes*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2004.
- (3) *Les accidents de la vie courante en France selon l'enquête Santé et protection sociale 2002*. Institut de veille sanitaire, août 2005.
- (4) Thélot B., Ricard C. *Résultats de l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante, années 2002-2003*. Réseau Epac. Institut de veille sanitaire, octobre 2005.
- (5) Ermanel C., Thélot B. *Mortalité par accidents de la vie courante : près de 20 000 décès chaque année en France métropolitaine*. BEH mai 2004 ; 19-20 : 76-8.
- (6) Philippakis A., Hemenway D., Alexe D. M., Dessypris N., Spyridopoulos T., Petridou E. *A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States*. Inj. Prev. 2004 ; 10 : 79-82.
- (7) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel* du 11 août 2004.

Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie

Première cause de mortalité accidentelle parmi les personnes âgées, la chute doit être mieux prévenue, par une approche globale, afin de lutter contre la perte d'autonomie. En France, la surconsommation de médicaments est un facteur de risque majeur. La prévention des chutes doit prendre en compte tous les acteurs du champ social et pas seulement les médecins. Pour prévenir un passage progressif vers la dépendance, c'est l'environnement matériel, social et affectif des personnes concernées qu'il convient d'améliorer.

La chute est souvent un événement banal de la vie. N'en fait-on pas l'expérience précocement, tout bébé, lorsque l'on apprend à marcher ? Avec l'avancée en âge, la situation va considérablement changer. Si plusieurs millions de Français de plus de 65 ans chutent tous les ans, un certain nombre va, à la suite de cet événement, entrer dans une véritable spirale... La peur d'une nouvelle chute, la crainte de sortir de chez soi sans aide, la perte de mobilité, l'isolement progressif, l'atteinte à la qualité de vie... vont induire progressivement une perte d'autonomie. De plus, il est important de rappeler que la chute est la première cause directe de mortalité accidentelle parmi les personnes âgées.

Mais de quelle prévention parle-t-on ?

Il est inutile de rappeler dans le détail la situation où nous nous trouvons aujourd'hui en termes de démographie. Une population vieillissante, des soignants qui prennent aussi de l'âge et sont inégalement répartis sur le territoire national, des jeunes générations de professionnels de la santé ou du social qui se tournent très rarement vers les métiers du grand âge... Il y a donc beaucoup d'ingrédients pour rendre la conjoncture explosive et donc la nécessité d'agir vite et bien. Dans cette perspective, comment notre système de santé peut-il s'adapter ? Quelle place doit-on donner à la prévention et à l'éducation pour la santé ?

Certains disent que la prévention du vieillissement commence dès la naissance. Ils ont raison mais cette affirmation n'apporte pas de solution pragmatique

au défi que nous devons relever. Une jeunesse qui ne fume plus, boit avec une très grande modération, a une alimentation remarquablement équilibrée et fait très régulièrement de l'exercice physique est trop idéalisée pour « produire » demain des légions de centenaires gaillards et valides ! Cette « illusion sanitaire », portée par certains « préventologues » maximalistes, doit être revisitée au regard de nos réalités sociales et politiques d'aujourd'hui.

L'allongement inéluctable du temps de travail

D'abord la prévention dite « universelle » peut commencer tôt, chez ceux que l'on dénomme aujourd'hui les « jeunes seniors ». Il suffit de reprendre les grands thèmes évoqués plus haut au sujet de l'adolescence (nutrition, exercice physique, etc.) et de les appliquer à cette population. Le seul problème est que ce public, « âgé mais encore jeune », est une exception française. À terme, et pour des raisons économiques évidentes, cette population de « retraités précoces » disparaîtra ou sera considérablement réduite.

En effet, la France a, au sein des principaux pays développés, une situation particulière avec des travailleurs qui partent, en moyenne, à la retraite très tôt. Heureux privilège qui fait le bonheur des professionnels du tourisme et des loisirs, mais malheureusement ne durera pas. Toutes les personnes qui ont pris des lignes d'avion nord-américaines ont remarqué que les hôtesse et les stewards ressemblent plus à un club du 3^e âge qu'à l'image que l'on se fait habituellement d'un personnel de bord !

Si cette situation est surprenante, elle est aussi de plus en plus courante. Ce constat est confirmé par les multiples reportages sur l'Amérique de la pauvreté. De plus en plus de personnes âgées travaillent dans les supermarchés, remplissent de lourds Caddies ou servent à manger dans les fast-foods. La précarité économique de ces populations les oblige à transgresser les normes de cessation d'activité habituellement retenues en France. Ils prolongent ainsi leur activité jusqu'à 75, voire 80 ans.

Si la brutalité du constat nous interpelle, cette posture pourrait être la nôtre très prochainement. C'est pourquoi nous devons l'anticiper, l'organiser et surtout l'adapter pour la rendre acceptable en termes de conditions de vie et de travail. La prévention auprès des 60-75 ans relèvera donc demain d'une nouvelle orientation de la médecine du travail.

Agir sur l'ensemble des facteurs de chute

La prévention « sélective » ou « indiquée » prend tout son sens pour des populations en général plus âgées qui présentent des facteurs de risque ou ont déjà un passé de chutes. C'est la prévention secondaire, voire tertiaire, qui met en place une approche plus médicalisée, en cohérence avec les soins. Dans cette perspective, le rôle pivot du « médecin traitant », tel qu'il est défini par la loi de réforme de l'Assurance Maladie de 2004 et mis en œuvre par la convention médicale signée en 2005, est essentiel. Au sein du parcours de soin et de prévention (véritable « parcours de santé »), la personne vieillissante pourra

être accompagnée, avec deux priorités essentielles : prendre en charge sa ou ses maladies chroniques et prévenir le passage vers la dépendance.

Pour ce faire, plusieurs conditions sont à réunir. Il faut d'abord agir sur certains facteurs de risque que le référentiel sur la prévention des chutes présenté dans ce dossier de *La Santé de l'homme* détaille (voir l'article suivant). La plupart du temps, ces déterminants ne sont pas spécifiques aux risques de chutes. C'est le cas par exemple de la polymédication. Au-delà de 70 ans, plus de deux personnes sur trois prennent un traitement médicamenteux régulièrement, et la moyenne journalière de molécules consommées à cet âge serait, d'après certaines études de l'Assurance Maladie, d'environ 5,6 spécialités. Par ailleurs, la consommation de classes thérapeutiques, comme les anxiolytiques ou les hypnotiques, est un facteur de risque majeur. Les Français

prennent deux fois plus d'anxiolytiques que les Espagnols et huit fois plus que les Anglais. Pour les hypnotiques, c'est deux fois plus que les Allemands et les Italiens. En 2004, 51,1 millions de boîtes de somnifères et 55,6 millions de tranquillisants ont été achetés. Durant la même année, plus de dix millions de Français ont eu au moins une prescription d'anxiolytiques et plus de cinq millions d'hypnotiques. Les femmes et les personnes âgées sont principalement concernées, avec des risques de chutes considérablement augmentés.

Inventer de nouvelles approches

Cette spécificité montre bien toute l'importance de l'éducation thérapeutique du patient et surtout la nécessité de son organisation. En effet, notre système de santé actuel est insuffisamment structuré pour ce type de prise en charge. C'est pourquoi les autorités de santé ont ouvert depuis quelques années et avec la participation active de

l'INPES, une réflexion autour de cette question. Pour le ministère, c'est à travers le plan sur les maladies chroniques, inclus dans la loi de santé publique de 2004. En ce qui concerne l'Assurance Maladie, ce sont les nouvelles orientations de « gestion du risque » adoptées en juin 2005 et confirmées en septembre de la même année, autour des priorités en matière de prévention. Le patient, souvent une personne âgée atteinte de plusieurs maladies de longue durée, devient alors un véritable acteur de sa santé à travers une démarche éducative qui refonde profondément ses relations avec le ou les soignants, qu'ils soient médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue ou diététicien. La prévention des chutes peut donc être organisée à partir du cabinet du médecin mais doit prendre en compte beaucoup d'autres acteurs du champ social.

En effet, « ce temps intermédiaire » entre la période où l'on est « jeune senior » et celui du glissement progressif vers le grand âge est le moment – de plus en plus long – au cours duquel il faudra gérer des maladies chroniques dans la durée. C'est aussi la phase où l'on devra être attentif pour prévenir un passage progressif vers la dépendance, en organisant l'environnement matériel, social et affectif. L'objectif est d'éviter les ruptures.

Conjuguer le médical et le social

Cet exercice est particulièrement délicat du fait du manque évident d'harmonisation autour de la personne vieillissante, des politiques de santé et celles du champ social. La multiplication des dispositifs, des circuits de financement, des instances de coordination, des projets expérimentaux... n'est pas une réponse efficiente.

Dans ce contexte, le programme de Préservation de l'autonomie des personnes âgées (Papa), initié par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse (Cnav) vise à une meilleure coordination entre les différents intervenants des sphères sanitaire et sociale. Il contribue à apporter des réponses rapides et adaptées aux sujets âgés en situation de fragilité. Il vise aussi à une meilleure mutualisation des savoirs et savoir-faire

existants, des moyens humains et financiers, en vue d'actions concertées et multipartenariales pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées. Pour ce faire, trois grands axes sont privilégiés :

- une approche globale et coordonnée des actions de prévention primaire (évitant l'apparition de la pathologie : exemple, l'information préventive) ;
 - la coordination des acteurs dans le cadre de la prévention secondaire (évitant le développement de la pathologie : exemple, le dépistage) ;
 - la promotion d'une prise en charge médico-sociale globale et diversifiée.
- Cinq thèmes ont été jugés prioritaires :
- la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante (dont les chutes) ;

- la prévention de la malnutrition (dénutrition) chez les personnes âgées ;
- l'aide aux « aidants » ;
- la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile des personnes âgées ;
- les personnes handicapées vieillissantes (en articulation avec la politique du handicap).

Concernant le thème des « chutes chez les personnes âgées », les objectifs en lien avec la loi de santé publique sont, d'une part, de réduire de 25 %, d'ici à 2008, le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année et, d'autre part, d'améliorer les connaissances relatives aux circonstances et aux facteurs déterminants des chutes, notamment en institution. En Franche-Comté, comme dans beaucoup

d'autres régions françaises, ce programme mobilise depuis quelques mois de nombreux acteurs d'institutions et d'organismes divers. Il constitue à la fois une réponse globale pour la préservation de l'autonomie des personnes âgées mais aussi un apport spécifique autour de la problématique des chutes, en s'appuyant sur le référentiel, ce dernier devant assurer la qualité de la démarche.

Dr François Baudier

Directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté, Besançon.

Élodie Demougeot

Chargée de mission, Faculté de médecine et de pharmacie, Besançon.

Référentiel de prévention des chutes : un outil de repérage et d'action

Quelques minutes de tests suffisent pour évaluer le niveau de risque de chute chez une personne âgée. Quels types d'interventions mettre ensuite en place pour diminuer ce risque ? Pour la première fois un ouvrage international francophone – réunissant experts belges, canadiens, suisses et français – présente l'état des connaissances, analyse les facteurs de risque de chute et les pratiques de prévention qui ont fait leurs preuves.

En mai 2005, l'INPES a édité un référentiel de bonnes pratiques sur la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Cet ouvrage est le résultat d'un travail réalisé par un groupe d'experts (belges, français, québécois et suisses), membres du Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (Réfips). L'objectif est de proposer des recommandations pour la réalisation de programmes de prévention des chutes chez les aînés. Ces bonnes pratiques visent, à plus long terme, à maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle des aînés et, aussi, à diminuer les fréquences et la gravité des chutes. Orienté vers l'action et destiné à un usage pluridisciplinaire, ce référentiel s'adresse aux intervenants de terrain – infirmier(ère)s, aides à domicile, médecins,

kinésithérapeutes –, aux formateurs ainsi qu'aux responsables de programmes de santé publique.

Intervenir en amont de la chute

La difficulté à évaluer l'efficacité d'un programme de prévention des chutes a conduit le groupe d'experts à travailler à partir de la littérature existant sur le processus de la chute : ce qui la provoque et ce qui peut être réalisé pour la prévenir. Le référentiel développe un argumentaire en trois parties :

- la première est consacrée aux facteurs de risque, de manière à déterminer les causes qui sont à l'origine d'une chute ;
- la deuxième présente les outils et tests pour dépister le risque de chute, permettant ainsi de repérer les personnes à risque ;
- enfin, une dernière partie décrit les

interventions validées comme étant efficaces pour prévenir la chute. Le référentiel est spécifiquement centré sur les facteurs intervenant avant une chute et qui lui sont directement associés. Il couvre essentiellement le champ de la prévention, toutefois la promotion de la santé et la prise en charge sont également évoquées pour assurer une cohérence dans la mise en place d'un programme de prévention.

Le caractère multidimensionnel des chutes

Les recommandations sont destinées aux intervenants auprès des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile et présentant un risque de chute. Il est démontré aujourd'hui que ce risque résulte davantage de l'accumulation de plusieurs facteurs de risque

que d'un seul. Les publications à ce sujet regroupent le plus souvent les facteurs selon trois dimensions : les facteurs de risque liés à l'état de santé de la personne (facteurs dit intrinsèques), les facteurs liés à ses comportements et, enfin, les facteurs liés à son environnement (voir le schéma de multidimensionalité de la chute, ci-dessous).

Identifier le niveau de risque

La mise en œuvre des « bonnes pratiques » de prévention des chutes nécessite au préalable de repérer les personnes à risque, de déterminer les niveaux de risque de chute (élevé, modéré ou faible-inexistant) afin de les orienter vers les interventions adaptées à leur profil.

Pour permettre un repérage à grande échelle, le groupe de travail recommande d'effectuer un dépistage du risque en deux temps, réalisable en quelques minutes : effectuer un test d'équilibre (le *Timed up and Go*¹) puis reconstituer l'histoire des chutes antérieures.

Ainsi, une personne âgée dépistée à risque élevé de chute devra bénéficier d'une évaluation approfondie – afin d'identifier précisément les facteurs de risque – et, en conséquence, de proposer une intervention personnalisée. L'objectif est d'agir sur les facteurs de risques de chute identifiés et modifiables.

Mettre en place un programme adapté

Une personne âgée dépistée à risque modéré de chute pourra bénéficier d'une intervention multifactorielle non personnalisée. Au préalable, il est recommandé de vérifier la présence de

pathologies, la médication dont elle fait l'objet et les dangers de son domicile.

Globalement, un programme efficace doit intégrer en priorité des actions visant à améliorer l'équilibre et la force musculaire, une limitation de l'usage des psychotropes et une diminution du nombre de médicaments, à réduire l'hypotension lorsque la personne est debout, diminuer les dangers présents dans son environnement et contrôler les risques lors des activités quotidiennes. Enfin, ces recommandations devront être adaptées en fonction des caractéristiques de la population ciblée – son milieu de vie, citadin ou rural, ses activités sociales, son âge, etc.

Ce travail de dimension internationale a permis d'aboutir à un consensus d'experts. Toutefois, la mise en place d'un programme doit nécessairement

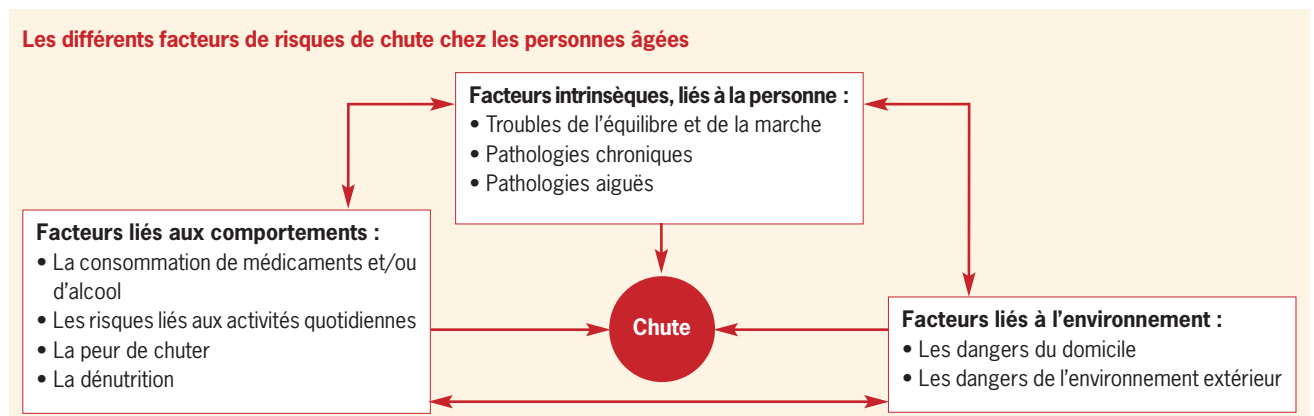
tenir compte des spécificités propres au système de soins de chaque pays (Assurance Maladie, associations d'aides à domicile, fédérations sportives, etc.).

Permettre aux aînés de vivre le plus longtemps possible autonomes est nécessaire pour préserver ou améliorer leur qualité de vie mais aussi réduire autant que possible les coûts imputables à un traitement et/ou une prise en charge consécutifs à une chute accidentelle.

Hélène Bourdessol

Socio-démographe,
chargée d'études et de recherche à l'INPES.

1. À l'aide d'un matériel courant (craie, chronomètre), ce test clinique permet en cinq minutes de mesurer la mobilité de base (se lever d'une chaise, marcher, se retourner, se rasseoir) chez une personne âgée de 60 à 90 ans.



Ateliers Équilibre : la région Bourgogne forme ses professionnels

Lancé en 1992 en Bourgogne, puis étendu à d'autres régions, « Équilibre » est un programme labellisé d'ateliers d'animation et d'exercice physique de prévention des chutes chez les plus de 60 ans. Au total, dix ateliers d'une heure chacun se déroulent sur trois mois, avec un test d'aptitude à l'équilibre pour commencer et clôturer ce programme. Le bilan en Bourgogne est prometteur puisque l'on constate une amélioration des capacités physiques des personnes concernées.

Expérimenté dans la région Bourgogne en 1992 et lancé en 1995, « Équilibre » est un programme national labellisé d'ateliers de prévention des chutes chez les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile ou en établissement d'hébergement (logement-foyer, maison de retraite, etc). Il est mis en œuvre par des professionnels formés spécifiquement, issus du domaine sportif ou soignant ; ces derniers proposent aux personnes âgées une animation physique de dix séances d'une heure par semaine, se déroulant donc sur environ trois mois.

Une grande enquête épidémiologique sur les pathologies cérébrales, menée en population générale, à Dijon, Bordeaux et Montpellier, révèle qu'une personne de plus de 65 ans sur cinq est tombée dans l'année. La Bourgogne enregistre une spécificité en la matière puisque la surmortalité causée par les chutes y est supérieure à la moyenne nationale. Même si en l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de préciser les coûts indirects associés à une chute, on estime les dépenses médicales entre cinquante cinq à cent cinquante millions d'euros par an dans la région.

Une évaluation auprès des bénéficiaires

Dix années de mise en œuvre du programme « Équilibre » en Bourgogne permettent de dresser un bilan précis : 85 % des participants sont des femmes et l'âge moyen est de 70 ans. Plus de deux mille sept cents tests d'aptitude à l'équilibre systématiques avant/après atelier ont été effectués auprès des participants puis analysés. Ces tests éva-

luent l'équilibre uni et bipodal lors des demi-tours, l'accroupissement, la marche avant les yeux fermés, la capacité à s'asseoir au sol, à se relever, enjamber des obstacles, etc. On constate une amélioration des performances globales à l'issue des ateliers, avec une différence de scores significative. Cette amélioration des capacités physiques a été confirmée six mois au moins après la fin des ateliers, par une enquête spécifique réalisée en 2004.

En outre, l'analyse de ces données indique que les ateliers Équilibre améliorent la capacité des chuteurs à se relever, mais aussi la qualité de vie des participants mesurée à l'aide du profil de santé de Duke¹. Enfin, une étude prospective menée en 2004-2005 a évalué auprès des personnes l'impact de l'ac-

tion en termes de développement de lien social et conclu que les ateliers apportaient aux personnes âgées convivialité et relations sociales.

Des perspectives intéressantes avec les intervenants de terrain

Trois cent soixante-cinq professionnels ont été formés depuis la mise en place du programme en 1992 : deux cent trente animateurs (intervenants du domaine sportif ou soignants), quatre-vingt-dix-huit aidants au quotidien (le plus souvent des soignants qui peuvent proposer des gestes et exercices simples au quotidien) et trente-quatre concepteurs d'ateliers (chargés d'organiser et mettre en œuvre la logistique du projet en associant des partenaires notamment financiers). Ces personnes ont été interrogées sur leur parcours

professionnel, leurs pratiques et leur point de vue sur le programme.

En dehors de la mise en place concrète d'ateliers, la majorité des animateurs déclare avoir modifié positivement sa perception du vieillissement et adapté sa pratique professionnelle à la population âgée. La plupart d'entre eux considèrent la formation comme une étape positive dans leur parcours professionnel. Leurs suggestions, ainsi que celles des partenaires, donnent des pistes au comité de pilotage régional pour améliorer le programme. Les principales concernent une adaptation nécessaire pour intégrer les personnes âgées dépendantes et l'intérêt de relier les ateliers Équilibre à d'autres thématiques que celle unique des chutes. Cette der-

nière proposition est en cours de développement dans la région avec une offre de prévention combinant d'autres modules : nutrition, bon usage du médicament, mémoire, etc.

Au final, depuis 1998, ce programme a été étendu à d'autres régions. En outre les formations à cet atelier ont été dispensées dans plusieurs pays francophones : Suisse, Belgique, Luxembourg. Les raisons de son succès en Bourgogne tiennent certainement à l'aspect novateur de son approche et au cadre rigoureux dans lequel il doit se mettre en place pour avoir le label « Équilibre »².

Dr Isabelle Millot

Médecin de santé publique, ORS Bourgogne.

Autres contacts

Christine Meuzard, Cram Bourgogne Franche-Comté : christine.meuzard@cram-bfc.fr
Mireille Ravoux, Cram Bourgogne Franche-Comté : mireille.ravoux@cram-bfc.fr

1. Le profil de Duke constitue une échelle de qualité de vie validée pour les adultes, qui vise à mesurer globalement la santé des enquêtés en distinguant différentes dimensions : physique, mentale et sociale.

2. L'obtention du label, qui conditionne l'utilisation du logo et des produits de communication associés, nécessite notamment :

- l'autorisation du site par un comité de pilotage régional ;
- l'habilitation pour chaque animateur responsable ;
- une coordination dans chaque département et une supervision par Jeunesse et Sports ;
- des groupes de dix à douze personnes de 55 ans et plus ;
- dix séances hebdomadaires d'une heure ;
- une utilisation des fiches tests avant/après ;
- une personnalisation des exercices en fonction de la première série de tests et des renseignements médicaux fournis lors de l'inscription (...).

Franche-Comté : les aides à domicile, acteurs de la prévention

En région Franche-Comté, les aides à domicile sont formées à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes dans la vie quotidienne. Elles participent aux ateliers Équilibre aux côtés de la personne âgée dont elles s'occupent, les sollicitent pour la pratique d'exercices sur leur lieu de vie. Les résultats de ce programme, dénommé Équipadd, sont très encourageants : la majorité des bénéficiaires retrouvent confiance et mobilité.

Début 2003, la caisse régionale d'Assurance Maladie (Cram) Bourgogne Franche-Comté et l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie (Urcam) de Franche-Comté ont expérimenté, sur le département du Doubs, le programme Équipadd 25 dont la spécificité est de prévenir les chutes des personnes âgées dépendantes résidant à domicile : celles-ci sont invitées à participer aux ateliers Équilibre avec leurs aides à domicile, qui bénéficient d'une formation spécifique pour aider la personne âgée à pratiquer à son domicile des exercices physiques adaptés. La réussite du programme est basée sur la relation de confiance établie entre la personne âgée et l'aide.

Le programme a démarré sur trois sites (Besançon-Palente, Baume-les-Dames, Montbéliard) et accueillait des

personnes de 70 à 90 ans avec leur aide à domicile. Porté par la Fédération des associations et services d'aide à domicile (Fasad), il fut étendu à un quatrième site (Besançon-Planoise) et a intégré un dossier de liaison visant à une meilleure coordination entre les professionnels qui entourent la personne âgée. L'expérience a été finalisée en 2005 et, en 2006, il est prévu de l'évaluer puis de diffuser le programme et ses outils d'accompagnement.

Pour commencer, une formation à la carte

La formation proposée aux aides à domicile volontaires a été élaborée par le comité régional Entraînement physique dans le monde moderne (EPMM) de Franche-Comté. Elle alterne séances de formation théorique, pratique et

pédagogique. Ces séances ont permis aux aides à domicile d'acquérir les connaissances nécessaires à l'accompagnement de la personne âgée dépendante en termes de prévention des chutes, mais aussi de l'inciter à solliciter, à travers des gestes quotidiens, utiles et ludiques, sa fonction d'équilibration.

Leur participation à cinq séances d'atelier Équilibre en même temps que la personne aidée a permis de « mieux comprendre, dans son corps, la difficulté de se relever », et de renforcer le binôme, notamment par une nouvelle perception de l'aide et de son rôle (« Elle n'est plus là pour faire seulement le ménage ! »). Basés sur l'expérience de chacun, des exercices transposables au quotidien pour des personnes dépendantes sur le plan moteur, sont

élaborés sous la forme d'apprentissages mis en application, en sécurité, au domicile de la personne âgée.

Un perfectionnement de deux jours, regroupant toutes les aides à domicile, leur permet ensuite de construire un parcours Équilibre commun, réalisable au domicile des personnes âgées. Quelques techniques d'aide à la marche et à la mobilisation ont été approfondies. Ces réunions sont notamment l'occasion de répondre à la demande croissante du personnel aidant d'analyse de la pratique, d'acquisition et d'amélioration des compétences de la personne âgée...

Un programme à deux : personne âgée et aide à domicile

Les aides volontaires sensibilisent aux bienfaits de l'atelier Équilibre les personnes âgées qui sont susceptibles, selon certains critères de dépendance, de bénéficier du programme. La personne, si elle le souhaite, participe alors à l'atelier Équilibre réunissant d'autres sujets âgés dépendants. Que l'on soit en milieu urbain ou semi-urbain, l'organisation des transports a permis de faciliter l'étape collective du programme et de rassurer les participants.

Dès la cinquième séance de l'atelier, des exercices physiques d'entretien sont proposés à domicile. Ils s'intègrent dans le quotidien (prendre un objet en hauteur, monter une marche, etc.) et/ou favorisent une certaine décontraction (exercices respiratoires, massages, etc.). L'état de santé – psychologique et physique – et de fatigabilité est pris en compte.

Des outils spécifiques sont utilisés (plaquettes d'information, cassette vidéo, grille de sélection et d'évaluation, etc.). Une charte contractualise l'engagement des personnes dans le respect mutuel de chacun. Le livret de fiches d'exercices *Mon Équilibre, je l'entretiens...* réalisé par la Cram Bourgogne et Franche-Comté, est également utilisé.

2003-2005 : une expérimentation dans plusieurs sites

La diversité des lieux d'expérimentation a permis de donner à chaque programme sa spécificité et de développer des axes originaux.

Le Clic-Réseau gérontologique de Baume-les-Dames, en lien avec l'As-

sociation d'aide à domicile en milieu rural (ADMR), constate notamment pour les participantes âgées de 70 à 90 ans une aisance et une assurance retrouvées et soulignent l'importance du lien social.

Sur le site de Besançon-Palente (secteur urbain), l'Association pour le maintien à domicile des personnes âgées (Amad) a organisé la mise en œuvre et le suivi de l'expérimentation pour des personnes âgées de 71 à 87 ans. Celle-ci a été l'occasion de sensibiliser les aides à domicile à l'approche globale de la personne et de les valoriser en leur permettant de diversifier leurs activités au quotidien.

Sur le site de Montbéliard, l'Association familles personnes âgées à domicile (Afpad) et la caisse primaire d'Assurance Maladie ont assuré la coordination de ce programme auquel ont participé des personnes de 70 à 80 ans. L'association et les bénéficiaires de l'atelier ont réalisé, en lien avec la Cram, un film vidéo, outil pédagogique disponible pour la promotion du programme. En plus d'une valorisation de la profession d'aide à domicile, ces dernières remarquent un renforcement des liens entre elles, dû aux échanges inhérents à la formation collective.

Enfin, le Clic-CCAS de Besançon a assuré l'organisation générale et la gestion de l'atelier Équilibre en logement foyer. Le but était d'ouvrir l'établissement à des personnes et à des activités extérieures. Le transport a été assuré par le service « Compagnie-accompagnement » du CCAS et le temps du voyage a été mis à profit pour créer des liens entre les participants dont la moyenne d'âge est de 79 ans. Actuellement, l'utilisation du dossier de liaison élaboré par l'Urcam de Franche-Comté est expérimentée. Celui-ci est conservé par la personne âgée. Il contient des informations pouvant être partagées par tous les acteurs du maintien à domicile et est alimenté par l'ensemble des acteurs, professionnels ou non.

Une évaluation positive

Un bilan a été réalisé auprès des personnes âgées, des aides à domicile, des animateurs du programme et des responsables des organismes concernés sur chacun des sites.

Beaucoup de personnes âgées ont retrouvé confiance en elles : « *Je ne pensais pas que j'étais capable de faire tout ça !* » (Y., 81 ans) et une certaine mobilité : « *J'arrive maintenant à descendre les escaliers pour aller jusqu'à ma boîte aux lettres. Avant, je ne pouvais pas !* » (S., 87 ans), grâce aux exercices adaptés : « *Les exercices ne sont pas trop difficiles, je suis contente, le groupe est sympathique* » (X., 87 ans). Réassurées, la plupart ont repris les activités de la vie quotidienne qu'elles n'effectuaient plus et ressortent dans leur jardin ou de leur domicile... donc de leur isolement. « *Ici, on se fait du bien au corps mais aussi à la tête !* » (I., 77 ans). Certaines font part d'une évolution de leur relation avec l'aide : « *Plus d'écoute mutuelle et de confiance.* » La démarche d'intégration au groupe en a été facilitée : « *Au début, j'appréhendais beaucoup de venir. Il a fallu que mon aide me pousse. Maintenant, j'attends la séance avec impatience* » (Y., 69 ans).

Pour leur part, les aides à domicile ont pris conscience de leur rôle en matière de prévention mais aussi de certaines de leurs attitudes : « *Nous sommes parfois trop "maternantes" et nous ne favorisons pas toujours l'autonomie de la personne* ». Elles ont intégré une autre vision de l'individu âgé et de la relation aidant/aidé, vision qui profite à toutes les personnes dont elles ont la responsabilité quotidiennement. Pour les responsables de secteur, « *la plupart des aides à domicile sont dynamisées par cette expérience, valorisées dans leur travail ; cette démarche est motivante à la fois vis-à-vis de leurs collègues et de l'ensemble des bénéficiaires* ».

Les animateurs des séances Équilibre ont noté chez les personnes âgées un gain de mobilité physique, une moindre peur de chuter, davantage de confiance en soi grâce notamment à la possibilité de se relever seul(e). Le programme favorise le lien social, il donne la possibilité et l'envie de sortir de chez soi, de rencontrer les autres.

Les responsables des sites ont eu à s'impliquer de façon importante à divers niveaux : sensibilisation et soutien des aides, suivi des participants et du bon déroulement du programme, organisation particulière du service et des transports des participants, etc. Ils notent tout particulièrement « *un*

impact positif sur les pratiques, sur la réflexion des aides à domicile concernées et sur la relation aidant/personne âgée ».

Pour tous, l'appartenance à un groupe accroît la motivation à participer à l'atelier équilibre, malgré les diverses réticences initiales : « *Peur du ridicule, de ne pas savoir faire, de sortir de chez soi...* ». La pratique d'exercices à domicile doit être pleinement intégrée dans les gestes quotidiens. Au-delà des seules tâches ménagères, une présentation de cette nouvelle mission de l'aide à domicile est nécessaire auprès de la personne âgée et de ses proches pour sa reconnaissance en tant que professionnelle compétente et spécifiquement formée.

Élargir ce programme

Dans le cadre du Programme régional de préservation de l'autonomie de la personne âgée (Papa), l'un des objectifs est de développer Équippad sur d'autres sites et d'inviter les bénéficiaires de ce programme à entrer dans une démarche de santé globale en participant à d'autres actions (Pack Eureka, Pack Seniors21, ateliers « Vie et santé », etc.). Un kit permettant la mise en œuvre de ce programme sur d'autres lieux sera disponible début 2006.

Christine Casagrande

Chef de projet Prévention,
Référente Programme régional
de préservation de l'autonomie
des personnes âgées (Papa)
de Franche-Comté,
Urcam de Franche-Comté, Besançon.

Autres contacts

Christine Meuzard, animatrice « Prévention santé » Cram Bourgogne Franche-Comté :
christine.meuzard@cram-bfc.fr
Patricia Parein-Bruat, conseillère technique
Fasad du Doubs
pparein-bruat@fede25.admr.org

Santé des personnes âgées : Gentilly pratique l'approche globale

Sur la commune de Gentilly, s'est développé, depuis 1997, un réseau de santé globale initié à partir du problème des chutes des personnes âgées. Ce réseau a pris sa place parmi les actions de l'Atelier Santé-Ville. Dans les ateliers du réseau « ÉquilibreS », les retraités pratiquent notamment des activités pour prévenir les chutes. Si la réussite du programme est largement due au travail en commun réalisé par les professionnels de santé et les habitants, l'implication changeante de certains partenaires en modifie le développement.

Ce programme de santé communautaire de Gentilly, à destination des seniors, est basé sur l'écoute des demandes et besoins exprimés au fur et à mesure des développements de l'action. Il se situe en amont de la chute physique et/ou psychique, et répond au triple objectif de prévention des chutes à venir, du maintien de l'autonomie par la modification du milieu environnant, et du maintien du lien social participant à un bon équilibre psychologique.

Pour ce faire, participent au développement des actions les médecins du secteur public ou privé, des kinésithérapeutes, les services municipaux, les diététiciens, et tout autre professionnel qui peut œuvrer à la poursuite ou à la modification des actions en cours.

Autonomie au sens large

Ce réseau s'intègre dans l'Atelier Santé-Ville, expérience qui a déjà fait l'objet d'une présentation dans *La Santé de l'homme* (n° 369, p. 41-42). Le programme mis en place à Gentilly depuis huit ans par le réseau ÉquilibreS évolue au gré des demandes et des besoins exprimés par ses usagers, par exemple : « *Quand je marche dans la rue, je ne me sens pas stable* » ; « *Je ne sors presque plus, j'ai peur de tomber dans les escaliers.* »

C'est ainsi qu'à partir des ateliers de prévention des chutes – initiés au démarrage du programme par des professionnels issus du centre municipal de santé –, nous sommes passés à un travail en commun entre professionnels du soin, du travail social et avec les habitants, sur les autonomies au sens le plus large. Le programme a ainsi basculé d'une première phase essentiellement centrée sur la prévention médicalisée vers une seconde phase d'approche globale de santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé. Ce changement s'effectue progressivement vers une prise en charge la plus complète possible par les bénéficiaires eux-mêmes, en lien avec les professionnels de santé concernés pour l'aspect « technique » du problème. Amorçage de cette direction à confirmer, un journal de format papier est publié et fait notamment office de tribune ouverte pour les retraités, qui partagent ainsi leurs préoccupations.

Toutefois, le renouvellement régulier des membres actifs soulève à la fois le problème du leadership et celui de l'affaiblissement des facultés des plus anciens, donc des « moteurs » du groupe. Ce renouvellement s'effectue naturellement mais ralentit bien évi-

demment les étapes du processus engagé.

Pérenniser l'engagement des partenaires

Autre difficulté rencontrée : l'implication de certains partenaires avec lesquels les programmes se construisent. Le côté expérimental et novateur passé, les financements comme les motivations s'estompent. Cet état de fait est d'autant plus dommageable qu'il est quasi impossible à comprendre par les acteurs. Plus précisément, en ce qui concerne ÉquilibreS, le travail avec la RATP, initié comme « pilote » et « expérimental », consistait en un accueil spécifique des personnes âgées dans les autobus en prenant en compte leurs difficultés de mobilité. « À l'arrêt du 125, le trottoir est éloigné, et c'est un véritable exercice d'équilibre pour descendre », témoignait l'une d'entre elles. « Quand le bus démarre et que j'ai mon filet à provisions, j'ai l'impression d'être projetée vers l'arrière », ajoutait une autre.

Ce travail devait prendre en compte tant les difficultés liées à l'âge que les contraintes du transporteur et des conducteurs. Cette initiative n'a finalement pas résisté au départ d'un chef de service. Et la mise en place envisagée d'une ligne de bus spécifique après formation des conducteurs n'est plus à l'ordre du jour. Cela est d'autant plus malheureux que les débuts avaient été prometteurs, l'accueil auprès des conducteurs et responsables du dépôt de bus excellent et l'implication active des retraités très importante. L'institution RATP n'a pas suivi et les choses se sont essouffées.

À une échelle plus réduite, nous commençons à travailler avec les conducteurs locaux au moment où la municipalité s'apprête à mettre en service un bus-navette qui desservira la commune. Le soutien des élus sur un territoire restreint montre une fois encore la meilleure faisabilité des actions de proximité.

Des bienfaits inattendus

Mais ces quelques avatars sont largement compensés par des points positifs parfois inattendus. Le groupe s'étoffe et se développe toujours régulièrement, bien que la part des personnes âgées dans la population de la commune reste à peu près stable. Dans cette ville de

dix-sept mille habitants, les activités proposées par le CCAS (théâtre, sorties, etc.) sont complémentaires et tissent également du lien social. Les médecins de la ville, les aides à domicile ainsi que certains commerçants sont associés à l'ensemble du programme en fonction des demandes exprimées et discutées. Là encore, il s'agit de prendre en compte les difficultés propres aux aînés : « Les produits les moins chers sont placés trop haut ou trop bas. C'est gênant de toujours demander », résume ainsi l'une d'entre elles.

Enfin, l'une des activités originelles du programme – l'ensemble des ateliers et des activités « santé » pour les personnes âgées, essentiellement l'Atelier Santé-Ville Gentilly-Val-de-Bièvre – se poursuit fortement : selon un bilan dressé fin 2005, plus de cent cinquante personnes participent aux actions de prévention des chutes, de préservation des autonomies, de la mémoire, et aux échanges de savoir – comme les cours d'initiation au « tai chi » organisés par l'une des participantes les plus assidues depuis des années et qui regroupe maintenant une trentaine d'afficionados. Cette personne partage les connaissances traditionnelles qu'elle a apprises dans sa famille. Toujours dans le cadre de l'Atelier Santé-Ville, des ateliers nutrition animés par diététiciennes et cuisinier, couplés aux exercices physiques, sont organisés. On constate que le côté intergénérationnel de transmission accompagnée s'intègre parfaite-

ment aux autres thématiques développées dans la commune. L'Atelier Santé-Ville Gentilly-Val-de-Bièvre inclut, en effet, d'autres activités. Il est ouvert à l'ensemble de la population, ce qui permet aux différentes générations de se côtoyer. Ce lien intergénérationnel permet aussi la transmission de savoirs de part et d'autre.

Partage de savoir-faire avec la Belgique

La satisfaction des membres du réseau conjuguée au bouche à oreille a permis l'extension – bien évidemment sous des formes propres à ses habitants et à ses services municipaux – à une commune voisine, Arcueil. De même, les actions entreprises dans une dimension de santé globale intégrant un travail sur divers facteurs et hors du champ du soin ont eu un écho favorable au-delà de nos frontières. La commune de Fontaine-L'Évêque en Belgique (banlieue de Charleroi), nous a proposé une rencontre entre les personnes retraitées de notre groupe et celles de leur commune, ainsi qu'un travail en commun avec les professionnels de l'aide aux personnes âgées, dans les domaines médical et social... À suivre, mais l'implication des personnes se trouve bien évidemment confortée par cette « reconnaissance » extérieure.

Claude Laguillaume

Médecin, directeur de la santé, Gentilly.

Vice-président de la coordination nationale des réseaux de santé.

Une consultation multidisciplinaire pour **prévenir les chutes à répétition**

Son caractère multidisciplinaire en fait une consultation originale : au CHU de Lille, chaque consultant est examiné successivement par un gériatre, un neurologue et un rééducateur fonctionnel. Les facteurs de risque sont repérés puis, par l'intermédiaire du médecin traitant, chaque personne se voit proposer des exercices de kiné, des aménagements à domicile et éventuellement une modification de son traitement médicamenteux. Les résultats sont globalement très favorables.

Créée en 1996, la consultation multidisciplinaire qui se tient au CHU de Lille s'adresse aux personnes âgées qui tombent ou qui ont des troubles de l'équilibre et de la marche. La consultation de la chute est une alternative à l'hospitalisation. Son objectif n'est pas tant de trouver la cause principale de la dernière chute que de déterminer, chez un patient donné, les facteurs de risque de chute, afin de proposer un plan d'action personnalisé. Chaque consultant est examiné par un interniste gériatre, un neurologue et un rééducateur fonctionnel qui se rend au domicile du patient pour un examen fonctionnel « en situation ».

Pour l'évaluation fonctionnelle de chaque personne âgée qui vient consulter, nous avons recours à des outils standardisés et validés, ce qui permet presque toujours de mettre en évidence plusieurs facteurs de risque de chute chez un même patient. Certains sont individuels (altération de la sensibilité ostéo-articulaire, troubles de la vue, perte musculaire, rhumatisme dégénératif, etc.), d'autres imputables au comportement ou à l'environnement (mauvais chaussage, éclairage insuffisant, inadéquation de la hauteur des mobiliers d'assise, salle de bains ou WC non adaptés, etc.), d'autres, enfin, provoqués par un traitement médical avec la prise de psychotropes, en premier lieu.

Une approche globale de la personne

Au-delà de l'examen analytique, l'évaluation fonctionnelle permet de constater le plus souvent une « perte d'ai-

sance » globale, avec un appauvrissement des possibilités d'ajustement de la posture et, plus encore, des réactions d'évitement de la chute (écartement des bras, pas de côté ou en arrière), une incapacité à se relever seul(e) du sol, puis, à un stade plus avancé, une plus grande difficulté pour se lever d'une chaise ou d'un lit, s'asseoir ou se coucher. Enfin, pour les personnes qui sont déjà tombées, le tableau fonctionnel est le plus souvent compliqué par l'appréhension et la perte de confiance en soi, génératrice de réduction d'activités locomotrices, participant au dangereux cercle vicieux du syndrome de l'après-chute.

Ces données sont rassemblées dans un courrier adressé au médecin traitant. Elles amènent des propositions thérapeutiques. L'approche proposée est « globale ». Elle vise à agir sur le patient (traitement médicamenteux, kinésithérapie, travail physique et psychologique pour redonner de l'assurance,

aide de marche, etc.), sur l'entourage (qui doit aider le patient mais pas se substituer à lui) et sur l'environnement (petits aménagements du domicile, mise en place d'aides, etc.). La prescription de kinésithérapie est rédigée par le médecin rééducateur et adressée au médecin généraliste. Une consultation de contrôle est programmée six mois plus tard par le gériatre.

Le profil des consultants

Quel bilan peut-on dresser après neuf années de pratique ? En moyenne, la consultation de la chute reçoit cent à cent vingt patients par an : quatre femmes pour un homme, pour l'essentiel âgés de 75 à 90 ans (âge moyen : 82 ans). Ils sont adressés par le médecin traitant (trois sur cinq), l'hôpital (un sur cinq) ou viennent d'eux-mêmes (un sur cinq). Neuf patients sur dix sont accompagnés par le parent ou l'ami le plus proche. Quatre sur cinq vivent à domicile (plus d'une fois sur deux seul).

La moitié a besoin d'aide pour au moins une des activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir, etc.). Il peut s'agir de sujets très vigoureux mais, plus souvent, ce sont des sujets fragiles. Coexistence de plusieurs pathologies et polymédication sont la règle (six médicaments en moyenne). La moitié a des troubles de mémoire ou un déclin intellectuel, pouvant faire craindre une maladie d'Alzheimer débutante. En moyenne, ils sont tombés cinq fois dans les six derniers mois. Un tiers s'est déjà fracturé un membre lors d'une chute. Huit personnes sur dix disent avoir peur de tomber à nouveau. Quatre sur dix utilisent une aide technique de marche (cane, déambulateur, etc.).

Des conseils et un suivi sur mesure

Les principales mesures proposées sont la kinésithérapie, des modifications du traitement (en ajoutant ou supprimant certains traitements, par exemple pour ajouter un traitement pour l'os-

téoporose) et des aménagements du domicile.

Trois patients sur quatre reviennent à la consultation de contrôle. Cela permet d'apprécier le suivi des recommandations, qui est meilleur pour la kinésithérapie que pour les changements de thérapeutiques et les adaptations environnementales. À six mois, un tiers est retombé. En moyenne, on dénombre 0,8 chute sur six mois à comparer aux cinq chutes dans les six mois précédant la consultation. Globalement, les patients et les familles expriment une grande satisfaction.

Notre conclusion est que la consultation de la chute permet une prise en charge simple en collaboration avec le médecin traitant, qui s'avère efficace dans un grand nombre de cas. Malheureusement, beaucoup de patients viennent « très tard », voire « trop tard ». Le mieux serait d'intervenir plus tôt dans l'histoire du patient, c'est-à-dire avant la

chute. Il faut pour cela que les médecins sachent dépister les personnes à risque. La chose, en fait, n'est pas difficile. Un simple questionnement (êtes-vous tombé?) et la passation annuelle de tests simples (station sur un pied tenue cinq secondes, test du « lève-toi et marche »¹ suffisent.

François Puisieux

Professeur de médecine interne et gériatrie,

Vinciane Pardessus

Praticien hospitalier en médecine physique et rééducation, hôpital gériatrique les Bateliers du CHRU de Lille.

A. Thévenon, B. Pollez, S. Bombois,

A. Memin, P. Dewailly

Services de médecine interne et gériatrie, de médecine physique et réadaptation et de neurologie du CHRU de Lille.

1. Le test du « lève-toi et marche », « Get up and go test », consiste à demander à la personne de se lever d'une chaise, de marcher trois mètres, de faire demi-tour, de revenir vers la chaise, de faire le tour de la chaise et de s'asseoir. La qualité de l'équilibre et de la marche est mesurée durant l'épreuve.

À Montpellier, l'activité physique pour **prolonger l'autonomie**

À Montpellier, l'Assurance Maladie, le CHU et la faculté des sciences du sport ont mis au point un module de formation des personnes âgées à la prévention de la perte d'autonomie et aux risques de la chute : vingt-quatre séances d'une heure et demie étalées sur trois mois, associant activité physique et éducation à la santé, animées par des enseignants en activités physiques adaptées. Premiers enseignements d'une expérience qui va être élargie au département, voire à la région.

Le plan national expérimental « Préservation de l'autonomie de la personne âgée (Papa) Cnamts/Cnav poursuit le premier objectif de conforter la politique de prévention et de préservation de l'autonomie. Dans ce cadre, la caisse régionale d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon avec son service Prévention santé (Mme Savary et Mme Allard), en partenariat avec le service gérontologie du CHU de Montpellier (Pr C. Jeandel) et la faculté des sciences du sport de l'université de Montpellier-1 (P. Bernard et G. Ninot), ont labellisé la démarche « Posture-Équilibration-Motricité & Éducation à la Santé – PEM-ES ».

Ce programme PEM-ES est une action innovante de prévention des effets physiologiques du vieillissement s'appuyant sur une démarche mixte d'activités motrices et d'éducation à la santé. Il poursuit les objectifs :

- d'optimisation de l'autonomie ;
- d'optimisation des capacités fonctionnelles et d'équilibration ;
- d'intégration de notions d'éducation à la santé ;
- d'amélioration de la qualité de vie et de la santé perçue.

Le programme s'adresse à toutes les personnes âgées volontaires, issues des fichiers de la caisse régionale et des cais-

ses primaires d'Assurance Maladie du Languedoc-Roussillon, de CCAS, de maisons de retraite partageant les finalités de cette action. Chaque personne est préévaluée avant son inscription afin de déterminer son caractère prioritaire au regard du risque de chute. Puis, durant trois mois, un cycle de PEM-ES de vingt-quatre séances de quatre-vingt-dix minutes est offert à chaque groupe, d'une dizaine de personnes.

Les cycles sont animés par des professionnels formés à la PEM-ES (enseignants en activités physiques adaptées ou paramédicaux) et habilités à utiliser ce programme. Chaque séance de

quatre-vingt-dix minutes se décompose en trente minutes d'éducation à la santé et soixante minutes d'activité motrice de type gymnique et adaptée au profil moteur de chaque participant.

Les deux premières et les deux dernières séances sont consacrées aux tests d'évaluation :

- physiologiques¹ : grilles PEM, test monopodal, test stabilométrique, questionnaire d'indépendance fonctionnelle ;
- de connaissances en matière d'éducation à la santé, par questionnaire ;
- de qualité de vie, par questionnaire.

L'évaluation des aptitudes individuelles constitue la première étape, qui guidera la constitution des groupes et la programmation des contenus de séances. La méthodologie d'évaluation permet de définir un « profil moteur individuel » qui conditionne le contenu des séances. Pour l'éducation à la santé, les cinq thèmes relatifs à la nutrition et l'alimentation, l'adaptation de l'environnement et de l'habitat, les médicaments,

l'hygiène de vie, l'aptitude physique sont traités durant les trente premières minutes de chaque séance. Cette démarche rigoureuse, qui nécessite une programmation préalable de la séance et une analyse de situations *a posteriori*, permet l'évolution des contenus d'activités en fonction des progrès individuels. Elle est la condition d'une adaptation des séances à l'évolution des capacités fonctionnelles des pratiquants et de la recherche des objectifs de santé fixés.

De janvier 2004 à fin 2005, la méthode PEM-ES a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse des effets physiologiques et psychologiques de la démarche auprès de plus de deux cents personnes âgées.

Après la démarche de validation, en 2004-2005, l'objectif est de diffuser ce programme en 2006. Les animateurs interviendront en secteurs hospitalier et social (CCAS, Clis, associations). Le comité de pilotage, sous la présidence du Pr Jeandel et la responsabilité de

Pierrick Bernard, maître de conférences des Universités, inscrit cette démarche dans le temps et l'article avec le programme national « Bien vieillir », au sein duquel il travaille activement.

Pierrick Bernard

Maître de conférences des universités,
faculté des sciences du sport,
université Montpellier I, laboratoire « Efficience et déficience motrices ».

Contact : pierrick.bernard@univ-montp1.fr

1. Les grilles d'évaluation PEM se composent de trois grilles de dix exercices chacune. Chaque exercice est coté sur trois points et fournit un score de posture (P), un score d'équilibration (E) et un score de motricité (M). Le total sur quatre-vingt-dix est nommé « profil moteur individuel » et est calculé lors d'une évaluation initiale de début de cycle et terminale de fin de cycle. Le test monopodal consiste à tester la personne sur un appui du côté dominant puis du côté opposé, les yeux ouverts et les yeux fermés. Le score est comptabilisé sur cinq secondes. L'évaluation stabilométrique est une analyse des capacités de régulation posturale de la personne à partir de l'enregistrement de la projection au sol de son centre de gravité. Les mesures de base sont réalisées durant vingt-cinq secondes sur sol dur avec contrôle visuel puis en privation visuelle.

Un parcours rééducatif pour reprendre confiance après la chute

C'est un circuit en plein air. Le parcours rééducatif installé dans l'enceinte du centre départemental de gérontologie de Marseille permet aux personnes âgées, notamment celles présentant une diminution de leur autonomie ou « à risque de chute », de travailler leur mobilité. Encadrées par des professionnels de la rééducation, elles tentent de reprendre confiance en leur capacité d'affronter des situations « difficiles » de la vie quotidienne et de récupérer leur autonomie.

À Marseille, un parcours rééducatif en extérieur a été créé au centre départemental de gérontologie de Montolivet, à proximité du service de rééducation fonctionnelle. Ce programme vise à favoriser le maintien et la préservation de l'autonomie des personnes âgées et, plus particulièrement, à agir sur les troubles de l'équilibre et de la marche. Aussi, il s'adresse à l'ensemble du public âgé mais, s'agissant d'un centre de rééducation, les personnes « clientes » s'inscrivent au programme plus souvent dans une optique de prévention secondaire, voire tertiaire, plutôt que primaire.

Reprendre confiance en soi

Opérationnel depuis 2000, ce parcours rééducatif, dont le modèle a été déposé, est complémentaire de la rééducation classique. Il est pratiqué par les patients ayant été hospitalisés, quel qu'en soit le motif, ou institutionnalisés dans la structure gériatrique. Il permet de travailler sur les aptitudes physiques et psychologiques : capacité à enjamber des obstacles, marche sur terrains spécifiques variés, travail d'escaliers, etc., lesquelles doivent permettre de reprendre confiance en soi. Ce parcours est novateur dans la chaîne rééducative et réadaptative pour au moins quatre raisons :

– il permet une rééducation fonctionnelle alliant les dimensions sociale et ludique, en dehors du contexte « restrictif et limité » d'une salle de rééducation ;
– il favorise une réadaptation fonctionnelle « optimale » par la réalisation d'exercices en salle comme à l'extérieur. Cette dimension intérieur/extérieur place la personne âgée (d'autonomie variable) dans un contexte de réalité quotidienne où il est nécessaire de s'orienter, de se diriger, etc. ;

– il contribue aux objectifs de prévention puisqu'il vise les troubles de la marche et de l'équilibre, etc. En ce sens, il participe à l'objectif de préservation de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées ;

– il s'inscrit enfin dans une démarche de santé publique en ciblant les différents niveaux de la prévention des chutes : réduction du nombre de chutes, réduction des récurrences et réduction des incapacités liées aux chutes (*voir l'article de Bertrand Thélot et Cécile Ricard dans ce même numéro*).

Un parcours « sur mesure »

Le parcours rééducatif installé au centre gérontologique de Marseille est un espace sécurisant, progressif et adaptatif ; réalisé sous la forme d'une boucle, il est composé d'un circuit principal, de voies optionnelles et d'aires de repos. Trois zones fonctionnelles « distinctes » sont délimitées : une « zone réadaptative de marche », une « zone spécifique rééducative » sur des aires techniques et, enfin, une « zone spécifique rééducative des membres et fonctions supérieures ».

Le parcours rééducatif constitue une étape dans la prise en charge des personnes. En effet, au préalable, des bilans de kinésithérapie, d'ergothérapie, de psychomotricité sont réalisés de façon à apprécier les capacités de la personne. Ils permettent ensuite d'adapter la prise en charge, de suivre et évaluer les résultats obtenus.

Une prise en charge pluridisciplinaire est indispensable, aussi toute l'équipe soignante est requise : médecin de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, médecin gériatre, neuro-

logue, orthopédiste, médecins du service, médecin traitant, soignants de rééducation tels que kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, appareilleur mais aussi infirmiers, aides-soignants, brancardiers. Les aidants familiaux, professionnels des associations puis bénévoles sont aussi associés dans la démarche auprès de la personne âgée.

Cette action est soutenue par l'Union régionale des médecins libéraux (URML), la Région et aussi la Ville de Marseille. L'association « Parcours-Passe-Relais » vers l'autonomie a pu se créer, et des partenariats, avec des entreprises privées par exemple, soutiennent également le projet.

L'ouverture de ce parcours à d'autres publics vulnérables ainsi que l'installation de parcours similaires sur d'autres lieux de soins sont envisagées dans le cadre du renforcement de la mise en place des réseaux de lutte contre la dépendance « Ville/Hôpital ». Ces derniers incluent plusieurs actions : aide à l'aménagement de l'environnement et de l'habitat, soutien au retour et maintien à domicile, articulation des actions avec des consultations multidisciplinaires (et un suivi au niveau d'un appartement thérapeutique). La promotion de réseaux « Ville/Hôpital » constitue une opportunité intéressante pour développer la prévention primaire des chutes. Un organigramme et des procédures doivent être proposés pour la mise en place d'actions coordonnées.

Dr Aline Bismuth-Bargas

Praticien hospitalier,
chef du service Rééducation,
Centre gérontologique Montolivet, Marseille.

Traitement médicamenteux : favoriser la démarche éducative

C'est une expérience originale : réunir, dans la même formation, des personnels soignants, des directeurs d'établissement et des aides à domicile pour leur faire partager une culture commune en matière d'adhésion des personnes âgées à leur traitement médicamenteux. Ces formations, dispensées par le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France, pourraient être élargies à d'autres.

Un des facteurs reconnus comme favorisant les chutes des personnes âgées est la mauvaise observance des traitements provoquant hypotension orthostatique (baisse de la tension artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout), provoquant vertiges mais aussi dans certains cas accès de démence.

La littérature scientifique¹ dégage un certain nombre de déterminants agissant sur l'observance : le rôle de l'entourage proche, la présentation des produits, leur délivrance, les méthodes de prescription, le manque de connaissance et surtout le manque d'implication des personnes âgées dans la détermination et le suivi de leur propre traitement. Plusieurs études menées en Ile-de-France par le Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif) avec le soutien de la Caisse régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France (Cramif)² ont montré l'importance de certains de ces déterminants puis proposé des actions concrètes pour les améliorer. Les principaux obstacles qui doivent être levés sont les suivants :

- la curiosité et l'intérêt que la personne âgée porte à sa pathologie et donc à l'acceptation de son traitement ;
- la perception d'autonomie et d'indépendance ;
- les intrications avec les relations familiales ou de couple, sources de dépendance affective ;
- l'absence d'accompagnement des ruptures dans la vie quotidienne (surtout hospitalisation) ;
- et, influant sur tous les facteurs précédents, les attitudes de certains aidants naturels ou professionnels qui tendent à surprotéger la personne âgée dans une dynamique souvent infantilisante.

En pratique, les professionnels entourant la personne âgée sont peu sensibilisés à cette réflexion. D'un côté, les professionnels de santé sont souvent convaincus qu'une prescription et une délivrance bien expliquées garantissent une bonne observance et refusent souvent une démarche éducative avec les personnes âgées ; de l'autre, les professionnels non sanitaires refusent de prendre en compte les questions de thérapeutique par manque d'intérêt, par sentiment d'incompétence, ou par refus d'élargir leurs responsabilités³. La communication entre ces deux catégories de professionnels est par ailleurs souvent problématique.

Il est donc apparu nécessaire d'engager un processus de formation conjoint des personnels de santé et d'aide à domicile pour faire prendre conscience du problème, sensibiliser à l'intérêt d'avoir une démarche éducative, même auprès des personnes âgées, et permettre de jeter les bases d'une culture commune. L'objectif étant bien sûr de favoriser l'adhésion des personnes âgées à leur traitement.

Ces formations, organisées depuis 2002 avec l'appui de la Cramif, ont été dispensées à une cinquantaine de professionnels. Elles articulent, d'une part, des exposés théoriques sur l'observance, l'éducation thérapeutique du patient, les spécificités de la personne âgée et de son entourage ; d'autre part, une mise en situation concrète (jeu de rôle) qui sert de base – dans la dernière phase de la formation – à l'élaboration par chaque participant d'un plan de modification de ses pratiques.

Les résultats sont très encourageants avec une très forte prise de conscience

de la part des encadrants d'aides à domicile, des directeurs d'établissement et des personnels soignants du rôle que les aides à domicile peuvent jouer ainsi que du possible et nécessaire accompagnement pédagogique de la personne âgée. Les personnels soignants ont découvert, ou mieux appréhendé à cette occasion, la grande autonomie des personnes âgées et la nécessité à la fois de mieux coordonner les prescriptions et de penser à la prise de médicaments lorsqu'ils sont confrontés à une chute inexplicite. Quelques réticences néanmoins sont apparues de la part de personnel soignant, peu convaincu de la potentialité de changement des personnes âgées. Il est clair que de telles attitudes enferment la personne âgée dans un rôle infantilisé.

Ces formations vont se poursuivre ; elles seront complétées par une action de même nature au sein d'un service hospitalier de gériatrie, afin de mieux préparer la sortie des patients et d'engager dès l'hospitalisation une démarche éducative.

Stéphane Tessier

Directeur,

Meryem Belkacémi

Responsable des formations,

Crésif, Paris.

1. Synthèse de la littérature dans : Tessier S. La personne âgée, son entourage et son traitement ; de l'observance à l'adhésion thérapeutique. Paris : Crésif, 2003 : 184 p. (disponible sur demande au Crésif).

2. Les résultats de deux de ces études (personnes en maisons de retraite et en foyers-logements) sont inclus dans le document cité. Celles portant sur les personnes âgées à domicile et hospitalisées sont en cours de publication.

3. La circulaire DGS/Das 99/320 fixe les attributions des aides à domicile en la matière de façon beaucoup plus large que généralement pratiquée. Une plaquette destinée à la faire connaître aux aides à domicile est téléchargeable sur www.cresif.org

La Communauté française de Belgique forme des « préventeurs de chute »

En Belgique, 93 % des plus de 65 ans vivent à domicile. La région de Charleroi expérimente un programme innovant de prévention des chutes qui repose sur la sensibilisation et la formation des professionnels intervenant à domicile. Cette action devrait s'étendre à l'ensemble de la Communauté française. Les professionnels travaillent aussi en lien avec leurs homologues français et suisses.

La prévention des chutes chez les personnes âgées est une priorité pour le gouvernement de la Communauté française de Belgique. La prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité figurent en effet parmi les six priorités d'action du Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé. C'est dans ce cadre que l'association Éduca-Santé est financée pour cinq années afin de traiter ce champ des traumatismes affectant les personnes âgées.

Le projet du gouvernement de la Communauté française concernant la population âgée se développe autour de la prévention des chutes à domicile, dans une approche de promotion de la santé et de la sécurité. Il repose sur la vision d'un vieillissement positif que développe l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En utilisant l'expression « vieillir en restant actif », l'OMS pointe la nécessité d'optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin de préserver et d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse. Ce projet repose aussi sur les recom-

mandations reprises dans le *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*, réalisé par le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité et édité par l'INPES (cf. article d'Hélène Bourdessol). Au regard des enjeux démographiques et des habitudes de vie – en Belgique, 93 % des personnes de plus de 65 ans vivent à leur domicile –, la prévention des chutes à domicile devient une démarche justifiée tant au niveau humain, sanitaire qu'économique.

S'inspirant largement de ce référentiel de bonnes pratiques et des expériences menées en France, en Suisse et au Québec, le projet se décline en quatre actions. Il s'agit :

- d'intégrer la démarche de prévention des chutes dans la pratique des professionnels intervenant à domicile auprès des personnes âgées ;
- parallèlement, d'intégrer des ateliers d'équilibre dans les activités physiques existantes destinées aux seniors ;
- d'améliorer les connaissances des per-

sonnes âgées sur les risques de chutes, les conséquences des chutes sur la santé et les ressources disponibles ;

- la quatrième action permettra d'expérimenter une démarche communautaire afin d'améliorer la sécurité des personnes et diminuer le nombre de chutes.

Avant d'implanter le projet sur l'ensemble du territoire de la Communauté française de Belgique, une première phase pilote est en cours dans la région de Charleroi sur la base d'un partenariat avec le Service d'intégration des soins à domicile. Ce service coordonne l'ensemble des professionnels (médecins généralistes, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides familiales) qui interviennent au domicile des personnes âgées. Le partenariat s'étend également à l'association Carolo Prévention Santé, qui coordonne le projet Charleroi-Ville santé et par là implique tous les secteurs d'intervention (sports, loisirs, animations seniors, etc.) dans les actions de santé. Ce partenariat permet une large concertation avec les acteurs de la prévention en vue de construire les modules de formation des intervenants à domicile et des animateurs sportifs. Ils construiront également les outils utiles à l'intervention sur le terrain (grille d'analyse des risques de chutes, diagnostic du logement, etc.).

Au-delà de ce programme, des initiatives doivent être prises par des communes pour développer des démarches communautaires de prévention des chutes en faveur des aînés. On peut déjà citer le développement du concept de « Communauté sûre », lancé depuis cinq ans par la commune de Fontaine-L'Évêque ; la démarche communautaire ici mise en œuvre inclut toute la popu-

lation et favorise l'amélioration des milieux de vie des personnes âgées. La commune, curieuse des activités et des résultats du projet ÉquilibreS mené par la municipalité de Gentilly en France (cf. article de Claude Laguillaume dans ce même numéro), entend mettre en place une plate-forme rassemblant toutes les personnes sensibilisées à la problématique (citoyens, professionnels, institutionnels) en vue de faciliter l'accès aux formations, outils, informations nécessaires à la mise en œuvre des interventions (communication, dépistage, aménagement, activités physiques, etc.), et d'évaluer l'impact de son action. Les personnes âgées ont ainsi exprimé leurs attentes et elles continueront à le faire durant les prochains mois, par le biais de leurs associations. Ensuite, les actions seront définies et mises en œuvre sous la

coordination de l'administration communale. Cet échange de pratiques entre Gentilly et Fontaine-L'Évêque est très enrichissant : un fil relie les actions de prévention menées en France, en Belgique, en Suisse ou au Québec ; il vise à sauvegarder l'autonomie des personnes vieillissantes et, par ce moyen, protéger leur qualité de vie, voire l'augmenter. Le partage des expériences et la mutualisation des compétences présentes dans chacun des pays ont clairement pour objectif de renforcer l'efficacité de nos actions. Ainsi, des professionnels de santé de la région de Charleroi ont eu l'occasion d'échanger avec un gériatre, coordonnateur d'un projet similaire à Genève. Au cours des prochains mois, les professionnels et les habitants de Fontaine-L'Évêque et de Gentilly se rencontreront pour échanger leurs expériences. Le Réseau fran-

cophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité encourage cette dynamique et favorise d'étroites collaborations dans le monde francophone pour le développement d'actions de santé publique de qualité.

Martine Bantuelle

Directrice de l'ASBL Éduca-Santé,
(Charleroi, Belgique)

et correspondante du Réseau francophone international de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité pour la Communauté française de Belgique.

Pour en savoir plus

www.educasante.org : accès à un annuaire des ressources du réseau de prévention des traumatismes qui inclut une base de données documentaires sur ce thème.

Suisse : les professionnels initiés aux risques de chute

Question longtemps négligée en Suisse, la prévention des chutes chez les personnes âgées fait l'objet d'un programme pilote dans le canton de Genève : mille professionnels de maisons de retraite ont été formés pour mieux dépister et accompagner les personnes à risque. Dans un autre canton, les intervenants à domicile sont formés aux risques de chute et à la malnutrition par une infirmière, une ergothérapeute et une diététicienne.

Dans la structure fédéraliste de la Suisse, les systèmes de santé sont cantonaux, posant de nombreux défis en termes de santé publique mais favorisant *a contrario* l'émergence d'expériences cantonales originales. Dans le canton de Genève, le Programme de prévention des chutes des personnes âgées, soutenu et financé par la direction générale de la Santé, a débuté, en 1999, par un recensement systématique et une prévention dans des maisons de retraite. Plusieurs facteurs ont motivé ce choix initial : la grande fréquence des chutes dans ces lieux de vie, l'exigence d'un recensement systématique et l'existence de sérieuses lacunes en matière de prévention, comme le montrait une enquête préliminaire.

En institution, du diagnostic aux outils d'intervention

Dans la phase pilote, au sein de sept établissements volontaires, les intervenants (un médecin et une infirmière) ont apporté une information sur les possibilités de prévention, ont introduit une fiche d'incident de chute préalablement testée puis ont participé de manière interactive par *coaching* à trois séances de discussion de cas difficiles (principalement des multichuteurs), permettant ainsi de former les membres de l'équipe interdisciplinaire à la prévention. En l'absence de données statistiques préalables, l'évaluation de l'impact du programme s'est faite au moyen d'indicateurs : changements organisationnels (colloques spécifiques, plan-

ning), changement d'attitude (plus positive devant un problème chronique et récurrent), meilleure collaboration interdisciplinaire, enrichissement des moyens de prévention (introduction de la vitamine D et calcium, utilisation du protège-hanche), meilleure visibilité du phénomène chute (dans les dossiers papier et informatisés) et introduction de statistiques.

Dans une deuxième phase, au sein de sept autres maisons de retraite, les mêmes intervenants ont travaillé avec des outils améliorés (fiche de chute simplifiée, poster des facteurs de risque et interventions, guide d'aide à la décision). La participation du médecin responsable de l'établissement au pro-

cessus et aux séances de discussion de cas a apporté un bénéfice supplémentaire, notamment pour l'ajustement de la thérapie médicamenteuse. L'intervention a introduit un véritable processus de changement chez près de mille professionnels au sein de quatorze maisons de retraite totalisant mille soixante résidents âgés en moyenne de 86 ans. L'extension du programme se fera en deux ou trois ans aux autres établissements du canton.

À domicile, vaincre la résistance au changement

Une autre action de prévention des chutes en Suisse romande a été menée dans un service de soins à domicile genevois. Cette intervention pilote a introduit une démarche préventive par les acteurs de première ligne : au moyen d'une fiche, chaque chute a été recensée, puis l'infirmière référente ou l'ergothérapeute a procédé à l'évaluation des risques individuels, comportementaux et environnementaux. La résistance aux changements de la personne âgée a été un obstacle fréquent et a conduit à des stratégies plus différenciées de la part des professionnels. Cette expérience servira de support à l'utilisation du Home-RAI (*Resident Assessment Instrument*), instrument de dépistage et d'évaluation des problèmes les plus courants rencontrés à domicile (par exemple, les troubles cognitifs, les chu-

tes, l'incontinence urinaire, la communication, etc.). Cet instrument sera prochainement utilisé par l'ensemble des services de soins à domicile.

Deux volets d'action : équilibre et malnutrition

Enfin, une troisième action a été mise en œuvre en Suisse francophone dans le champ de la prévention des chutes par l'Organisme médico-social vaudois responsable de l'organisation des services d'aide et de soins à domicile. Une infirmière de santé publique, une ergothérapeute et une diététicienne ont introduit, en 1999, un programme de prévention des chutes et de la malnutrition.

À ce jour, le programme est en voie d'implantation dans les quarante-cinq centres médico-sociaux du canton (représentant plus de deux mille professionnels des soins à domicile). Le premier volet de ce programme vise à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des personnes âgées à risques de chute et de malnutrition par les intervenants à domicile. Il comporte trois phases : une formation sous forme de conférence de tous les professionnels, un atelier interdisciplinaire d'acquisition d'outils et de méthodes (dépistage, prévention), et six colloques de prise en charge avec discussion de cas. Une infirmière référente « relais » est formée dans chaque centre médico-

social. Les évaluations de cette action concluent que les professionnels sont plus attentifs aux problèmes des chutes et de la malnutrition, se sentent mieux armés pour en discuter avec les personnes âgées et collaborent mieux entre eux. Le deuxième volet du programme vise à la promotion du mouvement et d'une alimentation adéquate parmi la population âgée. Il se fait en partenariat avec Pro Senectute, association apportant des prestations de prévention, de formation, d'information et d'aide aux personnes retraitées. Ce volet comprend des animations interactives avec de dix à trente personnes âgées, des ateliers Équilibre et de tai-chi. Des améliorations significatives aux tests d'équilibre sont observées à la suite de la participation des personnes aux ateliers.

D'autres interventions préventives sont également en cours dans d'autres cantons de Suisse francophone ; cela démontre la prise de conscience des autorités de l'importance à accorder à la prévention chez les personnes âgées, domaine traditionnellement négligé.

Dr François Loew

Gériatre, responsable du programme de prévention des chutes des personnes âgées, soutenu et financé par la direction générale de la Santé, Haute École de santé, Genève.

Québec : inciter à l'activité physique et enrayer la peur de tomber

Avec son Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), le Québec souhaite prévenir la chute chez les personnes âgées relativement autonomes vivant à domicile. Au rythme de deux fois par semaine sur douze semaines, les seniors y pratiquent des exercices en groupe et à domicile, et bénéficient de modules d'informations. Les premiers résultats indiquent que ce programme a amélioré l'équilibre et la mobilité des participants.

Au Québec, les personnes de 65 ans et plus représentent près d'un million de personnes sur une population totale de 7,4 millions (1). Le pourcentage de seniors est de plus de 13 % et ne cesse d'augmenter. Soulignons qu'environ 30 % de ces personnes âgées font plus d'une chute chaque année (2). Ces chutes entraînent annuellement six cents décès et douze mille hospitalisations chez les personnes de 65 ans et plus. L'ampleur de ces chiffres a impulsé la mise en place de programmes de prévention.

Les interventions proposées

Face à ce constat, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose, en 2004, un cadre de référence sur *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* (3). Ce document s'adresse aux décideurs et aux intervenants régionaux pour les soutenir dans la mise en œuvre d'interventions en prévention des chutes d'ici à 2012. Trois interventions ont été retenues pour leur effica-

cité : l'intervention multifactorielle non personnalisée, l'intervention médicale préventive et l'intervention multifactorielle personnalisée. À ce jour, plusieurs d'entre elles sont en cours d'implantation au Québec. D'ailleurs, le Québec a collaboré avec la France, la Belgique et la Suisse à la rédaction du *Référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile* (voir l'article d'Hélène Bourdessol).

L'intervention multifactorielle non personnalisée

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) a été conçu par la Direction de santé publique de Montréal. Il a pour but de prévenir les chutes et les fractures chez les seniors qui vivent à domicile et qui se perçoivent à risque de chute. Les participants recrutés répondent à une offre de service (brochures, affiches, journaux, professionnels, etc.) qui s'adresse aux personnes ayant fait une chute dans la dernière année, qui ont peur de chuter ou qui veulent améliorer leur équilibre. L'in-

tervention est effectuée par un professionnel de l'activité physique ou de la santé. Ce programme vise :

- à améliorer les capacités motrices tels l'équilibre et la force ;
- à développer la capacité d'aménager le domicile et d'adopter des comportements sécuritaires ;
- à améliorer le sentiment d'efficacité à l'égard de la prévention des chutes ;
- à contribuer au maintien de la densité des os ;
- enfin, à favoriser une pratique régulière d'activités physiques.

Avec deux rencontres par semaine sur douze semaines, les séances couvrent trois volets : des modules d'informations sur la prévention des chutes, des exercices faits en groupe et des exercices à réaliser au domicile. Les résultats préliminaires de l'évaluation du programme montrent à ce jour une amélioration de l'équilibre et de la mobilité des participants. L'analyse des données se poursuit et permettra de mieux comprendre les mécanismes agissant dans la prévention de la chute. Le programme est actuellement déployé dans l'ensemble des régions du Québec. Il est implanté dans treize régions françaises (cf. encadré ci-contre).

L'intervention médicale préventive

Ce type d'intervention consiste à effectuer un suivi auprès des personnes âgées qui ont fait une chute, d'évaluer les risques de récurrence et aussi de fracture. Il s'agit ensuite de faire des recommandations à ce public et de leur offrir des interventions appropriées. Ces interventions sont menées par les professionnels de santé et les médecins.

L'intervention multifactorielle personnalisée

Cette intervention cible les aînés plus vulnérables qui cumulent plusieurs facteurs de risque : une altération de la marche et de l'équilibre, une consommation de quatre médicaments et plus (ou des psychotropes), un trouble visuel, de l'hypotension orthostatique (baisse de la tension artérielle lors du passage de la position couchée à la position debout), de l'ostéoporose ou de la dénutrition. L'objectif est d'agir sur ces facteurs avant que l'état de santé ne se détériore. L'implantation du continuum de services au Québec soulève plusieurs défis : la sensibilisation des décideurs, la sélection de la clientèle, la formation des intervenants, le financement des projets pour assurer leur

pérennité et bien d'autres. Néanmoins, la diffusion de ce cadre de référence en prévention des chutes auprès des responsables régionaux contribue à l'amélioration des connaissances de la problématique et permet de les soutenir dans l'implantation d'interventions préventives efficaces. Toutefois, il est important de poursuivre l'évaluation de ces interventions afin qu'elles demeurent adéquates en favorisant le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Carole Genest

Agente de planification
et de programmation sociosanitaire,
Institut national de santé publique,
direction du développement des individus
et des communautés, Montréal (Québec).

► Références bibliographiques

- (1) Lefebvre C. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Institut national de santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2003.
- (2) O'Loughlin J.-L., Robitaille Y., Boivin J. F., Suissa S. *Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly*. *American Journal of Epidemiology* 1993 ;137 (3) 342-54.
- (3) Direction générale de la santé publique du Québec. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2004.

Québec-France : un programme d'échange de pratiques

Le programme québécois PIED est désormais relayé en France. La fédération Sports pour tous vient de former ses animateurs pour le mettre en œuvre progressivement dans treize régions pilotes.

C'est un transfert de savoir-faire en francophonie. Dans le cadre de la coopération France-Québec et des échanges entre formateurs en éducation pour la santé de ces deux pays, trente formateurs français de la Fédération française EPMM Sports pour tous¹, venant des treize régions pilotes, ont pu être formés, en octobre 2005, pour mettre en œuvre le programme québécois PIED² en France. L'initiative a été relayée par Carole Genest, formatrice à l'Institut national de santé publique du Québec (*lire article précédent*). Dans l'Hexagone, le pilotage du programme est assuré par la Fédération Sports pour tous, qui intervient à deux niveaux : la formation des instructeurs de la fédération (ce sont eux qui forment les quatre mille animateurs sportifs), puis la sensibilisation des publics concernés.

Depuis fin 2005, treize régions pilotes proposent à la population et aux professionnels des activités sur le modèle de celles mises en œuvre au Québec : débats-conférences, ateliers

sur la prévention des chutes et sur le rôle préventif de l'activité physique, formations d'animateurs en foyer-logement et en maison de retraite, séances d'activité physique à travers le réseau de clubs sportifs (2 800 clubs) de Sports pour tous.

Le programme insiste sur le rôle de l'activité physique pour prévenir les chutes chez les personnes âgées. L'approche multifactorielle non personnalisée a été retenue pour ses nombreux effets en prévention primaire (au sein des clubs seniors) et en prévention

secondaire (au sein des foyers-logements par exemple).

Un comité de suivi, constitué des partenaires institutionnels français et québécois, veillera à l'adaptation du programme PIED en France. Il aura pour objet de garantir l'intégrité du programme québécois mais aussi de mettre en place un protocole d'évaluation afin de mesurer l'efficacité du programme proposé en France.

Thierry Fauchard

Maître ès sciences de l'activité physique,
Conseiller technique national, Paris.

1. La Fédération française EPMM Sports pour tous – agréée par le ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative et reconnue d'utilité publique – met à disposition de tous une offre d'activités physiques adaptées et variées.
2. Programme intégré d'équilibre dynamique.

Pour plus d'information

Thierry Fauchard, directeur du projet
Tél. : 01 42 72 95 55
thierry.fauchard@sportspourtous.org

Pour en savoir plus

Ressources bibliographiques

Généralités

• Dargent-Molina P., Bréart G. *Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées*. Revue d'épidémiologie et de santé publique 1995 ; (43) : 72-83.

• Institut de veille sanitaire. *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante. Résultats 2002-2003*. Réseau Epac. Saint-Maurice : InVS, 2005 : 72 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epac_2002_2003/epac_2002_2003.pdf [Dernière visite : 19/12/05]

• Jacquot J.-M., Strubel D., Pelissier J. (sous la dir.). *La chute de la personne âgée*. Paris : Masson, Problèmes en médecine de rééducation, 1999 ; 36 : 390 p.

• Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Direction générale de la Santé. *Chutes des personnes âgées*. Paris : 2003 : 9 p.

En ligne : <http://www.personnes-agees.gouv.fr/dossiers/losp/chutes.pdf> [Dernière visite : 19/12/05]

• Thélot B. Institut de veille sanitaire. *Les accidents de la vie courante en France selon l'Enquête santé et protection sociale 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2005 : 51 p.

En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2005/accidents_vie_courante/accidents_vie_courante.pdf [Dernière visite : 19/12/05]

Prévention et éducation pour la santé

• Blain H., Mitermite N., Vuillemin A., Jeandel C. *Intérêt et limites de l'activité physique dans la prévention des effets du vieillissement*. La revue du généraliste et de la gérontologie 2001 ; (72) : 79-89.

• Bonnefoy M. *Bénéfices de l'activité physique chez le sujet âgé*. La revue de gériatrie 2000 ; 25 (5) : 311-6.

• Bourdessol H., Pin S. (sous la dir.). Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Saint-Denis : INPES, 2005 : 155 p.

• Chassagne P., Puisieux F., Vignat J.-P. et al. *Chutes et pertes d'équilibre de la personne âgée*. NPG : Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2001 ; (5) : 4-28.

• Dourthe C., Schreiner A.-S., Bonnin E. et al. *Prévenir le nombre de chutes des personnes*

âgées en établissement. Soins gérontologie 2003 ; (42) : 44-5.

• Jeandel C., Tigoulet F. Effets des activités physiques : prévention des chutes et des fractures chez le sujet âgé. In : *Os - activité physique et ostéoporose*. Paris : Masson, 2005 : 125-35.

• Jeandel C., Bernard P., Seynnes O., Saillant G. (sous la dir.). *Aptitude physique - santé et vieillissement*. Montpellier : Sauramps médical, 2004 : 306 p.

• Jeandel C., Samson M. *Prévention secondaire des chutes en institution. Une enquête nationale*. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie 2003 ; (93) : 128-37.

• Lafargue-Cauchoix S., Rogez E. (introd.). *Prévenir les chutes de la personne âgée*. Soins gérontologie 2005 ; (52) : 13-33.

• Mayoux-Benhamou M.-A., Poiradeau S., Lefevre-Colau M.-M., Rabourdin J.-P., Revel M. *Exercice physique : prévention de l'ostéoporose et des chutes. Quel exercice pour quel âge ?* La revue du généraliste et de la gérontologie 2000 ; (69) : 402-6.

• Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Direction générale de la Santé. *Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD*. Paris, 2004 : 61 p.

En ligne : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/reco_soinshepad/rbps_ehpad.pdf [Dernière visite : 19/12/05]

• Nicolas L., Couturier P., Rabenasolo S., Civaleri C., Franco A. *Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite : à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes sur dix mois*. La revue de gériatrie 1999 ; 24(4) : 263-70.

• Périé H., Jeandel C. (coord.). *Réussir son avancée en âge. Évaluation des activités physiques en gérontologie*. Paris : Frison-Roche, 1998 : 224 p.

• Quadri P., Loew F., Belli L., Mascetti C. *Les chutes survenues chez le sujet âgé hospitalisé : du risque à la prévention*. La revue de gériatrie 1999 ; 24(1) : 23-8.

• Tavernier-Vidal B. *L'équilibre : où en êtes-vous ?* Soins gérontologie 2001 ; (32) : 38-41.

• Thoumie P., Mevellec E., Kemoun G. *La chute*. 3 R La Lettre de médecine physique et de réadaptation, 2001 ; (59) : 58 p.

• Vellas B., Lafont C., Allard M., Albaredo J.-L. (sous la dir.). *Du vieillissement réussi à la perte d'autonomie. Les troubles de la posture et les risques de chute*. Paris : Serdi, 1995 : 188 p.

• Yvain F. (coord.). *La prévention des chutes en gériatrie*. Repères en gériatrie 2004 ; (43) : 15-29.

Expériences en France

• Auvinet B., Berrut G., Touzard C. et al. *Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau*. Revue médicale de l'Assurance Maladie 2002 ; 33(3) : 183-91.

• Casagrande C., Meuzard C., Parein-Bruat P. Union régionale des caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté (Urcam), Fédération des associations et services d'aide à domicile du Doubs (Fasad). *Equipadd 25 : garder ou retrouver l'équilibre, tout un programme !* Objectifs Santé en Franche-Comté 2005 ; (9) : 4 p.

En ligne : <http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/dossier9 equipadd25.pdf> [Dernière visite : 19/12/05]

• Blanc C., Blanchon M.-A., Beauchet O., Gonthier R. *Est-il légitime d'effectuer une campagne de prévention des chutes chez des sujets autonomes à domicile ?* L'année gérontologique 2000 ; 14 (1) : 67-84.

• Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif). *Prévention des chutes des personnes âgées : actions Ile-de-France*. Paris : Crésif, 1992 : 94 p.

• Descamps C., Bosson J.-L., Couturier P., Casset J.-P. *Évaluation des chutes chez les personnes âgées en médecine ambulatoire. Utilisation d'un réseau de médecins généralistes*. La revue de gériatrie 1995 ; 20 (5) : 302-7.

• Giraud M., Yvain F. *Quel bilan chez un sujet chuteur ? De l'examen clinique aux tests spécifiques*. Repères en gériatrie 2004 ; (43) : 26-9.

• Guillet P. (Préf.) Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France (Crésif). *Personnes âgées de plus de 65 ans. Prévention des chutes dans les lieux d'hébergement*. Paris : Crésif : 1998 : 85 p.

• Lascaux D., Perdrizet B. Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV). *La prévention des chutes chez les personnes âgées : programme d'activités physiques adaptées*. Paris : Gevedit, 1998 : 49 p.

• Piera J.-B. *Chute de la personne âgée. Consultation de prévention et ateliers d'équilibre. Quelques expériences menées en France*. La revue du généraliste et de la gérontologie 2000 ; (65) : 222-6.

• Puisieux F., Pardessus V., Thévenon A. et al. *Évaluer le risque de chute : la consultation multidisciplinaire*. Repères en gériatrie 2004 ; (43) : 18-21.

• Union régionale des caisses d'Assurance Maladie. *Prévention des chutes des personnes âgées. État des lieux des actions menées en Ile-de-France*. Paris : Urcamif, 2005 : 23 p.

En ligne : http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/gestion-Risque/prevention/chute_pa/chute_pa.pdf
[Dernière visite : 19/12/05]

Expériences à l'étranger

- Bantuelle M., Van Bastelaer M.-C. *Promotion de la santé chez les personnes âgées : les chutes*. Éducation Santé 2005 ; (199) : 9-12.
En ligne : <http://www.educationsante.be/es/article.php?id=546>
[Dernière visite : 19/12/05]
- Dargent G.-A. *La prévention des chutes chez la personne âgée*. Louvain médical 1998 ; 117(3) : S59-S68.
- Fournel M.-C. *Kino-Québec : pour une meilleure qualité de vie des aînés*. Le gérontophile 1999 ; 21(2) : 17-9.
- Genest C., Parisien M., Laforest S., Trickey F., Robitaille Y., Nault S. *Parcours évolutif d'un programme d'exercices pour prévenir les chutes chez les aînés*. Le gérontophile 2001 ; 23(4) : 49-53.
- Robson E., Edwards J., Gallagher E., Baker D. *Steady as you go (Saygo: a falls-prevention program for senior living in the community)*. La revue canadienne du vieillissement : Canadian Journal on Aging 2003 ; 22(2) : 207-16.

Structures ressources, organismes et sites Internet

• Catalogue et index des sites médicaux francophones CISMef : chute accidentelle

Ce site est développé par le CHU de Rouen. Sur cette page, de nombreuses informations francophones sont disponibles à destination des professionnels et des personnes âgées sur le thème des chutes.

En ligne : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/envir/chuteaccidentelle.html>

[Dernière visite : 19/12/05]

• Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV)

Sur le site, nombreux conseils et brochures à destination du grand public concernant les activités physiques et la prévention.

En ligne : http://www.ffepgv.org/jsp/fr/frame/index.jsp?M=htm/fr/garder_la_forme/index.html&F=garder_la_forme

[Dernière visite : 19/12/05]

• Fédération française de retraite sportive (FFRS)

Le site, à destination des retraités, donne toutes les adresses de lieux d'implantation des clubs et décrit la fédération, son organisation ainsi que ses objectifs de prévention physique et psychique.

En ligne : <http://www.ffrs-retraite-sportive.org/>
[Dernière visite : 19/12/05]

• Fédération française EPMM Sports pour Tous

La fédération a pour ambition de mettre à la disposition de tous une offre d'activités physiques adaptées et variées. Grâce à cette diversité, elle travaille à l'éveil physique, renforce les relations parents-enfants, favorise la forme et le bien-être pour les adultes, préserve le capital santé des seniors (40 % de ses adhérents ont plus de 50 ans) et permet le mieux-être et l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes. Dans le cadre de sa collaboration au Programme franco-québécois intégré d'équilibre dynamique (PIED) destiné à prévenir les chutes et les fractures chez les seniors, elle a conçu des formations pour les professionnels et mis en place un programme adapté de séances d'exercices pour ses adhérents au sein de treize régions pilotes en France.

En ligne : <http://www.sportspourtous.org>

[Dernière visite : 19/12/05]

• Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Sur le site de l'INPES, les informations, ouvrages et brochures liés aux campagnes de prévention des chutes sont téléchargeables :

- à l'attention des professionnels : *Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile* (2005), dossier de presse de la campagne « Pour garder bon pied bon œil après 60 ans » (2003), dossier de presse de la campagne « Prévention des chutes chez les personnes âgées : savoir éviter les chutes pour préserver son bien-être et son autonomie » (2000) ;

- à l'attention des personnes âgées et des familles : brochures « Aménagez votre maison pour éviter les chutes », « Comment garder son équilibre après 60 ans ».

En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/>

[Dernière visite : 19/12/05]

• Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

Le programme national « Bien vieillir » a comme objectif l'amélioration de la qualité de vie, en pré-

venant le vieillissement ainsi que l'apparition des maladies et incapacités fonctionnelles liées à l'âge, notamment par :

- la promotion de la pratique d'activités physiques et sportives (APS) ;
- une alimentation équilibrée ;
- la lutte contre la sédentarité, la solitude et le risque de désocialisation.

En ligne : <http://www.personnes-agees.gouv.fr/>
[Dernière visite : 19/12/05]

• Pro Senectute

En Suisse, l'organisation Pro Senectute offre de nombreuses activités « Aînés+Sport » pour les seniors, dont des « Ateliers Équilibre » visant à préserver et améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

En ligne : <http://www.pro-senectute.ch/fr/index.cfm?ID=596> [Dernière visite : 19/12/05]

• Réseau francophone international pour la promotion de la santé (Réfips)

Le Réfips se veut un lieu d'échanges et d'entraide pour les professionnels de la santé intéressés par la promotion de la santé de leurs communautés respectives. Il regroupe des membres répartis dans une trentaine de pays de la francophonie. Il est composé d'une section thématique dédiée aux traumatismes (notamment à la prévention des accidents domestiques d'enfants et à la prévention des chutes des personnes âgées) : le Réseau de promotion de la sécurité, qui réunit des groupes de travail et organise, tous les deux ans, un séminaire francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

En ligne : <http://www.refips.org/>

[Dernière visite : 19/12/05]

Formations

Formations diplômantes en France

Cette liste de diplômes – diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST) et diplômes universitaires (DU) – signale des formations s'adressant à des professionnels qui développent des activités physiques auprès des personnes âgées. Si vous désirez connaître plus précisément les programmes, vous pouvez vous adresser auprès des responsables des diplômes ou contacter le centre de documentation de la Fondation nationale de gérontologie (FNG), qui recense les différentes offres de formations en gérontologie.

Contact : Agnès Beghi – Tél. : 01 55 74 55 26
Mél : beghi@fng.fr

• DEUST Pratique et gestion des activités physiques et sportives et de loisirs pour les publics seniors

Université Marc-Bloch – Département d'éduca-

tion permanente – 14, rue René-Descartes – 67084 Strasbourg – Responsable : Mme Faber – Tél. : 03 88 15 72 56

• **DEUST APS Seniors**

Université Paris-5 - Université René-Descartes – 1, rue Lacretelle – 75015 Paris – Responsable : Mme Ramanantsoa – Tél. : 01 56 56 12 00

• **DEUST APS Seniors**

Université Paris-12 – Val-de-Marne – Faculté des sciences de l'éducation et sciences sociales – Département Staps – La Pyramide – 80, avenue du Général-de-Gaulle – 94009 Créteil Cedex – Responsable : Mr Dailly – Tél. : 01 45 17 44 07

• **DU Activités physiques adaptées et vie sociale**

CUFR Jean-François-Champollion – Avenue de l'Europe, BO 3219 – 12032 Rodez Cedex 9 – Responsables : A. Violla, M. Bonnet – Tél. : 05 65 73 36 52 – Institut de gérontologie du Massif central – Tél. : 04 71 63 88 58

• **DU Préparation à l'encadrement des pratiques sportives des seniors**

Université François-Rabelais – Sufco – 116, bd Béranger – BP 4239 – 37042 Tours Cedex 1 – Responsable : M. Mahé – Tél. : 02 47 36 81 31

• **DU Rééducation de l'équilibre**

Université de Nantes – Formation continue Ateliers et chantiers de Nantes – 2 bis, rue Léon-Bureau – BP 96228 – 44262 Nantes Cedex 2 – Responsable : Pr Bordure – Tél. : 02 51 25 07 25

• **DU Activités physiques pour seniors et personnes âgées**

Université Claude-Bernard Lyon-I – Service de la formation continue – 43, bd du 11 novembre 1918 – 69622 Villeurbanne Cedex – Responsable : A. Beylier – Tél. : 04 72 43 16 62

Autres formations

Sélection de quelques formations courtes (de deux à six jours) sur les thèmes de l'animation gymnique et la prévention des chutes.

• **Ateliers Équilibre - Prévention des chutes**

Afar – 46, rue Amelot – 75011 Paris – Tél. : 01 53 36 80 50

En ligne : <http://www.afar.fr>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Ateliers de l'équilibre et la prévention des chutes – La prévention des chutes**

Ifrad – 4, rue Alfred-de-Musset – 92240 Malakoff – Tél. : 01 46 55 61 08

• **Techniques d'aide aux déplacements – Prévention des chutes en EHPAD – la gymnastique douce**

Centre de formation Saint-Honoré – 48/50, rue Singer – 75016 Paris – Tél. : 01 42 88 52 52

• **Prévention des chutes des personnes âgées en institution et plan d'actions – L'activité physique en maison de retraite**

Defitem – 9 bis, rue Fabvier – 54700 Pont-à-Mousson – Tél. : 03 83 82 03 24

En ligne : <http://www.defitem.com>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Malaises et chutes de la personne âgée – Gymnastique douce et expression corporelle**

Formadif – 59, rue du Rempart-St-Claude – BP 268 – 17000 La Rochelle Cedex 01 – Tél. : 05 46 28 92 19

En ligne : <http://www.formadif.fr>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Équilibre, activation, mobilisation et mouvement de la personne âgée**

Formut – Centre de formation professionnelle continue – 8, bd de Sévigné – BP 649 – 21017 Dijon Cedex – Tél. : 03 80 76 81 65

En ligne : <http://www.mutualite21.org>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Gymnastiques douces : de la pratique personnelle au projet d'animation d'un atelier**

Infipp – 26/28 rue Francis-de-Pressensé – 69623 Villeurbanne Cedex – Tél. : 04 72 69 91 70

En ligne : <http://www.infipp.com>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Animation gymnique des résidents**

OAREIL – Service formation – 3, rue Lafayette 33000 Bordeaux – Tél. : 05 56 79 96 41

En ligne : <http://www.oareil.org>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Animation gymnique chez la personne âgée valide et semi-valide**

Pacei – 14, rue de la Victoire – 63110 Beaumont – Tél. : 04 73 27 70 70

En ligne : <http://www.pacei.asso.fr>

[Dernière visite : 19/12/05]

• **Animation gymnique chez la personne âgée valide et semi-valide**

Université Louis-Pasteur ULP – 21, rue du Maréchal-Lefebvre – 67100 Strasbourg – Fax : 03 90 24 49 29

En ligne : <http://www.depulp.com>

[Dernière visite : 19/12/05]

Reuves

Sélection de revues à l'attention des professionnels de la gérontologie et abordant régulièrement la problématique de la prévention des chutes.

• **Revue de gériatrie**

La revue de gériatrie est un journal destiné aux

médecins concernés par la médecine des personnes âgées et la gérontologie. Elle a pour objectifs de publier des articles faisant progresser les connaissances et la formation dans le domaine de la gériatrie et de susciter des échanges entre les médecins concernés.

ISSN : 0397-7927

• **Revue francophone de gériatrie et de gérontologie**

La revue francophone de gériatrie et de gérontologie publie des articles concernant la médecine des personnes âgées et des soins qui leur sont donnés. Elle s'adresse aux médecins généralistes, gériatres ou professionnels de santé paramédicaux concernés, qu'ils travaillent en ville, en hôpital ou en institution. Les principales rubriques sont les suivantes : mise au point (synthèse des connaissances sur un sujet concernant la médecine des personnes âgées), cas clinique, aspects médico-sociaux, etc.

ISSN : 1276-2431

• **Soins gérontologie**

Cette revue s'adresse à tous les acteurs du soin auprès des personnes âgées, quel que soit leur lieu de travail : hospitalisation traditionnelle, domicile, maison de retraite, etc. Ses auteurs sont des professionnels aux compétences diverses : infirmières, kinésithérapeutes, diététiciennes, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, médecins, directeurs d'établissement, cadres administratifs, etc. La revue comporte trois parties : Actu géronto, Dossier, Pratique quotidienne.

ISSN : 1268-6034

Lydie Audureau

Documentaliste,

Centre de documentation FNG/Cleirppa,

Sandra Kerzanet (relecture)

Documentaliste à l'INPES.

Quelle place pour les associations de patients ?

Un exemple à la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne

Le centre hospitalier Sainte-Anne, à Paris, est le premier établissement de psychiatrie en France à accueillir, depuis 2003, une « Maison des usagers ». Les patients et leur famille y trouvent des informations ainsi qu'une permanence d'écoute et d'orientation animée par treize associations spécialisées. La plupart des visiteurs sont des patients soignés dans les services de l'établissement ou leurs proches ; le bouche à oreille attire aussi des personnes extérieures. Des permanences et des animations permettent d'y partager les savoirs et les expériences.

Au cœur de l'évolution des relations entre les différents acteurs de la santé se trouve la question de l'information médicale : son accès, sa diffusion, sa compréhension et sa maîtrise. Les associations de patients voient leur rôle se renforcer, devenant des interlocuteurs pour les professionnels, mais aussi pour les usagers du système sanitaire, qu'ils accompagnent dans la « prise de pouvoir » sur leur santé. Elles développent de nouvelles compétences et deviennent des partenaires incontournables de l'éducation du patient. Avec leur aide, de nouveaux lieux de médiation se créent, permettant un accès direct à l'information médicale et la reconnaissance d'un savoir profane sur les maladies.

Avec la loi du 4 mars 2002, être informé sur son état de santé est devenu un droit pour tout Français et un devoir pour tout professionnel de santé. Mais accéder à l'information médicale ne suffit pas, encore faut-il pouvoir l'accepter, la décrypter, évaluer sa pertinence et l'intégrer dans sa propre problématique de santé. Les associations de patients et de proches assurent dans ce domaine leur rôle d'entraide, d'accompagnement, de soutien par les pairs, de décryptage et de remise en confiance.

La Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne¹

En 2003, le centre hospitalier Sainte-Anne a souhaité conforter le rôle des usagers par la création d'un espace d'in-

formation santé, animé par des patients et des proches, et dont la mission serait complémentaire de l'action des professionnels. Il s'agit là d'une expérience particulièrement innovante dans le domaine de la santé mentale et des neurosciences. Même si de tels lieux devraient être présents dans tous les hôpitaux, on ne connaît que peu de précédents. S'inspirant de l'expérience de l'hôpital européen Georges-Pompidou² et de la Cité de la santé³, la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne apporte sa contribution à l'autonomisation des personnes par rapport à leur santé, en proposant des outils d'information et des actions de prévention.

Ce n'est pas un lieu de consultation, de diagnostic, de réclamations ou de conciliation. Les soins sont assurés dans les services médicaux ; les personnes se présentant à la Maison des usagers pour porter plainte sont orientées vers les services hospitaliers compétents. C'est un service ressource pour les patients et leurs proches, mais aussi pour les équipes soignantes, qui peuvent diriger vers ce lieu des personnes en recherche d'information ou de soutien.

Les objectifs de ce lieu, élaborés en commun entre associations de patients et professionnels de l'établissement, se déclinent en quatre axes :

– s'informer sur un problème de santé (pathologies et traitements) ;

– s'informer sur ses droits (accès au dossier médical, modalités d'hospitalisation en psychiatrie, droits sociaux, etc.) ;

– s'informer pour aider ou accompagner une personne ayant un problème de santé (aide matérielle, psychologique, associative, financière, sociale) ;

– s'informer sur sa santé, prévenir (infections sexuellement transmissibles, alcool, tabac, drogues, hépatites, tuberculose, vaccinations, contraception, diététique, etc.).

Précisons bien que la Maison des usagers n'est pas animée par des professionnels de santé mais par les bénévoles de treize associations de patients et/ou de familles (*cf. encadré page 50*), qui assurent des permanences d'accueil régulières, à horaires définis et connus des services de soins.

Un public très diversifié

En 2005, plus de huit cents entretiens ont été réalisés, soit près de trois fois plus que sur toute l'année 2004. Les femmes sont plus présentes que les hommes et toutes les classes d'âge sont représentées. Un peu moins de la moitié des entretiens concernent des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans les services du centre hospitalier Sainte-Anne. Les autres sont sollicités par les proches de personnes soignées à Sainte-Anne, des professionnels de l'établissement ou des personnes extérieures : visiteurs, bouche à oreille, publicité des associations

prend enfin mieux sa maladie ; qu'il est capable désormais d'en parler ouvertement avec son entourage et que « *la schizophrénie, c'est une maladie avec laquelle on peut vivre* ».

Parfois la personne arrive avec une question qui en entraîne une autre. Par exemple, une infirmière présente une première demande : se renseigner pour orienter une patiente maniaque-dépressive qui souhaite rencontrer des ex-patients stabilisés, pour savoir comment ils ont pu s'en sortir. Elle repart avec la brochure et les horaires de la permanence d'Argos 2001, association d'aide pour les personnes avec des troubles bipolaires. Au passage, elle a également appris l'existence de l'association Al-Anon, pour les proches de personnes alcooliques (« *pour une collègue dont le mari boit trop* »), ainsi que du Gefab, pour les troubles du comportement alimentaire. Cette infirmière souffrant elle-même d'anorexie, elle reviendra la semaine suivante pour rencontrer la permanente de cette association.

elles-mêmes et visites de professionnels cherchant à développer ce type de lieu dans leur établissement.

Des permanences d'écoute et d'orientation

Dans le salon, on trouve brochures et dépliants, en libre-service, sur la santé, les associations de patients, les soins et la prévention (tabac, alcool, drogues, sexualité, etc.), ainsi qu'une borne Internet, où une cinquantaine de sites web permet de trouver des informations pratiques, – par exemple les coordonnées d'une association – ou explorer ses droits dans le domaine de la santé. Les visiteurs peuvent rencontrer sans rendez-vous, dans un bureau plus intime, un membre d'une des treize associations qui assurent une permanence.

Un permanent de la Maison des usagers doit s'attendre à toutes sortes de demandes. Par exemple, un monsieur, la cinquantaine, veut « *en savoir plus sur la schizophrénie, pour laquelle il est traité ici* ». On lui propose des documents d'information, à lire de façon interactive, en posant des questions aux soignants. Simultanément, le cadre de santé du service dans lequel ce patient est suivi sera prévenu par téléphone de la démarche, afin que le relais soit fait dans l'unité. Quelques semaines plus tard, ce patient reviendra dire qu'il com-

Des actions de prévention

Des animations thématiques sont proposées chaque mois (sida, suicide, alcool, tabac, etc.) à la cafétéria de l'hôpital, avec les associations partenaires ou des associations invitées. Le travail des associations peut se faire en plusieurs temps. Lors de la Journée mondiale contre le sida, plusieurs patients séropositifs (ou craignant de l'être) ont pris des brochures, puis sont venus parler plus tard, individuellement, à la Maison des usagers, où anonymat et confidentialité sont parfaitement respectés.

Pendant les Journées de prévention du suicide, une animation a eu lieu avec des associations invitées (SOS Amitié, Misha, et Schizo) et deux associations partenaires de la Maison des usagers (Argos 2001 et Unafam). À la suite de ces rencontres informelles, deux personnes ayant tenté de se suicider, reviendront un an plus tard expliquer qu'elles vont beaucoup mieux maintenant. Grâce aux conférences psycho-éducatives sur la schizophrénie et les troubles bipolaires, offertes par ces associations d'entraide⁴, elles ont appris à parler de leur maladie à leurs proches, à être partie prenante de leurs soins, et l'importance d'une bonne observance thérapeutique, grâce à un vrai dialogue informé avec les soignants.

Construire une démocratie sanitaire

Ces quelques exemples illustrent la diversité des situations rencontrées et le maillage usagers/professionnels/entourage que cherche à favoriser ce lieu. La présence de treize associations sur place génère des relais transversaux : les permanents ont tous l'habitude désormais d'identifier et d'orienter les demandes et de passer la main aux associations partenaires quand ils ne sont pas compétents sur une question. La Maison des usagers ne travaille pas en autarcie ou en opposition vis-à-vis des services de soins. Au contraire, la règle implicite « chacun à sa place » semble être respectée. Le fait que certains professionnels ont recours aux associations à titre personnel vient sans doute favoriser aussi cette relation de confiance mutuelle. Positionné comme lieu de médiation entre les professionnels et les usagers, on peut dire que c'est un espace transitionnel qui participe à la construction de la démocratie sanitaire au quotidien, au sein d'un lieu de soins.

Toute personne confrontée à la maladie développe un savoir profane sur celle-ci. Le regroupement au sein d'associations d'entraide valorise ce savoir, le partage et le transforme en une force pour accompagner les autres dans le parcours de soins. La mise à disposition de cette aide associative permet de développer une certaine autonomie dans la « gestion » de son problème de santé. Ainsi, le travail des associations converge-t-il avec celui des professionnels de santé, qui, depuis peu, valorisent aussi cette notion d'autonomie chez les patients, en particulier ceux souffrant de pathologies chroniques, nécessitant des soins au long cours.

Aude Caria

Psychologue, responsable de la Maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne, Paris.

Christopher Mierzejewski

Coordinateur, la Maison des usagers.

1. Pour plus d'informations :

<http://www.cb-sainte-anne.fr>

2. Wils J. La Maison des usagers, une expérience. Paris, *JuriSanté*, n° 38, octobre 2002.

3. Pour plus d'informations :

http://www.cite-sciences.fr/francais/ala_cite_expo/tempo/defis/citesant/index.htm

4. Le programme des conférences est sur le site de l'Unafam : http://www.unafam.org/sections/75/section_unafam75_v18m.html

« Entendre, comprendre, redonner confiance »

Les associations au cœur de la Maison des usagers

Les treize associations qui tiennent des permanences sont le « cœur » de la Maison des usagers. Quel regard portent-elles sur leur présence, leur travail et leur utilité face aux demandes des patients et de leur famille ? Témoignages rassemblés par Aude Caria.

■ « La présence de notre association à la Maison des usagers offre aux patients un appui pour les aider à stabiliser leur maladie¹. Dans ce cadre d'écoute et de convivialité, la souffrance peut être partagée et comprise. En échangeant avec des personnes qui sont confrontées aux mêmes problèmes, les patients apprennent à mieux connaître leur pathologie et l'alliance médecin-patient-famille s'en trouve renforcée. Ce lieu permet aussi que les maladies mentales soient considérées comme toute autre maladie : prise en charge, échange, déstigmatisation, information, prévention. En unissant nos efforts, nous réussirons dans ce cadre d'accueil et d'unicité un pari qui paraissait inconcevable il y a seulement cinq ans. »

Annie Labbé pour Argos 2001.

■ « L'Unafam est une association de proches de patients : parents, frères et sœurs, conjoints, enfants et amis de malades psychiques. La permanence du groupe « Frères et sœurs » est dédiée aux frères et sœurs et est assurée uniquement par des frères et sœurs. Le rôle essentiel de la permanence est d'accueillir et d'écouter des personnes, jeunes pour la plupart (de 20 à 30 ans), qui découvrent ou prennent conscience de la maladie psychique d'un frère ou d'une sœur (essentiellement la schizophrénie). Souvent, elles ignorent le diagnostic, les traitements et les conséquences de la pathologie. Elles sont confrontées directement à la maladie, pour des raisons diverses (démission, maladie, éloignement géographique ou absence des parents, partage d'un

même lieu de vie, etc.) et sont parfois amenées à endosser le rôle d'aidant ou personne ressource, sans pour cela avoir l'information et l'aide nécessaires. Les accueillants ont, eux, déjà vécu ce parcours. Grâce à l'expérience profane qu'ils ont acquise, ils peuvent donc mieux que tout autre écouter, comprendre l'interrogation et la souffrance, mais aussi guider la personne vers des outils d'information adéquats, des associations, des réunions dédiées aux frères et sœurs. Pour les personnes qui se rendent à la permanence, la Maison des usagers est souvent le premier lieu où ils peuvent exprimer sans « tabou » leur souffrance, leur peur, trouver un soutien et peut-être un début de réponse. »

Caroline David pour le « Groupe Frères et Sœurs » de l'Unafam.

■ « Lors de la permanence que nous assurons à la Maison des usagers, les parents et les patients peuvent venir s'exprimer librement sur la maladie mentale, en dehors du corps médical. La confidentialité des entretiens est respectée ; on ne porte pas de jugement. Les familles ne connaissent pas toujours les possibilités de soins et d'accueil existantes ainsi que les droits des malades ; l'Unafam peut les aider.

Nous considérons également que nous pouvons avoir un rôle à jouer dans l'éducation des patients, en les recevant, en les écoutant, en leur permettant de mieux cerner leurs besoins, ce qu'ils n'osent pas dire dans les services (par exemple, leur souhait d'avoir des lieux de rencontre pour lutter contre la solitude). »

Christiane Monod pour l'Unafam-Section de Paris.

■ « Dans l'association, ce sont des malades qui parlent avec d'autres malades, et l'approche est totalement différente de celle qu'ils peuvent avoir avec les médecins, aussi bons soient-ils. Ils se comprennent car ils vivent le même problème, le même désarroi, la même souffrance. Par exemple, la semaine dernière, une malade atteinte d'un torticolis spasmodique est venue me remercier. Il y a un an, elle est passée à la Maison des usagers et m'a parlé de son refus d'être traitée par injection de toxine botulique, le seul soulagement possible. Sa neurologue lui avait présenté ce traitement et ses éventuels effets secondaires et lui avait fait peur. À la suite de notre discussion, elle a décidé de recevoir ces injections. Aujourd'hui, elle continue son traitement et son état s'est amélioré.

Le hasard a voulu que, le soir même, une jeune fille qui m'avait déjà téléphoné il y a quelques semaines, m'a rappelée. Elle refusait également ces injections de toxine. Elle m'a dit que, à la suite de notre discussion, elle s'était décidée, mais que le neurologue lui avait parlé d'importants effets secondaires et que c'était la raison de ce nouvel appel. Quand nous nous sommes quittées, elle était certes anxieuse pour son injection du lendemain, mais elle était confiante.

C'est certainement le fait de redonner confiance, de remotiver le malade qui est le rôle individuel principal dans une association. Le malade cherche à être entendu et compris. »

Chantal Lecerf pour la Ligue française contre la dystonie.

■ « Le rôle éducatif de l'association consiste à développer chez la personne souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs (Toc) ses facultés d'acceptation et de prise en charge personnelle de la maladie. Ces facultés, initiées par le corps médical, ont besoin d'être intégrées dans le quotidien du patient. Cela peut se concrétiser au sein des groupes de parole mis en place par l'association : dynamique de groupe, écoute, prise de parole dans la durée et au

rythme du souffrant. Lors des permanences d'accueil à la Maison des usagers, le patient peut échanger son expérience vécue avec d'autres patients et leur entourage, sans se sentir jugés. Le patient peut ainsi replacer l'information au cœur de son quotidien, mettre en perspective l'éducation de celui qui souffre ou a souffert et de celui qui soigne. »

Christophe Demonfaucon
et Michèle Mestre pour l'Aftoc.

■ « Le rôle de l'association Al-Anon/Alateen Groupes familiaux est d'abord informatif. Les membres des groupes familiaux Al-Anon, qui vivent ou ont vécu avec le problème de l'alcoolisme, comprennent l'entourage des malades alcooliques comme bien peu peuvent le faire. Eux aussi étaient seuls et frustrés. Sans aide, la vie auprès d'une personne alcoolique est trop difficile. Les efforts pour imposer des solutions faussent le

jugement et, sans s'en rendre compte, on devient irritable et déraisonnable. L'attitude face à la maladie est primordiale ; quand on apprend à voir le problème dans sa véritable perspective, il perd le pouvoir de dominer les pensées. La situation familiale ne peut manquer de s'améliorer au fur et à mesure que les membres découvrent cette aide apportée par l'association. »

Marie C. pour Al-Anon/Alateen.

1. La maladie bipolaire est un trouble de l'humeur qui se caractérise par une alternance de phase dépressive et de phase d'excitation dite « maniaque ». Une des principales difficultés thérapeutiques est d'arriver à diminuer la fréquence et l'amplitude de ces phases et à stabiliser l'humeur de la personne.

Les associations présentes à la Maison des usagers

• Aides Ile-de-France

www.aides.org

• Association française de personnes souffrant de troubles obsessionnels compulsifs (Aftoc)

www.aftoc.fr.st/

• Al-Anon /Al-Ateen (Aide à l'entourage de malades alcooliques)

<http://assoc.wanadoo.fr/al-anon.alateen.france/>

• Alcooliques anonymes

www.alcooliques-anonymes.fr

• Argos 2001 (affiliée Fnap-Psy)

Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires (maniaco-dépressifs) et à leur entourage.
<http://argos.2001.free.fr>

• « Les Neveux de Rameau » et « Espoir »

c/o Fédération nationale des (ex-)patients en psychiatrie (Fnap-Psy)

<http://fnappsy.org>

• France AVC-Ile-de-France

www.franceavc.com

• Groupe européen pour les anorexiques, les boulimiques et les familles (Gefab)

<http://asso.gefab.free.fr>

• Ligue française contre la dystonie

www.lfcdystonie.org

• Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

Section de Paris – Groupe « Frères et Sœurs »
www.unafam.org

• Vie libre (troubles liés à l'utilisation d'alcool)

<http://perso.wanadoo.fr/vie.libre/>

Education Santé

sommaire

n°207 – décembre 2005

Initiatives

Assuétudes : les experts ont tiré leur plan !

RRO, le retour...

par Patrick Trefois

Une enquête sur les chutes à domicile

par Bernadette Taeymans

Burundi : protéger les sidéens des discriminations

par Béatrice Ndayizigamiye

Les francophones contre le tabac

par Michel Pettiaux

Locale

Les cellules intersectorielles de promotion de la santé : démarche pour une vision globale

par Philippe Mouyart

Matériel

L'accès à la contraception

par la FLCPF et Anne Gillet-Verhaegen

« Bidon futé » à l'école

par Carole Feulien

Lu pour vous

Les troubles du comportement alimentaire

par Cristine Deliens

Communication en santé

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé par le service Infor Santé - Mutualité chrétienne, avec l'aide de la Communauté française de Belgique - Département de la santé. Pour recevoir un exemplaire de ce numéro: education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique. Pour l'étranger, le choix est laissé entre un abonnement pour un an (11 numéros) à 25 €, un abonnement pour deux ans (22 numéros) à 45 € ou un abonnement pour trois ans (33 numéros) à 60 €. Le paiement se fait uniquement par virement bancaire. L'inscription sera effective dès réception du formulaire d'abonnement disponible sur notre site à l'adresse <http://www.educationsante.be/es/newsletter/inscription.php?page=abo> ainsi que d'une preuve de paiement. Pour consulter les articles parus dans la revue depuis 2001 : <http://www.educationsante.be>

Les enquêtes Baromètres santé s'adaptent aux évolutions de la société

Depuis 1992, l'INPES – auparavant CFES – réalise des enquêtes intitulées Baromètres santé sur les comportements, connaissances et opinions des Français en matière de santé, un outil précieux pour organiser la prévention. Pour refléter fidèlement la structure de la population, ces Baromètres se sont adaptés, interrogeant un échantillon plus large (30 000 personnes en 2005) et intégrant dans l'enquête les personnes qui n'ont pour téléphone qu'un portable. Le nouveau Baromètre santé de l'INPES, publié le 9 mars 2006, intègre ces changements.

À de multiples reprises, les sources utilisées pour cette rubrique « La santé en chiffres » ont été les enquêtes Baromètres santé de l'INPES. Or, depuis 1992, année de la première enquête, la méthodologie utilisée (notamment le nombre de personnes interrogées et la composition de l'échantillon) a évolué. Ainsi, en 2005, plus de 30 000 personnes ont été interrogées dont près de 4 000 l'ont été, pour la première fois, sur téléphone portable.

Plus de dix ans de recueil de données

Les enquêtes Baromètres santé de l'INPES sont des enquêtes téléphoniques de type déclaratives qui utilisent la technique du sondage aléatoire. Elles interrogent la population sur ses attitudes, comportements, connaissances et opinions en matière de santé, et offrent ainsi une base de données importante depuis maintenant plus de dix ans.

Dans le souci d'être le plus précis possible dans les estimations, la taille des échantillons a considérablement augmenté depuis 1992 (*Tableau I*). En outre, afin d'être le reflet fidèle de la structure de la population française, la base de sondage¹ a elle aussi évolué. Ainsi, de 1992 à 1995, le questionnaire a été proposé aux individus âgés de 18 à 75 ans, abonnés à France Telecom et inscrits sur liste blanche. Après l'introduction des personnes inscrites sur liste rouge en 1999 (près d'un foyer sur cinq), ainsi que des jeunes âgés de 12 à 17 ans², l'INPES a décidé en 2005³ de compléter cette base par un échantillon d'utilisateurs exclusifs de portables

(personnes détenant uniquement un téléphone portable et pas de téléphone fixe).

Procédure mise en place en 2005

Faute de pouvoir disposer des numéros de téléphone sur liste rouge ou sur portable, l'INPES a dû constituer des échantillons pour ces deux catégories.

Pour les numéros de téléphone sur liste rouge, la procédure – déjà employée dans l'enquête de 1999 – est la suivante : une sélection est effectuée sur une liste de numéros de téléphone (listes blanche et orange uniquement) selon un tirage aléatoire ; le dernier chiffre de chacun des numéros tirés au sort est modifié en ajoutant « +1 » afin de constituer une seconde liste aléatoire susceptible de comporter des numéros sur liste rouge.

Pour les portables, des numéros ont été créés à partir des indicatifs (quatre premiers chiffres commençant par 06) attribués à chacun des opérateurs de

téléphonie mobile. Faisant l'hypothèse que le profil des utilisateurs variait selon l'opérateur, les numéros créés respectaient les parts de marché des trois opérateurs téléphoniques⁴. Ainsi, 48 % des numéros créés sont des numéros attribués à Orange, 35 % à SFR et 17 % à Bouygues Telecom.

Les personnes interrogées sur portable sont celles ayant déclaré ne pas avoir à leur domicile principal de téléphone fixe ; le questionnaire qui leur a été administré était considérablement réduit puisqu'il comportait uniquement une cinquantaine de questions (essentiellement sur leur consommation de produits psycho-actifs), pour une durée moyenne de dix-huit minutes.

Résultats obtenus⁵

Au final, 30 514 personnes ont été interrogées entre octobre 2004 et février 2005, se répartissant de la manière suivante : 22 005 interviewés sur liste blanche ou orange, 4 667 sur liste rouge et 3 842 sur téléphone portable.

Tableau I : Les Baromètres santé en population générale réalisés par l'INPES depuis 1992

Population générale	Années du terrain	Effectifs
18-75 ans	1992	2 099
18-75 ans	1993	1 950
18-75 ans	1995	1 993
18-75 ans (nutrition)	1996	1 984
12-19 ans	1997	4 115
12-75 ans	1999	13 685
12-75 ans (nutrition)	2002	3 153
12-75 ans	2004-2005	30 514

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques selon la liste téléphonique

	Liste blanche ou orange (% brut)	Liste rouge (% brut)	Ligne fixe Total (% brut)	Téléphone portable (% brut)	Téléphone portable (% standardisé)
Au chômage (16 ans et plus)	6,1	7,9	6,4	14,6	14,1***
Ouvriers (16 ans et plus)	16,7	14,5	16,3	26,8	23,3***
Revenus du ménage inférieurs à 900 € par unité de consommation	29,7	30,3	29,8	49,8	46,2***
Habite en pôle urbain	53,9	68,7	56,4	75,7	72,4***
Vit seul	19,3	23,9	20,1	37,3	38,5***

*** : $p < 0,001$.

Exemple de lecture : en appliquant la structure (sexe et âge) de la population des « téléphones fixes » à celle des « portables », la proportion de chômeurs parmi les détenteurs exclusifs de portables est de 14,1 %. Le test (Breslow et Day) comparant le nombre observé de chômeurs parmi les téléphones fixes au nombre attendu de chômeurs parmi les portables exclusifs si l'on appliquait la structure par sexe et âge des « téléphones fixes » s'est révélé significatif.

L'échantillon des téléphones portables est constitué d'une proportion plus importante d'hommes (52,2 % contre 42,4 % parmi les personnes inscrites sur liste blanche ou orange et 39,8 % parmi les inscrits sur liste rouge). Cette population est significativement plus jeune (30 ans *versus* 43 ans en moyenne parmi les « téléphones fixes »). C'est entre 20 et 25 ans que la proportion d'utilisateurs exclusifs de portable est maximale, atteignant plus du tiers de cette classe d'âge (Figure 1).

À sexe et âge comparables, les personnes détentrices exclusivement de

téléphones portables sont, en proportion, plus nombreuses au chômage, ont des revenus moins élevés, comptent davantage d'ouvriers, vivent plus que les autres seules et dans des pôles urbains (Tableau II).

Les comportements de santé diffèrent, par ailleurs, selon le type de ligne téléphonique. Ainsi, à travers l'exemple de la consommation de tabac, il apparaît que 27,1 % des personnes sur liste blanche déclarent fumer ; elles sont près d'un tiers parmi les listes rouges (32,8 %) et près de la moitié (49,2 %) parmi les utilisateurs exclusifs de por-

table. Ces différences restent significatives en prenant en compte les différences d'âge et de sexe des populations concernées.

Bilan de l'évolution méthodologique

Cette première expérience d'enquête auprès des détenteurs exclusifs de portable dans le cadre des Baromètres santé s'est révélée concluante. Peu de difficultés ont été rencontrées lors de la passation du questionnaire, et les estimations obtenues en prenant en compte cette population sont plus représentatives. Malgré certaines limites, notamment en termes de coût et de limitation de durée d'enquête, il semble important de continuer à interroger cette population. Il est également essentiel de poursuivre les efforts d'amélioration de la base de sondage des enquêtes téléphoniques et ce, malgré les complications induites par les changements de base dans la mesure des évolutions.

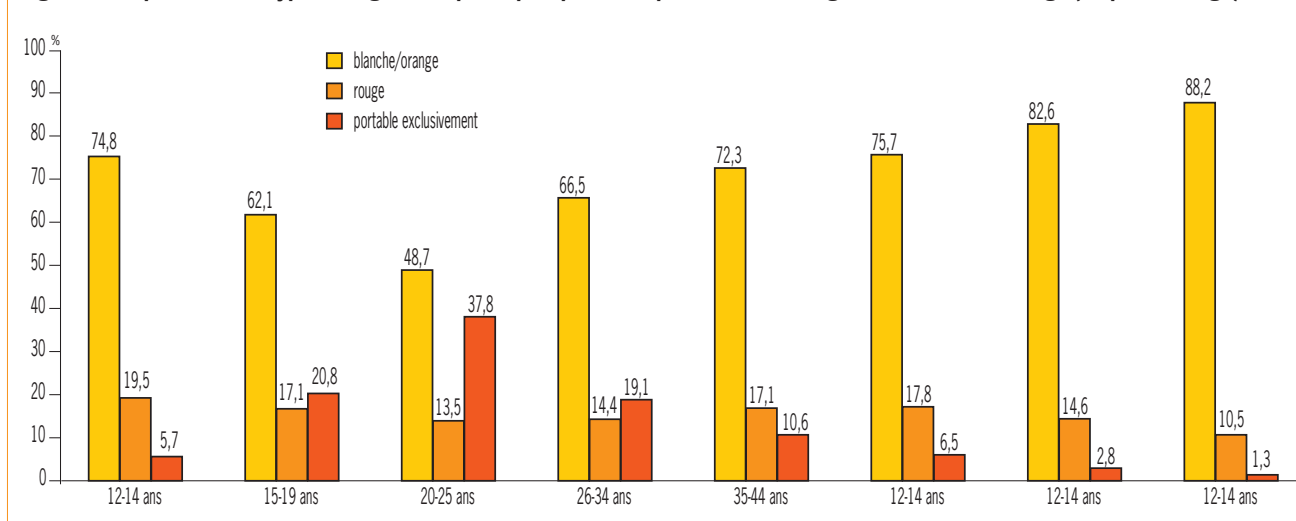
Arnaud Gautier

Biostatisticien,

Coordinateur du Baromètre santé professionnels de santé, INPES.

1. Caractéristiques de la population interrogée spécifiées lors du protocole d'enquête.
2. Faisant suite au Baromètre santé jeunes 97 où il a été constaté qu'il était possible d'interroger cette population de la même manière que les adultes.
3. Avec le soutien du ministère de la Santé et des Solidarités, la Cnamts et l'OFDT.
4. Ceci est moins vrai à ce jour à la suite de la possibilité de conserver un numéro en changeant d'opérateur.
5. L'ensemble des chiffres présentés sont des résultats bruts, ni pondérés ni redressés.

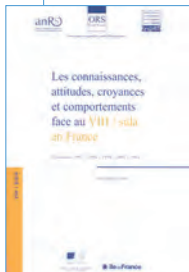
Figure 1 : Répartition des types de lignes téléphoniques parmi les personnes interrogées en 2005 selon l'âge (en pourcentage)



Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004

Évolutions 1992-1994-1998-2001-2004.

Nathalie Beltzer, Mylène Lagarde, Xiaoya Wu-Zhou, Natalie Vongmany, Isabelle Grémy



Réalisées périodiquement depuis 1990, les enquêtes de type KABP (knowledge, attitudes, beliefs and practices) menées par l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France permettent de suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements des adultes vivant en France face au virus du sida.

En 2004, l'enquête a été menée par téléphone auprès de 5 071 personnes âgées de 18 à 69 ans, les résultats analysés dans ce rapport portant sur les 18-54 ans. Cette édition a inclus de nouveaux questionnements tels que l'étude des comportements sexuels multipartenaires, des connaissances et perceptions concernant le test de dépistage du VIH, une analyse différenciée par sexe de l'ensemble des variables et indicateurs de l'enquête, la prise en compte de la vulnérabilité sociale. La plupart des résultats sont comparés avec ceux de l'enquête KABP-sida menée dans les départements français d'Amérique. Parmi les résultats recueillis, on notera l'amélioration de plusieurs indicateurs de connaissance des modes de transmission, des moyens de protection et des traitements, ainsi qu'une certaine banalisation de la maladie dans les représentations sociales de la population adulte sans pour autant qu'il y ait un relâchement des comportements de prévention par rapport à la précédente enquête menée en 2001. Les jeunes apparaissent, en revanche, moins sensibilisés au VIH/sida, ce qui plaide en faveur d'une augmentation des actions de prévention qui leur sont destinées, en particulier dans le cadre scolaire.

Olivier Delmer

Paris : ORS Ile-de-France, novembre 2005, 204 pages. En ligne : http://www.ors-idf.org/etudes/pdf/Rapport_KABP_FR_2004.pdf
[Dernière visite le 19/01/2006]

La communication professionnelle en santé

Sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier



Cet ouvrage consacré à la communication médecin-patient s'adresse à l'ensemble des intervenants en santé. Il présente les principales théories de la communication patient-professionnel de santé et décrit les modèles de cette relation interpersonnelle avec une attention particulière pour l'approche centrée sur le patient. Les principes présentés sont déclinés pour différents types de populations :

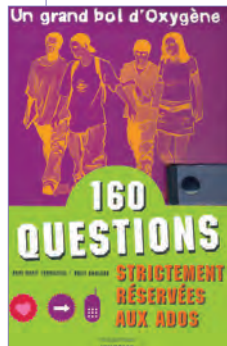
enfants, adolescents, personnes âgées, toxicomanes, etc. La communication interprofessionnelle (médecin-infirmière, médecin-pharmacien) est également abordée. L'information du patient est par ailleurs examinée par le biais de la communication entre le pharmacien et le patient, des stratégies médicales favorisant l'observance, de l'enseignement thérapeutique fourni au patient, ou encore de l'influence d'Internet sur la communication médecin-patient. Plusieurs contextes particuliers sont abordés en fin d'ouvrage : les soins palliatifs, le service des urgences, les soins à domicile. Chaque chapitre contient des exemples pratiques et des illustrations des différents principes exposés. Un site Internet accompagne le manuel en proposant au lecteur, pour chacun des chapitres, un questionnaire d'autoévaluation élaboré par le Centre de formation professionnelle continue de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

O. D.

Saint-Laurent (Québec) : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., 2005, 840 pages, 89.95 \$

Un grand bol d'oxygène, 160 questions strictement réservées aux ados.

Anne-Marie Thomazeau, Odile Amblard



Cet ouvrage destiné aux adolescents propose des conseils pour mieux vivre au quotidien et mieux appréhender le passage à la vie adulte. Par le biais de sept grands thèmes (les amitiés nécessaires – les amours naissantes – le corps qui bouge – les interrogations sur l'avenir – la famille – les nouveaux comportements – les forts questionnements), il aborde la plupart des questions qu'ils se posent sur leurs relations à eux-mêmes et aux autres, sur leur avenir, sur le sens de la vie.

Le style est direct et les réponses proposées ne sont jamais des recettes toutes faites à

appliquer, mais des pistes de réflexion qui informent avec simplicité et bon sens.

On lira par exemple que « *Grandir, c'est plutôt vivre ses relations avec sincérité. Quitte à apprendre parfois à se détacher de ce que les autres disent et pensent* » ou encore que « *écouter le désir des autres, être conscient de ses propres limites, assumer ses actes, c'est vivre au quotidien le plus en accord possible avec soi-même* ». L'ouvrage aborde les questions les plus terre à terre (transformations physiques de l'adolescence, sexualité, look, relation au risque, drogues, etc.) sans éluder les grandes questions morales (amitié, amour, confiance, violence, intolérance, pauvreté, droiture, lâcheté, respect, suicide, mort, religion, etc.). Les auteurs, Anne-Marie Thomazeau et Odile Amblard, sont journalistes et spécialisées dans les domaines de l'éducation et de la jeunesse.

Anne-Sophie Mélard

Paris : De la Martinière jeunesse, coll. Oxygène, hors-série, 2004, 256 pages, 18 €

Faculté
de Médecine
et de Pharmacie
de Besançon

3^{ème} Université d'été
francophone
en santé publique
Besançon, France du 2 au 7 juillet 2006

La Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté organisent, avec leurs partenaires, la 3^{ème} Université d'été francophone en santé publique à Besançon du 2 au 7 juillet 2006.

Une formation ouverte à toutes les personnes concernées par les questions actuelles de santé publique et basée sur la diversité des savoirs et des expériences de chacun.

L'Université est organisée autour de 13 modules de formation destinés prioritairement à des professionnels en activité et des élus œuvrant au sein d'institutions ou d'associations des champs sanitaires, sociaux ou éducatifs. Durant la semaine, chaque participant suivra un des 13 modules qu'il aura choisi parmi plusieurs grands thèmes de santé publique : éducation pour la santé, éducation thérapeutique, évaluation des interventions en santé, réseaux de santé, nutrition, prévention des traumatismes (violence, suicide, chutes...), médicament et santé publique, santé des personnes âgées, santé des adolescents, santé et communication, cancer et santé publique, dépistages et santé publique...

Demande de renseignements et inscription :
Site internet : <http://www.urcam.org/univete/index.htm>
Adresse courriel : elodie.demougeot@univ-fcomte.fr
Adresse postale : Elodie Demougeot
Université d'été francophone en santé publique
Faculté de Médecine et de Pharmacie
Place Saint-Jacques, 25030 Besançon cedex

Cette Université d'été est organisée avec le soutien de plusieurs partenaires dont l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

Plusieurs nouveaux
modules



Université d'été francophone
en santé publique

Une semaine de formation et d'échanges
modules d'enseignement - forums - débats - conférences