



HAL
open science

Influence de l'éducation thérapeutique sur l'observance et la qualité de vie de patients victimes d'A.V.C. en Guadeloupe

Sophie Brosseau

► **To cite this version:**

Sophie Brosseau. Influence de l'éducation thérapeutique sur l'observance et la qualité de vie de patients victimes d'A.V.C. en Guadeloupe. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03226479

HAL Id: dumas-03226479

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03226479>

Submitted on 14 May 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES
2019

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2019ANTI0417

**Influence de l'Education Thérapeutique sur
l'Observance et la Qualité de vie de patients
victimes d'AVC en Guadeloupe**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe
BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 24 Octobre 2019

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BROSSEAU Sophie

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| Membres du jury : | Madame le Professeur LANNUZEL Annie | Président |
| | Mr le Professeur UZEL André Pierre | Assesseur |
| | Madame le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie | Assesseur |
| | Madame le Docteur ADOLPHE-FREICHOU Christelle | Assesseur |

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sophie GALANTH

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE

Président de l'Université : Pr Eustase JANKY
Doyen de la Faculté de Médecine : Pr Raymond CESAIRE
Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Pr Suzy DUFLO

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

| | |
|---------------------------|--|
| Rémi NEVIÈRE | Physiologie |
| Pascal BLANCHET | Chirurgie Urologique |
| André-Pierre UZEL | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| Pierre COUPPIE | Dermatologie |
| Thierry DAVID | Ophtalmologie |
| Suzy DUFLO | ORL – Chirurgie Cervico-Faciale |
| Eustase JANKY | Gynécologie-Obstétrique |
| Michel DE BANDT | Rhumatologie |
| François ROQUES | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| Jean ROUDIE | Chirurgie Digestive |
| Jean-Louis ROUVILLAIN | Chirurgie Orthopédique |
| Christian SAINTE-ROSE | Neurochirurgie Pédiatrique |
| André CABIE | Maladies Infectieuses |
| Philippe CABRE | Neurologie |
| Sébastien BREUREC | Bactériologie & Vénérologie |
| | Hygiène hospitalière |
| Maryvonne DUEYMES-BODENES | Immunologie |
| Annie LANNUZEL | Neurologie |
| Louis JEHEL | Psychiatrie Adulte |
| Mathieu NACHER | Epidémiologie |
| Michel CARLES | Anesthésie-Réanimation |
| Magalie DEMAR-PIERRE | Parasitologie et Infectiologie |
| Vincent MOLINIE | Anatomie Cytologie Pathologique |
| Philippe KADHEL | Gynécologie-Obstétrique |
| Jeannie HELENE-PELAGE | Médecine Générale |
| Mehdi MEJDOUBI | Radiologie et Imagerie |
| Christophe DELIGNY | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| Narcisse ELENGA | Pédiatrie |
| Karim FARID | Médecine Nucléaire |
| Moustapha DRAME | Epidémiologie Economie de la Santé |

Professeurs des Universités Associé

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

| | |
|--------------------------------------|---|
| Jocelyn INAMO | Cardiologie |
| Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE | Endocrinologie |
| Marie-Laure LALANNE-MISTRIH | Nutrition |
| Maturin TABUE TEGUO | Médecine interne : Gériatrie et biologie Du vieillissement |
| Moana GELU-SIMEON | Gastroentérologie |
| Véronique BACCINI | Hématologie, Transfusion |
| Franck MASSE | Médecine Générale |

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

| | |
|--------------------------------|---|
| Charlotte BROUZENG-LACOUSTILLE | Endocrinologie |
| Hugo CHAUMONT | Neurologie |
| Pauline BUTORI | ORL |
| Timothée BONIFAY | Médecin Générale |
| Charlotte DURTETTE | Médecine Interne |
| Guillaume RENARD | Chirurgie Orthopédique |
| Ludivine CHEVALLIER | Chirurgie Générale et VIS |
| Emmanuelle SYLVESTRE | Maladies Infectieuses |
| Sébastien POUY | Cardiologie |
| Gunther HUYGHUES DES ETAGES | ORL |
| Florent HENNO | Anesthésiologie/Réanimation |
| Jérémy PASQUIER | Maladies Infectieuses maladies Tropicales |
| Emmanuel PERROT | Urologie |
| Jean-Marc JEREMIE | Psychiatrie |
| Ambre TRAMIER | Gynécologie Obstétrique |
| Vincent SAINTE-ROSE | Parasitologie |
| Amélie ROLLE | Anesthésie-Réanimation |
| JamilaCARPIN | Médecine Générale |
| AxianePLACIDE | Médecine Générale |
| Florence NIEMETZKY | Médecine Générale |
| Romain BLAIZOT | Dermatologie |
| Aurélie PARSEMAIN | ORL |
| Sylvain DUDOUIT | Chirurgie Orthopédique |

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LANNUZEL Annie

Docteur en Médecine, Professeur de l'Université des Antilles, Praticien Hospitalier, Chef de service de Neurologie, Chef de pôle du CHU de la Guadeloupe, Merci de m'avoir fait l'honneur de juger ma thèse et de présider mon jury de soutenance. C'est comme une boucle qui « qui se boucle », votre service de Neurologie du CHU de la Guadeloupe ayant été le premier terrain d'exercice de mon internat. Merci pour votre pédagogie, votre enseignement et vos conseils durant nos interactions.

A Monsieur le Professeur UZEL André Pierre

Docteur en Médecine, Professeur de l'Université des Antilles, Chef de service de Chirurgie Orthopédique, Praticien Hospitalier, Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en siégeant au sein de mon jury. Un grand merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver par ce travail l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A Madame le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie

Docteur en Médecine, Professeur de l'Université des Antilles, Praticien Hospitalier
Votre présence dans ce jury m'honore. Je vous remercie de votre bienveillance à l'égard des étudiants et de l'enseignement dont vous nous dispensez afin de faire de nous de bons praticiens.

A Madame le Docteur ADOLPHE-FREICHOU Christelle

Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier,
Je te remercie de me faire l'honneur de juger mon travail en tant que membre du jury.
Je te remercie de ton soutien, de ta gentillesse et de ta bienveillance à mon égard.
J'espère pouvoir continuer à profiter de tes conseils et ta sagesse.

A Madame le Docteur GALANTH Sophie

Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier, ma Directrice de thèse

Ces quelques mots ne suffiront pas pour t'exprimer toute la gratitude et la reconnaissance que je ressens à ton égard pour m'avoir accompagnée durant tout ce processus. Ce fut une longue route durant laquelle ta disponibilité et ta gentillesse n'ont pas failli. J'espère que ce travail témoignera de l'admiration que j'ai pour toi.

A ma famille, en particulier mes parents et mes frères, qui ont été d'un soutien sans faille tout au long de ce parcours. Vous avez toujours cru en moi et toujours poussé à donner le meilleur de moi-même. J'espère par ce travail vous honorer.

A mes chefs de service du Centre Hospitalier de Maurice Selbonne, Dr DESTERBECQ et Dr RAZANAKINIAÏNA, merci de votre confiance et de votre soutien qui m'ont permis de mener à bien ce projet.

Aux secrétaires des services de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU et du Centre Hospitalier Maurice Selbonne (Anne-Marie et Aliette en particulier), qui par votre contribution avez permis à l'aboutissement de ce travail.

A Mr BAKKHAN Bernard, un grand merci pour tous ces chiffres et ta patience tout au long de ce travail...de la part de « Josélita ».

A ma famille « élargie », amis proches, **BMPA** toujours présent, vous qui avez cheminé avec moi. Merci de vos encouragements.

A toutes les personnes qui ont contribué à mon apprentissage de l'exercice de médecine durant ces années d'internat (**Dr FOUCAN** impossible de vous oublier Chef !), à mes confrères, co-internes, co-externes qui m'ont poussée à me dépasser et m'améliorer.

A tous ceux qui ne sont plus là mais qui j'en suis sûre veillent sur moi...

RÉSUMÉ

Influence de l'éducation thérapeutique sur l'observance et la qualité de vie chez des patients victimes d'AVC en Guadeloupe

Introduction : L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un problème majeur de santé publique notamment aux Antilles. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence du programme ETP post AVC sur l'observance thérapeutique des patients qui en ont bénéficié et sur leur qualité de vie.

Matériels

et Méthodes : Etude cas-témoins rétrospective d'une cohorte de patients victimes d'AVC. A été inclus l'ensemble des patients inscrits à l'ETP du CHU de la Guadeloupe de Juin 2013 à Avril 2016. Les patients du groupe contrôle ont été recrutés dans un autre établissement ne réalisant pas ce programme. Un questionnaire (connaissances globales, observance thérapeutique) et 3 échelles (Qualité de vie : SF36, anxiété et dépression : HADS et précarité : EPICES) étaient soumis aux sujets. **Résultats :** Au total, 81 patients ont été inclus : 33 ETP vs 48 groupe contrôle. Les patients étaient âgés de 42 à 91 ans avec un âge moyen inférieur à 70 ans. Le seuil de précarité était atteint dans les 2 groupes (37.3 vs 36.3) ($p=0,658$) et le niveau d'anxiété était limite pour le groupe ETP (8,6 vs 6,3 contrôle). Les connaissances sur les facteurs de risque cardiovasculaire ($p=0.01$) et l'activité physique (39% vs. 19%, $p < 0.05$) étaient meilleures pour les patients du groupe ETP. Il leur était également plus facile d'expliquer leur pathologie à leur entourage (85% vs. 64%, $p=0.04$) et ils pratiquaient moins d'activités sédentaires. Il n'y avait pas de différence statistique entre les 2 groupes globalement pour les scores de la SF36 hormis pour la santé psychique, étant meilleure pour le groupe contrôle ($p=0.007$). **Conclusion :**

L'ETP présente des nombreux avantages dans la prise en charge de l'AVC. Ces programmes structurés devraient être mieux valorisés dans le processus de soin.

ABSTRACT

Influence of therapeutic education on adherence and quality of life in stroke patients in Guadeloupe

Introduction: Stroke is a major public health problem, especially in the West Indies. The objective of this study was to assess the influence of the post-stroke therapeutic education program on the adherence to treatment and quality of life of patients who benefited from it. **Methods:** Retrospective case-control study of a cohort of stroke patients. All patients enrolled in the ETP program of the Guadeloupe University Hospital from June 2013 to April 2016 were included. Control patients were recruited from another institution that did not propose a post stroke program. A questionnaire (global knowledge, compliance) and 3 scales (Quality of life: SF36, anxiety and depression: HADS and precariousness: EPICES) were subject to of them.

Results: 81 patients were included: 33 ETPs vs. 48 controls. The patients were aged 42 to 91 years with an average age of less than 70 years. The threshold for precariousness was reached in both groups (37.3 vs. 36.3) ($p=0.658$) and anxiety level was limited for the ETP group (8,6 vs. 6,3 for controls). Knowledge of cardiovascular risk factors ($p=0.01$) and physical activity (39% vs. 19%, $p < 0.05$) was better for patients in the ETP group. It was also easier for them to explain their pathology to those around them (85% vs. 64%, $p=0.04$) and they practiced less sedentary activities. There was no statistical difference between the two groups overall for SF36 scores, except for mental health, being better for the control group ($p=0.007$). **Conclusion:** ETP has many benefits in stroke management. These structured programs should be better valued in the care process.

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS

AP : Activité Physique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHMS : Centre Hospitalier Maurice Selbonne

CHUG : Centre Hospitalier Universitaire de la Guadeloupe

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FDRCV : Facteurs De Risque CardioVasculaire

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HTA: Hypertension Artérielle

MOS SF36 / SF36: MedicalOutcomeStudy Short Form 36

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MT : Médecin Traitant

OH : Alcoolisme chronique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORSAG : Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe

QL : Qualité de vie

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

TTT : traitement médicamenteux

VS : versus

Dimensions de la MOS SF36 :

PF : activité physique

SF : vie et relations avec les autres

RP : limitations dues à l'activité physique

RE : limitations dues à l'activité psychique

MH : évaluation de la santé psychique

VT : énergie et vitalité

BP : douleurs physiques

GH : perception globale de l'état de santé

HT : modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|---------|
| INTRODUCTION | page 10 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODES | 11 |
| 1. Critères d'inclusion..... | 12 |
| a) Le groupe ETP..... | 12 |
| b) Le groupe Témoins..... | 12 |
| 2. Critères d'exclusion..... | 12 |
| 3. Données recueillies..... | 13 |
| 4. Méthodes statistiques..... | 14 |
| RÉSULTATS | 15 |
| 1. Caractéristiques de la population étudiée..... | 15 |
| 2. Analyse du questionnaire..... | 16 |
| a) Connaissance de la maladie..... | 16 |
| b) Observance thérapeutique..... | 17 |
| c) Aspect psychosocial..... | 18 |
| 3. Evaluation de la qualité de vie..... | 18 |
| 4. Autres résultats..... | 19 |
| a) Score EPICES et HADS..... | 19 |
| b) Questions libres..... | 19 |
| DISCUSSION | 21 |
| CONCLUSION | 24 |
| BIBLIOGRAPHIE | 26 |
| ANNEXES | 30 |
| 1. Liste des ateliers du programme d'ETP au CHUG..... | 31 |
| 2. Questionnaire d'étude sur l'observance thérapeutique..... | 32 |
| 3. MOS SF 36..... | 35 |
| 4. EPICES..... | 38 |
| 5. HADS..... | 39 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 40 |
| DEMANDE D'IMPRIMATUR | 41 |

INTRODUCTION

Les maladies chroniques représentent la première cause de décès dans le monde, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1]. Parmi ces pathologies, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) reste à ce jour un problème majeur de santé publique. L'AVC est la première cause de handicap non traumatique chez l'adulte et seconde cause de démence en Europe[1,2].

La prévalence des AVC dans les départements français d'Outremer est estimée à 1,25 fois supérieure à celle observée en France hexagonale en 2008 [3]. La Guadeloupe détient le 3^e taux standardisé le plus élevé de mortalité et d'hospitalisation dues à cette affection du territoire français, après la Guyane et la Réunion. En 2016, 203 personnes sur 100 000 y étaient hospitalisées pour un AVC aigu contre 169,9 pour 100 000 habitants en France hexagonale[4]. De 2008 à 2013, la mortalité y était de 70 décès pour 100 000 habitants (43 pour 100 000 dans l'Hexagone) [5].

L'AVC est considéré comme une priorité de santé et de prévention tant sur le plan mondial, national que régional de part son impact épidémiologique et socio-économique. Le Ministère de la Santé a ainsi élaboré en 2007 un plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique. Le plan d'action national AVC 2010-2014 a été établi pour en améliorer la prise en charge globale afin d'en réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles [6].

L'observance thérapeutique est au cœur de la problématique de santé[7]. Elle se définit, au sens large du terme, par le respect par le patient des recommandations spécifiques de prise en charge de sa maladie: suivi médical, prescription médicamenteuse, règles hygiéno-diététiques[7,8]. L'activité physique adaptée aux capacités fonctionnelles et l'auto-rééducation en font partie[7,9]. Dans le cas des maladies chroniques, l'observance thérapeutique n'excède pas 50% [8,9].

La qualité de vie (QL) est un concept multidimensionnel qui inclut la satisfaction des besoins du patient avec des notions subjectives liées à la santé, au bien-être psychosocial et physique[10]. Plusieurs études ont évalué l'altération de la qualité de vie après un AVC. Les principaux obstacles rencontrés par les patients sont liés à des difficultés d'adaptation à une nouvelle vie quotidienne à la sortie d'hospitalisation, à

une dépréciation de l'image de soi et des interrogations concernant leur place dans la société[11,12].

L'Education Thérapeutique (ETP)est un moyen pour les praticiens d'aider les patients à acquérir et/ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur quotidien [13,14]. Un programme d'ETP comprend donc des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur pathologie, des soins, de l'organisation des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie[15].

En 2014, un programme d'ETP post AVC a été mis en place dans le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) du Centre Hospitalier Universitaire de la Guadeloupe (CHUG). Le but pour les patients impliqués est l'acquisition d'une meilleure gestion du risque neurovasculaire (prévention secondaire du risque cardiovasculaire, de survenue de récurrence) et des séquelles engendrées (adaptation de son environnement selon son handicap, amélioration des capacités fonctionnelles)[15].

Quelques études évaluant l'efficacité de l'ETP post AVC ont montré une amélioration des connaissances sur la pathologie et une diminution de l'anxiété des participants sans réel effet positif sur l'observance thérapeutique et sur la perception de l'état de santé[16-18]. A ce jour, aucune étude n'a permis de déterminer le moment idéal de l'instauration de l'intervention ETP dans la prise en charge de la maladie chronique.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'influence du programme d'ETP post AVC du CHUG sur l'observance thérapeutique des patients. L'objectif secondaire était d'analyser le niveau de qualité de vie.

MATERIEL et MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle cas-témoins, rétrospective, de patients victimes d'AVC. Elle a été réalisée sur 2 sites hospitaliers de la Guadeloupe : le service de MPR du CHUG pour le recrutement des patients ayant participé au programme

d'ETP, et celui du Centre Hospitalier de Maurice Selbonne de Bouillante (CHMS), pour les patients contrôle.

1. Critères d'Inclusion :

a. Le groupe ETP :

Le groupe ETP a été constitué de l'ensemble des patients inscrits au programme d'ETP post AVC du CHUG de Juin 2013 à Avril 2016.

Ceux-ci en avaient bénéficié soit au cours de leur hospitalisation complète en service de MPR ou en hôpital de jour, soit à la suite de la consultation pluridisciplinaire de Neuro-rééducation ou étaient adressés directement par le service de Neurologie du CHUG.

Un programme personnalisé d'ateliers, adapté aux attentes et aux difficultés du patient lui était proposé [Annexe 1]. Il était établi à partir du diagnostic éducatif individuel réalisé en début de prise en charge, par l'intermédiaire d'un questionnaire libre visant à définir les connaissances du patient sur la maladie.

Les séances étaient pratiquées en groupes de 3 ou 4 participants, sur une durée variable de 40 minutes à 2 heures selon les ateliers, pendant 6 semaines environ.

b. Le groupe contrôle:

Les patients ont été recrutés parmi les victimes d'AVC ayant été hospitalisées dans le service de MPR du CHMS ou ayant été vues en consultation par un médecin rééducateur du service, entre 2013 et 2016. De plus, afin de compléter l'effectif, six individus répondant aux critères ont été inclus au cours d'une hospitalisation pour intensification de la prise en charge rééducative, durant la période d'inclusion.

L'ensemble des patients interrogés avait donné leur accord après avoir reçu une information éclairée sur les objectifs et le déroulement de l'étude.

2. Critères d'exclusion :

Ont été exclus les sujets ;

- mineurs,
- incapables de répondre en autonomie aux questionnaires et échelles (troubles cognitifs et/ou phasiques invalidants, créolophones stricts, hispanophones ou anglophones),

- dont les dossiers présentaient trop de données manquantes.

3. Données recueillies :

Chaque patient inclus a été vu en entretien avec le même observateur entre Mai 2017 et Décembre 2018, durant lequel un questionnaire et trois échelles étaient soumis.

Le questionnaire a été spécifiquement réalisé pour l'étude [Annexe 2]. Il avait pour objet l'analyse des connaissances sur la maladie et ses facteurs de risque, l'observance thérapeutique à savoir la connaissance du traitement médicamenteux et son suivi, le respect des règles hygiéno-diététiques : régime diététique, pratique d'une activité physique adaptée et suivi médical par un médecin traitant [7-9].

Trois échelles évaluaient différentes dimensions :

- La qualité de vie (QL), à partir de la Medical Outcome Study Short Form 36 (MOS SF36 ou SF36). Il s'agit d'une échelle générique (non spécifique) de l'état de santé global du patient suite à une pathologie (validée en France)[19] dénombrant 36 items pouvant être regroupés en 3 catégories :
 - Le statut fonctionnel comprenant : 10 items sur l'activité physique (PF), 2 sur la vie et relations avec les autres (SF), 4 sur les limitations dues à l'état physique (RP), 3 items sur les limitations dues à l'état psychique (RE).
 - Le bien être : 5 items sur l'évaluation de la santé psychique (MH), 4 sur l'énergie et la vitalité (VT), 2 sur les douleurs physiques (BP).
 - L'évaluation globale de la santé : 5 items de perception globale de l'état de santé (GH), un item servant à décrire les modifications de l'état de santé au cours de l'année écoulée (HT)[Annexe 3].
- La précarité à partir du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) [20]. C'est un indicateur individuel qui prend en compte le caractère multidimensionnel : emploi, niveau d'études, revenus, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue. Ce questionnaire comprend 11 questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet. La réponse à chaque question est affectée d'un coefficient, la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score est continu, variant de 0 (absence de précarité) à

100 (maximum de précarité). Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité. [Annexe 4]

- L'Anxiété et la Dépression par l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Elle comprend 14 items dont 7 concernent les symptômes d'anxiété (HADS-a) et 7 des symptômes de dépression (HADS-d). Chaque item est codé de 0 à 3, les scores d'anxiété-dépression peuvent varier de 0 à 21, selon la présence et la gravité des symptômes. Un score supérieur ou égal à 11 était significatif d'un état anxieux ou dépressif (score entre 8 et 10 : syndrome suspecté)[Annexe 5].

Nous savons que les difficultés sociales et les troubles thymiques ont un impact sur la qualité de vie et l'observance thérapeutique [12,20,21]. Ces 2 dernières échelles nous permettaient de prendre en compte l'aspect psychosocial dans l'analyse de la qualité de vie de nos patients.

Ont également été recueillies les données caractéristiques individuelles dont les facteurs de risque cardiovasculaire[22], l'Indice de Masse Corporelle (IMC) définissant le surpoids ($25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg/m}^2$) et l'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ; la pratique d'une activité physique définie par l'OMS [23,24] et la consommation d'alcool et de tabac. La sédentarité et l'hypercholestérolémie n'ont pas été renseignées, difficiles à faire préciser par le patient pour la période précédant l'AVC. Pour finir, des questions libres ont été posées aux patients à la fin de chaque entretien : « De manière globale, qu'est-ce qu'il vous manque depuis l'AVC ? » pour les 2 groupes et « De manière globale, qu'est-ce que l'ETP vous a apporté ? » uniquement pour le groupe ETP.

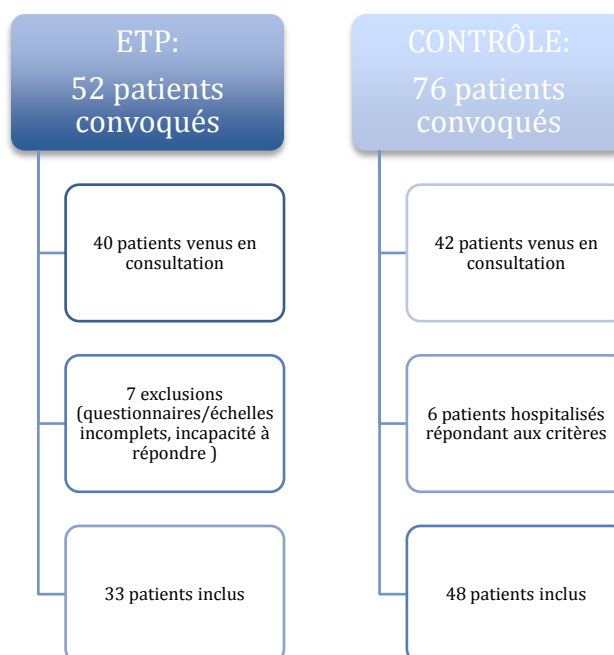
4. Méthode statistique :

L'ensemble des données a été analysé à l'aide des logiciels Excel et SPSS V17.0. La corrélation entre les variables quantitatives a été évaluée selon la technique de Kaplan Meier pour l'analyse de survie et selon les tests du Chi 2 et de Wilcoxon pour la comparaison des variables entre les différents groupes. Pour l'ensemble des tests effectués, le risque d'erreur pris en compte a été de 5% ($\alpha = 0,05$).

RESULTATS

Parmi les 128 patients convoqués, 81 ont été inclus dans l'étude: 33 sujets dans le groupe ETP et 48 pour le groupe contrôle (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux.



1) Caractéristiques de la population étudiée

Les patients étaient âgés de 42 à 91 ans, avec un âge moyen inférieur à 70 ans. Plus de 80% des AVC étaient de type ischémique. Tous les patients inclus présentaient des séquelles neurologiques dont la majorité étaient motrices. Les facteurs de risque cardiovasculaires plus fréquents étaient l'hypertension artérielle (HTA), le surpoids/obésité et le diabète.

Un tiers des patients vivait seul et seul 1/3 des actifs avant l'AVC avait repris une activité professionnelle au moment de l'étude, soit à plus de 2 ans de l'événement vasculaire. Les caractéristiques générales des patients ayant bénéficié du programme d'ETP étaient comparables à celles du groupe contrôle (Tableau 1).

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée

| Caractéristiques | Patients ETP n=33 | Contrôle n=48 | Total n=81 | p |
|------------------------------|----------------------|------------------|---------------|---|
| SEXE (effectif n (%)) | | | | |
| -Hommes | 21 (64%) | 20 (64%) | 41 (51%) | |
| -Femmes | 12 (36%) | 28 (58%) | 40 (49%) | |

| | | | | |
|--|----------|-----------|----------|--------------|
| -Ratio (H/F) | 1,75 | 0,71 | 1,025 | 0,052 |
| AGE (années en moyenne) | | | | |
| →lors du 1^{er} AVC | | | | |
| (total) | 58,9 | 65,3 | 62,7 | 0,853 |
| -Hommes | 59,9 | 65,5 | 62,7 | |
| -Femmes | 56,8 | 65,1 | 62,8 | |
| →à l'inclusion de l'étude | | | | |
| (total) | 63,3 | 68,2 | 66,2 | 0,857 |
| -Hommes | 64,8 | 68,5 | 66,6 | |
| -Femmes | 60,7 | 67,9 | 67,7 | |
| TYPE D'AVC (n (%)) | | | | |
| -Ischémique | 27 (82%) | 43 (89%) | 70 (86%) | 0,316 |
| -Hémorragique | 6 (18%) | 5 (10%) | 11 (14%) | 0,316 |
| -Récidive connue d'AVC | 6 (81%) | 10 (21%) | 16 (20%) | 0,819 |
| Facteurs de risque CV avant AVC (n (%)) | | | | |
| -HTA | 26 (79%) | 43 (89%) | 69 (85%) | 0,695 |
| -Diabète de type 2 | 10 (30%) | 23 (49%) | 33 (41%) | 0,199 |
| -Obésité/surpoids | 25 (75%) | 27 (60%) | 52 (64%) | 0,101 |
| -Tabac | 8 (24%) | 6 (12,5%) | 14 (17%) | 0,130 |
| -Alcoolisme chronique | 6 (18%) | 8 (17%) | 14 (17%) | 0,760 |
| SEQUELLES D'AVC (n (%)) | | | | |
| -Motrices | 27 (82%) | 47 (98%) | 74 (91%) | 0,290 |
| -Sensitives | 15 (45%) | 35 (73%) | 50 (62%) | 0,059 |
| -Cognitives | 18 (54%) | 34 (71%) | 52 (64%) | 0,426 |
| -Douleur | 8 (24%) | 26 (51%) | 34 (42%) | 0,023 |
| -Syndrome dépressif (traité) | 14 (42%) | 17 (35%) | 31 (38%) | 0,258 |
| MODE DE VIE (n (%)) | | | | |
| -Vit seul | 11 (33%) | 16 (33%) | 27 (33%) | 1,00 |
| -En famille | 22 (67%) | 32 (67%) | 54 (67%) | 1,00 |
| PROFESSION (n (%)) | | | | |
| -Actifs avant AVC | 19 (57%) | 16 (33%) | 35 (43%) | 0,214 |
| -reprise après AVC | 7 (36%) | 5 (13%) | 12 (15%) | 0,438 |

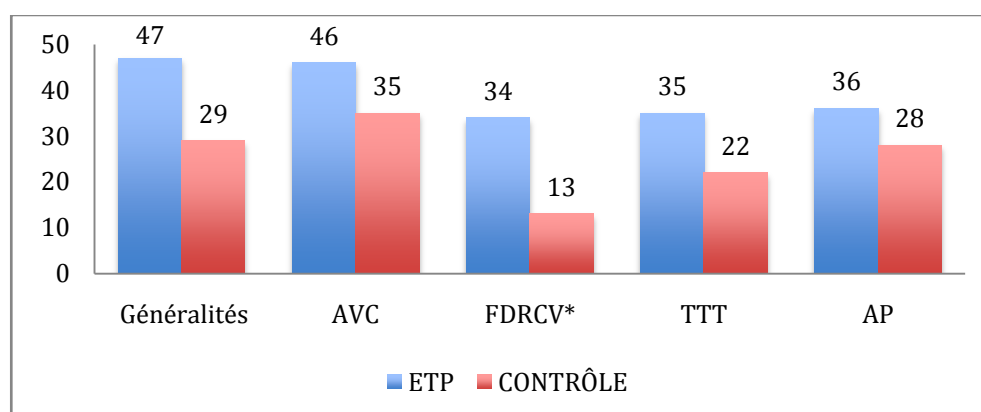
Légende : n = effectif, CV= cardiovasculaire, H= hommes, F= femmes

2) Analyse du questionnaire

a) Connaissance de la maladie

Le groupe ETP avait un meilleur taux de bonnes réponses aux questions concernant les connaissances globales sur les facteurs de risque cardiovasculaire (p = 0,01). Il n'y avait pas de différence significative dans les autres thématiques (Figure 2).

Figure 2: Connaissances globales sur l'AVC (Pourcentage de bonnes réponses par thème de connaissance)

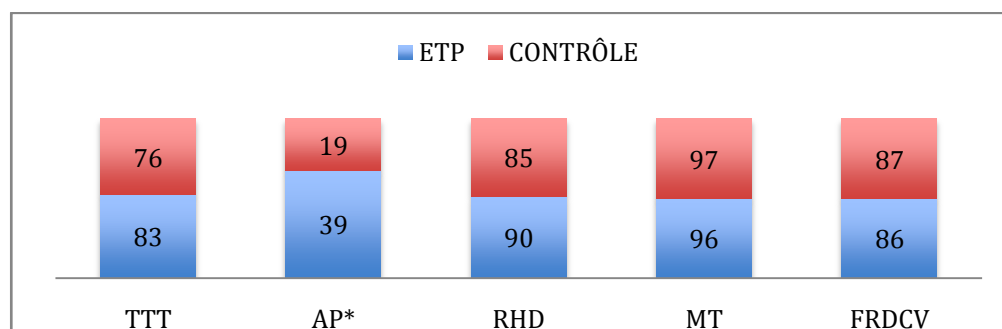


Légende : TTT= traitement médicamenteux, AP= activité physique, RHD= règles hygiéno-diététiques, MT= médecin traitant, FRDCV= facteurs de risque cardiovasculaire

b) Observance thérapeutique

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les 2 groupes concernant la prise du traitement médicamenteux, le respect des règles hygiéno-diététiques et le suivi médical par un médecin traitant. Les patients du groupe ETP avaient une meilleure pratique de l'activité physique ($p < 0,05$) (Figure 3).

Figure 3: Observance par thème en pourcentage

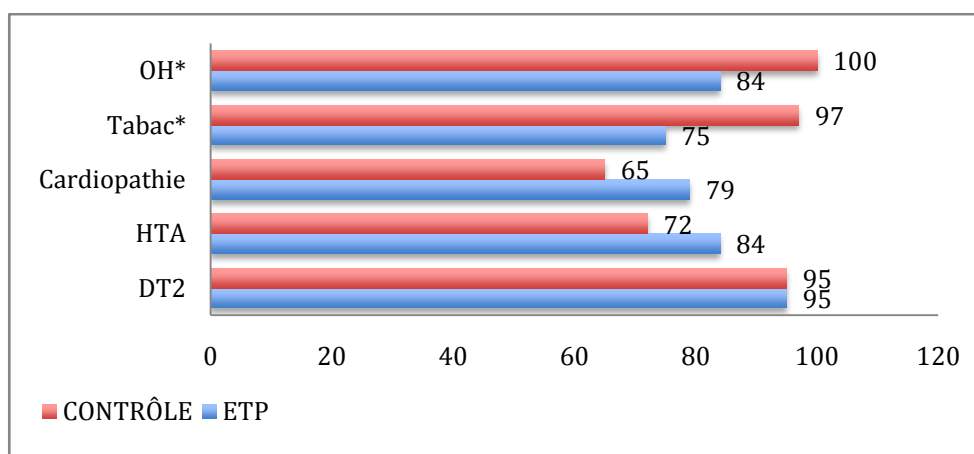


Légende : TTT= traitement médicamenteux, AP= activité physique, RHD= règles hygiéno-diététiques, MT= médecin traitant, FRDCV= facteurs de risque cardiovasculaire

L'observance thérapeutique concernant les facteurs de risque cardiovasculaire n'était pas différente statistiquement entre les patients ayant bénéficié de l'ETP et les patients contrôle.

Il n'y a eu qu'un sevrage alcoolique et tabagique après AVC dans le groupe ETP, (p respectivement à 0,001 et 0,000) d'où une différence significative par rapport au groupe contrôle, ne comptant qu'un seul patient tabagique (Figure 4).

Figure 4 : Pourcentage d'Observance par facteurs de risque cardiovasculaires



Légende : OH= alcoolisme chronique, HTA= hypertension artérielle, DT2 = diabète de type 2

c) Aspect psychosocial

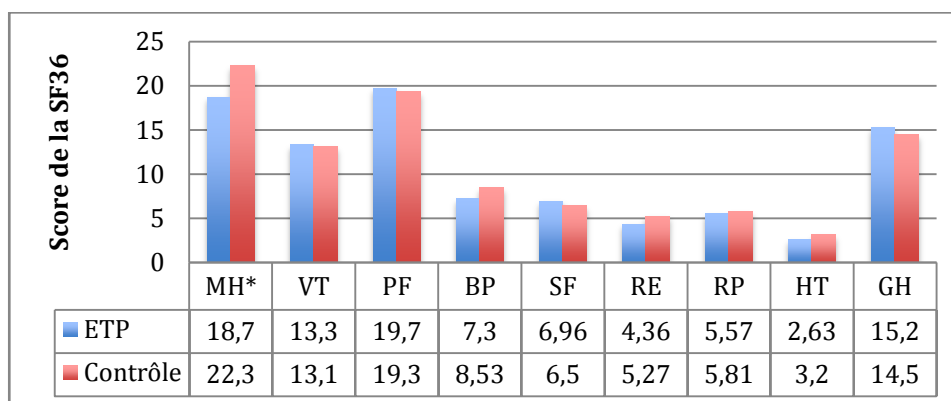
Les patients du groupe ETP présentaient un meilleur échange avec leur entourage, 85% ayant expliqué leur pathologie à un proche contre 64% pour les patients contrôle ($p=0,04$). On note également que 71 % de ces patients avaient des loisirs (63% pour le groupe contrôle) ($p=0,04$). Deux tiers des patients du groupe ETP (66%) déclaraient avoir une activité de loisir physique contre seulement 33% de l'effectif contrôle ($p=0,007$). Les patients de ce groupe rapportaient essentiellement (67%) des activités sédentaires (lecture, télévision, musique).

3) Evaluation de la qualité de vie (QL)

L'analyse des réponses à la SF36 a mis en évidence une différence significative entre les deux groupes pour la dimension MH (santé psychique). Celle-ci est meilleure pour les patients du groupe contrôle ($p=0,007$).

Concernant les autres dimensions, il n'y avait pas de différence statistique entre les 2 groupes (Figure 5).

Figure 5 : Comparaison des scores de la SF36 entre le groupe ETP et le groupe contrôle par dimensions



Légende : Dimensions de la SF36 : MH=Santé Psychique, VT=Vitalité, PF=Activité Physique, BP=Douleurs Physiques, SF=Vie et Relations avec les autres, RE=Limitations dues à l'état psychique, RP= Limitations dues à l'état physique, HT= Evolution de la santé perçue, GH=Santé perçue.

4) Autres résultats

a) Score EPICES et HADS

L'ensemble de la population étudiée avait atteint le seuil de précarité (score EPICES>30). Selon l'HADS, les patients n'avaient pas de dépression et présentaient pour ceux du groupe ETP un score douteux pour l'anxiété (Tableau 2).

Tableau 2. Score des échelles EPICES et HADS en moyenne

| ECHELLES | ETP | CONTRÔLE | p |
|----------|------|----------|--------------|
| EPICES | 37,3 | 36,3 | 0,658 |
| HADS-a | 8,6 | 6,3 | - |
| HADS-d | 7,7 | 7,0 | 0,406 |

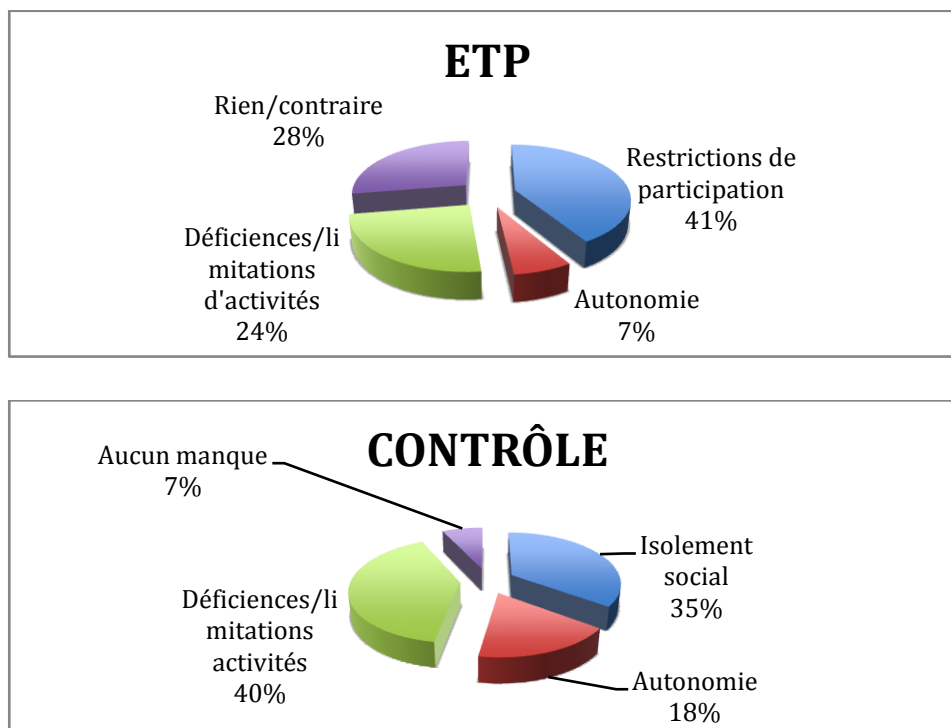
Légende : EPICES= Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé, HADS=HopitalAnxiety and DepressionScale, a: anxiété, d: dépression

b) Questions libres

Dans le groupe ETP, les patients regrettaient par ordre d'importance ; l'isolement social, les séquelles neurologiques puis le manque d'autonomie.

C'est également dans le groupe ETP qu'un plus grand nombre de patients ne signalaient aucun manque depuis l'AVC (Figure 6).

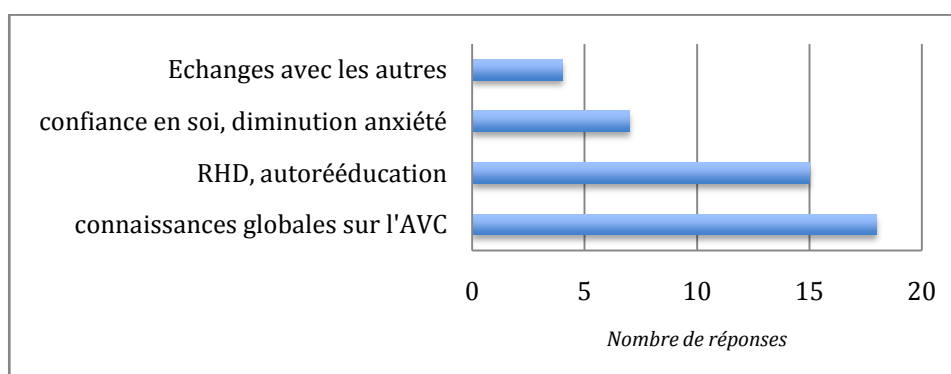
Figure 6 : Représentation des « manques » depuis l'AVC en pourcentage



Légende : Isolement social : restriction de participation professionnelle, sociale (relationnelle, loisirs ; activités de la vie quotidienne domestiques et administratives) ; Déficiences (état physique séquellaire de l'AVC) ; Limitations d'activités (marche, langage..)

Les participants à l'ETP avaient défini comme principal apport du programme l'acquisition des connaissances sur leur pathologie et sur les mesures d'auto-soin dans leur prise en charge personnalisée (Figure 7).

Figure 7 : Représentation de l'intérêt du programme ETP pour les bénéficiaires (nombre de réponses)



Légende : RHD= règles hygiéno-diététiques

DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif d'évaluer l'influence de l'éducation thérapeutique sur l'observance et la qualité de vie chez des patients victimes d'AVC en Guadeloupe. Notre travail montre que le programme d'ETP proposé a un effet positif sur l'amélioration des connaissances globales des facteurs de risque cardiovasculaire, de la pratique de l'activité physique et des relations sociales des patients qui en ont bénéficié (communication avec l'entourage, activités de loisirs).

L'âge moyen des patients, lors de la survenue du 1^{er} AVC était de 62,7 ans (58,9 ans pour le groupe ETP et 65,3 ans pour le groupe contrôle). Comme l'ont démontré différentes études, l'âge de survenue des AVC aux Antilles est plus précoce qu'en France hexagonale : soit 69,7 ans en Guadeloupe et 71,2 ans en Martinique contre 73,5 ans sur le plan national [25-27].

Notre groupe contrôle compte plus de femmes (58%) que d'hommes. Les patients nouvellement admis en affection longue durée pour AVC invalidant en Guadeloupe entre 2012 et 2014 étaient également en majorité des femmes (à 62%) [2,5]. En revanche, le groupe ETP compte plus d'hommes et seulement 36% de femmes. Ce résultat correspond à la proportion de femmes parmi les 33 patients ayant accepté de venir en consultation et finalement retenus pour l'étude. Le sex-ratio du programme d'ETP post AVC dans l'unité de MPR du CHU de la Guadeloupe était de 1,14 pour la période de 2014-2016.

En accord avec les données habituellement observées dans la plupart des séries d'AVC, 80% des AVC dans notre étude sont des infarctus cérébraux et 20% sont hémorragiques [25-28]. Vingt pourcents des patients dans les 2 groupes avaient présenté plusieurs épisodes d'AVC dans un délai de 3 à 6 ans entre le 1^{er} évènement et la récurrence. Ces résultats sont proches des 9% de récurrences à un an et 30 à 50% à 5 ans rapportées dans les grandes séries européennes d'AVC [29,30].

L'ETP est essentielle dans la prise en charge de la maladie cardiovasculaire car elle améliore les connaissances de la maladie, l'adhésion au traitement et les résultats de prévention secondaire [1,14-16]. L'ensemble des participants à l'étude, y compris ceux

n'ayant pas effectué le programme, avait globalement de bonnes réponses concernant la prise médicamenteuse et les règles alimentaires à adopter selon leurs comorbidités. La forte prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'HTA et le diabète peut expliquer la capacité des patients à restituer des informations qu'ils ont déjà entendues de la part de leur médecin, leur entourage et les médias divers. Les patients interrogés disaient avoir un bon suivi par leur médecin traitant. Pour certains, la présence d'infirmier au domicile est également garant de bonne observance médicamenteuse.

Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est un point essentiel de la prévention primaire et secondaire de la survenue des AVC [31,32]. L'HTA était le facteur de risque le plus présent avec 79% d'hypertendus dans le groupe ETP et 89% dans le groupe contrôle. Ces chiffres sont très largement supérieurs au pourcentage de patients atteints d'HTA dans la population générale en Guadeloupe où la pathologie touche en moyenne 50% des personnes de plus de 50 ans [33].

Quarante et un pourcents des sujets de l'étude étaient diabétiques (30% des patients du groupe ETP) contre 11% pour les guadeloupéens adultes [34,35]. Cette proportion est proche des 28% de diabétiques de l'étude ERMANCIA II réalisée à la Martinique [36,37] et de l'intervalle de 20 à 30%, retrouvé dans les cohortes hospitalières d'AVC du CHUG [27,38]. Comme dans la population générale, le pourcentage de patients en surpoids ou obésité était important (plus de 60%) [39,40]. Le tabagisme, comme précédemment rapporté [27,38] ne constitue pas un facteur de risque majeur dans les populations victimes d'AVC aux Antilles [41,42]. L'alcoolisme chronique est présent chez moins de 20% des patients étudiés, comme retrouvé dans les précédentes études [27,28,41].

L'activité physique fait partie des mesures thérapeutiques recommandées pour le contrôle du risque cardiovasculaire [9,24,33] et notamment en post AVC [23,43]. Dans notre étude, 66% des patients du groupe ETP déclaraient avoir une activité de loisir physique contre seulement 33% parmi les sujets contrôle. Ceci suggère que l'ETP favorise la reprise d'une activité physique après un AVC. Comme le soulignent *Greenlund et al.* [43], recevoir des conseils d'un professionnel concernant l'activité physique a un effet positif sur la pratique de celle-ci après un AVC. Dans leur étude,

76 % des patients déclaraient réaliser une activité physique régulière en post-AVC après avoir reçu une information en ce sens. La conception du questionnaire de notre étude n'a pas permis de s'assurer du respect du niveau d'activité physique préconisé, soit au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes à une intensité soutenue par semaine [24] notamment avant l'AVC. L'enquête APHYGUAD réalisée en Novembre 2010, avait montré que seulement 40% de la population guadeloupéenne semblaient connaître la recommandation nationale [44].

Un travail visant à évaluer l'impact de l'ETP sur le niveau d'activité physique en post-AVC et également sur la survenue éventuelle de récurrence d'AVC pourrait être envisagé.

Les maladies chroniques ont un retentissement négatif sur la qualité de vie du patient et de ses proches [45,46]. Un des objectifs majeurs de l'ETP est de réduire cet effet péjoratif. Notre étude n'a pas retrouvé de meilleurs résultats pour les patients ayant réalisé le programme d'ETP dans ce domaine. A l'inverse, ceux-ci ont une moins bonne santé psychique (MH). Le niveau d'anxiété référencé comme douteux dans cette population du groupe ETP pourrait avoir eu un impact sur cette dimension de la qualité de vie [12,21].

Nos données montrent également que plus d'un tiers des patients étudiés présentaient un syndrome dépressif dans les suites de l'AVC, comme précédemment décrit dans la littérature [45-48]. Le score global HADS-d dans notre étude ne retrouve pas cette donnée (score HADS-d < 8, pas de dépression).

On peut y trouver plusieurs éléments de réponse : un interrogatoire fait à distance de la survenue de l'AVC, car la dépression aiguë est principalement décrite dans les 3 premières années suivant l'évènement [47,48], et une médication en cours par traitement antidépresseur pendant l'étude pour certains sujets. L'étude ERMANCIA II montrait qu'à 5 ans de l'AVC, 26% des patients présentaient des symptômes de dépression et très peu d'entre eux étaient d'un niveau sévère [36,37].

Le score EPICES nous a permis de constater que notre population est précaire sur le plan social (score EPICES > 30). Cela reste en lien avec l'isolement social important que nos patients décrivaient ; du fait de pratique limitée de loisirs, d'un

environnement familial pauvre pour un tiers des sujets et de difficultés financières. La perte d'autonomie semble en être la cause principale. Le très faible pourcentage de reprise d'activité professionnelle après AVC pourrait en être également un facteur important.

Une étude publiée en 2019 dans le British Medical Journal interrogeait une cohorte de 1636 patients français atteints de maladies chroniques, sur les éléments qu'ils auraient souhaités modifier dans leur prise en charge [49]. Parmi les réponses données, on retrouvait l'amélioration de la relation patient-médecin/équipe soignante par une approche plus personnalisée de leur cas médical et une implication dans le processus de décision thérapeutique. Partager leur expérience avec d'autres patients et inclure leur entourage de façon plus importante dans cette prise en charge spécifique ont également été évoqués.

Peu d'études recherchant l'efficacité d'un programme d'ETP post AVC ont été menées. Rarement le patient lui-même était le seul ciblé par ces analyses [16-18]. Cette même étude pourrait être affinée avec un échantillon plus large. La caractéristique rétrospective de notre analyse n'a pas permis de récupérer toutes les données médicales. La SF36 est par ailleurs d'utilisation difficile en pratique courante et non accessible pour une partie de la population antillaise, de surcroît ayant eu un AVC (créolophone, aphasique, troubles cognitifs sévères).

CONCLUSION

Dans notre étude, le programme d'ETP du CHU de la Guadeloupe a globalement un effet positif sur certains aspects de l'observance thérapeutique à savoir le respect des règles hygiéno-diététiques et l'amélioration des connaissances de la maladie.

Nous n'avons pas pu prouver de façon significative d'amélioration de la qualité de vie. Cependant les meilleurs résultats obtenus à la suite de la participation à l'ETP

ouvrent des perspectives pour optimiser la prise en charge de ces patients. Il se dégage chez eux une meilleure perception globale de la santé.

Il est clair que le contenu d'un programme structuré doit être adapté au patient en fonction du diagnostic éducatif et du stade de motivation auquel celui-ci se situe. La simple information passive est moins efficace dans la prise en charge de ces pathologies.

Durant sa réalisation, notre étude a pu mettre en évidence certains aspects à améliorer du programme en cours et d'envisager son extension à l'entourage du patient, dont l'intégration reste pour l'instant limitée.

La nécessité d'une coopération entre les structures et les acteurs de la santé est primordiale afin d'assurer l'accès à ces programmes pour les patients volontaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alwan A, Armstrong T, Bettcher D, Branca F, Garfield R, MacLean Det al. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organisation (WHO) Press. Geneva; 2011.
2. Fourcade N, Von Lennep F, Grémy I, Bourdillon F, Luciano L, Rey Set al. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé Publique France. [Enligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. De Peretti C, Grimaud O, Tuppin P, Chin F, Woimant F. Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne : apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution 2008-2009. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) 2012 ;1:1-6.
4. GÉODES, Géo Données Épidémiologiques de Santé. Taux standardisé de patients hospitalisés pour AVC en 2016 en France. [Enligne] <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator>
5. Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe (ORSAG). Les accidents vasculaires cérébraux invalidants. Les maladies vasculaires cérébrales en Guadeloupe. [Enligne] https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2018/07/ORSaG_Les_AVC_Invalidants_Les_Maladies_Vasculaires_Cérébrales_en_Guadeloupe_janvier_2018.pdf
6. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007-2011. PARIS. Avril 2007. [Enligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
7. World Health Organisation (WHO). Adherence to long- term therapies. Evidence for action. 2003. [Enligne] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
8. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences,

- solutions. *Revue Medicale de Liège* 2010; 65: 239-245.
9. Hobbs F, Erhard L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries. *Family Practice* 2002; 19: 596-604.
 10. Nussbaum MC. *The quality of life*. Clarendon Press. Oxford: 1993.
 11. Laurent K, De Sèze M-P, Delleci C, Koleček M, Dehail P, Orgogozo JM *et al.* Assessment of quality of life in stroke patients with hemiplegia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2011 ; 54: 376-390.
 12. Carod-Artal F, Egido J. Quality of Life after Stroke: The Importance of a Good Recovery. *Cerebrovasc Dis* 2009;27: 204-214.
 13. Assal JP. Traitement des maladies de longue durée: de la phase aiguë au stade de la chronicité: une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl Méd Chir Thérapeutique* 1996; 10: 13-30.
 14. Assal JP, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Revue Médicale Suisse. Maladies chroniques* 2001; 2353: 21505-6.
 15. Haute Autorité de Santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007. [En ligne] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
 16. Daviet JC, Bonan I, Claire JM, Colle F, Damamme L, Froger J *et al.* Therapeutic patient education for stroke survivors : Non-pharmacological management. A literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 2012; 55: 641-656.
 17. Smith J, Forster A, Young J. A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. *Clinical Rehabilitation* 2004 ; 18 : 726-736.
 18. Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R, Curless R. Randomized controlled trial of comprehensive stroke. Education program for patients and caregivers. *Stroke* 1999 ; 30: 2585-2591.
 19. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger T. The french SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol* 1998; 11: 1013-1023.
















20. Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C. *et al.* Le score EPICES: un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH* 2006 ; 14: 93-100.
21. Aquaviva E, Aubron V, Bajos N, Baudier F, Beaulieu-Prévost D, Beck F, Gautier A, Kubiak C, Collin JF. *et al.* Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Edition Inpes. Saint-Denis; 2007.
22. O'Donnell MJ, Chin SN, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H *et al.* Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016; 388: 761-775.
23. Gordon N, Gulanick M, Costa F, Fletcher G, Franklin BA, Roth EJ *et al.* Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors. *Circulation* 2004; 109: 2031-2041.
24. World Health Organisation. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Genève ; 2007. [En ligne] <http://www.who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007.pdf>.
25. Benatru I, Rouaud O, Durier J, Contegal F, Couvreur G, Bejot Y. *et al.* Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke* 2006; 37: 1674-1679.
26. Smadja D, Cabre P, May F, Fanon JL, René-Corail P *et al.* ERMANCIA Study Group. ERMANCIA: Epidemiology of Stroke in Martinique, French West Indies: part I: methodology, incidence, and 30-day case fatality rate. *Stroke* 2001; 32: 2741-2747.
27. Galanth S, Tressieres B, Lannuzel A, Foucan P, Alecu C. Factors influencing prognosis and functional outcome one year after a first-time stroke in a Caribbean population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2014; 11: 2134-2139.
28. Aho K, Harmsen P, Hatano S, Marquardsen J, Smirnov VE, Strasser T. Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study. *Bull World Health Organ* 1980; 58: 113-130.
29. Rutten-Jacobs LC, Maaijwee NA, Arntz RM, Schoonderwaldt HC, Dorresteijn

- LD, Van Der Vlugt MIJ. *et al.* Long-term risk of recurrent vascular events after young stroke: The FUTURE study. *Ann Neurol* 2013; 74: 592-601.
30. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S. *et al.* Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol* 2016; 15: 913-924.
31. Rincon F, Sacco RL. Secondary stroke prevention. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2008; 23: 34-41.
32. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Peltonen M, Qiao Q, Antikainen R, Tuomilehto J. The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality. *Stroke* 2005; 36: 2538-2543.
33. Atallah A, Kelly-Irving M, Ruidavets JB, De Gaudemaris R, Inamo J, Lang T. Prévalence et prise en charge de l'hypertension artérielle en Guadeloupe, France. *BEH thématique* 2008; 49-50: 486-487.
34. Ndong JR, Romon I, Druet C, Prévot L, Hubert-Brierre R, Pascolini E *et al.* Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France. *BEH* 2010; 42-43:432-6.
35. ORSAG. Le diabète en Guadeloupe en 2013 (KANNARI); 2017. [En ligne] https://www.orsag.fr/diabete_guadeloupe_2013_enquete_kannari/
36. Olindo S, Chausson N, Mejdoubi M, Jeannin S, Rosillette K, Saint-Vil M *et al.* Trends in Incidence and Early Outcomes in a Black Afro-Caribbean Population From 1999 to 2012. Etude réalisée en Martinique et centrée sur l'incidence des accidents vasculaires cérébraux II Study (ERMANCIA II) *Stroke* 2014; 45: 3367-3373.
37. Chausson N, Olindo S, Cabre P, Saint-Vil M, Smadja D. Five-Year Outcome of a Stroke Cohort in Martinique, French West Indies. Etude réalisée en Martinique et centrée sur l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, Part 2 (ERMANCIA II) *Stroke* 2010; 41: 594-599.
38. Lannuzel A, Salmon V, Mével G, Malpote E, Rabier R, Caparros-Lefebvre D. Epidemiology of stroke in Guadeloupe and role of sickle cell trait. *Revue Neurologique (Paris)* 1999; 155: 351-356.
39. Skolarus L, Sanchez BN, Levine DA, Baek J, Kerber KA, Morgenstern LB *et al.* The Association of Body Mass Index and Mortality after Acute Ischemic

- Stroke. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2014; 7: 64-69.
40. Yacou C, Cornely V, Neller N, Pitot S, Joubert C, Blateau A *et al.* Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari. ORSAG. [En ligne] <http://www.orsag.fr/cat/travaux-orsag/pathologies/surpoids-obesite.html>
 41. Richard JB. Comparaison des indicateurs de santé dans les DOM et en Métropole. Barometre de Santé DOM 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016. [En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/3744/29155/version/1>.
 42. Andler R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016. [En ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1754.pdf>
 43. Greenlund KJ, Giles WH, Keenan NL, Croft JB, Mensah GA. Physician advice, patient actions, and health-related quality of life in secondary prevention of stroke through diet and exercise. *Stroke* 2002; 33: 565-70.
 44. ORSAG. Rapport d'étude. Enquête APHYGUAD. Active physique, activités sportives et activités sédentaires des adultes en Guadeloupe. [En ligne] https://www.orsag.fr/wp-content/uploads/2019/04/ORSaG_APHYGUAD_rapport2010.pdf
 45. Towfighi A, Ovbiagele B, Huseini NE, Jorge RE, Kissela BM, Mitchell PH *et al.* Poststroke Depression. A scientific statement for healthcare professionals from Heart Association/american stroke association. *Stroke* 2017; 48: 30-43.
 46. Cameron JI, Cheung A, Streiner DL, Coyte PC, Stewart DE. Stroke survivor depressive symptoms are associated with family caregiver depression during the first 2 years post stroke. *Stroke* 2011; 42: 302-306.
 47. Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, Lönnqvist J, Kaste. Poststroke depression. An 18-month Follow-up. *Stroke* 2003; 34: 138-143.
 48. Åström M, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. *Stroke* 1993; 24: 976-982.
 49. Tran VT, Riveros C, Péan C, Czarnobroda A, Ravaud P. Patients perspective

on how to improve the care of people with chronic conditions in France: a citizen science study within the ComPaRe e-cohort. *BMJ QualSaf*2019;0:1-12.

ANNEXE 1 : LISTE DES ATELIERS DU PROGRAMME D'ETP DU CHUG

| <u>Ateliers :</u> |  | <u>Les compétences à acquérir :</u> |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> L'AVC c'est quoi ? |  | Connaitre ma maladie et ses conséquences. |
| <input type="checkbox"/> Mes facteurs de risques |  | Qu'est ce qui a favorisé l'apparition de l'AVC. Comment les diminuer ? |
| <input type="checkbox"/> Je fais de la tension.... (diabète, cholestérol...) |  | Comment me surveiller ? |
| <input type="checkbox"/> Mon ordonnance |  | Qu'est-ce que je prends ? Pourquoi ? |
| <input type="checkbox"/> Manger équilibré, c'est quoi ? |  | Qu'est-ce que je mange ? Comment ? |
| <input type="checkbox"/> L'auto-rééducation |  | Faire son programme de rééducation au quotidien et pourquoi ? |
| <input type="checkbox"/> Je chute... |  | Comment l'éviter ? |
| <input type="checkbox"/> Ma fatigue, je m'adapte |  | Comment gérer la fatigue depuis l'AVC ? |
| <input type="checkbox"/> J'identifie mes capacités, connaissances et compétence en activité physique |  | De quoi suis-je capable ? Qu'est ce que je connais de l'activité physique ? |
| <input type="checkbox"/> Les bénéfices de l'activité physique |  | Quels sont les effets positifs sur l'AVC et la santé ? |
| <input type="checkbox"/> J'expérimente une activité physique |  | Découvrir une activité physique adaptée pour moi et l'AVC |
| <input type="checkbox"/> Je mets en place une activité physique dans mon quotidien |  | Comment organiser mon planning ? Je m'engage à suivre mon programme ! |
| <input type="checkbox"/> Je veux gagner de l'autonomie |  | J'adapte mon environnement. J'utilise des outils. |
| <input type="checkbox"/> J'intègre ma maladie dans mon quotidien. |  | Comment reprendre certaines de mes activités avant l'AVC ? |

Je m'organise !



Je peux prendre l'avion ? Je peux quitter la Guadeloupe ? Comment me préparer ?

Je partage !



Je partage mes expériences avec le groupe.

ANNEXE 2 : Questionnaire dans le cadre de l'étude ETP

Information du patient sur le projet de l'étude : oui non

Accord oral du patient : oui non

| Questions fait le | Avec l'ETP | Sans l'ETP |
|--|------------|------------|
| ETAT CIVIL | | |
| NOM : | | |
| PRENOM : | | |
| DDN : | | |
| Situation familiale : | | |
| - Marié/célibataire/concubinage/ divorcé : | | |
| - Nombre d'enfants : | | |
| Personne ressource : | | |
| Situation sociale (actif/sans emploi/retraité/étudiant) : | | |
| - Si actif avant l'AVC, quelle profession : | | |
| - Si actif après l'AVC, quelle profession : | | |
| | | |
| CARACTERISTIQUES CLINIQUES : | | |
| Poids avant l'AVC: _____, P depuis : | | |
| Taille : | | |
| Déficit clinique : | | |
| - moteur | | |
| - sensitif | | |
| - cognitifs | | |
| - langage | | |
| - urinaires | | |
| Troubles de l'humeur | | |
| | | |
| CONNAISSANCES DE LA PATHOLOGIE | | |
| Que veut dire AVC ? | | |
| - quel type avez-vous fait (hémorragique/ischémique) : | | |
| - connaissez-vous d'autre type d'AVC ? | | |
| - date de survenue : | | |
| - le saviez-vous avant l'ETP ? | | |
| | | |

| | | |
|---|--|--|
| Qu'est-ce qu'un FRCV ? | | |
| - Citez vos facteurs de risque cardiovasculaire (ATCD) : | | |
| - Savez-vous comment ils agissent sur vous ? | | |
| - Le saviez-vous avant l'ETP ? | | |
| | | |
| Connaissez-vous vos médicaments ? | | |
| - citez ceux qui luttent contre l'AVC : | | |
| - connaissez-vous leur rôle ? | | |
| - quelqu'un vous les avait expliqués ? Qui ? | | |
| - le saviez-vous avant l'ETP ? | | |
| | | |
| Prenez-vous vos médicaments quotidiennement ? | | |
| - si non, pourquoi : | | |
| - survenue d'« oubli » de prise: | | |
| - Que faites-vous si vous les oubliez ? | | |
| - Le saviez-vous avant l'ETP ? | | |
| | | |
| Pratiquez-vous une activité physique ? | | |
| - et avant l'AVC ?: | | |
| - si non, pourquoi : | | |
| - comment la pratiquez-vous ? | | |
| - quels sont les bénéfices de l'AP sur l'AVC ? | | |
| - le saviez-vous avant l'ETP ? | | |
| | | |
| Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires depuis l'AVC ?: | | |
| - si oui, en quoi ?: | | |
| - si non, pourquoi ?: | | |
| - l'ETP vous a-t-il aidé à les changer ? | | |
| | | |
| Avez-vous expliqué à au moins un de vos proches, votre maladie ?: | | |
| - si non, pourquoi ?: | | |
| - si oui est ce que l'ETP la rendu plus facile ? | | |
| | | |
| Avez-vous un médecin traitant ?: | | |
| - si non, pourquoi ?: | | |
| - date de la dernière consultation : | | |
| - le voyez-vous plus régulièrement depuis l'ETP ? | | |
| | | |
| • Si Diabète : | | |

| | | |
|---|--|--|
| - Faites-vous les bilans de suivi ? | | |
| - Tous les combien ? | | |
| | | |
| • Si HTA : | | |
| - Connaissez-vous vos objectifs tensionnels ? | | |
| | | |
| • Si cholestérol : | | |
| - date du dernier contrôle biologique | | |
| | | |
| • Si cardiopathie : | | |
| - Est vous suivi par un cardiologue ? | | |
| | | |
| Est-ce que vous fumez ? | | |
| - quel est votre niveau de consommation ? | | |
| Est-ce vous consommer de l'alcool ? | | |
| - quel est votre niveau de consommation ? | | |
| Depuis l'ETP consommez-vous différemment ? | | |
| | | |
| Avez-vous des loisirs ?: | | |
| - lesquels ?: | | |
| - question sur vie sociale (activités de groupe, sortie du domicile...) : | | |
| | | |
| Quels sont les ateliers réalisés : | | |
| De manière globale, qu'est-ce que l'ETP vous a apporté ? (Libre) | | |
| De manière globale qu'est qui vous manque depuis l'AVC ? (pour ceux qui non pas fait le programme : connaitre votre maladie et origine, comment faire pour éviter la récurrence, discuter avec d'autre patient...) | | |

ANNEXE 3 : Medical Outcome Study Short Form 3 ou SF 36

(Source COFEMER)

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1 : excellente.
- 2 : très bonne.
- 3 : bonne.
- 4 : médiocre.
- 5 : mauvaise.

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

- 1 : bien meilleur que l'an dernier.
- 2 : plutôt meilleur.
- 3 : à peu près pareil.
- 4 : plutôt moins bon.
- 5 : beaucoup moins bon.

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité en raison de votre état de santé actuel :

| Listes d'activités | OUI beaucoup limité(e) | OUI peu limité(e) | NON pas du tout limité(e) |
|--|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| A Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport... | 1 | 2 | 3 |
| B Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | 1 | 2 | 3 |
| C Soulever et porter les courses | 1 | 2 | 3 |
| D Monter plusieurs étages par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| E Monter un étage par l'escalier | 1 | 2 | 3 |
| F Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir | 1 | 2 | 3 |
| G Marcher plus d'un kilomètre à pied | 1 | 2 | 3 |
| H Marcher plusieurs centaines de mètres | 1 | 2 | 3 |
| I Marcher une centaine de mètres | 1 | 2 | 3 |
| J Prendre un bain, une douche ou s'habiller | 1 | 2 | 3 |

4/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
et en raison de votre état physique

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| A Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? | 1 | 2 |
| D Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) | 1 | 2 |

5/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
et en raison de votre état émotionnel
[comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)]

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| A Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ? | 1 | 2 |
| B Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ? | 1 | 2 |
| C Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | 1 | 2 |

6/ **A** u cours de ces quatre dernières semaines,
dans quelle mesure votre état de santé, physique
ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale
et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis
ou vos connaissances ?

- 1 : pas du tout.
- 2 : un petit peu.
- 3 : moyennement.
- 4 : beaucoup.
- 5 : énormément.

7/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines,
quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

1 : nulle. 2 : très faible. 3 : faible.
4 : moyenne. 5 : grande. 6 : très grande.

8/ **A**u cours de ces quatre dernières semaines,
dans quelle mesure vos douleurs physiques vous
ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités
domestiques ?

1 : pas du tout. 2 : un petit peu. 3 : moyennement.
4 : beaucoup. 5 : énormément.

9/ **L**es questions qui suivent portent sur comment vous vous
êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines.
Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui
vous semble la plus appropriée.
Au cours de ces quatre dernières semaines y a-t-il eu des
moments où :

| | En permanence | Très souvent | Souvent | Quelquefois | Rarement | Jamais |
|---|---------------|--------------|---------|-------------|----------|--------|
| A Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANNEXE 4:Score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé)

Calcul du score EPICES

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

Calcul du score : **Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées** Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

ANNEXE 5 : Questionnaire HADS(Hospital Anxiety and Depression scale)

| | | | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| Je me sens tendu ou énervé La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais | A 3 2 1 0 | J'ai l'impression de fonctionner au ralenti Presque toujours Très souvent Parfois Jamais | D 3 2 1 0 |
| Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois Oui, tout autant Pas autant Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout | D 0 1 2 3 | J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué Jamais Parfois Assez souvent Très souvent | A 0 1 2 3 |
| J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout | A 3 2 1 0 | Je ne m'intéresse plus à mon entourage Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais Il se peut que je n'y fasse plus autant d'attention J'y prête autant d'attention que par le passé | D 3 2 1 0 |
| Je ris facilement et vois le bon côté des choses Autant que le passé Plus autant qu'avant Vraiment moins qu'avant Plus du tout | D 0 1 2 3 | J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout | A 3 2 1 0 |
| Je me fais du souci Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement | A 3 2 1 0 | Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses Autant qu'avant Un peu moins qu'avant Bien moins qu'avant Presque jamais | D 0 1 2 3 |
| Je suis de bonne humeur Jamais Rarement Assez souvent La plupart du temps | D 3 2 1 0 | J'éprouve des sensations soudaines de panique Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais | A 3 2 1 0 |
| Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et être décontracté Oui quoi qu'il arrive Oui en général Rarement Jamais | A 0 1 2 3 | Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision Souvent Parfois Rarement Très rarement | D 0 1 2 3 |

TOTAL DES SCORES : COLONNE "A" = __ ; COLONNE "D" = __

Tout score de 8 ou plus signifie que la dimension en question est significative
(plus que la normale)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.