



**ANNEE 2010 - N° 10- 075**

**Etat des lieux en éducation thérapeutique  
dans le diabète de type 2 en Franche-Comté.**

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement

le 19 octobre 2010

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**PAR**

Marie CAMUS-PARDON

Née le 27 juillet 1981 à Dole (Jura)

**La composition du jury est la suivante :**

<b>Président :</b>	<b>- A.PENFORNIS</b>	<b>Professeur</b>
<b>Directeur de la thèse :</b>	<b>- JM. PERROT</b>	<b>Docteur en médecine</b>
<b>Juges :</b>	<b>- JM. CHALOPIN</b>	<b>Professeur</b>
	<b>- R.BARDET</b>	<b>Maître de Conférences</b>
	<b>- F.BAUDIER</b>	<b>Docteur en médecine</b>
	<b>- D.LANDRY</b>	<b>Docteur en médecine</b>



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ  
U.FR. DES SCIENCES MÉDICALES & PHARMACEUTIQUES DE BESANÇON

---

**DIRECTEUR**

**Professeur Emmanuel SAMAIN**

**ASSESEURS MÉDECINE**

Professeur Bernard **PARRATTE**  
Professeur Gilles **CAPELLIER**  
Professeur Dominique **FELLMANN**  
Professeur Virginie **WESTEEL**

**ASSESEURS PHARMACIE**

Professeur Marie-Christine **WORONOFF-LEMSI**  
Docteur Frédéric **MUYARD**

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

Mlle Aurélie **JOLIBOIS**

---

## MÉDECINE

---

### PROFESSEURS

M.	Hubert	<b>ALLEMAND</b>	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Didier	<b>AUBERT</b>	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	<b>AUBIN</b>	DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Régis	<b>AUBRY</b>	THÉRAPEUTIQUE (Professeur associé)
M.	Jean-Pierre	<b>BASSAND</b>	CARDIOLOGIE
Mme	Yvette	<b>BERNARD</b>	CARDIOLOGIE
Mme	Alessandra	<b>BIONDI</b>	RADIOLOGIE
M.	Hugues	<b>BITTARD</b>	UROLOGIE
M.	Paul	<b>BIZOUARD</b>	PÉDOPSYCHIATRIE
Mme	Annie	<b>BOILLOT</b>	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M.	Jean-François	<b>BONNEVILLE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	<b>BORG</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Jean-François	<b>BOSSET</b>	RADIOTHÉRAPIE
M.	Hatem	<b>BOULAHDOUR</b>	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M.	Jean-Luc	<b>BRESSON</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Gabriel	<b>CAMELOT</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Gilles	<b>CAPELLIER</b>	RÉANIMATION MÉDICALE
M.	Jean-Marc	<b>CHALOPIN</b>	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Claude	<b>CHOBAUT</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M	Sidney	<b>CHOCRON</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Jean-Luc	<b>CHOPARD</b>	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ
M.	Joël	<b>COMBE</b>	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Alain	<b>CZORNY</b>	NEUROCHIRURGIE
M.	Jean-Charles	<b>DALPHIN</b>	PNEUMOLOGIE
M.	Benoît	<b>DE BILLY</b>	CHIRURGIE INFANTILE

M.	Eric	<b>DECONINCK</b>	HÉMATOLOGIE
M	Eric	<b>DELABROUSSE</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Bernard	<b>DELBOSC</b>	OPHTALMOLOGIE
M.	Vincent	<b>DI MARTINO</b>	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	<b>DUCLoux</b>	NÉPHROLOGIE
M	François	<b>DUMEL</b>	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Gilles	<b>DUMOULIN</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Joseph	<b>ETIEVENT</b>	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Dominique	<b>FELLMANN</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M	Patrick	<b>GARBUIO</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Jean-Pierre	<b>GAUME</b>	MÉDECINE GÉNÉRALE (Professeur associé)
M.	Emmanuel	<b>HAFFEN</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	<b>HERBEIN</b>	VIROLOGIE
M.	Bruno	<b>HEYD</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Bruno	<b>HOEN</b>	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Philippe	<b>HUMBERT</b>	DERMATO- VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Bernadette	<b>KANTELIP</b>	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
M.	Jean-Pierre	<b>KANTELIP</b>	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Bruno	<b>KASTLER</b>	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M	François	<b>KLEINCLAUSS</b>	UROLOGIE
M.	Dominique	<b>LAMARQUE</b>	GASTRO-ENTÉROLOGIE
Mme	Nadine	<b>MAGY-BERTRAND</b>	MÉDECINE INTERNE
M.	Robert	<b>MAILLET</b>	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Georges	<b>MANTION</b>	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Jacques	<b>MASSOL</b>	THÉRAPEUTIQUE
M.	Nicolas	<b>MENEVEAU</b>	CARDIOLOGIE
M.	Alain	<b>MENGET</b>	PÉDIATRIE
M.	Christophe	<b>MEYER</b>	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
Mme	Laurence	<b>MILLON</b>	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Michel	<b>MONTARD</b>	OPHTALMOLOGIE
Mme	Christiane	<b>MOUGIN</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Thierry	<b>MOULIN</b>	NEUROLOGIE
Mlle	Sylvie	<b>NEZELOF</b>	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	<b>OBERT</b>	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Bernard	<b>PARRATTE</b>	ANATOMIE
M.	Alfred	<b>PENFORNIS</b>	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
M.	Xavier	<b>PIVOT</b>	CANCÉROLOGIE
M.	Patrick	<b>PLESIAT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Jacques	<b>REGNARD</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Bernard	<b>RICBOURG</b>	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
M	Didier	<b>RIETHMULLER</b>	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M	Pierre	<b>ROHRLICH</b>	PÉDIATRIE
M.	Christophe	<b>ROUX</b>	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Lucien	<b>RUMBACH</b>	NEUROLOGIE
M.	Yves	<b>SAINT-HILLIER</b>	NÉPHROLOGIE
M	Emmanuel	<b>SAMAIN</b>	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE

M.	François	<b>SCHIELE</b>	CARDIOLOGIE
M.	Daniel	<b>SECHTER</b>	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M	Laurent	<b>TATU</b>	ANATOMIE
M.	Laurent	<b>TAVERNIER</b>	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Gérard	<b>THIRIEZ</b>	PÉDIATRIE
M.	Pierre	<b>TIBERGHIE</b>	IMMUNOLOGIE
M.	Yves	<b>TROPET</b>	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE
M.	Pierre	<b>VANDEL</b>	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Lionel	<b>VAN MALDERGEM</b>	GÉNÉTIQUE
M.	Jean-François	<b>VIEL</b>	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
M.	Daniel	<b>WENDLING</b>	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	<b>WESTEEL-KAULEK</b>	PNEUMOLOGIE

### PROFESSEURS EMÉRITES

Mme Dominique Angèle **VUITTON**

### MAITRES DE CONFÉRENCES

M.	Olivier	<b>ADOTEVI</b>	IMMUNOLOGIE
Mme	Clotilde	<b>AMIOT</b>	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Rémi	<b>BARDET</b>	MÉDECINE GÉNÉRALE (MC associé)
Mlle	Anne-Pauline	<b>BELLANGER</b>	PARASITOLOGIE
Mme	Martine	<b>BENEDINI</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mme	Malika	<b>BOUHADDI</b>	PHYSIOLOGIE
M.	Alain	<b>COAQUETTE</b>	VIROLOGIE
M.	Benoît	<b>CYPRIANI</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M.	Siamak	<b>DAVANI</b>	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
M.	Alain	<b>DEVEVEY</b>	PSYCHOLOGIE
M.	Didier	<b>HOCQUET</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Katy	<b>JEANNOT</b>	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	<b>LEPAGE</b>	ANATOMIE
M	Frédéric	<b>MAUNY</b>	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE ET TECHNOLOGIE DE COMMUNICATION
Mme	Elisabeth	<b>MEDEIROS</b>	NEUROLOGIE
Mme	Elisabeth	<b>MONNET</b>	EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
M.	Christian	<b>MOUSSARD</b>	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrice	<b>MURET</b>	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Uyen	<b>NGUYEN NHU</b>	PHYSIOLOGIE
M	Sébastien	<b>PILI-FLOURY</b>	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
M	Jean-Luc	<b>PRETET</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme	Evelyne	<b>RACADOT</b>	HÉMATOLOGIE
M.	Rajeev	<b>RAMANAH</b>	GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
M.	Daniel	<b>TALON</b>	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Isabelle	<b>THAON</b>	MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL
M.	Fabrice	<b>VUILLIER</b>	ANATOMIE
M.	Jean-Pierre	<b>WOLF</b>	PHYSIOLOGIE

---

# PHARMACIE

---

## PROFESSEURS

M. Alain	<b>BERTHELOT</b>	PHYSIOLOGIE
M. Xavier	<b>BERTRAND</b>	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme Françoise	<b>BEVALOT</b>	PHARMACOGNOSIE
Mme Céline	<b>DEMOUGEOT</b>	PHARMACOLOGIE
M. Yves	<b>GUILLAUME</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
M. Alf	<b>LAMPRECHT</b>	GALÉNIQUE
M. Samuel	<b>LIMAT</b>	PHARMACIE CLINIQUE
M. Dominique	<b>MEILLET</b>	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE (BACTÉRIOLOGIE)
Mme Mariette	<b>MERCIER</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme Lysiane	<b>RICHERT</b>	TOXICOLOGIE
M. Bernard	<b>REFOUVELET</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINÉRALE
M. Philippe	<b>SAAS</b>	IMMUNOLOGIE
Mme Estelle	<b>SEILLES</b>	IMMUNOLOGIE (VIROLOGIE)
Mme Marie-Christine	<b>WORONOFF-LEMSI</b>	PHARMACIE CLINIQUE

## MAITRES DE CONFÉRENCES

M. Arnaud	<b>BEDUNEAU</b>	GALÉNIQUE
M.. Laurent	<b>BERMONT</b>	BIOCHIMIE
M. Oleg	<b>BLAGOSKLONOV</b>	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme Oxana	<b>BLAGOSKLONOV</b>	GÉNÉTIQUE
M. Eric	<b>CAVALLI</b>	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mlle Claire	<b>ANDRE</b>	CHIMIE ANALYTIQUE
Mme Sylvie	<b>DEVAUX</b>	PHYSIOLOGIE
Mme Francine	<b>GARNACHE-OTTOU</b>	HÉMATOLOGIE
Mme Corinne	<b>GIRARD</b>	PHARMACOGNOSIE
M. Lhassanne	<b>ISMAILI</b>	CHIMIE ORGANIQUE
Mme Isabelle	<b>LASCOMBE</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Carole	<b>MIGUET ALFONSI</b>	TOXICOLOGIE
M. Frédéric	<b>MUYARD</b>	PHARMACOGNOSIE
Mme Laurence	<b>NICOD</b>	BIOLOGIE CELLULAIRE
M. Yann	<b>PELLEQUER</b>	PHARMACIE GALÉNIQUE
M. Marc	<b>PUDLO</b>	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
Mme Nathalie	<b>RUDE</b>	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme Marianne	<b>SANDOZ</b>	PHARMACODYNAMIE

## PROFESSEUR AGRÉGÉ DU SECOND DEGRÉ, PROFESSEURS ASSOCIÉS A TEMPS PARTIEL

M. Patrice	<b>BLÉMONT</b>	DROIT
Mme Sandra	<b>CHAVIN</b>	ANGLAIS
Mme Mylène	<b>COSTER</b>	ANGLAIS

# REMERCIEMENTS

## **A Messieurs les membres du jury :**

### **A Monsieur le Professeur Alfred PENFORNIS, président du jury,**

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury.

Pour l'accueil de qualité que vous réservez aux internes de médecine générale dans votre service, pour votre enseignement dont vous nous avez fait bénéficier un semestre durant, et pour la disponibilité dont vous faites preuve, nous vous exprimons toute notre reconnaissance et notre profond respect.

### **A Monsieur le Docteur Jean-Michel PERROT, directeur de thèse,**

Vous nous avez fait le plaisir d'accepter de diriger cette thèse, et de nous guider dans l'élaboration de celle-ci. Nous vous remercions pour votre accompagnement, vos encouragements et votre ouverture d'esprit, tout au long de ce travail.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

### **A Monsieur le Professeur Jean-Marc CHALOPIN,**

Nous vous sommes reconnaissante d'accepter de juger notre travail.

Qu'il soit l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre plus grand respect.



**A Monsieur le Docteur Rémi BARDET,**

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Veillez trouver l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

**A Monsieur le Docteur François BAUDIER,**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

**A Monsieur le Docteur David LANDRY,**

Nous avons pu apprécier votre disponibilité au cours de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et l'expression de nos remerciements pour l'intérêt que vous portez à cette thèse.



## **A celles et ceux qui nous ont aidés pour l'élaboration de ce travail :**

- L'équipe du Réseau Gentiane, qui m'a accueillie pendant 6 mois, et qui a été à l'origine de ce travail,
- Les professionnels de santé et autres intervenants que j'ai rencontrés au cours de mes entretiens,
- Les personnes diabétiques cotoyées au cours des ces activités éducatives.

Mais aussi,

Merci à mes relectrices dévouées et mes expertes en traitement de texte...



**A celles et ceux qui nous ont accompagnés pendant ces études, de la première année, dijonnaise, à la dernière année, bisontine :**

**A mes collègues et amis,**

Clémentine, Anne, Catherine, Anne-Laure, Maud, Guylaine, et tous les autres.

**A tous les soignants, médicaux, paramédicaux, et secrétaires des services dans lesquels j'ai effectué des stages...**

Les services de pédiatrie et gynécologie, les urgences de Lons Le Saunier ; la pneumologie et les urgences de Dole ; « Le Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » ; la diabétologie du CHU de Besançon.

**...et à « mes prat » de Pesmes et Damparis :**

Pour votre accueil chaleureux, vos qualités humaines, votre enseignement, votre bonne humeur : Merci!



## **A celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ces années :**

### **Aux Mehou-Loko**

Vous m'avez connue il y a maintenant quelques années et vous m'avez tout de suite adoptée! Merci pour votre présence réconfortante à nos côtés et votre poulet aux cacahuètes, entre autres!

### **Au « Club des Catherinettes »,**

Bientôt dissolu... Mais que nos soirées « filles » durent longtemps! En tout cas, la relève est assurée avec Zoé, Elsa et Manon...

### **A Laetitia et Céline,**

A nos fous rires du lycée et à nos heures passées à griffonner sur des petits bouts de papier...



## **A ma famille**

### **A mes parents**

Vous avez toujours été là pour nous trois et vous m'avez permis d'atteindre mon but.  
Pour les valeurs que vous m'avez enseignées, pour votre dévouement, pour votre amour ;  
Merci.

### **A mes soeurs**

Vous m'avez supportée depuis toujours, mais particulièrement au cours de mes études! Merci!  
Vous avez trouvé chacune votre chemin, avec à vos côtés des maris et beaux-frères  
attentionnés.  
Merci pour cette belle famille que nous formons!

### **A mes grands-parents**

Pour votre amour et votre gentillesse.

### **A ma belle-famille**

Pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille et votre générosité, je vous fais part à  
tous de ma profonde reconnaissance.

### **Enfin, à mes deux amours**

Fred, tu m'as encouragée, depuis le premier jour, à croire en moi. Aujourd'hui, je crois en  
nous.  
Elsa, tu es notre petite merveille d'amour.  
A vous deux, vous me comblez de bonheur.



# *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*



**ETAT DES LIEUX  
EN EDUCATION THERAPEUTIQUE  
DANS LE DIABETE DE TYPE 2  
EN FRANCHE-COMTE**



# **SOMMAIRE**



<b>SOMMAIRE</b>	<b>1</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>30</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>34</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>98</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>129</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>186</b>
<b>PLAN DETAILLE</b>	<b>194</b>



# **LISTE DES ABREVIATIONS**



- **ALFEDIAM** : Association de Langue Française pour l'Etude du DIABète et des Maladies métaboliques
- **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation En Santé
- **ASAVED** : Association des Structures d'Aide à la Vie et à l'Education des Diabétiques
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHG** : Centre Hospitalier Général
- **CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CISS** : Collectif Interassociatif Sur la Santé
- **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie Travailleurs Salariés
- **DELFF** : Diabète Education de Langue Française
- **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **ENTRED** : Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
- **ESDNJ** : Espace Santé Dole Nord Jura
- **ETP** : Education Thérapeutique du Patient
- **FEMASAC** : Fédération des Maisons de Santé Comtoises
- **FRS** : Fédération des Réseaux de Santé
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **IPCEM** : Institut de Perfectionnement en Communication et en Education Médicales
- **MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PRSP** : Plan Régional de Santé Publique
- **SFSP** : Société Française de Santé Publique
- **SRoS**: Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **UTEp**: Unité Transversale d'Education du Patient
- **URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie



# **INTRODUCTION**



# **1- EDUCATION THERAPEUTIQUE ET DIABETE DE TYPE 2**

## **1.1- Le diabète : un problème de santé publique**

### **1.1.1- Prévalence mondiale**

Le diabète est considéré depuis quelques années comme un problème majeur de santé publique, et le terme d'épidémie lui est de plus en plus souvent appliqué.

A partir d'une prévalence mondiale de diabète de l'adulte de 4.0% en 1995, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit une augmentation à 5.4% en 2025, sensiblement identique dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement. Traduite en nombre de diabétiques, le chiffre doit passer de 135 à 300 millions en 30 ans (1995 à 2025) ( 1).

### **1.1.2- Prévalence française**

En France en 2007, le taux de prévalence du diabète traité était de 3,95% soit 2.5 millions de personnes (2). Ce taux progresse inexorablement du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence de l'obésité (3).

Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire projette, en 2016, une augmentation de 51% du nombre de patients diabétiques traités par rapport à 1999, soit un million de patients supplémentaires, pour une prévalence estimée à 4.61% (hypothèse la plus haute). Ces données sous-estiment le phénomène, puisque le taux prévu pour 2008 par les experts (hypothèse haute) était de 3,75%. Le taux observé en 2007 (3.85% pour la métropole et 3.95% pour la France) est donc supérieur aux prévisions publiées.

### **1.1.3- Prévalence franc-comtoise**

Les données actualisées du diabète en Franche-Comté font état d'un taux standardisé de prévalence de 3.8% (Doubs : 3.7%, Haute-Saône : 4.1%, Jura : 3.6%, Territoire de Belfort : 3.9%), soit par extrapolation 44 000 Francs-Comtois (population franc-comtoise au 01/01/07) (4).

## **1.2- Le diabète : une priorité de santé publique**

### **1.2.1- Une morbi-mortalité conséquente**

En 1999, en France, 27 000 décès étaient liés au diabète, soit 5% de la mortalité globale (5).

Le Plan régional de santé publique (PRSP) proposé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Franche-Comté pour la période 2006-2008 rapporte dans son bilan de santé une mortalité due au diabète de 48 pour 100 000 habitants (taux supérieur à la moyenne nationale pour la période 1997-1999), avec une tendance à l'augmentation (6).

Près d'un diabétique sur deux décède d'une cardiopathie ischémique et le risque de développer une maladie cardiovasculaire est double en présence d'un diabète. De plus, les facteurs de risque cardiovasculaires sont actuellement insuffisamment contrôlés chez les diabétiques (7).

En ce qui concerne les complications microvasculaires, la rétinopathie diabétique constitue la première cause de cécité dans les pays industrialisés avant l'âge de 65 ans et la neuropathie diabétique, la première cause d'amputation non-traumatique (8).

Pour ce qui est de la néphropathie diabétique, à l'heure actuelle, plus d'un tiers des patients débutant un traitement de suppléance pour une insuffisance rénale chronique terminale sont diabétiques : 1,3 personne diabétique traitée pharmacologiquement pour son diabète sur 1000 arrivera au stade terminal de l'insuffisance rénale nécessitant un traitement de suppléance (environ 3 000 personnes en France tous les ans débutent une dialyse) (9).

### **1.2.2- Un coût non-négligeable**

Le montant total des dépenses du Régime général de l'assurance maladie pour les prescriptions délivrées et les soins donnés aux malades diabétiques s'est élevé en 1998, à 32 milliards de francs dont 55,5 % pour des soins effectués en médecine de ville. Cette somme consacrée aux malades diabétiques représente 4,7 % de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie pour la population du régime général.

A âge égal, les dépenses de l'assurance maladie sont 1,7 fois plus élevées chez une personne diabétique que chez une personne non diabétique (10).

### **1.2.3- De la déclaration de St Vincent au programme national diabète**

Depuis près de 20 ans, de nombreux évènements ont réaffirmé la place du diabète de type 2 parmi les priorités de santé publique.

- En 1989, la Déclaration de St Vincent, élaborée par l'OMS et différents ministères européens, propose un programme sur l'amélioration de la qualité des soins aux diabétiques.
- En 1998, Le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) rédige un rapport qui retient le

diabète comme priorité de santé publique. La même année, l'assurance maladie lance un programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2.

- En 2000, l'Agence nationale d'accréditation en santé (ANAES, actuelle Haute autorité de santé) publie: "Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2".

- En 2001, Bernard Kouchner alors Ministre de la santé présente le programme d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2 qui prévoit notamment de :

- Prévenir le diabète par le développement d'une politique nutritionnelle,
- Renforcer le dépistage du diabète,
- Garantir à tous les diabétiques la qualité des soins,
- Améliorer l'organisation des soins,
- Aider les diabétiques à être acteurs de leur santé, notamment en facilitant l'accès à l'éducation thérapeutique.

### **1.3- L'éducation thérapeutique du patient : un enjeu pour l'avenir**

#### **1.3.1- Définition**

La HAS la définit ainsi (11) :

"L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) devrait permettre au patient d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec la maladie. Il s'agit par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leur famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie."

#### **1.3.2- Pourquoi proposer une éducation ?**

Le Dr Sandrin Berthon, médecin de santé publique, Présidente du centre régional d'éducation pour la santé de Languedoc-Roussillon, nous livre quelques unes de ses réflexions (12).

### **1.3.2.1- Contexte épidémiologique**

#### **1.3.2.1.1- Essor des maladies chroniques et difficultés de prise en charge**

La population française vieillit, l'espérance de vie augmente. De ce fait, la durée d'évolution des maladies chroniques s'accroît de même que le nombre de personnes qui en sont atteintes. A l'heure actuelle, 15 millions de personnes seraient touchées soit 20% de la population française (13).

Une maladie chronique se caractérise par sa durée, son caractère plus ou moins silencieux et l'existence d'un risque de complications futures. Le HCSP mentionnait déjà en 1994 que les années à venir seraient dominées par ces maladies chroniques et les handicaps qui en découlent (14). La spécialisation et la technique ne permettraient ni de les réduire de manière significative, ni de les prendre en charge correctement. Par contre, "c'est dans le mode d'organisation des soins, dans le rôle des généralistes, et dans la place faite à l'utilisateur partenaire que l'on trouverait des réponses."

#### **1.3.2.1.2-Spécificité des maladies chroniques**

L'efficacité médicale est incontestablement très grande dans le diagnostic et le traitement des situations aiguës ou sub-aiguës, il n'en est pas de même au niveau de la qualité des soins dans la chronicité qui laisse bien souvent à désirer.

Ceci vient du fait que maladies aiguës et chroniques s'opposent point par point et l'abord médical est par voie de conséquence différent du modèle biomédical, enseigné dans les facultés :

- Le médecin doit renoncer à guérir les maladies chroniques et le patient doit apprendre à vivre avec.
- Les maladies chroniques sont souvent asymptomatiques pendant de longues périodes, ce qui provoque un décalage entre la perception du patient et la réalité de son état de santé.
- Elles nécessitent des traitements à vie, parfois accompagnés d'effets secondaires que le patient doit comprendre accepter et gérer au quotidien.
- Elles nécessitent aussi des changements d'habitude de vie.

Toutes ces spécificités ont fait naître une nouvelle approche et le développement de nouveaux savoir-faire, que le médecin doit acquérir pour améliorer la qualité de la prise en charge des maladies chroniques.

Cette réalité constitue donc un terreau favorable au développement de l'éducation thérapeutique, qui se veut être une formation du patient à l'autoprise en charge de sa maladie chronique : si la maladie est bien gérée par le soignant et le patient, ce dernier peut mener une vie relativement normale. Cela suppose que les patients soient impliqués activement dans la gestion de leur traitement. Cette autoprise en charge passe nécessairement par l'apprentissage de compétences et de comportements de santé, qui dès lors qu'ils sont appliqués par le patient, lui permettent de retarder les complications inhérentes à sa maladie mais aussi de réduire sa dépendance.

Le diabète de type 2, maladie chronique par excellence, qui est devenue priorité de santé publique, fait l'objet d'ETP depuis plusieurs années déjà.

### **1.3.2.2– Une efficacité et une efficience démontrées**

L'OMS a défini une liste de 60 maladies chroniques où l'efficacité du traitement est déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade (13).

Le diabète est celle pour laquelle l'ETP a été jusqu'à présent la plus développée, formalisée et évaluée (15).

Les preuves de l'efficacité de l'ETP ne sont plus à faire, comme le rappellent Jean-François D'IVERNOIS et Rémy GAGNAYRE, tous deux Professeurs en sciences de l'éducation (16) :

- Diminution de 50% de l'apparition ou de la progression de la rétinopathie et de l'insuffisance rénale,
- 80% de cas de comas hyperglycémiques et 75% des amputations des membres inférieurs évités,
- Amélioration de la glycémie capillaire et de l'hémoglobine glyquée à un et deux ans,
- Perte de poids à un an,
- Baisse de la pression systolique à six mois,
- Amélioration des connaissances des patients sur leur maladie et leurs compétences en termes de capacités gestuelles, de techniques et de prise de décision concernant leur état de santé et leur traitement,
- Prévention des complications du pied.

De même, Helen MOSNIER PUDAR, diabétologue, après une revue de la littérature, confirme cette efficacité (17) :

- Amélioration significative du taux d'hémoglobine glyquée après une ETP, ce taux étant maintenu deux à quatre ans après cette ETP,

- Amélioration des compétences concernant :
  - l'autoprise en charge et l'autocontrôle glycémique,
  - l'instauration de l'équilibre alimentaire,
  - les soins de pied, les comportements de "bonne santé",
  - l'amélioration de l'équilibre glycémique

### **1.3.2.3- Contexte sociologique : la volonté des patients**

On assiste depuis quelques années à une demande de plus en plus grande des patients d'être informés. Les patients se posent en partenaires des soignants et veulent être associés aux décisions qui les concernent. La relation soignant/soigné évolue et la notion de partenariat entre soignants et patients se développe.

#### **- Loi du 4 mars 2002 :**

Dès 1996, des associations de patients se regroupent et créent le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Leur but était de renforcer et défendre les droits des usagers du système de santé et de développer des actions de santé publique, en particulier dans le domaine de l'organisation des systèmes de soins et la promotion à la santé.

Ce collectif a largement contribué en 2002 à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de soins, qui stipule : " Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé."

La loi du 4 mars 2002 répond à cette demande en donnant l'accès aux informations et incitant à l'amélioration du niveau éducatif des patients. Autant d'exigences auxquelles la démarche éducative apporte des éléments de réponse.

#### **- Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique**

En 2004, dans le but de préparer le Plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, une enquête a été menée auprès des associations de patients dans le but d'identifier et de hiérarchiser leurs attentes (Enquête Delphi) (18)

Parmi les 25 objectifs ciblés, en 6e position se trouvait l'objectif "éduquer les patients à mieux vivre au quotidien avec leur maladie" et en 9e position "éduquer les patients pour une conduite thérapeutique adaptée."

Les associations de patients semblent donc percevoir l'ETP comme une démarche susceptible de répondre à leurs besoins et d'améliorer la qualité de vie des patients, et ceci quelque soit la maladie chronique.

#### 1.3.2.4- Volonté des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont bien souvent confrontés à la non-observance thérapeutique de leurs patients. Pour exemple, Helen MOSNIER PUDAR, diabétologue, constate que :

- 20 à 50% des patients diabétiques de type 2 ne viennent pas à leur rendez-vous,
- Un patient sur deux en moyenne seulement prend son traitement comme il le lui a été recommandé.

La non-observance a longtemps été attribuée au patient seul, assimilé alors à un “mauvais élève”, car il ne suit pas à la lettre la prescription du médecin (19).

En 2003, l’OMS déclare dans un rapport que résoudre ce problème serait plus important dans la prise en charge des maladies chroniques que n’importe quel progrès médical: "Il se pourrait que l’amélioration de l’observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l’avènement de nouvelles technologies. "

D'un point de vue économique, cette non-observance a des effets désastreux (prolongement de la durée d'hospitalisation, augmentation du nombre d'arrêt de travail...).

Une des causes identifiée par l’OMS en 1998 (20) est le manque d’information du malade, paradoxal à une époque de sur-information médiatique sur la maladie et la santé. Le malade a plus besoin d’apprendre à gérer son traitement que de recevoir des informations données sur la maladie, informations qui ne garantissent pas que le patient a appris à se traiter et qu’il va suivre son traitement.

C'est donc dans la compréhension de la maladie et de son traitement par le patient que l'on trouve la solution : les patients adhèrent alors à leur traitement et à leur nouveau mode de vie. L'ETP est donc essentielle comme le souligne J.Ph Assal: "Mieux un malade connaît sa maladie, moins il la craint, et plus il est capable de la gérer correctement." (16)

A ce manque d’informations et de compétences doivent s’ajouter également les difficultés rencontrées par le patient. Il devient nécessaire pour le professionnel de santé d’identifier avec le patient les difficultés qu’il a à suivre son traitement, de les analyser et de l’aider à trouver des solutions adaptées à sa vie quotidienne, pour que sa maladie reste contrôlée (17) .

C’est ainsi que prend place l’ETP dans la prise en charge des maladies chroniques, en faisant acquérir aux patients des compétences et en déterminant avec eux les obstacles à une bonne observance.

### 1.3.2.5- Volonté de l'assurance-maladie

L'assurance maladie est impliquée dans l'éducation thérapeutique pour plusieurs raisons (21) (22) :

- Elle souhaite la responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie,
- L'ET est le moyen d'améliorer la prise en charge du patient,
- C'est une source d'économie dans le cadre d'une prise en charge plus efficiente.

C'est par l'ETP que l'assurance maladie espère une meilleure gestion de ses fonds.

Historique :

**En 1999, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) dans son séminaire national "Dépistage et prise en charge du diabète de type 2 : quelle organisation pour demain ?"** relevait quelques dysfonctionnements en terme de qualité des soins médicaux :

- Traditionnellement et culturellement, la pratique médicale actuelle privilégie le curatif au dépens du préventif et de l'éducatif,
- Dans ce contexte, l'information et la démarche éducative sont volontiers confondues,
- L'éducation du patient est totalement absente de la formation médicale initiale,
- L'environnement du patient (sa famille, son milieu de vie...) est en général insuffisamment pris en compte dans les soins,
- Il y a aujourd'hui une carence en programmes d'éducation structurés, validés et applicables en ambulatoire.

L'URCAM émettait des recommandations :

- Une éducation initiale doit être entreprise pour chaque patient, dans les mois qui suivent le diagnostic de diabète avec un souci d'accessibilité et de proximité, donc le plus souvent en dehors des hôpitaux.
- A chaque étape de la maladie, l'éducation est à adapter aux besoins des patients; cette approche doit donc reposer sur un diagnostic éducatif prenant notamment en compte les différents stades d'acceptation de la maladie.

**La réforme de l'assurance maladie avec la loi du 13 août 2004**, a créé aussi un contexte favorable au développement de cette activité.

L'ETP pouvait désormais s'inscrire dans le cadre du parcours de soins coordonnés et relevait du rôle du médecin traitant dans le suivi des patients atteints de pathologies lourdes.

**En 2005, un texte adopté par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)** mentionne la nécessité de favoriser l'ETP. "L'assurance maladie doit promouvoir l'éducation thérapeutique en informant le public et les patients sur les bénéfices pour le patient d'une telle éducation et en incitant les professionnels à se former à l'éducation thérapeutique, au travers de la formation continue d'abord mais aussi au travers de la formation initiale [...]".

Cette proposition a été confirmée par la note d'orientation sur la prévention du conseil de la CNAM du 01/09/05 qui précise la nécessité de développer l'accompagnement des pathologies lourdes en favorisant une offre en éducation thérapeutique ciblée dans un premier temps sur cinq pathologies (asthme, diabète, pathologies cardio-vasculaires, insuffisance rénale et obésité) (22).

### **1.3.2.6- Volonté politique**

**En 2001**, le gouvernement fait de l'éducation thérapeutique une mission de service public.

L'année suivante, **la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** confère aux patients de nouveaux droits notamment celui de pouvoir participer à des décisions thérapeutiques les concernant, à partir de connaissances qui leur auront été transmises. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est créé et ses missions sont définies, notamment assurer le développement de l'éducation thérapeutique.

En avril 2007, le **Plan gouvernemental d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique** (18) se fixe comme objectifs de développer l'éducation thérapeutique, de l'intégrer à l'hôpital et en ville et d'en rendre l'enseignement obligatoire dans la formation médicale.

En juin 2007, la **HAS** publie des recommandations officielles concernant l'éducation thérapeutique, considérée comme volet fondamental de la prise en charge des maladies chroniques (11).

En septembre 2008, le rapport "**Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique**" de Saout, Charbonnel et Bertrand, recommande de reconnaître l'éducation dans la **loi "Hôpital, Patient, Santé, Territoires"**, pour toute personne atteinte d'une maladie chronique et dont l'état le nécessite. Il formalise également 24 recommandations afin de fonder une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. .

Le diabète fait désormais partie des pathologies prioritaires qui doivent bénéficier d'une politique nationale d'ETP.

### 1.3.3- Quelle est sa finalité ?

Selon la HAS (11), l'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une éducation thérapeutique, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

Les compétences d'autosoins, décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé, sont :

- Soulager les symptômes
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une auto-mesure
- Adapter les doses de médicaments, initier un autotraitement
- Réaliser des gestes techniques et des soins
- Mettre en oeuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique...)
- Prévenir les complications évitables
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation sont des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi,
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress,
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique,
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles,
- Prendre des décisions et résoudre un problème,
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix,
- S’observer, s’évaluer et se renforcer.

**L’éducation thérapeutique se justifie donc par :**

- **un contexte épidémiologique, sociologique et politique favorables,**
- **une efficacité et efficience démontrées.**

### **1.3.4- La démarche éducative**

L’ETP est une activité structurée, réalisée principalement par des professionnels de santé. Elle fait intégralement partie du programme de soins au même titre que les autres thérapeutiques.

Cette activité se déroule dans le cadre de la démarche éducative, qui comprend quatre étapes successives :

- le diagnostic éducatif
- la fixation d’objectifs personnalisés dans un contrat d’éducation
- la mise en place d’un programme spécifique adapté au patient
- l’évaluation.

#### **1.3.4.1- Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé**

C'est la première étape de la démarche d'éducation. Il permet :

- d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient
- d'identifier ses besoins
- d'évaluer ses potentialités
- de prendre en compte ses demandes et son projet dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé.

Pour résumer, il consiste à mieux connaître et comprendre le patient.

Il repose sur une série d'entretiens individuels, réalisés au début de l'éducation et est réajusté au cours des séances éducatives.

Un ou plusieurs professionnels de santé peuvent y prendre part.

Au cours des entretiens les soignants peuvent s'aider d'un questionnaire pré-établi, ce qu'on appellerait un guide d'entretien, permettant une discussion ouverte et confiante plutôt qu'un interrogatoire.

Sont explorés plusieurs domaines :

La dimension biomédicale de la maladie : Qu'est ce qu'il (le patient) a ?

Un bilan est réalisé avec le patient sur son diabète, son évolution et son traitement actuel. Il s'agit également d'identifier les autres problèmes de santé qui pourraient interférer dans la démarche éducative (problème de vue, d'ouïe, asthénie, autres problèmes de santé, problèmes personnels ou familiaux considérés plus importants que cette pathologie pour laquelle il doit être éduqué. )

La dimension socio-professionnelle : Qu'est-ce qu'il fait ?

On se renseigne sur son travail, sa vie familiale, son entourage, ses conditions de logement, ses loisirs...

La dimension cognitive : Qu'est-ce qu'il sait ?

On explore les connaissances antérieures du patient sur sa pathologie, son traitement. Ainsi sont évoquées les représentations et les croyances du patient concernant sa maladie, les connaissances acquises par différentes sources d'information, son expérience de la maladie.

Ce point du diagnostic éducatif est crucial car le patient peut lui accorder plus de confiance qu'à toute autre proposition apportée par l'éducation.

Parfois peuvent être mises en évidence des peurs voire des phobies qui pourraient avoir un pouvoir bloquant sur l'apprentissage.

La base est de comprendre comment le patient organise ses connaissances sur la maladie, le traitement et comment il raisonne.

Cette étape permet dans quelques cas de savoir comment le patient s'explique sa maladie, à quoi il l'attribue. Cet aspect peut être particulièrement intéressant chez des patients dont la culture est différente de celles des soignants pour adapter au mieux l'intervention éducative.

La dimension psycho-affective : Qui est-il ?

Par cette question, on s'intéresse aux traits psychologiques du patient, au vécu de sa maladie, au retentissement de sa maladie sur sa vie et son activité, en déterminant notamment le stade d'acceptation de cette maladie. L'aide d'un psychologue peut être bénéfique, ceci dans le but de tenir compte de ces particularités dans la relation pédagogique.

## Les projets du patient : Quels sont-ils ?

Identifier un projet chez un patient a plusieurs buts :

- repérer une source de motivation, représentée par ce projet, car sans motivation, pas d'apprentissage possible ni d'observance thérapeutique...
- utiliser ce projet comme une des finalités de son éducation.

Ce projet doit avoir certaines caractéristiques pour en tirer profit :

- Il doit être considéré comme important, utile et valorisant pour le patient,
- Il doit être facile à mettre en oeuvre par le patient et réalisable à court terme,
- Il doit être observable par un tiers pour favoriser les renforcements positifs.

Pour résumer, il ne faut pas que le projet soit un but "idéal" ou démesuré par rapport à la réalité du moment, sinon l'effet inverse de celui recherché risque de se produire... (15) (16) (19)

Au final ce recueil d'informations doit répondre aux questions suivantes :

- Quel est le projet du patient, susceptible de le motiver à apprendre et surtout qui pourrait l'inciter à mettre en pratique les acquis de son éducation ?
- Quels sont les facteurs limitant et facilitant de son apprentissage, pour réussir les transformations utiles pour sa santé ?

Avec pour but :

- de déterminer les objectifs d'apprentissage, c'est à dire les compétences à acquérir pour le patient,
- d'apprécier les ressources et les obstacles à l'apprentissage.

### **1.3.4.2- Le contrat d'éducation**

Le diagnostic éducatif permet de formuler des compétences que le patient doit pouvoir maîtriser au terme des séances d'éducation. Ces compétences à acquérir constituent les objectifs pédagogiques du programme d'éducation (16).

#### **1.3.4.2.1- Les compétences**

Dans toute maladie chronique, il existe un niveau de sécurité en deçà duquel le patient risque des complications graves voire mortelles.

En diabétologie, on distingue plusieurs types de compétences (19) :

– **Compétences d'auto-observation, d'autovigilance :**

Il s'agit de faire reconnaître au patient l'ensemble des signes liés à la maladie et de savoir les interpréter. Le patient peut alors décrire les modifications de son état et connaît les signes d'alerte, qui lui permettront de faire appel au médecin chaque fois que nécessaire. Ces compétences sont les premières à transmettre au patient.

– **Compétences d'autosoins :**

Ce sont l'ensemble des actions nécessaires au bon déroulement du traitement, concourant au bon déroulement du traitement.

– **Compétences sociales :**

Elles permettent au patient de vivre en société, en expliquant et formant son entourage à la maladie et au traitement.

– **Compétences de raisonnement et de décision :**

Elles ont pour but de résoudre les problèmes auxquels le patient sera confronté dans sa vie quotidienne.

<b>Compétences</b>	<b>Exemples</b>
Compétences d'autovigilance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symptômes d'hypo et d'hyperglycémie</li> <li>- Mesures de la glycémie</li> <li>- Examen des pieds</li> </ul>
Compétences d'autosoins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifier la prise des médicaments</li> <li>- Savoir prendre soin de ses pieds (hygiène, chaussage)</li> <li>- Corriger une hypoglycémie</li> <li>- Réaliser une injection d'insuline</li> </ul>
Compétences sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Choisir un menu équilibré, composer des menus journaliers adaptés à ses besoins</li> <li>- Former sa famille à reconnaître et corriger une hypoglycémie sévère</li> </ul>

<b>Compétences</b>	<b>Exemples</b>
Compétences de raisonnement et de décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifier un amaigrissement</li> <li>- Savoir prévenir une hypoglycémie en cas d'activité physique</li> </ul>

#### **1.3.4.2.2- Les objectifs pédagogiques**

Formulés pour le patient, il s'agit des compétences que ce dernier doit acquérir afin de contribuer à sa sécurité et à la réalisation de ses projets personnels.

Ces priorités d'apprentissage sont ainsi définies avec lui à l'issue du diagnostic éducatif.

#### **1.3.4.2.3- Le contrat d'éducation**

Le contrat d'éducation définit les compétences à atteindre par le patient au terme de l'ETP sous forme d'objectifs pédagogiques. Il est élaboré à la fois par le professionnel de santé et le patient.

Certains objectifs sont communs à tous les patients porteurs de la même maladie, d'autres sont personnels.

Ce contrat d'éducation n'est en rien figé. Il peut et doit évoluer en fonction d'évènements intercurrents dans la vie ou la maladie du patient, de l'évolution de ses besoins...

L'atteinte des objectifs et la maîtrise de leur application dans la vie quotidienne garantissent un niveau de sécurité optimale pour le patient.

#### **1.3.4.3- Le programme éducatif**

##### **1.3.4.3.1- Le déroulement global ou la forme**

Une fois le contrat d'éducation établi, il s'agit de mettre en oeuvre un programme d'éducation personnalisé.

Selon le guide méthodologique de la HAS (11), les offres d'éducation sont diverses. Elles peuvent être qualifiées d'« initiales », de « suivi régulier (ou de renforcement) », de « suivi approfondi (ou de reprise) », ce découpage en offres spécifiques d'ETP est schématique par nécessité d'en décrire le contenu.

– **L'offre d'éducation thérapeutique initiale :**

Elle suit l'annonce du diagnostic de la maladie ou une période de vie avec la maladie, sans prise en charge éducative. A l'issue de cette offre initiale, une évaluation individuelle permet de savoir si les objectifs éducatifs ont été atteints :

- si oui : une offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) peut être proposée,
- si non : une offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise) peut être proposée.

– **L'offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) :**

Elle est une forme d'ETP continue qui consolide les compétences du patient et les actualise, elle permet au patient de les adapter.

Elle encourage le patient dans la mise en oeuvre de ses compétences et soutient ses projets de vie. Il est possible de fixer avec le patient de nouvelles compétences à développer en lien avec l'évolution de la maladie, des traitements, etc. L'investissement en temps consacré et en professionnels impliqués est moins important que l'offre d'ETP initiale : la fréquence et le contenu de cette offre sont en lien avec les éléments du suivi médical, les demandes du patient, et les évaluations des compétences acquises.

– **L'offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise) :**

Elle peut être nécessaire en cas de difficultés dans l'apprentissage, de non atteinte des compétences choisies, de modifications de l'état de santé du patient, du contexte et de ses conditions de vie ou lors du passage des âges de l'enfance à l'adolescence.

Cette offre d'ETP mobilise généralement plusieurs professionnels, nécessite du temps qui équivaut dans certaines situations à celui d'une éducation initiale.

Quelque soit l'offre d'éducation, pour chaque programme d'ETP, la durée et les moyens nécessaires à mettre en oeuvre dépendent des besoins éducatifs du patient.

Le programme comprend en règle générale :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation. L'étape de diagnostic éducatif initial peut nécessiter plus d'une séance individuelle.
- des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou en alternance pour l'acquisition des compétences d'autosoins, et l'acquisition ou la mobilisation des compétences d'adaptation ou leur maintien.

Ces séances d'acquisition sont complétées ensuite par :

- une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, des changements chez le patient et du déroulement du programme individualisé,
- une coordination autour du patient, des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique.

L'ETP est une démarche continue qui nécessite des adaptations permanentes liées à l'évolution de la maladie et du patient lui-même, et à ses propres demandes. C'est pourquoi ces offres doivent rester souples pour répondre aux besoins éducatifs de chaque patient.

Par exemple, une séance individuelle dédiée peut être proposée à tout moment de la prise en charge :

- pour une actualisation du diagnostic éducatif,
- pour un apprentissage spécifique,
- pour une évaluation des compétences,
- pour s'adapter au rythme du patient, si le professionnel de santé le juge nécessaire,
- pour anticiper ou résoudre des difficultés,
- ou si le patient la sollicite.

#### **1.3.4.3.2- Le processus pédagogique ou le fond**

Il est communément admis que la simple transmission d'informations, en terme de connaissances, du soignant vers le patient, doit suffire pour transformer les compétences du patient. Mais ce n'est pas le cas dans la maladie chronique : les cours magistraux calqués sur le mode de l'enseignement secondaire ou universitaire n'apportent pas de bons résultats. Informer et conseiller ne suffisent pas à rendre le patient compétent même s'il existe une part d'information et de conseils dans l'ETP.

L'éducation du patient réclame une pédagogie différenciée, puisqu'une des particularités pour le patient est qu'il s'agit d'un apprentissage sur lui-même, il est l'objet de son apprentissage.

Les méthodes pédagogiques utilisées devront donc tenir compte du patient, de ses propres processus de mémorisation et d'acquisition de connaissances et compétences.

On peut donc parler de manière plus juste de « formation » ou d'« apprentissage ».

Le choix de ces méthodes pédagogiques est déterminé selon le patient que l'on a à éduquer, mais également par le lieu et le contexte dans lesquels s'effectue l'éducation.

D'un côté, on trouve le service hospitalier disposant de moyens humains et matériels permettant de réaliser une éducation dans des conditions optimales ; de l'autre, le praticien

libéral dans son cabinet, l'infirmière à domicile avec des moyens limités et dans ce contexte, la pédagogie se résume à l'«art du possible» (17).

#### **1.3.4.4- L'évaluation**

Elle est le dernier volet de l'éducation thérapeutique et doit être systématique.

Différentes évaluations existent (16) (11).

##### **1.3.4.4.1- L'évaluation du patient**

On cherche à évaluer les effets de l'éducation :

- par la vérification des compétences : **évaluation pédagogique** ( connaissances et leur application, décisions, conduite à tenir face à l'urgence, gestes et techniques de soins, attitudes)

Cette évaluation ne doit pas être utilisée de manière normative pour porter un jugement externe sur le patient, mais plutôt de manière formative, c'est-à-dire en cherchant par un dialogue structuré à faire le point avec lui, et à lui permettre de développer des compétences d'auto-évaluation.

Elle débouche sur une actualisation du diagnostic éducatif, et conduit à proposer au patient, en concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge, une nouvelle offre d'éducation thérapeutique, soit de suivi régulier (ou de renforcement) pour maintenir les compétences ou les actualiser, soit de suivi approfondi (ou de reprise) pour compléter une ETP initiale, si besoin. Cette décision de poursuite de l'ETP prend en compte les données du suivi de la maladie chronique;

- par la mesure de paramètres biologiques et cliniques, de la fréquence des incidents, des complications : **évaluation biomédicale**
- par la mesure de comportements et de modes de vie, de la qualité de vie : **évaluation psycho-sociale.**

Une éducation peut être jugée efficace si le patient témoigne de résultats satisfaisants dans ces trois registres, à moyen terme.

##### **1.3.4.4.2- L'évaluation du processus**

L'évaluation consiste aussi à obtenir l'opinion du patient sur le programme d'éducation qu'il a suivi : **évaluation de la satisfaction.**

Un simple entretien informel ne suffit pas, on préférera l'utilisation de questionnaires d'opinion, utilisant des échelles de réponse. Chaque item porte sur un aspect de l'éducation comme l'organisation, la clarté des objectifs, l'attrait des méthodes pédagogiques, la disponibilité des éducateurs, le degré de confiance acquis après l'éducation... Ceci permet d'obtenir une image relativement fidèle des forces et faiblesses du programme d'ETP. Il est important également de laisser une place à l'expression de commentaires libres, qui affinent les réponses fermées.

D'autres point sont à évaluer: le déroulement de la séance, l'intervention des soignants, etc...

## **2- MEDECINE GENERALE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DANS LE DIABETE DE TYPE 2**

### **2.1- L'éducation thérapeutique inscrite dans le parcours de soins**

#### **2.1.1- Une volonté gouvernementale**

##### **2.1.1.1- Recommandations de la HAS en 2007**

Tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique doit informer le patient de la possibilité de bénéficier de séances d'éducation thérapeutique et doit l'informer des ressources locales.

De plus ce professionnel de santé peut lui-même réaliser cette ETP, s'il y est formé ou alors adresser le patient à une équipe multi-professionnelle formée à l'ETP (11).

Les médecins généralistes assurent à l'heure actuelle le suivi de 80% des diabétiques. Le professionnel de santé dont parle la HAS peut être le médecin généraliste.

##### **2.1.1.2- Rapport Saout en 2008**

Il définit le rôle du médecin généraliste en ces termes (24):

- **Elaborer avec le patient un diagnostic éducatif** afin de définir un programme d'éducation spécialisé,
- **Orienter son patient vers les ressources locales**, une fois les besoins définis. Ces structures locales, ambulatoires ou hospitalières, auront à mettre en oeuvre le programme d'ET et prendre en charge les différentes activités,
- **Assurer le suivi des effets de l'ETP**, cette fonction étant directement liée au parcours de soins et au suivi de la pathologie chronique.

##### **2.1.1.3- Loi « Hôpital Patients Santé et Territoires »**

La loi « Hôpital Patient Santé et Territoires » définit les missions du médecin de premier recours parmi lesquelles figure l'éducation pour la santé (article 36) et elle inscrit le droit à l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient (article 84) (25).

Dans ce contexte, Eric DRAHI et Michel VARROUD-VIAL (26) parlent de concept « d'éducation de premier recours » qui pourrait être apportée par le médecin traitant, étant donné qu'il est le professionnel de santé le mieux placé pour relier l'ETP au traitement, l'inscrire dans un processus continu et la faire évoluer en fonction du patient et de sa maladie

au jour le jour.

Le médecin généraliste peut apporter lui-même cette ETP de premier recours ou en coopération avec d'autres professionnels de santé de premier recours (pharmaciens, infirmières, diététiciennes...).

La distinction est faite avec l'éducation de second recours qui est construite selon un cahier des charges national et mis en place par des équipes pluri-disciplinaires, hospitalières ou appartenant à des réseaux de santé.

#### **2.1.1.4- Une volonté de l'assurance maladie**

Selon ses termes, « le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient » et il en « coordonne le parcours de soins » (27).

L'éducation thérapeutique devant être intégrée aux soins, il paraît donc logique que le médecin traitant en soit le premier acteur et le principal coordonnateur.

#### **2.1.2- Une volonté des experts en matière d'ETP**

Brigitte SANDRIN BERTHON réaffirme que l'éducation pour la santé fait partie de l'activité des médecins généralistes (28).

Pour Alain DECCACHE, Professeur à l'Ecole de santé publique au sein de l'unité d'éducation pour la santé de l'université de Louvain, à Bruxelles, « C'est dans leurs " institutions " (cabinet, centre de santé) et leurs " extensions " (domicile du patient, parfois hôpital, etc.) que s'exercent les fonctions de soignant et de conseiller-éducateur, pour le médecin généraliste et les autres soignants de ville (kinésithérapeute, infirmier, diététicien, etc.), [...]. Cette situation implique à la fois proximité, fréquence de contacts et connaissance du patient. Elle diffère en cela de celle des soins hospitaliers. »(29)

[...] En effet, « l'explosion de la prévalence des maladies chroniques, et des polyopathologies qui les accompagnent souvent, a attribué un rôle de plus en plus important au médecin de famille, au généraliste... Dans ces maladies qui ne se guérissent pas, qui se soignent et "se gèrent " dans la durée, la continuité et dans le cadre de la vie quotidienne des patients et de leurs familles, le médecin généraliste reste indubitablement le mieux placé des professionnels de santé pour assurer le suivi, le lien avec les soins spécialisés, la gestion des traitements de fond et [...] l'éducation "thérapeutique" des patients [...]. »

Ceci est le fait de deux caractéristiques de la médecine générale propres à l'éducation pour la santé du patient :

- La première est la place centrale qu'y occupe le patient, au cœur de la relation médecin-patient,
- La seconde est qu'elle inscrit son action dans le long terme, en suivant des patients sur plusieurs années, ce qui donne au médecin généraliste de nombreux atouts en matière d'éducation (pour la santé) : instauration d'une relation de confiance, connaissance de son patient.

## **2.2- La réalité du terrain dans la prise en charge des diabétiques de type 2**

### **2.2.1- Les contraintes de démographie médicale**

#### **2.2.1.1- En France**

La carte de France métropolitaine des densités régionales fait apparaître une grande hétérogénéité dans la répartition des endocrinologues, sans parler de la concentration urbaine et de la désertification de certaines zones.

On note une forte concentration d'endocrinologues en Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon et Ile de France, et une très faible densité sur l'ensemble des régions de l'Ouest et la plupart des régions du Centre et de l'Est (30).

#### **2.2.1.2- En Franche-Comté**

On compte 2,4 endocrinologues pour 100 000 habitants.

- Jura : on compte six diabétologues (1 diabétologue libérale, 5 diabétologues hospitaliers)
- Doubs : 13 endocrinologues ( six libéraux et sept hospitaliers)
- Haute-Saône : trois endocrinologues ( un libéral et deux hospitaliers)
- Territoire de Belfort : six endocrinologues ( un libéral, cinq hospitaliers)

Sur le territoire franc-comtois, l'offre de soins est particulièrement hétérogène, prédominant dans les grandes villes de la région au détriment de deux bassins de population : le nord de la Haute Saône et le Jura sud.

Cette disparité favorise la diversité des modes de prise en charge des diabétiques avec des itinéraires de soins pouvant varier en fonction de l'accessibilité plus ou moins aisée aux diabétologues.

### **2.2.2- La méconnaissance de l'offre d'éducation**

Les médecins généralistes revendiquent aujourd'hui en majorité un rôle de coordination de la démarche éducative proposée à leurs patients, et la plupart d'entre eux déclarent orienter les patients vers d'autres professionnels pour une ETP, d'après l'étude ENTRED 2007 (Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) (31).

Toutefois, une part importante des médecins dit manquer de professionnels, de structures relais ou ne pas les connaître. L'offre éducative disponible dans les bassins de vie gagnerait à être davantage promue pour que les médecins puissent y recourir.

Partant de ce constat, l'objectif principal de cette étude est de recenser et décrire l'offre en matière d'éducation thérapeutique des personnes diabétiques de type 2 :

- dans les hôpitaux de la région de Franche-Comté,
- ainsi que l'offre ambulatoire proposée par les maisons de santé pluridisciplinaires de la Fédération des maisons de santé comtoises (FEMASAC) et le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté ».



# **MATERIEL ET METHODES**



# **1- METHODES**

Il s'agit d'une étude descriptive, à l'échelle de la Franche-Comté, ciblant les centres hospitaliers de la région, les maisons de santé FEMASAC, et un réseau d'éducation pour diabétique de type 2 , « Réseau Gentiane, diabète en Franche-Comté ».

Ce travail s'est attaché à recenser l'offre hospitalière en matière d'ETP sur le territoire franc-comtois de novembre 2008 à avril 2009.

## **2- POPULATION ETUDIEE**

Les lieux retenus pour l'enquête étaient les suivants :

- Hôpitaux de Franche-Comté :
  - Doubs : Centre Hospitalier Universtaire (CHU) Jean Minjoz à Besançon, Centre Hospitalier (CH) de Pontarlier
  - Haute-Saône : Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) de la Haute Saône à Vesoul, CH du Val de Saône à Gray
  - Jura : Centre Hospitalier Général (CHG) Louis Pasteur de Dole, CHG de Lons Le Saunier
  - Territoire de Belfort : CH de Belfort-Montbéliard.
- Maisons de santé FEMASAC
- « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » (Coordination régionale à Dole)

## **3- RECUEIL DES DONNEES**

### **3.1- Elaboration d'un outil de recueil de données**

Il s'agit d'un guide d'entretien semi-directif (Annexe 1 p 130) élaboré à partir des outils de recueil de données de Cécile Fournier, utilisés lors de son enquête sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétique de type 2, en 2001 (32).

Ce guide est divisé en deux parties :

- la première concernait la description des activités éducatives, leur mise en œuvre : thèmes traités, lieux, intervenants et niveau de formation, articulation entre les différentes activités, lien avec le médecin traitant, évaluation.
- dans la seconde partie, quelques programmes éducatifs étaient définis de manière plus précise : déroulement, population, méthodes pédagogiques et outils utilisés.

### **3.2- Contact des différents lieux**

Les différentes structures ont été contactées par téléphone ou par courrier électronique en novembre et décembre 2008. Une date de rencontre a été fixée avec le chef de service ou le référent en matière d'éducation thérapeutique dans les structures ambulatoires et hospitalières.

Ont donc été rencontrés :

- Dr Cécile Zimmermann (CHU de Besançon)
- Dr Virginie Perrin (CH de Pontarlier)
- Dr Catherine Bourgon (CHG de Lons Le Saunier)
- Régine Borneck, infirmière (CHG de Dole)
- Dr Simona Barbat (CHI de Vesoul)
- Dr Checkhchoukh (CH de Gray)
- Dr Michel Guigui (CH de Belfort-Montbéliard)
- Dr David Landry, Marie-Anne Landry, infirmière, rencontrés à Baume-Les-Dames; Nathalie Mazue, infirmière, rencontrée à PAGNEY (maisons de santé FEMASAC)
- Sylvie Brousse, infirmière coordinatrice (« Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »)

### **3.3- Déroulement de l'enquête**

#### **3.3.1- Lieu et durée du recueil**

Le recueil a été effectué par moi-même, dans les différents sites. Une demi-journée à une journée a été nécessaire pour l'enquête dans chaque lieu.

Le recueil consistait en :

- un entretien formel avec un médecin responsable de l'ETP ou le référent en matière d'ETP,

- une rencontre avec les autres professionnels de santé impliqués dans les actions éducatives.

Les différents types d'activités ainsi que leur organisation y étaient abordés.

Ce recueil était complété par

- l'observation d'au moins une séance éducative (individuelle ou collective)
- le recueil des supports utilisés dans le cadre des activités.

### **3.3.2- Déroulement de l'entretien**

L'entretien avec le médecin ou le référent a été conduit en suivant le guide d'entretien semi-directif élaboré au préalable.

En ce qui concerne le recueil de données auprès des autres professionnels de santé impliqués, il s'agissait de compléter pour chaque lieu les réponses faisant défaut à l'issue de l'entretien avec le médecin ou référent.

Des notes manuscrites ont été prises en temps réelles puis retranscrites en reformulant les propos des interviewés.

### **3.4- Validation des données recueillies**

A la suite de la visite d'un lieu, un rapport descriptif détaillé des activités éducatives de chaque structure a été rédigé et envoyé aux personnes rencontrées pour correction et validation des données consignées.



# **RESULTATS**



# 1- STRUCTURES HOSPITALIERES DU DOUBS

## 1.1- Service d'endocrinologie, CHU de Besançon

### 1.1.1- Activités d'ETP

Au sein du service d'endocrinologie, moins de 10% des séances d'éducation se font en groupe. L'éducation thérapeutique est majoritairement individuelle. La démarche éducative est structurée mais le contenu est variable.

### 1.1.2- Professionnels de santé impliqués

Tous les professionnels du service de diabétologie ont suivi une formation d'équipe à l'ETP en 2003 (cinq jours, par Dr Brigitte Sandrin-Berthon) et 2005 (un jour). Les infirmières, aides-soignantes et diététiciennes nouvellement arrivées ont bénéficié d'une formation à l'ETP organisée par l'UTEP du CHU (cinq jours).

Certains membres de l'équipe ont complété leur formation de base par une formation de niveau 2 (Diplôme Universitaire d'ETP).

Les médecins, diététiciennes et plusieurs infirmières ont bénéficié de deux journées de formation à l'entretien motivationnel.

<b>INTERVENANTS</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>MEDECINS</b>	Salariés	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation d'équipe (niveau 3)</li><li>- Formation IPCEM * (niveau 3)</li><li>- Formation UTEP (niveau 3)</li><li>- Diplôme universitaire d'ET (niveau 2)</li></ul>
<b>DIETETICIENNES</b> Toutes (4)	Salariée	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formation d'équipe (niveau 3)</li><li>- Formation UTEP (niveau 3)</li><li>- Diplôme universitaire d'ET (niveau 2)</li></ul>

\*IPCCEM: Institut de Perfectionnement en Communication et en Education Médicale

<b>INTERVENANTS</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>AIDE-SOIGNANTES</b>	Salariées	- Formation d'équipe (niveau 3)
<b>ASH</b>	Salariés	- Formation d'équipe (niveau 3)
<b>KINESITHERAPEUTE</b>	Salariée	- Formation d'équipe (niveau 3)
<b>PODOLOGUES (2)</b>	Vacataires	- Formation Gentiane (niveau 3) - Formation d'équipe (niveau 3)
<b>PSYCHOLOGUE (1)</b>	Salariée	- Formation d'équipe (niveau 3)
<b>SECRETAIRES (2)</b>	Salariées	- Formation d'équipe (niveau 3)

### **1.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique**

Chaque patient qui arrive dans le service, que ce soit en hospitalisation complète, hôpital de semaine, hôpital de jour ou en consultation externe, bénéficie d'un diagnostic éducatif (encore appelé bilan éducatif partagé initial). Cet entretien approfondi est réalisé par la personne qui accueille le patient : médecin, infirmière ou diététicienne. Si l'entretien n'est pas possible, une rencontre de l'entourage ou des soignants intervenant à domicile est programmée..

A l'issue de cet entretien, une synthèse est rédigée, reprenant les difficultés auxquelles est confronté le patient, les ressources qu'il a à sa disposition pour y faire face, et enfin ses priorités. Ceci est consigné dans un document appelé « Dossier d'éducation partagé ». (Annexe 2 p 135)

Ce dossier éducatif est commun à tous les professionnels de santé prenant en charge le patient. Il fait partie du dossier médical.

A l'issue de cette synthèse, le programme éducatif est établi. Il est constitué de séances

éducatives individuelles et/ou collectives, d'un accompagnement téléphonique...

Il s'agit surtout d'intervention éducative seule, c'est à dire qu'elle n'a pas lieu en même temps que des soins. Mais en hospitalisation complète ou de semaine, soins et éducation sont mêlés.

### **1.1.3.1- Activité ambulatoire**

Elle prédomine au sein du service.

Il existe deux types d'activité :

- **l'éducation individuelle, majoritaire**

Les séances individuelles se déroulent lors de consultations (service des consultations externes d'endocrinologie ou locaux de l'hôpital de jour) et peuvent être réalisées par tous les professionnels de santé du service (médecin, infirmière, diététicienne, pédicure, kinésithérapeute, psychologue). Elles permettent d'aborder tous les thèmes souhaités (activité physique, diététique, auto-surveillance glycémique, traitement, prévention des pieds à risque...).

- **l'éducation collective**

Les séances collectives se déclinent sous forme d'ateliers ciblés, de journées thématiques...

- Atelier « Equilibre alimentaire »
- Atelier « Graisses »
- Atelier « Gluci comptage », pour les patients sous insuline
- Atelier « Goût »

Les séances se déroulent dans la salle d'éducation du service, sont animées par une diététicienne. Il y a en moyenne un atelier de chaque thème tous les deux mois.

Les ateliers durent 2h30 à 3h et regroupent de trois à six patients.

Il existe un document écrit reprenant le déroulement de chaque séance.

Un compte-rendu écrit est consigné dans le dossier d'éducation à la fin de chaque séance individuelle ou collective.

A noter que les séances d'activité physique ont été suspendues, faute de participants... (« Comment bouger quand on a du mal à bouger ? », « Comment gérer le stress ? »)

### **1.1.3.2- Activité hospitalière**

L'éducation des patients est exclusivement individuelle.

Là encore, tous les professionnels de santé peuvent intervenir selon les besoins éducatifs, et

tous les thèmes peuvent être traités.

Le « dossier d'éducation partagé » permet un suivi éducatif au cours du séjour hospitalier.

#### **1.1.4- Recrutement des patients; Communication**

##### **– Recrutement**

###### **• En hospitalisation**

Les patients sont le plus souvent adressés par leur médecin traitant ou leur diabétologue pour un épisode aigu ou pour bénéficier d'éducation. Un cas particulier, l'hospitalisation de jour: les patients sont adressés par leur médecin traitant ou ils peuvent, eux-mêmes, prendre rendez-vous pour la réalisation du bilan annuel dégénératif. Il n'y a en aucun cas de passage « obligé » par une consultation spécialisée au préalable.

###### **• En ambulatoire**

Pour ce qui est de l'activité éducative individuelle ou de groupe, les patients y accèdent :

- sur proposition de leur diabétologue après une consultation ou une hospitalisation, quelle qu'elle soit,
- sur proposition de la diététicienne,

Les patients s'inscrivent personnellement aux ateliers mais l'accès est cependant limité à ceux ayant déjà vus un professionnel de l'équipe. Le but est qu'un diagnostic éducatif ait été réalisé au préalable.

##### **– La communication**

Les ateliers font l'objet d'un planning semestriel qui est affiché dans le service et accessible sur le site internet [www.endocrino.chu-besancon.fr](http://www.endocrino.chu-besancon.fr)

Chaque atelier fait également l'objet d'une affiche format A3, placardée dans le service, sur laquelle on retrouve quelques informations utiles sur la séance ainsi que le numéro de téléphone du secrétariat.

Les outils de communication au sein de l'équipe sont le mail et le cahier des nouveautés.

Tous les référentiels et documents éducatifs sont régulièrement mis à jour et regroupés sur le site internet du service, accessible à tous, patients et soignants.

### **1.1.5- Lien hôpital-ville**

Après avoir établi le diagnostic éducatif, une synthèse des difficultés, ressources et priorités du patient est élaborée. Cette synthèse est retranscrite dans le courrier destiné au médecin traitant et aux autres professionnels de santé assurant le suivi du patient, avec l'accord de ce dernier.

Le médecin traitant est informé de l'éducation qui a pu être réalisée par le courrier faisant suite à une consultation médicale ou à une hospitalisation

Les consultations infirmières ou diététiques ne font pas l'objet d'un compte-rendu au médecin traitant.

Concernant le suivi des diabétiques de type 2, le relais est rapidement passé au médecin traitant et/ou à l'infirmière libérale prenant en charge le patient.

Il n'y a pas de compte-rendu fait au médecin traitant après les ateliers.

### **1.1.6- Evaluation**

Lorsque le patient est revu en consultation ou en hospitalisation, un entretien d'évaluation des connaissances acquises est réalisé par l'équipe. Cet entretien permet de rendre compte des besoins qui perdurent en matière d'éducation et de les compléter par des séances éducatives.

Cependant si le patient n'est pas revu en milieu hospitalier, il revient au médecin traitant de réaliser lui-même cet entretien d'évaluation. Le médecin traitant adressera son patient en ville ou à l'hôpital pour compléter ses besoins.

Les ateliers faisaient l'objet d'une évaluation écrite à leur mise en place. Depuis, l'évaluation se fait oralement de manière informelle, par un tour de table des participants, et porte principalement sur les connaissances apportées et sur le vécu de la séance.

### **1.1.7- Coordination des activités éducatives**

Le Dr Cécile Zimmermann coordonne les actions d'éducation au sein du service.

Deux réunions d'équipe sont organisées dans l'année pour faire le point sur l'activité d'ETP.

Un compte-rendu est établi et diffusé à tous.

Au sein de l'équipe, des temps d'échange existent entre les différents professionnels qui interviennent :

- temps d'échange pour chaque patient en hôpital de jour,
- temps d'échange formalisé pour les patients hospitalisés (staff tous les jeudis, relève de l'équipe soignante),

- le dossier d'éducation sert également de lien, étant utilisé par tous les intervenants.

Les diététiciennes organisent une réunion entre-elles tous les trois mois afin d'harmoniser le message éducatif délivré et de revoir les programmes des ateliers.

### **1.1.8- Nombre de patients éduqués**

En 2009, 517 patients diabétiques de type 2 ont bénéficié au moins d'un bilan éducatif partagé ou diagnostic éducatif dans le service (hospitalisation de jour et consultations).

Par manque d'effectif infirmier, les patients ayant bénéficié d'ETP en hospitalisation conventionnelle n'ont pu être répertoriés.

### **1.1.9- Points faibles et points forts de l'activité; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Dans le service d'hospitalisation conventionnelle, le détachement d'un soignant pour réaliser le diagnostic éducatif n'est pas toujours possible.
- L'éducation se fait majoritairement en hospitalisation de jour. Le problème de la rémunération se pose : une consultation médicale est comptée alors que le temps dédié à cette activité est plus important (une demi-journée à une journée entière !).
- Le dynamisme de l'éducation thérapeutique repose sur un nombre de personnes trop restreint, ce qui peut être une source de fragilité dans la durée.
- Il n'y a pas assez de locaux pour l'éducation individuelle.
- Des difficultés sont rencontrées dans la communication des informations aux différents soignants du service malgré les moyens existants : réunions, internet, cahier des nouveautés...
- Manque d'intégration de l'assistante sociale dans l'équipe.

#### **Points forts :**

- L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge de chaque patient.
- Le chef de service est très investi.
- Le personnel médical et paramédical est motivé.
- L'organisation des soins et des locaux favorise l'ETP.
- Il existe un réel travail en interdisciplinarité.
- Un travail d'harmonisation des messages, impliquant toute l'équipe (secrétaires, ASH, aide-soignantes, professionnels de nuit...) est réalisé.
- Il y a peu de turn over au sein de l'équipe avec un grand nombre de professionnels

formés.

- La présence d'une psychologue à mi-temps dans le service est un atout.

### **Projets :**

- Renouer avec l'infirmière d'éducation en hospitalisation conventionnelle pour permettre un diagnostic éducatif le plus systématique possible et le suivi des patients hospitalisés.
- Développer l'utilisation du dossier d'éducation en consultation.
- Mieux prendre en compte la précarité dans la démarche éducative et développer les liens avec l'assistante sociale.
- Développer une prise en charge éducative des patients ayant une obésité morbide.

## **1.2- Centre Hospitalier de Pontarlier**

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 au centre hospitalier de Pontarlier est une activité principalement ambulatoire, en groupe ou individuelle, mais aussi hospitalière. Elle a lieu dans le service de médecine 2 et en hôpital de jour.

### **1.2.1- Activités d'ETP**

Les activités d'ETP sont diverses mais la structure ambulatoire est prédominante.

#### **1.2.1.1- Activité ambulatoire :**

- Collective : « Ateliers d'Education Thérapeutique »
- Individuelle : consultations infirmières et diététiques

#### **1.2.1.2- Activité hospitalière :**

- Hôpital de jour : éducation par une infirmière ou une diététicienne, séances individuelles ou collectives« mini-ateliers »
- Hospitalisation conventionnelle : éducation individuelle uniquement, par une infirmière ou une diététicienne.

### 1.2.2- Professionnels de santé impliqués

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>MEDECIN</b>	- Salariée	- Formation IPCEM (niveau 3)
<b>INFIRMIERES (3)</b>	- Salariées (à mi-temps)	- Formation Gentiane (niveau 3) - Formation IPCEM (niveau 3)
<b>DIETETICIENNES (2)</b>	- Salariées	- Formation Gentiane (niveau 3) - Formation par le Centre National d'Expertise Hospitalière ( niveau 3)
<b>KINESITHERAPEUTE</b>	- Salarié	- Pas de formation

### 1.2.3- Descriptif des activités d'ET

#### 1.2.3.1- Activité ambulatoire

- **Les ateliers : éducation collective**

La caractéristique de l'hôpital de Pontarlier est la présence d'une structure ambulatoire d'éducation thérapeutique dans laquelle se déroulent des « ateliers »

Les ateliers sont des séances d'éducation de groupe qui ont lieu dans les locaux de l'hôpital de jour. Il s'agit d'une activité éducative seule, c'est à dire qu'elle n'a pas lieu en même temps que des soins.

Le diagnostic éducatif est réalisé avant toute participation à ces ateliers, de manière informelle par le médecin ou l'infirmière. Les éléments sont consignés sur un document appelé « Diagnostic éducatif ; support d'entretien » au cours d'une hospitalisation, d'une consultation médicale ou infirmière, ou lors d'un appel téléphonique. (Annexe 3 p 140)

Le programme éducatif est ensuite élaboré selon les besoins du patient : l'infirmière ou le

médecin indiquera au patient les ateliers qui peuvent répondre à ses attentes, ses besoins. Le patient choisira les thèmes qu'il aura retenu.

Il existe un déroulé écrit, destiné aux intervenants, pour chaque atelier.

Le calendrier est défini sur neuf mois de l'année (pas d'ateliers de juillet à septembre). On compte de un à trois ateliers par mois.

Chaque atelier dure 2h15. Différents thèmes sont abordés :

- « Physiopathologie du diabète : Qu'est-ce que le diabète ? »
- « L'autosurveillance glycémique »
- « Objectifs glycémiques, hypo et hyperglycémies »
- « Les complications : reconnaître les complications du diabète et les signes de surveillance, surveillance du pied diabétique »
- « L'équilibre alimentaire »
- « Les graisses »
- « Repas rapides : que choisir ? »

Le programme s'adresse à des diabétiques de type 2, quelque soit le stade de la maladie (primo-découverte, complications) et leur traitement (anti-diabétiques oraux ou insuline). Des accompagnants peuvent également assister à ces ateliers. Chaque séance accueille au maximum huit personnes.

Un dossier d'éducation est rempli par les infirmières, les diététiciennes et le médecin.

- **Les consultations : éducation individuelle**

Dans ce cadre, se déroulent des consultations avec l'infirmière, la diététicienne ou le médecin. Tous les thèmes précédemment cités peuvent être déclinés.

Ces consultations ont lieu en hôpital de jour ou dans les salles de consultations.

Il s'agit d'intervention éducative seule.

Il n'y a pas de déroulé écrit de ces séances, le contenu est adapté au cas par cas. Il s'agit plus fréquemment d'éducation technique.

Cette activité ne fait pas l'objet d'une évaluation.

### 1.2.3.2.-Activité hospitalière

- **Hôpital de jour: les mini-ateliers**

Les hospitalisations de jour sont réservées à la réalisation

- du bilan annuel
- d'un cycle glycémique (patients pour qui l'autosurveillance glycémique est difficile à la maison)

Les hospitalisation de jour ont lieu deux jours par semaine.

Au cours de cette journée, les patients peuvent bénéficier de mini-ateliers, séances collectives d'ETP d'une durée de 30 min.

L'objectif de cette activité est de proposer aux patients une séance d'entretien de leurs connaissances. Parfois, ces mini-ateliers sont l'occasion de débiter une éducation.

Le thème est déterminé avec les patients présents ce jour-là. Tous les thèmes des ateliers peuvent être repris.

Il s'agit d'une activité éducative, couplée à la réalisation d'examen complémentaires ou de bilan biologique.

Le diagnostic éducatif est majoritairement réalisé en amont de l'hospitalisation de jour, ces patients ayant déjà consulté ou ayant déjà été hospitalisés dans le service.

Il existe un déroulé écrit pour chaque thème abordé au cours de ces mini-ateliers.

- **Hospitalisation conventionnelle**

Les patients hospitalisés dans le service de médecine 2, pour déséquilibre de diabète ou passage à l'insuline, peuvent également bénéficier d'éducation.

L'éducation du patient n'a pas lieu en même temps que des soins. Ceci est dû au fait que ce ne sont pas les infirmières du service qui dispensent cette éducation mais ce sont spécifiquement les infirmières d'éducation.

Ces dernières réalisent le diagnostic éducatif.

Le programme éducatif est variable et s'adapte aux besoins et priorités du patient, définis lors du diagnostic éducatif. En règle générale, il s'agit d'une éducation plus technique : autosurveillance glycémique, technique d'injection et adaptation des doses d'insuline... La « théorie » peut également être abordée en individuel selon les besoins du patient.

## 1.2.4- Recrutement des patients; Communication

### – Le Recrutement

- **Les ateliers :**

Le recrutement des patients se fait de plusieurs sortes :

- à la demande du patient
- sur proposition d'un professionnel de santé (infirmière, médecin hospitalier, médecin généraliste)

- **Les consultations :**

Pour ce qui est des consultations diététiques, seuls les médecins de l'hôpital peuvent adresser des patients en consultations externes de diététique.

Les consultations infirmières sont à l'initiative des médecins du service ou des infirmières. C'est ainsi qu'un patient intégrant la structure éducative ambulatoire par les ateliers, de lui-même ou adressé par son médecin traitant peut, par la suite, bénéficier de consultations infirmières, sans avoir vu de médecins hospitaliers.

- **L'hôpital de jour :**

Le recrutement des patients fait suite à une consultation médicale spécialisée. Les patients ne peuvent pas être adressés directement en hospitalisation de jour par leur médecin traitant.

- **L'hospitalisation conventionnelle :**

Les patients sont adressés par leur médecin traitant pour déséquilibre de diabète principalement.

### – La communication

Les moyens de communication utilisés sont des programmes des séances, de format A3 et A5, placardées dans les services de l'hôpital, dans les salles d'attente des médecins et infirmières du secteur ou distribuées aux patients lors de consultations, d'hospitalisations.

(Annexe 4 p 145 )

## 1.2.5- Lien hôpital-ville

A l'issue des ateliers, le patient dispose d'un document sur lequel sont répertoriés tous les

ateliers proposés ainsi que leurs objectifs. Ce document est la propriété du patient qui doit le remplir au fur et à mesure de son programme éducatif et le présenter à son médecin traitant. (Annexe 5 p 147)

A la suite de l'hospitalisation de jour pour la réalisation d'un cycle glycémique, certains éléments sont transmis par l'intermédiaire du patient à l'infirmière libérale le prenant en charge (doses d'insuline, fréquence et objectifs des glycémies capillaires).

Le médecin traitant sera informé de l'hospitalisation de jour et de la participation à un mini-atelier par le courrier médical.

Pour ce qui est des hospitalisations conventionnelles, un courrier médical est adressé au médecin traitant.

### **1.2.6- Evaluation**

Chaque atelier fait l'objet d'une évaluation :

- du processus : cohérence, déroulement (autoévaluation systématique par les intervenants ou par un tiers ) (Annexe 6 p 149)
- des résultats : efficacité, impact (à distance des ateliers, trois mois en règle général)
  - questionnaire rempli par l'infirmière d'éducation en présence du patient, celui-ci étant spécifiquement convoqué pour ça. Pour l'année 2009, 18 évaluations à trois mois ont été réalisées.
  - un questionnaire d'évaluation des connaissances acquises est envoyé au médecin traitant, trois mois après les séances éducatives. Celui-ci est à remplir et à faire parvenir à la structure d'éducation. (Annexe 7 p 152)

L'évaluation de la satisfaction des patients (oralement et par questionnaire écrit) n'est plus réalisée, les patients disant être toujours satisfaits.

Une évaluation technique (autosurveillance glycémique, technique d'injection de l'insuline) peut aussi avoir lieu.

Les mini-ateliers, par contre, ne sont soumis à aucune évaluation.

### **1.2.7- Coordination**

Il n'y a ni coordinateur des activités éducatives, ni réunions d'équipe pour discuter des patients.

En revanche, les intervenants se réunissent tous les six mois pour faire une mise au point sur le programme des ateliers proposés aux patients.

L'équipe s'entretient sur l'activité éducative au cours d'échanges informels.

### **1.2.8- Nombre de patients éduqués**

Pour l'année 2009, on compte

- 16 ateliers, 47 participants (certains patients ont assisté à plusieurs ateliers)
- 22 patients ont assistés à des mini-ateliers

### **1.2.9- Points faibles et points forts de l'activité; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Les patients adressés à la structure pour une prise en charge éducative sont recrutés par les mêmes médecins généralistes.
- Eduquer dans une structure hospitalière est un obstacle à la participation de certains patients qui ne souhaitent se rendre à l'hôpital.
- Les séances éducatives en journée ne permettent pas l'accès des personnes qui travaillent.
- Beaucoup d'ateliers ont été annulés au cours du deuxième semestre 2009 du fait d'un manque de participants.
- L'atelier « activité physique » n'a eu lieu qu'une seule fois, là aussi par manque de participants.
- Le lien ville-hôpital est difficile à maintenir: les patients perdent le document qui leur a été remis, ne le présentent pas à leur médecin traitant. La feuille d'évaluation à trois mois n'est pas renvoyée. Tout ceci est en cours de modification.

#### **Points forts :**

- Le patient adhère très bien à ce nouveau mode de prise en charge, est satisfait de cette nouvelle « approche ».
- Les infirmières ont la possibilité d'intervenir dans les autres services.

#### **Projets:**

- Mise en place d'une prise en charge psychologique pour les diabétiques de type 2 et obèses.

## **2- STRUCTURES HOSPITALIERES DE HAUTE-SAONE**

### **2.1- Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Saône à Vesoul**

L'éducation thérapeutique des diabétiques de type 2 à l'hôpital de Vesoul est une activité principalement hospitalière.

L'activité ambulatoire se résume à des consultations médicales et infirmières.

#### **2.1.1- Activités d'ETP**

##### **2.1.1.1- Activité hospitalière**

###### **– Hospitalisation de semaine :**

Il s'agit d'éducation collective (ateliers) et individuelle (échanges informels au lit du malade par les infirmières et les médecins du service).

###### **– Hospitalisation de jour :**

L'éducation prend place lors des consultations médicales, infirmières ou diététiques, celles-ci étant couplées à la réalisation d'examen complémentaires ou de consultations spécialisées.

##### **2.1.1.2- Activité ambulatoire**

Il ne s'agit que d'éducation individuelle, au cours de consultations infirmières, médicales ou diététiques.

#### **2.1.2- Professionnels de santé impliqués**

Les professionnels impliqués dans ces actions d'éducation sont au nombre de trois :

- deux infirmières entièrement dédiées à la fonction éducative,
- une diététicienne.

Les médecins n'interviennent pas dans l'activité éducative principale du service, à savoir les ateliers.

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>INFIRMIERES (2)</b>	- Salariées	- Formation Gentiane (niveau 3) - Formation à l'ETP des patients sous pompe (niveau 3) - Formation à l'entretien motivationnel à la faculté de Nancy
<b>DIETETICIENNE (1)</b>	- Salariée	- Diplôme universitaire d'ETP (niveau 2)

### **2.1.3- Descriptif des activités d'ET**

#### **2.1.3.1- Activité hospitalière**

##### **- Hôpital de semaine**

L'hôpital de semaine peut accueillir quatre patients. Il s'agit d'une hospitalisation programmée.

Au cours de ce séjour sont prévus des examens cliniques et paracliniques ainsi que des « ateliers d'éducation », séances d'éducation collective.

A ces ateliers peuvent également assister :

- des patients hospitalisés dans le secteur conventionnel de diabétologie (12 lits),
- des patients hospitalisés dans les autres secteurs du service de médecine A.

- **Education collective :**

Les séances ont lieu dans la salle d'éducation du service. Il s'agit d'une activité éducative seule.

Le diagnostic éducatif est réalisé par l'infirmière le jour de l'admission du patient dans le service, au cours d'un entretien avec ce dernier dans sa chambre.

Il consiste en :

- un recueil de données administratives, sociales, médicales,
- une évaluation du niveau de connaissances des patients sur plusieurs thèmes

(autosurveillance glycémique, hypoglycémie, prévention des pieds, mécanismes d'action des médicaments...) par un questionnaire. (Annexe 8 p 155)

L'infirmière peut alors faire un diagnostic éducatif a minima.

A l'issue du diagnostic éducatif, les professionnels de santé échangent de manière informelle : le programme éducatif est alors adapté à chaque patient selon le stade d'acceptation de sa maladie, le stade de son diabète (primo-découverte ou diabète compliqué), etc... Parfois, le patient peut être orienté vers la psychologue du service.

Dans la majorité des cas, le programme éducatif complet standardisé est proposé.

Il est présenté au patient à son entrée dans le service sous la forme d'un document écrit et est constitué de sept à huit ateliers :

- 1- Généralités sur l'auto-surveillance glycémique : « J'utilise mes glycémies pour... »
- 2- Equilibre alimentaire
- 3- Qu'est-ce que le diabète ? : « Pourquoi suis-je diabétique ? »
- 4- Le traitement du diabète : « Je traite mon diabète »
- 5- Les lipides
- 6- Les hypoglycémies : « Je reconnais et fais face à mes hypoglycémies »
- 7- Ateliers « complications » et atelier sur le pied diabétique : « Je prends soin de mes pieds »
- 8- « Adaptation des doses d'insuline » (atelier non-constant, réalisé si la majorité des patients assistant aux ateliers est sous insuline).

Il n'y a pas d'ateliers sur l'activité physique mais ce thème est développé à plusieurs reprises dans les autres ateliers.

Chaque atelier dure 1h à 1h30.

Au sein du même groupe, on peut rencontrer des primo-découvertes de diabète ou des diabètes compliqués, des patients traités par anti-diabétiques oraux mais aussi des patients sous insuline. Des accompagnants peuvent également assister aux séances : conjoint (e), enfant si personne âgée, accompagnant parlant français pour les patients d'origine étrangère.

Ces ateliers se déroulent uniquement si l'hôpital de semaine est ouvert. Il y a donc une cinquantaine de semaines d'hospitalisation de semaine, donc autant de sessions par an.

Ils sont animés par une infirmière d'éducation ou par la diététicienne en ce qui concerne les ateliers diététiques.

Il n'y a pas de déroulé écrit des séances ; mais pour chaque atelier sont définis par écrit les objectifs à atteindre et les notions ou mots-clés à faire émerger de l'assemblée par l'intervenant

A l'issue de certains ateliers, une fiche récapitulative, élaborée par les infirmières d'éducation, est remise au patient.

Il n'y a pas de dossier d'éducation formalisé. Les données sont consignées par les infirmières d'éducation dans le dossier médical, plus précisément dans les transmissions ciblées. Elles spécifient pour chaque atelier si les objectifs sont atteints ou si certains points restent à parfaire.

A la fin de cette semaine éducative, l'infirmière d'éducation demande à chaque patient de remplir le questionnaire d'évaluation des connaissances, questionnaire déjà rempli en début de semaine. Sont repris de manière individuelle les points qui nécessitent un complément d'éducation.

Si des besoins éducatifs persistent, le patient pourra bénéficier de consultations infirmières ou de consultations diététiques en ambulatoire, au décours de l'hospitalisation.

L'infirmière d'éducation est aussi en mesure de rencontrer la famille pour éduquer les proches si elle le juge nécessaire.

Au total, on compte sept à huit heures d'éducation collective, sans lien avec les soins, auxquelles il faut rajouter l'éducation individuelle, au lit du malade, au cours de soins.

- **Education individuelle :**

Les infirmières d'éducation et la diététicienne font également des séances d'éducation individuelle pour les patients en hôpital de semaine.

Cette éducation, au lit du patient, peut avoir lieu en même temps que des soins ou il peut s'agir d'une intervention éducative seule.

Tous les thèmes de l'atelier peuvent être repris. Les infirmières d'éducation s'occupent également d'éduquer les patients aux injections. Ce thème précis fait l'objet d'une évaluation pratique.

Le programme est défini selon les besoins éducatifs du patient. Le déroulement des séances est sensiblement le même que pour les ateliers. A l'issue de la séance les mêmes documents sont remis aux patients.

Les patients bénéficiant de ces séances individuelles sont les patients en hôpital de semaine ou en hospitalisation conventionnelle.

A noter que les infirmières d'éducation ont également la possibilité de réaliser des soins de pédicurie de base.

- **Prise en charge diététique en hôpital de semaine :**

La demande d'éducation diététique est faite par le médecin. Il précise les objectifs à atteindre par le patient.

La diététicienne rencontre les patients individuellement, dans leur chambre, le lundi après-midi.

En premier lieu, elle fait une enquête alimentaire, recueille les connaissances des patients en diététique. Parfois, il leur est demandé de remplir un journal alimentaire, quelques jours avant l'hospitalisation.

Elle se renseigne aussi sur les goûts des patients (aversion pour certains aliments), sur leurs habitudes alimentaires (fromage au petit-déjeuner...).

A l'issue de cette première prise de contact, elle établit un compte-rendu informatique qui comporte:

- les éléments du diagnostic éducatif « diététique »,
- les principales « erreurs » alimentaires.

Le programme des ateliers de diététique a été élaboré par une diététicienne en 2006. Quelques modifications y ont été apportées depuis.

Pour chaque atelier sont définis des objectifs à atteindre.

A l'issue de la semaine d'éducation, la diététicienne remet à chaque patient des conseils personnalisés et fixe trois objectifs avec eux, qui seront consignés dans le compte-rendu informatique.

- **Hospitalisation de jour**

Une autre possibilité est d'accueillir les patients en hospitalisation de jour pour la réalisation d'examen complémentaires, de consultations diététiques, infirmières ou médicales selon les besoins du patient.

Actuellement l'hospitalisation de jour pour les patients diabétiques est quasi inexistante car pas assez « rentable » pour l'hôpital.

L'éducation thérapeutique se fait donc majoritairement en hospitalisation de semaine.

### 2.1.3.2-Activité ambulatoire

Elle est strictement individuelle. Lorsque des besoins éducatifs persistent au décours d'une hospitalisation, le patient peut bénéficier de consultations infirmières ou de consultations diététiques en ambulatoire.

Les intervenants sont les infirmières d'éducation et la diététicienne du service.

Le programme est défini en fonction des besoins éducatifs du patient.

- **Consultations infirmières :**

Le nombre de séances ainsi que les thèmes ne sont pas prédéfinis. Les thèmes les plus fréquemment traités sont :

- L'adaptation des doses au cours de consultations appelées « consultations carnet »,
- Autosurveillance glycémique,
- Mise sous Byetta®,
- Education de la famille ou des aidants.

Les consultations infirmières ont lieu deux matinées par semaine, dans un bureau spécialement dédié à cette activité. La consultation dure 30 min. Il s'agit d'une intervention éducative seule.

La fréquence des consultations est définie par l'infirmière et le patient, en fonction des besoins éducatifs.

Il n'y a pas de déroulé écrit de ces séances.

Le compte-rendu de la séance est noté sur la feuille de transmissions ciblées du dossier médical.

- **Consultations diététiques :**

Les consultations diététiques ont lieu dans le service des consultations externes, un après-midi par semaine. La première consultation dure 45 min, les suivantes, 30 min. Leur fréquence varie de une par mois à une par trimestre, selon les désirs du patient.

Après une hospitalisation, les patients ne sont pas reconvoqués par la diététicienne. Ils peuvent prendre un rendez-vous, d'eux mêmes, s'ils souhaitent bénéficier d'un suivi diététique.

Au début de chaque consultation, l'atteinte des objectifs est évaluée de manière informelle ainsi que l'impact des séances précédentes.

Durant la séance, la diététicienne détermine les besoins éducatifs restants et adapte son message éducatif.

A l'issue de la séance, la diététicienne et le patient fixeront conjointement d'autres objectifs, qui seront inscrits sur la fiche de suivi informatique.

- **Consultations médicales :**

Les médecins interviennent en matière d'éducation lors de leurs consultations.

#### **2.1.4- Recrutement des patients ; Communication**

- **Le recrutement**

- **Hospitalisation de semaine:**

Il s'agit de patients suivis habituellement par les médecins du service. Ce peut être aussi des patients adressés en consultation spécialisée par leur médecin traitant pour déséquilibre de diabète malgré une bi- ou tri-thérapie.

A l'issue de cette consultation, il leur est proposé de bénéficier de séances d'éducation collective sur différents thèmes (ateliers) en hôpital de semaine. Le but est de faire le point sur les mesures non-médicamenteuses (diététique et activité physique notamment), et de proposer aux patients une éducation dans ce sens. Les médecins espèrent ainsi un meilleur contrôle glycémique par le renforcement des mesures diététiques et de l'activité physique.

- **Consultations infirmières :**

Le recrutement est le fait des médecins diabétologues, en consultation ou hospitalisation.

- **Consultations diététiques :**

Pour les consultations diététiques en externe; le recrutement est exclusivement hospitalier :

- A l'issue d'une consultation médicale,
- A l'issue d'une hospitalisation de semaine ou conventionnelle.

Ainsi, si un patient souhaite poursuivre cet accompagnement diététique, il prendra lui-même un rendez-vous. A ces consultations externes de diététique ne viennent que des patients qui ont personnellement fait le choix de bénéficier d'un suivi.

Un patient n'ayant pas de suivi diabétologique hospitalier ne peut pas accéder aux séances d'éducation, que ce soit en hospitalisation ou au cours de consultations infirmières ou diététiques.

#### **- La communication**

Il n'y a pas de moyens de communication mis en œuvre pour faire connaître ces ateliers.

#### **2.1.5- Lien hôpital-ville**

Le lien hôpital-ville n'est pas systématique.

A l'issue d'une hospitalisation de semaine, le médecin traitant est informé par le courrier de sortie de la participation du patient à des séances collectives d'éducation.

Une fiche de suivi diabétique nominative est adressée à l'infirmière libérale pour tout diabétique insulino-nécessitant à l'issue de son hospitalisation. (Annexe 9 p 158)

Pour chaque consultation infirmière, le médecin rédige un courrier destiné au médecin traitant.

Il n'y a pas de compte-rendu des consultations diététiques adressé aux médecins généralistes. Les compte-rendus informatiques sont consultables par tous les professionnels de santé de l'hôpital.

#### **2.1.6- Evaluation**

La satisfaction des patients fait l'objet d'un questionnaire à la fin de la semaine. (Annexe 10 p 160)

Une évaluation des connaissances acquises et des besoins éducatifs restants est également réalisée à la fin de la semaine par l'infirmière d'éducation. Celle-ci se fait au moyen de la correction du questionnaire d'évaluation remis à l'entrée du patient.

Pour les consultations infirmières, l'évaluation des séances est faite de manière informelle (évaluation des besoins éducatifs restants principalement, évaluation de l'impact des séances).

#### **2.1.7- Coordination des activités éducatives**

Les infirmières d'éducation coordonnent les actions d'éducation au sein du service. Il n'y a pas de réunions entre infirmières d'éducation pour discuter du programme, il s'agit plutôt d'échanges informels.

Une réunion d'équipe hebdomadaire (médecins, infirmières, diététicienne) permet de discuter des patients.

### **2.1.8- Nombre de patients éduqués**

En 2008, le nombre de patients ayant bénéficié de séances d'éducation était de 152.

### **2.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Manque de disponibilité des médecins pour s'impliquer dans les séances d'éducation.
- Pas de séance d'activité physique notamment par manque de temps des kinésithérapeutes et par l'absence de locaux dédiés.
- Pas d'évaluation de l'efficacité de l'éducation.
- Peu d'hospitalisation de jour.
- Réunion d'équipe hebdomadaire non-constante, échanges entre intervenants de moins en moins fréquents.

#### **Points forts :**

- Beaucoup de retour positif de la part des patients éduqués.
- Poursuite des activités éducatives malgré la réquisition de lits dans le service au cours de l'hiver 2008-2009.

#### **Projets :**

- Programme d'hospitalisation pour mise sous pompe à développer.
- Augmenter les messages de prévention concernant le pied par la création d'ateliers plus spécifiques.
- Développer des séances d'activité physique dans le nouvel hôpital.

## **2.2- Centre hospitalier du Val de Saône à Gray**

### **2.2.1- Activités d'ETP**

L'éducation thérapeutique à l'hôpital de Gray se déroule au cours d'hospitalisation conventionnelle et d'hospitalisation de semaine, dans le service de médecine A. Cette

éducation est intégrée aux soins et est individuelle.

### 2.2.2- Professionnels de santé impliqués

Médecin, infirmières et diététicienne participent aux activités éducatives.

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>MEDECIN</b>	Salarié	Non-communiquée
<b>INFIRMIERES</b>	Salariées	Formation Gentiane (niveau 3)
<b>DIETETICIENNES (2)</b>	Salariées	Formation Gentiane (niveau 3)

Toutes les infirmières n'ont pas suivi de formation à l'ETP.

Le kinésithérapeute avait suivi la formation du « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté ». Il intervenait dans le service pour promouvoir l'activité physique. Il est en retraite depuis peu.

### 2.2.3- Descriptif des activités d'ETP

Les patients peuvent bénéficier d'ETP lors d'une hospitalisation conventionnelle. Celle-ci fait suite le plus souvent à un déséquilibre du diabète nécessitant un passage à l'insuline, à un épisode aigu ou à la prise en charge d'une complication.

Une hospitalisation dite « de semaine » (un à trois jours) peut être programmée pour réalisation du bilan annuel et éducation thérapeutique. Ce type d'hospitalisation, qui peut accueillir quatre à huit patients diabétiques par semaine, est en cours de développement.

A l'entrée du patient, un recueil de données est effectué par le médecin et les infirmières, de manière informelle selon la trame du dossier d'éducation établi par le service d'endocrinologie du CHU. Les informations sont consignées dans le dossier de soins, il n'y a pas de dossier d'éducation.

La diététicienne rencontre également le patient à son arrivée. Les modalités de cette rencontre ne m'ont pas été transmises.

Le programme éducatif est établi en fonction des besoins du patient.

Il s'agit d'une éducation individuelle, intégrée aux soins.

Les thèmes abordés :

- Autosurveillance glycémique,
- Hypoglycémie,
- Insulinothérapie,
- Prévention du pied diabétique,
- Equilibre alimentaire.

Il n'y a pas de support écrit du déroulement de ces séances d'éducation individuelle.

A distance de l'hospitalisation, le patient est revu en consultation médicale. L'éducation du patient est alors complétée en fonction de ses besoins.

La diététicienne peut également suivre le patient en ambulatoire. Les modalités de suivi ne m'ont pas été communiquées.

#### **2.2.4- Recrutement des patients; Communication**

##### **- Le recrutement**

Les patients bénéficiant d'ETP sont hospitalisés à la suite d'un épisode aigu ou pour un passage à l'insuline.

Une hospitalisation de semaine peut également être programmée à la demande du médecin traitant pour la réalisation du bilan annuel, ce dernier étant associée à une éducation individuelle.

##### **- La communication**

Une formation médicale continue devait être organisée en juin 2009 pour informer les médecins généralistes des modalités d'éducation thérapeutique au centre hospitalier de Gray. Nous n'avons pu savoir si elle avait eu lieu.

### **2.2.5- Lien hôpital-ville**

Le médecin traitant est informé de l'éducation dont a bénéficié son patient par le courrier de sortie d'hospitalisation.

### **2.2.6- Evaluation**

Aucune évaluation n'est réalisée à l'heure actuelle.

### **2.2.7- Coordination des activités éducatives**

Il n'y a pas de coordinateur des actions d'ETP dans le service.

Les échanges entre les différents intervenants concernant les patients se font de manière informelle.

### **2.2.8- Nombre de patients éduqués**

Les chiffres ne m'ont pas été communiqués.

### **2.2.9- Points faibles et points forts de l'activité; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Manque de personnel infirmier et médical.
- Service de médecine polyvalente de 19 lits : pas beaucoup de temps à consacrer aux patients diabétiques...
- Peu de patients bénéficient d'une hospitalisation programmée combinant bilan annuel et éducation thérapeutique. Ceci s'explique par le manque d'information des médecins généralistes de cette possibilité.

#### **Points forts :**

- Personnel soignant motivé et volontaire, que ce soit pour développer des actions au sein de l'hôpital ou en ville via le « Réseau Gentiane ».

#### **Projets :**

- Informer les médecins généralistes des modalités d'éducation thérapeutique au centre hospitalier de Gray.

### 3- STRUCTURES HOSPITALIERES DU JURA

#### 3.1- Centre hospitalier Louis Pasteur de Dole

##### 3.1.1- Activités d'ETP

###### 3.1.1.1- Activité ambulatoire :

- **Collective** : cycles d'éducation des patients diabétiques ; stage « Sport et diabète » organisé en partenariat avec le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »..
- **Individuelle** : consultations médicales, infirmières, diététiques, soins de pédicurie.

###### 3.1.1.2- Activité hospitalière : individuelle exclusivement

- **Hospitalisation de jour** : Consultations infirmières et diététiques.
- **Hospitalisation complète ou de semaine** : Education individuelle au lit du patient .

##### 3.1.2- Professionnels de santé impliqués

Tous les professionnels de santé du service interviennent dans les activités d'ETP :

INTERVENANT	STATUT	FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE
<b>INFIRMIERES</b> Toutes n'interviennent pas dans les cycles d'éducation même si elles ont bénéficié d'une formation	Salariées	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Formation IPCEM (Niveau 3) - Formation DELF (Niveau 3) - Formation ALFEDIAM (Niveau 3)
<b>DIETETICIENNES (2)</b>	Salariée(1) Vacataire(1)	- Pas de formation - Formation Gentiane (niveau 3)

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>PODOLOGUE (1)</b>	Vacataire	- Formation Gentiane (niveau 3)
<b>PSYCHOLOGUE (1)</b>	Vacataire	Non renseignée

### **3.1.3- Descriptif des activités d'ET**

#### **3.1.3.1- Activité ambulatoire**

– **Education collective :**

- **Le « cycle d'éducation pour personnes diabétiques »**

Ce programme a vu le jour en 1985. Il a été pensé et réfléchi par de nombreux intervenants : endocrinologues, infirmières, psychiatre et une enseignante de l'école d'infirmière. Un livret support a été mis au point : « Vivre avec le diabète ». A l'heure actuelle, le programme et le livret support ont peu évolué.

Il a été à la base du cycle d'éducation du programme ASAVED\*. \*

Le cycle d'éducation pour personnes diabétiques s'étend sur une période de six semaines, à raison d'une séance hebdomadaire, et réunit une dizaine de patients (et leurs conjoints s'ils le souhaitent). Une septième séance a lieu six mois plus tard.

Les séances ont lieu le jeudi de 9h à 16h30 dans la salle d'éducation du service de diabétologie, réunissant exclusivement des patients non-hospitalisés.

Il s'agit d'une intervention éducative seule.

---

\* L'ASAVED (1998-2001), Association de Structures d'Aide à la Vie et à l'Education des Diabétiques, avait pour objectif la mise en place de structures d'éducation de proximité pour les patients diabétiques de type 2 sur trois sites (Sarthe, Pas de Calais et Jura). Le programme ASAVED a permis de mettre en valeur l'intérêt de la démarche éducative et de la collaboration entre professionnels de santé dans la prise en charge des diabétiques de type 2.

Il prévoyait le recrutement de professionnels volontaires, une formation diabétologique et psychopédagogique, l'application d'un programme d'éducation des patient, éducation de groupe par un binôme médecin-infirmière, formé et rémunéré forfaitairement, la mise en réseau des professionnels concernés par le diabète, l'évaluation de cette action.

Le diagnostic éducatif n'est pas systématiquement réalisé. S'il l'est, c'est en amont du cycle, lors :

- d'une consultation médicale (endocrinologue ou médecin traitant),
- d'une consultation infirmière,
- d'une hospitalisation (de jour ou de semaine).

Il est alors effectué par l'infirmière ou le médecin.

Il existe un dossier éducatif qui se présente sous forme d'un support papier : « Le plan de soins guide en diabétologie ». Celui-ci a été conçu par une infirmière du service à l'occasion de son mémoire de fin de formation IPCEM. Il est, à ce jour, utilisé par les différents soignants (infirmières, médecins...).

Il est une véritable boîte à outils avec

- une partie « diagnostic éducatif »,
- une partie « actions éducatives »,
- une partie « évaluation », adaptée à chaque module d'éducation.

Cependant, le « plan de soins » permettant d'individualiser la démarche n'est pas utilisé pleinement. Il n'y a pas d'objectifs personnalisés pour chaque patient. Le programme éducatif est fixe avec des possibilités limitées d'adaptation du contenu de l'éducation au groupe.

Ce programme est distribué en format papier lors de la première séance.

- 1e séance : Accueil, Généralités sur le diabète, Equilibre alimentaire.
- 2e séance : Autosurveillance glycémique, Les glucides.
- 3e séance : Repas éducatif, hypoglycémie, Les lipides.
- 4e séance : Activité physique (théorie et pratique), traitement et complications.
- 5e séance : Le pied diabétique, les soins des pieds.
- 6e séance : Table ronde. Evaluation, synthèse et objectifs partagés.

Au total, le programme éducatif s'étend sur six semaines puis une septième séance intitulée « Partage des difficultés rencontrées et solutions proposées », six mois plus tard. Soit une trentaine d'heures d'éducation par cycle.

Les patients peuvent aussi rencontrer la psychologue du service, sur rendez-vous.

Les intervenants ont un déroulé écrit de chaque séance.

Les patients reçoivent, à la fin du cycle, le livret « Vivre avec le diabète ».

Quatre cycles sont programmés chaque année.

Les groupes sont hétérogènes : le cycle s'adresse à la fois aux diabétiques de type 1 ou 2,

quelque soit le stade de la maladie. Majoritairement, les cycles regroupent des diabétiques de type 2.

- **Le stage « Sport et Diabète »**

Le service de Diabétologie du Centre Hospitalier de Dole et le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » organisent depuis 1988 des stages d'éducation « Sports et Diabète ».

Chaque stage dure 5 jours, se déroule au CREPS (Centre d'éducation populaire et de sport) de Franche-Comté, soit au centre national de ski nordique de Prémanon l'hiver, soit sur la base nautique de Bellecin, l'été.

Ces stages sont ouverts à tout diabétique traité par insuline, âgé d'au moins 14 ans, avec possibilité d'accompagnement selon les places disponibles.

Ils regroupent entre 20 et 30 diabétiques venant de l'ensemble du territoire français.

Ces stages ont pour objectifs :

- d'aider les patients dans l'adaptation de leur traitement par insuline et de leur alimentation pour leur permettre de pratiquer des activités sportives en toute sécurité,
- de leur permettre de rencontrer d'autres diabétiques confrontés aux mêmes difficultés, d'échanger leurs expériences.

L'encadrement est à la fois médical (médecins, infirmières) et sportif (éducateur médico-sportif du « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »).

- **Education individuelle :**

- **Les consultations médicales**

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante des consultations médicales (analyse des carnets de glycémie, journal alimentaire, etc...)

- **Les consultations infirmières**

Initialement, la création des consultations infirmières devait permettre d'aborder tous les thèmes du cycle d'éducation. A ce jour, seules persistent les consultations « carnet » (adaptation des doses d'insuline) et consultations « pied » (réfection de pansement de plaies, soins de pédicurie), qui sont l'occasion pour l'infirmière d'éduquer les patients ayant des pieds à risque.

- **Les consultations diététiques**

Elles ne sont accessibles qu'aux patients ayant déjà été vus en consultation médicale ou en hospitalisation.

La diététicienne reçoit les patients avec un journal alimentaire rempli la semaine précédant la consultation.

A l'issue de la consultation, un document intitulé « conseils alimentaires » est remis au patient. Ce document répertorie les conseils personnalisés et les objectifs fixés ensemble, afin de modifier ses habitudes alimentaires.

- **Les soins de pédicurie**

Les patients peuvent bénéficier de soins de pédicurie à l'hôpital. Ces soins sont l'occasion pour la pédicure d'éduquer les patients ayant des pieds à risque de lésions.

### **3.1.3.2- Activité hospitalière**

Il s'agit d'une activité individuelle, couplés à des soins ou examens.

- **Hospitalisation de jour :**

Celle-ci est programmée par les médecins du service pour la réalisation du bilan annuel, d'exams complémentaires, pour des soins de pédicurie, pour une éducation. Le dossier d'hospitalisation de jour est rempli au préalable par l'équipe médicale. Y sont spécifiés les thèmes nécessitant une éducation ainsi que les examens à réaliser. Le diagnostic éducatif est réalisé a minima par le médecin. Le plan de soins n'est pas rempli.

L'éducation est individuelle, couplée à des soins ou à des examens et peut concerner plusieurs thèmes : autosurveillance glycémique, passage à l'insuline, équilibre alimentaire, les lipides, les glucides.... Elle est assurée par une infirmière et une diététicienne.

La diététicienne travaille à partir d'un journal alimentaire que le patient aura rempli à la demande du médecin. A l'issue de l'entretien sont établis un bilan alimentaire et le diagnostic éducatif. Des objectifs personnalisés sont fixés avec le patient.

A la fin de la journée, un suivi peut-être proposé au patient sous forme de consultations infirmières (consultation « carnet » notamment) et/ou consultations diététiques.

– **Hospitalisation conventionnelle :**

Elle fait suite à un épisode aigu. A l'entrée dans le service, l'infirmière fait le recueil des informations qui vont servir à établir le diagnostic éducatif. Au cours du séjour, le patient sera éduqué individuellement par l'infirmière selon ses besoins.

Une évaluation des compétences acquises sera également menée par l'infirmière. Elle est consignée dans le plan de soins.

Le livret « Vivre avec le diabète » est remis au patient.

– **Hospitalisation de semaine:**

Le principe est le même que pour l'hospitalisation conventionnelle : éducation individuelle, couplée aux soins.

La différence réside dans le recrutement des patients : ceux-ci sont convoqués par le diabétologue, après une consultation médicale, pour déséquilibre de diabète ou passage à l'insuline ou complications...

### **3.1.4- Recrutement des patients ; Communication**

– **Le recrutement**

Concernant le « cycle » d'éducation, le recrutement peut se faire de plusieurs façons :

- lors d'une consultation auprès d'un diabétologue hospitalier,
- au cours d'une hospitalisation sur proposition de l'infirmière ou du médecin, directement par le médecin généraliste sans que le patient ait de suivi spécialisé,
- le patient peut également s'inscrire de lui-même sans passer par un médecin.

Les inscriptions se font auprès de la cadre du service.

Concernant l'hospitalisation de jour ou de semaine, la grande majorité des patients éduqués ont été convoqués à la suite d'une consultation avec un diabétologue. Il n'y a pas d'accès direct par le médecin traitant.

Les hospitalisations conventionnelles interviennent au cours d'un épisode aigu.

Pour ce qui est du stage « Sport et Diabète », le recrutement se fait sur toute la France, par une communication au sein des services de diabétologie, et par un article dans des revues sur le diabète (Equilibre).

## - **La communication**

Pour les « cycles » :

- Affiches dans les couloirs du service et dans la salle d'attente des consultations,
- Courrier adressé aux médecins généralistes de la région doloise,
- Article paru dans revue « Dole Magazine »,
- Article paru dans la presse locale à l'occasion du 100<sup>e</sup> cycle.

Pour le stage « Sport et Diabète », des dépliants ont été adressés dans les services de diabétologie français, et un article est paru dans des revues sur le diabète (« Equilibre » notamment).

### **3.1.5- Lien hôpital-ville**

Il n'y a pas de document transmis aux soignants après un cycle.

Par contre, à l'issue d'une hospitalisation, les médecins traitants sont informés des activités éducatives par le courrier de sortie d'hospitalisation.

Pour ce qui est des consultations infirmières ou diététiques, il n'y a pas de lien établi avec le médecin traitant. Néanmoins, les consultations pour plaie de pied font l'objet d'une transmission écrite ou téléphonique d'infirmière à infirmière.

### **3.1.6- Evaluation**

Les cycles et le stage « Sport et Diabète » font l'objet d'une évaluation de la satisfaction des patients sous forme de cible, cible qui est également utilisée par le Réseau Gentiane. (Annexe 11 p 162)

Il existe également une évaluation des connaissances acquises, sous la forme de questionnaire. Les autres activités éducatives ne font pas l'objet d'évaluation.

### **3.1.7- Coordination des activités éducatives**

Il existe une coordinatrice des activités éducatives, qui a cessé son activité en mai 2009.

Régulièrement ont lieu des réunions autour de l'organisation de ces cycles avec les acteurs de l'éducation.

Cependant, il n'existe pas de réunions programmées pour échanger sur les patients, il s'agit plutôt d'échanges informels.

### **3.1.8- Nombre de patients éduqués**

En 2009, 20 patients ont participé au cycle.

Depuis la création du « Cycle d'éducation » en 1986, 800 patients en ont bénéficiés.

### **3.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Pas assez de participants,
- Coût non-négligeable,
- Difficultés rencontrées pour dégager du temps « infirmier » pour intervenir dans les cycles,
- Le manque de temps pour la réalisation du diagnostic éducatif (personnes venant d'elles-mêmes),
- Manque d'évaluation du cycle.

#### **Points forts :**

- Motivation et échanges riches entre patients.

#### **Projets en cours :**

- Utilisation d'un dossier patient où sont notés le traitement, les glycémies lors de chaque séance, les complications.
- Elaborer un document de satisfaction pour évaluer le cycle.
- Mieux faire connaître le cycle :
  - par l'envoi d'une information aux médecins généralistes leur présentant le cycle et le planning pour l'année à venir,
  - par voie de presse.
- Orienter vers l'Espace Santé Dole Nord Jura\* les patients qui travaillent et ne peuvent donc pas assister à ces séances en journée.

---

\* L'Espace Santé Dole Nord Jura, ESDNJ, créé en 2006, est une « structure intermédiaire d'éducation » pour le territoire du Nord-Jura, comme le prévoit le Schéma Régional d'Organisation des Soins 3 (2007-2011). Il regroupe professionnels de santé libéraux, hospitaliers et associations de patients dans une association de loi 1901.

## 3.2- Centre hospitalier de Lons Le Saunier

### 3.2.1- Activités d'ETP

L'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 du Jura Sud (hormis Bletterans) se fait exclusivement à l'hôpital, dans une structure dédiée à cette activité : l'UTEP (Unité Transversale et mobile d'Education Thérapeutique). Cette structure assure l'éducation en cardiologie, pneumologie, diabétologie et nutrition.

#### 3.2.1.1- Activité ambulatoire :

L'ETP est majoritairement individuelle et ambulatoire et se fait principalement sous cette forme:

- une consultation médicale,
- une consultation infirmière,
- une consultation diététique.

Par la suite, le patient est réadressé à son médecin traitant.

Les patients peuvent reprendre contact avec le service de diabétologie quand ils le souhaitent.

#### 3.2.1.2. Activité hospitalière :

L'hospitalisation de semaine est également un terrain privilégié pour les actions d'éducation.

### 3.2.2- Professionnels de santé impliqués

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>MEDECINS (2)</b>	Salariés	- Formation IPCEM (niveau 3)
<b>INFIRMIERES (3)</b>	Salariées	- Formation IPCEM (niveau 3)
<b>DIETETICIENNE (1)</b>	Salariée	- Formation ETP à la faculté de Nancy (Pr DROUIN, niveau 3)

S'il existe du temps dédié à l'éducation thérapeutique (un équivalent temps plein), les infirmières formées exercent à la fois dans le service d'hospitalisation et au sein de l'UTEP.

### **3.2.3- Descriptif des activités d'ETP**

#### **3.2.3.1- Activité ambulatoire**

Elle est majoritairement individuelle et se décline sous la forme de consultations infirmières et diététiques essentiellement. S'ajoutent également les consultations médicales.

Le diagnostic éducatif est réalisé par les diabétologues lors d'une consultation préalable. Au cours de cette consultation est déterminé le programme éducatif.

Le programme éducatif est alors remis au patient sous la forme d'une liste d'objectifs à atteindre. (Annexe 12 p 164)

#### **- Les consultations infirmières :**

Elles ont lieu au sein de la salle d'éducation de l'UTEP. Les infirmières reçoivent les patient sur rendez-vous, à raison de consultations de 45 min (première fois) ou 30 min (consultation de suivi).

Les thèmes déclinés sont variables:

- Principes généraux concernant la maladie,
- Choix de lecteur et autosurveillance glycémique,
- Hypoglycémie/hyperglycémie,
- Mise sous Byetta ou insuline Bed time,
- Suivi d'insulinothérapie: multi injection ou pompe portable,
- Consultation « carnet » pour adaptation des doses,
- Remotivation,
- Cas particuliers : pied, sport, décalage horaire, travail posté, diabète gestationnel.

A la fin de chaque séance, une fiche récapitulative est remise au patient.

Les fiches constitueront un livret sur le diabète intitulé « Persodiab ». Il s'agit d'un support pédagogique élaboré il y a quelques années par une infirmière du service. Ce livret est complété au fur et à mesure de l'histoire éducative du patient par des feuillets spécifiques, chaque feuillet correspondant à un item éducatif précis (principes généraux du diabète, autosurveillance glycémique, hypoglycémie, hyperglycémie, insulinothérapie).

– **Les consultations diététiques :**

Elles se déroulent dans une unité de temps (couplée avec la consultation infirmière) et de lieu (locaux adjacents).

Il s'agit d'une éducation individuelle.

Les patients sont dirigés en consultation diététique après consultation médicale. Le premier entretien se fait généralement avec un journal alimentaire sur trois jours.

Plusieurs supports peuvent aussi être utilisés

- Affiche : « Mieux vivre son diabète »,
- Support en langue étrangère :Affiche visuelle (SANOFI MAGHREB), support écrit en turc,
- Support de différents laboratoires pharmaceutiques.

Le patient détermine conjointement avec la diététicienne, les objectifs et la fréquence de son suivi. Par la suite, il pourra reprendre directement contact avec l'équipe d'éducation, sans revoir le médecin.

A noter, qu'il existe des ateliers diététiques, activité éducative de groupe, organisés par l'association de diabétiques LEDO DIAB Jura Sud (trois par an).

### **3.2.3.2- Activité hospitalière**

– **Hospitalisation de semaine :**

En ce qui concerne les patients hospitalisés, l'éducation se fait par les infirmières et la diététicienne du service au cours de séances collectives ou individuelles.

Le lundi matin est réservé à la réalisation de l'entretien d'accueil par l'infirmière du service. Celui-ci sert à l'élaboration du diagnostic éducatif.

Le lundi après-midi, médecins, interne, infirmières, diététicienne, surveillante, aide-soignantes se réunissent afin de déterminer les objectifs à atteindre par le patient. Le programme éducatif est ainsi élaboré.

L'après-midi se poursuit par:

- le choix d'un lecteur ou le contrôle du lecteur si le patient en possède déjà un,
- la présentation des carnets de glycémie,
- la remise des objectifs glycémiques adaptés à chaque patient,

- l'énoncé oral du programme de la semaine,
- un entretien individuel avec la diététicienne.

Le programme de la semaine est le suivant:

- mardi après-midi : cours collectifs ayant pour thèmes « principes généraux du diabète » et « hypoglycémies ». Les méthodes pédagogiques utilisées varient en fonction de l'intervenant (infirmière ou interne) : jeu, exposé oral, support écrit...
- mercredi matin : techniques d'injection en individuel,
- mercredi après-midi : cours de diététique collectif,
- jeudi et vendredi :
  - évaluation de la technique d'injection et adaptation des doses,
  - entretien diététique individuel,
  - remise des supports éducatifs,
  - détermination des modalités de suivi.

Les aide-soignantes jouent un rôle dans l'éducation faite aux patients diabétiques de type 2 à risque de lésions podologiques.

L'éducation est mixte : majoritairement dissociée des soins, elle peut être également intégrée aux soins infirmiers.

Il n'y a pas de dossier d'éducation en tant que tel. Les données sont consignées :

- sur la feuille de recueil de données,
- dans le dossier médical,
- sur une fiche de synthèse d'évaluation d'éducation infirmière

Il n'y a pas de déroulé écrit des séances individuelles ou collectives. Il existe par contre, répertorié dans un classeur, le message éducatif de chaque séance. Ce sont les mots-clés qui doivent ressortir de la séance, les points importants à faire émerger, le discours qui doit être commun à tous, quelque soit l'intervenant.

### **3.2.4- Recrutement des patients; Communication**

#### **- Le recrutement**

Les médecins traitants peuvent adresser leurs patients initialement en consultation auprès d'un diabétologue pour plusieurs motifs:

- découverte de diabète,
- échappement aux anti-diabétiques oraux,
- diabète insuliné déséquilibré.

C'est à la suite de cette consultation que sera défini le type d'éducation : ambulatoire ou en hospitalisation.

Les patients peuvent également être hospitalisés pour un épisode aigu : déséquilibre de diabète, complications... et bénéficier d'éducation au cours de cette hospitalisation.

#### – **La communication**

Une plaquette a été éditée et distribuée à tous les médecins du Jura Sud afin de promouvoir les activités de l'UTEP. (Annexe 13 p 166)

Des affiches de format A3 sont également placardées dans les différents services hospitaliers. Des formations continues ont lieu régulièrement, à l'intention des médecins généralistes, pharmaciens, infirmières du territoire de santé, animées par les médecins ou soignants du service.

### **3.2.5- Lien hôpital-ville**

#### – **En ambulatoire :**

Les médecins traitants sont informés des actes éducatifs par une lettre d'information et de « marche à suivre » faisant suite à la consultation médicale.

Il n'y a pas de compte-rendu adressé au médecin traitant après les consultations infirmières ou diététiques.

#### – **En hospitalisation :**

Le courrier de sortie indique au médecin traitant que le patient a bénéficié de séances d'éducation au cours de son séjour.

A noter que les infirmières ont élaboré il y a plusieurs années un support servant de moyen de communication avec les infirmières libérales : le cahier de liaison.

### **3.2.6- Evaluation**

A la fin de la semaine d'hospitalisation, l'évaluation technique du patient permet de déterminer si celui-ci est autonome ou s'il est nécessaire de mettre en place une infirmière pour son retour à domicile.

Il existe également une évaluation des connaissances acquises et des besoins éducatifs restants, à l'issue de l'hospitalisation de semaine ou de la consultation infirmière, évaluation colligée sur un document papier.

L'évaluation est le fait de l'infirmière et de la diététicienne.

### **3.2.7- Coordination des activités éducatives**

Il n'y a pas de référent ou coordinateur en matière d'ETP.

Une réunion est organisée, en début de semaine, avec l'équipe médicale et paramédicale, pour définir le programme éducatif de chaque patient. De plus, tous les matins lors de la relève de l'équipe, un point éducatif est fait pour chaque patient en hospitalisation de semaine.

### **3.2.8- Nombre de patients éduqués**

En 2008, 554 patients ont bénéficiés de séances d'ETP, dans le cadre de 1662 séances individuelles et 42 séances collectives.

### **3.2.9- Points faibles et points forts de l'activité; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Très grand investissement personnel de la part du chef de service.
- Pas d'éducateur médico-sportif, pas de cuisine thérapeutique.
- Pas de questionnaire de satisfaction des patients ni d'évaluation formalisée des séances d'éducation individuelle (évaluation faite en pratique mais pas de support écrit).
- Pas d'évaluation informatique des files actives et du nombre de consultations par patient (actuellement main courante).

#### **Points forts :**

- Les délais de consultations avec les médecins diabétologues, condition indispensable avant de pouvoir bénéficier d'ETP, sont courts ( deux mois pouvant être réduit à huit jours voire moins en cas d'urgence).
- Bilan financier positif en 2008-2009.
- Le nombre de patients éduqués est important .
- Les faibles moyens médicaux sur ce territoire et le fait que l'ETP doit être proposée à un maximum de patients nécessite l'efficacité des activités éducatives.

- Il existe une grande coordination entre les intervenants, ainsi qu'une disponibilité, une motivation et une souplesse de travail.
- Les infirmières semblent satisfaites de leur organisation de travail, et de leur roulement sur les différents sites: hospitalisation, consultation d'éducation et activité de pansement. Elles ne voient pas uniquement les diabètes compliqués mais prennent en charge également des découvertes de diabète. Ce sont deux manières de travailler totalement différentes mais complémentaires.
- Le roulement sur trois sites permet aussi aux patients de ne pas avoir à faire avec la même infirmière à chaque consultation. Il se peut que le patient accroche moins bien avec un professionnel de santé. Il ne sera donc pas « pénalisé » durant son hospitalisation ou ses consultations du fait d'un roulement de l'équipe soignante.
- Des consultations infirmières et diététiciennes mensuelles ont été mises en place à Morez depuis le printemps 2009, après la formation du personnel soignant.
- Cohérence des messages: les patients sont revus par le même diabétologue et la même équipe d'éducation.

**Projets :**

- Développement de consultations d'éducation à St Claude.
- Education de population défavorisée.

## 4- STRUCTURE HOSPITALIERE DU TERRITOIRE DE BELFORT

### 4.1- Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard

#### 4.1.1- Activités d'ETP

L'éducation thérapeutique des diabétiques de type 2 sur le Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard est une activité principalement hospitalière. L'activité ambulatoire consiste en des consultations médicales et infirmières, principalement sur le site de Montbéliard du fait de la fusion du service d'hospitalisation sur le site de Belfort.

##### 4.1.1.1- Activité hospitalière

**Hospitalisation de semaine** : éducation collective (ateliers) et individuelle (échanges informels au lit du malade par les infirmières et les médecins du service).

##### 4.1.1.2- Activité ambulatoire

**Consultations « infirmière » et médicales** : éducation individuelle.

#### 4.1.2- Professionnels de santé impliqués

INTERVENANT	STATUT	FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE
MEDECINS (6)	Attaché (1) Salariés (5)	- Formation Gentiane (niveau 3) - Diplôme Universitaire d'ETP (niveau 2)
INFIRMIERES	Salariées	- Formation IPCEM (niveau 3) - Diplôme Universitaire d'ETP (niveau 2)
AIDE-SOIGNANTES	Salariées	- Formation « pied diabétique » (CH Dole, niveau 4)

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>DIETETICIENNES (2)</b>	Salariées	- Pas de formation, « Compagnonnage »
<b>PODOLOGUE (1)</b>	Vacataire	- Formation Gentiane (niveau 3)

Toutes les infirmières ayant un an d'ancienneté dans le service participent à l'ETP.

Trois d'entre-elles ont suivi une formation.

Seules les trois aide-soignantes formées participent à l'ETP.

### **4.1.3- Descriptif des activités d'ETP**

#### **4.1.3.1- Activité hospitalière : l'hôpital de semaine**

- **Education collective :**

L'hôpital de semaine permet de programmer le séjour de patients pour réaliser des examens (bilan annuel) ou modifier le traitement (passage à l'insuline) mais aussi pour leur faire bénéficier d'ateliers d'éducation.

A l'entrée de chaque patient, l'équipe médicale et paramédicale remplit le dossier d'éducation. Ce dossier suit le patient à chacune de ses hospitalisations dans le service.

Y sont consignées des informations médicales (type de diabète, année de découverte, traitement, antécédents familiaux de diabète, antécédents personnels médicaux et chirurgicaux...) et des données socio-culturelles (mode de vie, profession, culture/religion, activité physique...).

Le diagnostic éducatif est réalisé lors de cette première prise de contact de manière informelle au lit du patient.

Le programme éducatif est établi par le médecin à l'entrée de chaque patient par le remplissage de la feuille de « prescription des ateliers éducatifs ». Sur ce document sont spécifiés :

- les problèmes pouvant interférer avec l'éducation (problèmes de langage ou de compréhension, problèmes visuels),

- si le patient a déjà assisté à ces ateliers,
- si la famille doit également bénéficier de séances d'éducation.

Lors de la première hospitalisation, le patient assiste à tous les ateliers (sauf à l'atelier pied diabétique, s'il n'est pas à risque de lésions). Si les notions de l'atelier sont acquises, le patient n'assistera pas à cet atelier lors de la prochaine hospitalisation.

Le programme écrit des ateliers auxquels le patient doit assister lui est remis.

Chaque séance dure une heure environ. Au cours de la semaine auront lieu sept à neuf ateliers. Les thèmes suivants sont abordés :

- « Les généralités du diabète » : étiopathogénie, traitement; hyper et hypoglycémies, complications; par un médecin, en deux séances.
- « L'équilibre alimentaire » (diététicienne)
- « Les hypoglycémies » ( infirmière)
- « Le pied », en deux séances (podologue et aide-soignante)
- « L'insulinothérapie fonctionnelle » en deux séances ( diététicienne)
- « Le traitement par insuline » (médecin)

A l'issue de certains ateliers, un document est remis au patient :

- Repères nutritionnels du Programme National Nutrition Santé pour l'atelier Equilibre alimentaire
- « Hypoglycémie et resucrage »
- « Diabétiques... Prenez vos pieds en main! »

Ces documents ont été élaborés par le service diététique, le podologue, l'équipe du service de diabétologie du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard avec la participation d'un laboratoire pharmaceutique.

Il n'y a pas de déroulé écrit pour tous les ateliers.

Il s'agit d'une intervention éducative seule, en groupe, les ateliers ayant lieu dans la salle d'éducation du service d'endocrinologie.

- **Education individuelle :**

Les séances d'éducation sont réalisées au lit du patient.

Tous les thèmes des ateliers peuvent être repris individuellement mais certains thèmes sont spécifiquement traités en individuel :

- L'autosurveillance glycémique
- Les techniques d'injection,
- L'utilisation de la pompe à insuline.

Pour chaque item, la méthode pédagogique utilisée est de type travaux pratiques. L'infirmière fait la démonstration de la technique puis le patient manipule lui-même le matériel. Des situations sont simulées et différents problèmes sont imaginés. Tout ceci dans le but d'autonomiser le patient et de lui apprendre à s'autogérer.

Ces séances combinent souvent soins et éducation.

Une évaluation des acquisitions concernant la technique est réalisée pour chaque thème abordé. Un compte-rendu est inséré dans le dossier médical.

Les patients diabétiques hospitalisés dans d'autres services de l'hôpital peuvent également bénéficier d'éducation individuelle au cours de consultations dites « interservices » assurées par l'infirmière de l'unité mobile d'éducation.

#### **4.1.3.2- Activité ambulatoire**

Elle est strictement individuelle et se décline sous forme de consultations infirmières.

Il s'agit d'une activité éducative seule qui fait suite à une consultation médicale ou complète, à distance, les séances d'éducation collectives dont aurait bénéficié un patient au cours d'une hospitalisation.

Ces consultations sont assurées par une infirmière rattachée à l'unité mobile d'éducation (toutes les infirmières du service « tournent » sur ce site).

Différents thèmes y sont abordés mais principalement:

- consultation « carnet » (adaptation des doses),
- consultation pompe (trimestrielle) (évaluation technique, problème avec les prestataires, difficultés rencontrées au quotidien, vécu ...) principalement.

Une fois de plus, tous les thèmes abordés au cours de la semaine d'éducation peuvent être repris.

Un compte-rendu de la séance apparaît dans le dossier d'éducation. A l'issue de chaque

consultation infirmière, un compte-rendu oral est fait au médecin prescripteur. Ensemble médecin et infirmière proposent au patient, s'ils le jugent nécessaire, un autre rendez-vous auprès de l' infirmière.

Ce système est développé à la fois sur le site de Montbéliard (trois jours par semaine), où l'endocrinologie n'est plus qu'une activité ambulatoire, et sur le site de Belfort (quatre jours par semaine).

Il n'existe pas de consultations diététiques en ambulatoire, cependant les diététiciennes peuvent être sollicitées par les infirmières assurant les consultations externes pour compléter ou revoir les besoins éducatifs de certains patients.

#### **4.1.4- Recrutement des patients; Communication**

##### **- Le recrutement**

###### **• Hospitalisation de semaine :**

Les médecins du service recrutent les patients pour l'éducation en hospitalisation de semaine, au cours de consultations médicales. Il n'est pas possible, pour un médecin généraliste, d'adresser un patient en hospitalisation de semaine pour bénéficier spécifiquement d'éducation.

Les patients hospitalisés dans le secteur conventionnel peuvent prendre part aux ateliers.

Les conjoints, aidants, enfants peuvent également y participer.

###### **• Consultations infirmières :**

Elles font suite à une hospitalisation ou à une consultation avec un médecin du service. Il n'y a pas d'accès direct pour les patients.

##### **- La communication :**

Il n'y a pas de moyens de communication mis en place.

#### **4.1.5- Lien hôpital-ville**

A l'issue de la semaine d'hospitalisation, le courrier de sortie précise les thèmes pour lesquels le patient a bénéficié de séances d'éducation.

Les consultations infirmières ne font pas l'objet d'un compte-rendu au médecin traitant.

#### **4.1.6- Evaluation**

Une évaluation des connaissances acquises et des besoins éducatifs restants est réalisée pour chaque atelier

- A court terme, au cours de l'hospitalisation, par un questionnaire écrit (ateliers diététique- Annexe 14 p 169- et ateliers sur le pied) ou de manière informelle
- A moyen terme au cours d'une consultation médicale ou infirmière
- A long terme, lors d'hospitalisation ultérieure, par l'évaluation des comportements, étape nécessaire au remplissage du dossier d'éducation.

#### **4.1.7- Coordination des activités éducatives**

Il n'y a pas de coordinateur des activités éducatives.

Il n'y a pas de réunions pour échanger sur le contenu des ateliers ou sur les patients.

Cependant, un travail collectif en amont des ateliers a été effectué : rédaction du programme d'éducation thérapeutique par les différents intervenants, validation par le chef de service et approbation par le directeur de la qualité.

#### **4.1.8- Nombre de patients éduqués**

Cette information ne m'ayant pas été communiquée, par calcul, j'ai déterminé qu'au maximum, 810 patients avaient été éduqués depuis l'ouverture de l'hospitalisation de semaine en mai 2008.

Chaque semaine une dizaine de patients sont admis en hospitalisation et bénéficient de séances d'éducation.

L'hôpital de semaine est ouvert 51 semaines par an (fermeture la semaine de Noël).

En extrapolant, on obtient le nombre de patients éduqués depuis l'ouverture de l'hôpital de semaine (mai 2008) jusqu'à la fin 2009 : 30 semaines éducatives en 2008 et 51 en 2009, soit 81 semaines d'hospitalisation de semaine depuis l'ouverture, soit 810 patients éduqués.

Pour l'année 2009,  $51 \times 10 = 510$  patients éduqués.

#### **4.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours**

##### **Points faibles :**

- Les patients sont parfois peu motivés par cette nouvelle approche. Ils doivent être « cherchés » dans leur chambre pour l'atelier...
- La charge de travail est parfois conséquente en cas d'absence d'un intervenant.

- Il n'y a pas de valorisation de l'activité d'éducation thérapeutique (un patient ne peut pas être hospitalisé pour des séances d'éducation sans soins ni bilan, car cela signifie pas de cotation d'actes, donc pas de financement). Un problème se pose également pour la rémunération des consultations infirmières.

**Points forts:**

- Les activités d'éducation ont permis aux différents professionnels de santé de remettre en question leur pratique, soutenus et encadrés par l'équipe médicale.
- Des formations internes au service sont l'occasion d'uniformisation des messages au sein de l'équipe, (trois journées en 2008 pour tous les soignants du service et les ASH sur l'équilibre alimentaire et l'insulinothérapie fonctionnelle).

**Projets :**

- Développer l'hospitalisation de jour pour le bilan annuel dégénératif et l'éducation.
- Créer des liens avec les ressources éducatives extérieures existantes (centre de santé de Belfort par exemple).
- Développer l'éducation thérapeutique en ambulatoire pour la proposer dès le diagnostic de la maladie.

## 5- STRUCTURES AMBULATOIRES

### 5.1- Les maisons de santé FEMASAC

Les cinq maisons de santé ont un mode de fonctionnement quasi semblable, notamment en matière d'ETP. Les quelques particularités présentées par le centre de santé de Belfort seront détaillées ultérieurement.

#### 5.1.1- Activités d'ETP

L'ETP est strictement ambulatoire et se déroule lors de consultations individuelles. L'éducation thérapeutique aborde plusieurs domaines : le diabète de type 2, principalement, les facteurs de risque cardiovasculaires, les AVK, l'asthme. L'éducation thérapeutique se veut multidisciplinaire.

#### 5.1.2- Professionnels de santé impliqués

Au sein des maisons médicales, les intervenants sont multiples.

Pour ce qui est de l'éducation, le dénominateur commun pour les cinq sites est le poste d'infirmière d'éducation à temps plein que se partagent deux infirmières, depuis novembre 2007.

Les diététiciennes, podologues et certaines psychologues participent également à la fonction éducative au cours de leurs consultations.

INTERVENANT	STATUT	FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE
<b>MEDECINS GENERALISTES (32)</b>		
<b>Baumes Les Dames (2/4)</b>	Libéraux	- Formation de la Fédération des réseaux de santé (FRS) (Niveau 3) - Formation Gentiane (Niveau 3)
<b>Belfort (1/8)</b>	Salariés	- Formation de la FRS (Niveau 3)

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>Besançon (1/8)</b>	Libéraux	- Formation de la FRS (Niveau 3)
<b>MEDECINS GENERALISTES</b>		
<b>Bletterans (1/8)</b>	Libéraux	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Formation de la FRS (Niveau 3)
<b>Pagney (2/4)</b>	Libéraux	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Formation de la FRS (Niveau 3)
<b>INFIRMIERES(2)</b>	Salariées	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Diplôme Universitaire ETP (Niveau 2)
<b>DIETETICIENNES (5)</b>		
<b>Baume Les Dames</b>	Libérale	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Diplôme Universitaire ETP (Niveau 2)
<b>Belfort</b>	Salariée	- Formation de la FRS (Niveau 3)
<b>Besançon</b>	Libérale	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Diplôme Universitaire ETP (Niveau 2)
<b>Bletterans</b>	Libérale	- Formation Gentiane (Niveau 3)
<b>Pagney</b>	Libérale	- Formation Gentiane (Niveau 3) - Diplôme Universitaire ETP (Niveau 2)

<b>INTERVENANT</b>	<b>STATUT</b>	<b>FORMATION A L'EDUCATION THERAPEUTIQUE</b>
<b>PODOLOGUES (2)</b>		
<b>Baume Les Dames</b>	Libérales	- Formation Gentiane (Niveau 3)
<b>Bletterans</b>	Libérales	- Formation Gentiane (Niveau 3)
<b>PSYCHOLOGUES (2)</b>		
<b>Baume Les Dames</b>	Libérale	- Formation Gentiane(Niveau 3) - Diplôme Universitaire ETP (Niveau 2)
<b>Pagney</b>	Libérale	- Formation Gentiane (Niveau 3)

### **5.1.3- Descriptif des activités d'ETP**

L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 a lieu au cours de consultations assurées par une infirmière d'éducation, une diététicienne ou une podologue.

Il s'agit d'une intervention éducative seule en ce qui concerne les infirmières et diététiciennes. La podologue assure conjointement soins et éducation.

Le diagnostic éducatif est réalisé par le médecin et l'infirmière, en deux temps.

Tout d'abord; le médecin précise sur un document spécifique « Demande de séances d'éducation thérapeutique pour diabétique »:

- le motif de la demande (problème d'observance, prise de poids...)
- les antécédents du patient,
- son traitement,
- la date de découverte du diabète, la date de mise à l'insuline
- certaines données bio-cliniques (poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, hémoglobine glyquée, clairance de la créatinine, microalbuminurie, date du dernier fond d'œil.)

Puis l'infirmière détermine au cours de la première consultation les autres éléments nécessaires à l'établissement d'un diagnostic éducatif. Il est ainsi réalisé de manière informelle au cours de l'entretien. Il n'existe pas de support de recueil de données.

A l'issue de ce diagnostic éducatif, le programme éducatif est élaboré. Le nombre et la fréquence des séances d'éducation n'est pas fixe mais adapté au rythme du patient et aux objectifs.

En règle générale, le programme est identique et s'étend sur cinq séances d'une heure environ avec une sixième séance, dite de consolidation trois à six mois plus tard; soit six heures « éducatives », au total.

L'ordre des séances n'est par contre pas prédéfini, il dépendra des priorités déterminées avec le médecin et le patient. Seule la première séance est immuable.

La consultation dure une heure.

La première séance est dite « de présentation ».

Les thèmes abordés par la suite :

- Conseils diététiques
- Apprentissage du lecteur de glycémie
- Le traitement et les hypoglycémies
- Le suivi annuel
- L'examen des pieds

La dernière séance dite de consolidation sert à évaluer, de manière informelle, le ressenti du patient et sa qualité de vie, et à compléter les éventuels besoins éducatifs restants. Il s'agit d'une séance « à la carte ».

Il n'y a pas de programme écrit distribué aux patients.

Il existe un déroulement écrit du contenu des séances éducatives. Ce protocole reprend les principaux points de chaque séance.

A l'issue de la consultation, l'infirmière rédige un compte-rendu (informatique et papier). (Annexe 15 p 171)

Il n'y a pas de dossier d'éducation. Seul le dossier médical existe, intégrant les synthèses écrites des séances.

### **Particularités du Centre de santé de Belfort**

Le centre de santé, situé au sein du quartier des résidences, accueille une population

majoritairement issue de l'immigration (origine maghrébine et turque). La prise en charge nécessite quelques aménagements :

- La présence d'un proche ou d'un aidant (enfant, cousin, voisin...) est recommandée afin de contourner la barrière de la langue; les messages sont parfois à adapter en fonction des croyances ou religions.
- L'infirmière consulte parfois en binôme avec la diététicienne.
- Des séances de groupe ont lieu tous les deux mois: un atelier sur le goût mais aussi un atelier de cuisine thérapeutique (« Comment alléger une recette traditionnelle ? »)
- Le centre de santé a un partenariat avec une association proposant toutes sortes d'activités : gymnastique, piscine, etc...

#### **5.1.4- Recrutement des patients; Communication**

##### **- Le recrutement**

Le programme d'éducation s'adresse à tous les patients diabétiques de type 2 suivis par les médecins généralistes des maisons de santé, quelque soit le stade de la maladie.

Le recrutement est effectué sur proposition du médecin traitant au patient, au cours d'une consultation. La démarche d'ETP n'est pas imposé au patient.

S'il le souhaite, le patient est donc adressé à l'infirmière qui présentera le contenu et le déroulement de la démarche. Aucun « contrat » n'est établi, et à tout moment, il lui est possible d'interrompre la prise en charge.

##### **- La communication**

Il n'y a pas de moyens de communication mis en œuvre pour faire connaître ces activités d'éducation en dehors des maisons de santé.

Par contre, les médecins en exercice sont informés de l'offre éducative que peuvent proposer les infirmières, avec leur collaboration.

#### **5.1.5- Lien avec le médecin traitant**

A l'issue de chaque séance, une synthèse écrite est rédigée par l'infirmière qui la transmet au médecin dans la semaine suivant l'entrevue. Cette synthèse est intégrée au dossier médical du patient pour être consultable lors des consultations futures.

### **5.1.6- Evaluation**

Une thèse de médecine générale présentée à l'automne 2009 s'est attachée à évaluer trois aspects (33) :

- L'évolution de critères biocliniques de 60 patients suivis en ETP au sein du programme FEMASAC, adressés pour un diabète de type 2,
- La satisfaction de ces patients,
- L'impact des séances d'ETP chez les médecins des patients concernés par l'étude.

### **5.1.7- Coordination des activités éducatives**

Le Docteur David Landry est responsable du projet éducation thérapeutique dans les maisons de santé. Il est en fonction depuis novembre 2007, et a suivi une formation de niveau 3 (six jours dispensés par la FRS, et la formation du Réseau Gentiane de cinq jours).

Il y a des réunions d'équipe au Centre de santé Léon Blum de Belfort pour faire le point sur le processus d'éducation, environ une tous les deux mois. A ces réunions participent les médecins, l'infirmière d'éducation et la diététicienne.

Il n'y a pas de réunions de coordination des activités d'ETP dans les autres maisons de santé.

### **5.1.8- Nombre de patients éduqués**

Le nombre de patients diabétiques éduqués en 2008 est de 162, et de 141 en 2009.

### **5.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours**

#### **Points faibles :**

- Compte-rendu rédigé par l'infirmière à « sens unique ». pas de retour du médecin à l'infirmière si ce n'est au cours d'échanges informels.
- Au niveau des équipes soignantes : la charge de travail ainsi que le paiement à l'acte font que les temps d'échanges sur les outils, les temps de concertation nécessaires à la démarche d'ETP sont difficiles à mettre en œuvre.
- Peu de professionnels de santé formés à l'ETP, ce qui peut être à l'origine de difficultés d'échanges et de prise en charge éducative.
- Problèmes de locaux : pas de salle dédiée à l'infirmière d'éducation.
- Manque d'évaluation.

### **Points forts :**

- Education multidisciplinaire proposée aux patients.
- Offre de proximité, dans des locaux connus des patients.
- Délai court pour la prise de rendez-vous.
- Large recrutement de patients (plusieurs médecins au sein des maisons de santé).
- Couverture géographique vaste (cinq maisons de santé réparties sur le territoire franc-comtois).
- Infirmières d'éducation aux expériences diverses (soins intensifs de cardiologie, protection maternelle et infantile, médecine préventive..., ce qui est un atout pour leur pratique).
- Travail en collaboration avec les autres professionnels de santé.
- Satisfaction des patients.

### **Projets :**

- Ouverture d'une sixième maison de santé avec la volonté de faire également bénéficier leurs patients d'ETP.
- Prise en charge des patients obèses.
- Prise en charge des patientes présentant un diabète gestationnel.
- Développer l'évaluation.
- Formation des médecins à l'ETP.
- Transition vers un fonctionnement pluridisciplinaire à part entière avec staffs, coordination améliorée entre infirmières, médecins, diététiciennes, psychologues et éducateurs médico-sportifs.
- Développer des séances d'éducation de groupe animées par un binôme infirmière diététicienne ainsi que des séances d'activité physique .

## **5.2- Le « Réseau Gentiane, diabète en Franche-Comté »**

### **5.2.1- Activités d'ETP**

Elles sont variées :

- Cycles d'éducation
- Ateliers d'éducation
- Séances d'activité physique hebdomadaires
- Stage « Sport et Diabète »
- Week-end à thème notamment sensibilisation à l'activité physique

Toutes ces activités d'éducation ont lieu en ambulatoire.

De plus, le réseau :

- Joue un rôle dans la formation des professionnels de santé au diabète et à l'éducation thérapeutique au cours d'un programme de cinq jours,
- Assure des formations ciblées au personnel soignant de différentes structures de la région (Hôpital local de Baume Les Dames, Maison de retraite de Frasne, résidence du Parc de Scey à Dole),
- Finance des consultations diététiques, aux patients adhérents du Réseau, à raison de trois par an, sur prescription médicale. Ces consultations sont réalisées par des diététiciennes formées par le Réseau.

### **5.2.2- Professionnels de santé impliqués**

Les actions d'éducation sont le fait de professionnels de santé formés par le réseau. Il s'agit de médecins généralistes ou spécialistes (endocrinologues, angiologues), d'infirmières, de pédicures, de kinésithérapeutes, d'éducateurs médico-sportifs, de psychologues, de diététiciennes, de pharmaciens...

Il s'agit d'une formation de niveau 3.

Certains professionnels de santé ont complété leur formation : IPCEM, Diplôme Universitaire d'ETP, DELF...

### **5.2.3- Descriptif des activités d'ETP**

#### **5.2.3.1- Les cycles d'éducation**

Il s'agit d'un programme éducatif de groupe, standardisé, de six séances, avec une septième séance six mois plus tard.

Les thèmes traités sont:

- 1<sup>er</sup> séance : Vécu et connaissance du diabète « Le mannequin Bertrand »
- 2<sup>e</sup> séance : Diététique. Choix des aliments « Le jeu du marché »
- 3<sup>e</sup> séance : Activité physique et diminution de la glycémie. Autosurveillance glycémique
- 4<sup>e</sup> séance : Diététique. L'équilibre alimentaire, répartition des aliments « Le jeu de cartes des rations »
- 5<sup>e</sup> séance : Le pied diabétique et Les complications du diabète
- 6<sup>e</sup> séance : Synthèse « Cas mosaïque » et objectifs partagés
- 7<sup>e</sup> séance : Partage des difficultés rencontrées et évaluation de la situation actuelle.

Les séances se déroulent en ambulatoire (salle d'attente des médecins, salle communale, salle de l'Espace Santé Dole Nord Jura...).

Il s'agit d'une intervention éducative seule, animée par un binôme de professionnels de santé (médecin et infirmière le plus souvent). Pour certaines séances, « diététique », « activité physique », « le pied du diabétique », d'autres professionnels peuvent être mis à disposition du binôme (diététicienne, éducateur médico-sportif, podologue).

Le diagnostic éducatif n'est pas formalisé par écrit et est le fait du professionnel de santé qui propose une éducation au patient.

Le programme est standardisé. Les patients assistent à toutes les séances.

Un programme écrit est remis au patient au début du cycle d'éducation.

Les intervenants ont un déroulé écrit de chaque séance.

Des documents pédagogiques sont remis à la fin de chaque séance et un document relié faisant la synthèse est remis à la fin de la sixième séance (Livre « Vivre avec le diabète »)

Chaque séance éducative dure deux heures environ. Le cycle s'étend sur une période variable, idéalement il est recommandé aux professionnels de santé de programmer au minimum une séance par quinzaine.

Au total, chaque patient bénéficie de 14h d'éducation.

### **5.2.3.2- Les ateliers d'éducation**

Ils ont lieu exclusivement en Haute-Saône . Ils font suite à la volonté des coordinateurs locaux de mettre en place des actions de proximité, personnalisées, et adaptées aux besoins du territoire.

Les ateliers sont des séances d'éducation de groupe, qui abordent quatre thèmes :

- Pied diabétique,
- Diététique,
- Passage à l'insuline,
- Activité physique.

Il s'agit d'une intervention éducative seule qui se déroule sur six sites de la Haute-Saône :

- Vesoul (Maison des Associations)
- Lure (Centre culturel)
- Luxeuil

- St Loup sur Semousse (salle communale)
- Gray (salle communale)
- Jussey.

Seulement huit ateliers ont eu lieu :

- Activité physique (4 séances)
- Diététique (3 séances)
- Le pied diabétique (1 séance)
- Aucune séance sur le passage à l'insuline.

Le diagnostic éducatif est, là encore, réalisé en amont par un des professionnels de santé ayant recruté le patient.

Chaque séance fait l'objet d'un déroulé écrit pour les intervenants.

Chaque atelier dure deux heures, est animé par des deux professionnels de santé formés par le réseau. Un observateur assiste à la séance.

Il y a entre quatre et dix participants (conjointes acceptés).

La fréquence des ateliers est de une séance par quinzaine.

#### **5.2.3.3- Séances d'activité physique dans le territoire du Nord Jura**

Elles sont animées par l'éducateur médico-sportif du réseau, à raison de deux séances de deux heures par semaine, le lundi après-midi et le mercredi matin.

Elles ne se déroulent que dans la ville de Dole.

Le lundi après-midi : il s'agit de gymnastique douce, dans un gymnase de la ville.

Le mercredi matin : accompagnement à la marche dans les sentiers de la Forêt de Chaux .

Les groupes sont constitués de 10 à 15 patients, avec possibilité d'accompagnants.

#### **5.2.3.4- Le stage « Sport et Diabète »**

Cette action éducative a été traitée dans le chapitre consacré au service de diabétologie de Dole.

#### **5.2.3.5- Les week-ends « Activité physique »**

Durant l'hiver 2008-09, ont eu lieu deux week-ends dédiés à l'activité physique des diabétiques de type 2.

Le programme de ces deux journées mêlait à la fois :

- activité physique (marche, stretching)
- groupe de paroles, relaxation
- culture
- diététique : le goût
- atelier prévention et massage détente des pieds.

Le premier, au sanctuaire du Mont-Roland, dans le Jura, regroupait une quinzaine de participants, originaires pour la grande majorité du département du Jura.

Le week-end était encadré par un éducateur médico-sportif et deux infirmières, dont une bénévolement, avec l'intervention ponctuelle d'une diététicienne et d'une diabétologue.

Le second week-end se déroulait à Vézelay et comptait une trentaine de participants (diabétiques et non-diabétiques).

L'encadrement était assuré par une diabétologue, une infirmière et un éducateur médico-sportif, tous formés par le Réseau Gentiane.

Il s'agit d'action éducative seule, conjointe à plusieurs associations : Harmoni'gram (association d'adultes en surcharge pondérale), Remue-Relax (association pour le bien-être), DIANE (DIAbète, Nutrition, Education; association de patients diabétiques du Nord Jura), « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » avec le soutien financier de l'Espace Santé Dole Nord Jura.

#### **5.2.4- Recrutement des patients; Communication**

##### **- Le recrutement**

###### **• Les cycles d'éducation**

Le recrutement des patients aux cycles d'éducation se fait principalement par un professionnel de santé, qu'il soit adhérent au réseau ou non.

Les patients peuvent également s'inscrire directement en prenant contact avec le Réseau Gentiane.

###### **• Les ateliers de Haute-Saône**

Les patients s'inscrivent d'eux-mêmes à la séance choisie en contactant la coordination régionale du Réseau Gentiane, à Dole.

- **Séances d'activité physique**

Bien souvent la participation fait suite à un cycle éducatif, au cours duquel l'activité a été présentée aux patients. Ils s'inscrivent en appelant la coordination du réseau ou se présentent à une séance, sans inscription préalable.

Ces séances nécessitent cependant un certificat médical de non contre-indication à l'activité physique.

- **Week-ends « Activité physique »**

Le recrutement se fait par les différentes associations participant à l'élaboration des projets, sans restriction particulière.

– **La communication**

- **Les cycles d'éducation**

Ces cycles font l'objet d'une communication par diffusion du programme de l'Espace Santé Dole Nord Jura aux divers professionnels de santé du territoire du Jura Nord, et sur internet (site en cours de construction., [contact@espacesante-dnj.fr](mailto:contact@espacesante-dnj.fr)).

- **Les ateliers de Haute-Saône**

Les moyens de communication utilisés sont divers:

- l'Association Saônoise du Diabète qui participe à la promotion des ateliers,
- la Fleur de Gentiane, journal édité par le réseau à l'attention des adhérents,
- affiches dans la salle d'attente d'un diabétologue libéral.

- **Les séances d'activité physique**

Il n'y a pas de moyen de communication mis en œuvre.

- **Les week-ends « Activité physique »**

Aucun moyen de communication n'est mis en œuvre, les initiateurs des projets ne misant jusqu'à présent que sur le « bouche à oreille ».

### 5.2.5- Lien avec le médecin traitant

#### – Cycle d'éducation :

Un courrier peut être adressé au médecin traitant des patients éduqués. C'est le cas notamment des patients qui ont assisté à un cycle, dispensé par un autre médecin que leur médecin traitant.

#### – Ateliers de Haute-Saône :

Une fiche de synthèse est remise au patient ainsi qu'au professionnel de santé référent du patient (médecin traitant, diabétologue, infirmière, diététicienne...)

Sur ce document sont notés les objectifs personnels formulés par le patient. (Annexe 16 p 173)

Il n'y a pas de lien avec le médecin traitant pour ce qui est des autres activités d'éducation (séances d'activité physique, Stage Sport et Diabète, Week-ends activité physique)

### 5.2.6- Evaluation

#### – Cycle d'éducation:

A l'issue de chaque cycle, une évaluation anonyme de la satisfaction est réalisée sous forme de cible. (Annexe 11 p 162)

Une thèse de médecine a évalué la satisfaction des patients adhérents au réseau, et notamment la satisfaction des patients ayant participé à des séances d'ETP de groupe (6).

#### – Ateliers de Haute-Saône

A la fin de l'atelier, une évaluation anonyme de la satisfaction est réalisée sous forme de cible. Il existe également une évaluation de l'atelier par les intervenants.

– **Les séances d'activité physique** ne font l'objet d'aucune évaluation.

– **Stage « Sport et Diabète »** : une évaluation anonyme de la satisfaction est réalisée sous forme de cible.

– La satisfaction des patients participant aux **week-ends « Activité Physique »** est évaluée par un questionnaire.

### 5.2.7- Coordination des activités éducatives

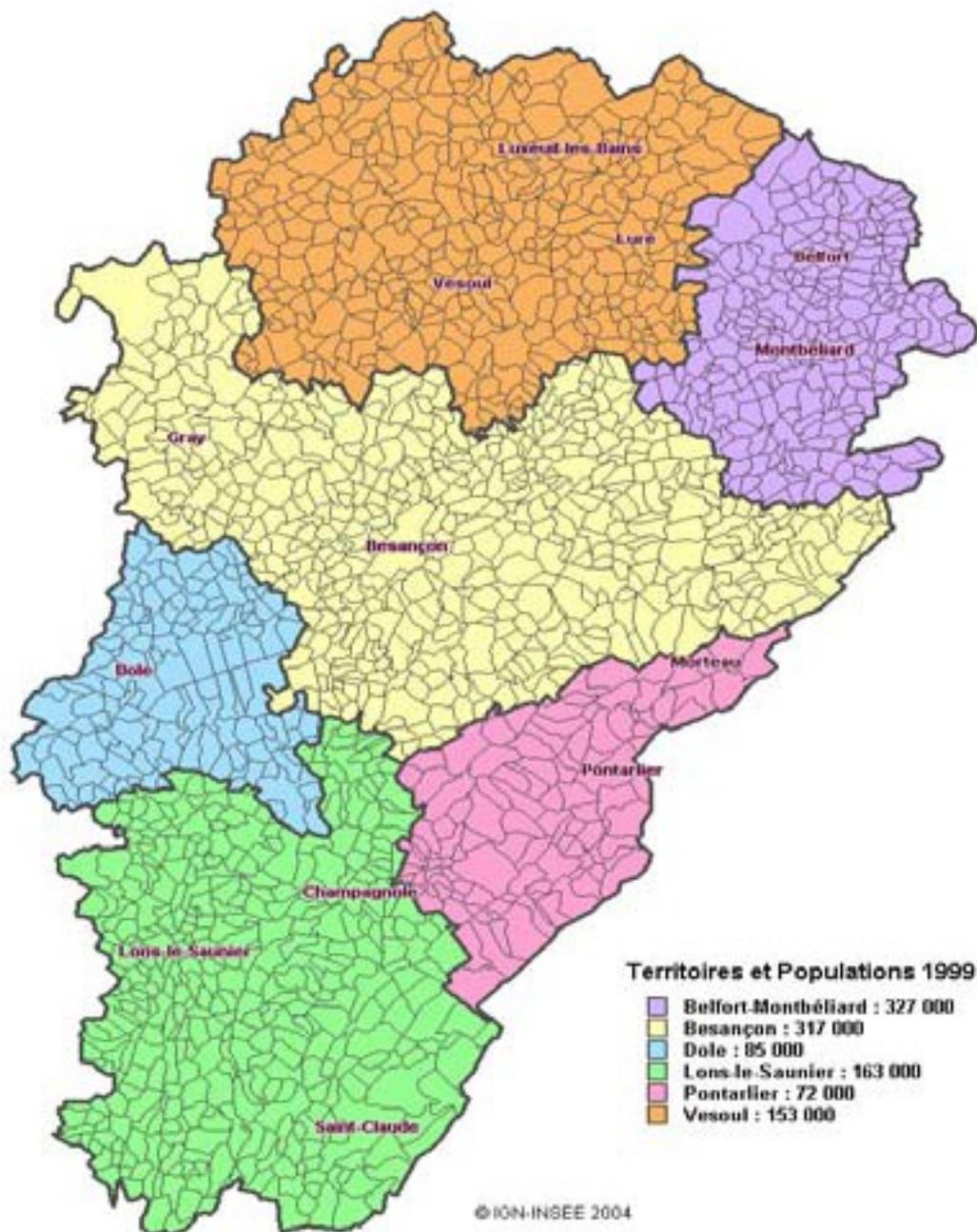
Il existe une coordination régionale et des cinq coordinations territoriales, une par territoire de santé défini par le Schéma régional d'organisation des soins de 3e génération (SROS 3).

La coordination régionale est constituée de :

- un médecin généraliste à mi-temps,
- d'un diabétologue à quart temps, partagé avec la structure de l'ESDNJ,
- d'une assistante à temps plein,
- d'une infirmière à mi-temps,
- d'un éducateur médico-sportif à temps plein.

Les coordinations territoriales ont à leur tête un coordonnateur, dont la base de temps de travail est fonction de la population du territoire.

<b>TERRITOIRES DE SANTE</b>	<b>COORDONNATEUR ET FORMATION</b>	<b>STATUT</b>	<b>TEMPS DE TRAVAIL</b>
<b>BESANCON-GRAY</b>	Diététicienne	Salariée	Mi-temps
<b>JURA NORD</b>	Médecin	Salarié	4h/semaine
<b>PONTARLIER</b>	Diététicienne Infirmière hospitalière	Vacataires	2h/semaine 2h/semaine
<b>VESOUL</b>	Pharmacienne Infirmière hospitalière	Vacataires	4h/semaine 2h/semaine
<b>JURA SUD</b>	Psychologue	Vacataire	4h/semaine



### **Les territoires de santé en Franche-Comté selon le SROS 3**

Des réunions sont organisées régulièrement pour discuter des actions et programmes éducatifs, au sein des coordinations territoriales et avec la coordination régionale.

#### **5.2.8- Nombre de patients éduqués**

Depuis la création du réseau en 2002, 401 patients ont bénéficié de séances d'éducation

thérapeutique, au cours de 368 séances éducatives.  
En 2009, 69 patients ont été éduqués et 60 en 2008.

### **5.2.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours**

#### **Point faible:**

Le budget du réseau n'a pas permis de faire des formations de cinq jours à l'éducation thérapeutique et au diabète comme les années précédentes. Il n'y a eu qu'une journée de formation proposée aux professionnels de santé sur le diagnostic éducatif.

#### **Point fort :**

En 2009 le Réseau GENTIANE a décidé de travailler en territoires de santé, afin d'être au plus près des besoins des patients.

#### **Projets:**

Des cycles d'éducation sont prévus pour l'année 2010, ainsi que des ateliers de perfectionnement sur des thèmes précis.



# **DISCUSSION**



# 1- METHODES

## 1.1- Limites de l'étude

### 1.1.1- Le type d'enquête

L'enquête a été réalisée à partir d'un entretien semi-directif, le but étant de recueillir une information descriptive et objective.

Les entretiens semi-directifs n'avaient pas pour objectif de permettre aux répondants d'exprimer leurs opinions, hormis dans le chapitre « points positifs et négatifs ». L'analyse transmise ici occulte une certaine réalité.

### 1.1.2- Le guide d'entretien semi-directif

Le nombre de questions a été limité pour faciliter l'acceptabilité du questionnaire. Mais certains domaines n'ont pas été explorés, notamment :

- le **financement et le coût des actions d'éducation.**

On sait par la Société française de santé publique (SFSP) (34) que « le financement national par patient et par an des actions d'éducation thérapeutique présente une dispersion surprenante même si ces variations sont, probablement, le reflet d'activités et d'organisations différentes. Il varie selon les données de la CNAMTS de 135€ à 1 763€ pour un coût moyen estimé à 372€. Le financement annuel d'un dispositif varie de 3.000€ à 778.667€ ! »

L'évaluation médico-économique des pratiques d'éducation thérapeutique aurait méritée d'être approfondie.

- le **contenu du courrier adressé au médecin traitant.**

Les structures interrogées évoquaient la transmission d'informations aux médecins généralistes par un courrier, rédigé à l'issue de l'hospitalisation.

Cependant, les éléments transmis dans ce courrier n'ont pas été évoqués au cours de l'entretien : le programme éducatif est-il précisé ? Le contenu des séances est-il détaillé ? Les objectifs fixés avec le patient sont-ils énoncés ? L'évaluation des compétences acquises est-elle spécifiée ?

Ce versant aurait pu être exploré pour ce travail, ce qui n'a pas été le cas.

Il est donc légitime de se demander si les informations transmises sont suffisantes pour permettre au médecin d'assurer le suivi éducatif.

### **1.1.3- La population**

#### **1.1.3.1- Recensement hospitalier non-exhaustif**

La méthode de recensement s'est appuyée sur les CHU et CHG mais aussi sur les structures ambulatoires les plus implantées dans la région en matière d'éducation.

Cependant, le recensement opéré ne prétend pas être exhaustif, ni d'un point de vue hospitalier, ni d'un point de vue ambulatoire.

En effet, aucun recensement de l'activité éducative n'a été fait dans les hôpitaux locaux, choix délibéré par manque de disponibilité pour se rendre sur les différents sites. Hors les hôpitaux locaux sont, par définition, des lieux de proximité par excellence pour les patients. Ceci constitue une limite à l'étude descriptive réalisée.

#### **1.1.3.2- Recensement ambulatoire non-exhaustif**

Pour les actions éducatives ambulatoires, l'étude s'est restreinte à deux structures (Maisons de santé FEMASAC et « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »).

Pour Bresson et Bataillon (35), « les activités d'éducation du patient en soins ambulatoires s'organisent majoritairement autour de quatre dispositifs :

- l'éducation thérapeutique intégrée aux pratiques des professionnels de santé libéraux,
- les structures réunissant plusieurs professionnels médicaux et/ou paramédicaux (grâce à des financements publics - Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)\* ou Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) - ou privés,
- les programmes éducatifs à l'initiative d'organismes de santé « payeurs » (CNAM TS, Mutualité sociale agricole (MSA), Caisse des Mines...),
- les réseaux de santé. »

C'est ainsi que l'état des lieux réalisé ne tient pas compte :

- de l'ETP de premier recours des professionnels de santé libéraux, en particulier des médecins généralistes,
- ni des programmes à l'initiative des organismes payeurs.

---

\* Les maisons de santé FEMASAC ont reçu un financement FIQCS pour un poste à temps plein d'infirmière, exclusivement dédié à l'éducation thérapeutique.

### **1.1.3.2.1- Education de premier recours par les médecins traitants**

La SFSP (34) a déjà constaté les difficultés à évaluer l'importance des pratiques éducatives par des professionnels de santé en ambulatoire, en France, du fait de l'absence de données quantitatives.

Cette éducation existe indiscutablement, même si elle diffère des activités de programmes éducatifs proposées dans le cadre des services hospitaliers.

Or, un constat de 2008 de la SFSP laissait envisager que « la plupart des malades chroniques ne bénéficiaient d'aucun programme d'éducation thérapeutique ».

Faut-il en déduire pour autant qu'ils ne bénéficient d'aucune éducation thérapeutique, autrement dit qu'aucun soignant ne se préoccupe de les aider « à prendre soin d'eux-mêmes »? (36)

Plus vraisemblablement, à côté des programmes hospitaliers, formalisés, existe une éducation thérapeutique de premier recours. Attention cependant à la définition qu'est donnée à l'ETP par les médecins généralistes. Tout professionnel de santé de premier recours ne pratique pas l'ETP à proprement parler.

Selon une enquête déclarative de 2006 réalisée dans les départements de l'Indre et du Loiret (37), 96,9% des médecins généralistes interrogés disent pratiquer « l'éducation thérapeutique ». Dans cette enquête, les médecins généralistes se représentent essentiellement l'ETP comme une transmission de connaissances, et évoquent beaucoup moins les dimensions psychosociales et pédagogiques que l'on retrouve dans la définition de l'ETP. C'est ainsi que plus de 56% des médecins généralistes interrogés parlent d'enseignement, et parmi eux 95% considèrent le savoir et seulement 8% le savoir-faire...

Il serait intéressant d'étudier qualitativement et quantitativement cette ETP intégrée aux soins, et notamment l'ETP de premier recours.

### **1.1.3.2.2- Programmes à l'initiative des organismes payeurs**

La MSA organise en Franche-Comté des actions visant à promouvoir l'ETP pour plusieurs affections de longue durée (HTA, insuffisance cardiaque, maladies coronaires) et prévoit une extension au diabète de type 2 en 2009 (27).

Cette activité n'a pas été étudiée.

L'ET dispensée par les maisons de santé FEMASAC et le réseau Gentiane n'est donc qu'une facette de ce que peut être l'ET ambulatoire, de premier recours, en Franche-Comté.

## **1.2- Points forts de l'étude**

### **1.2.1- Le recueil à l'échelle régionale**

Ce travail a consisté en un état des lieux régional de l'éducation thérapeutique proposée aux diabétiques de type 2.

### **1.2.2- La rencontre de chaque équipe**

Une rencontre a été programmée avec le personnel soignant de chaque structure étudiée. Le recueil de données a ainsi pu être optimisé, d'une part par un entretien de visu avec le personnel soignant et d'autre part, par la diversité des professionnels de santé rencontrés.

Les personnes interrogées ont eu la possibilité de me communiquer ultérieurement les données manquantes le jour de notre entretien.

A noter également la participation à une séance d'éducation dans chaque structure.

## **2- DONNEES RECUEILLIES**

### **2.1- Une offre majoritairement hospitalière**

L'offre éducative pour les diabétiques de type 2 francs-comtois est majoritairement proposée par les établissements hospitaliers. Seules deux structures non-hospitalières, assurant une éducation exclusivement ambulatoire, ont été recensées dans la région.

Ce constat n'est pas surprenant. Comme le souligne la SFSP (34) « Le savoir-faire en éducation thérapeutique est essentiellement hospitalier » et les établissements de santé sont considérés comme « le lieu d'élection de l'ETP » pour plusieurs raisons :

- Ils répondent plus aisément à l'exigence de pluridisciplinarité ou de pluriprofessionnalité exigée par les organismes officiels (HAS notamment), pour construire les réponses adaptées aux besoins des personnes.
- Ils peuvent dégager des crédits importants en matière de transversalité des équipes ou de guidance méthodologique.
- Ils disposent de lieux adéquats pour les séances éducatives.
- Enfin, il faut aussi noter dans les centres hospitalo-universitaires, la disponibilité des équipes de recherche pour valider les processus initiés en éducation thérapeutique.

## **2.2- Des activités éducatives nécessitant l'hospitalisation du patient**

Certaines structures (3/7) ont une activité majoritairement ou exclusivement hospitalière (Vesoul, Gray, Belfort-Montbéliard), d'autres ont une activité majoritairement ambulatoire (Lons, Pontarlier, Besançon, Dole) avec des consultations individuelles ou des séances d'éducation collectives, dispensées cependant au sein de l'hôpital.

Or tous les patients diabétiques de type 2 n'ont pas nécessairement besoin d'avoir un suivi spécialisé en milieu hospitalier ! De plus, ces derniers ne souhaitent pas toujours se rendre à l'hôpital, même pour des séances éducatives en ambulatoire. C'est un point négatif soulevé par l'équipe de Pontarlier.

Dans ce contexte, on est loin des recommandations de la HAS (11) qui préconisent que les actions éducatives « concernent la vie quotidienne du patient » et qu'elles soient « adaptées au mode de vie du patient ». On parle d'éducation de proximité. Celle-ci nécessite d'aller « à la rencontre des patients au plus près de leur lieu de vie ».

Le choix du lieu de déroulement des séances se fera donc en fonction de l'offre locale ainsi que des souhaits et impératifs professionnels ou familiaux du patient.

Cette notion d'éducation thérapeutique de proximité est également reprise dans le rapport au collège du HCSP sur l'ETP dans le cadre des soins de premier recours (27) :

« Compte tenu du nombre et de la durée d'évolution des maladies chroniques, il est généralement admis que l'ETP devra s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. De fait, elle ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers et nécessite l'implication des professionnels libéraux dont le médecin traitant. »

## **2.3- Nombre de patients éduqués**

La faiblesse du nombre de patients impliqués est une constante (34) : la HAS parle de « l'ampleur du décalage observé entre l'offre de soins et la prévalence des patients atteints de maladie chronique ».

Dans notre étude, le nombre de patients éduqués pour l'année 2009 varie énormément : d'une vingtaine de patients à plus de 500 !

Ces données ne sont pas toutes comparables entre-elles, certains chiffres ayant été peut-être sur- ou sous-estimés :

- Certaines structures n'ont pas communiqué le nombre total de patients éduqués mais seulement le nombre de patients ayant bénéficié d'une éducation collective (Pontarlier, Dole).

- D'autres structures ont inclus dans « patient éduqué », toute personne ayant au moins bénéficié d'un diagnostic éducatif, que ce diagnostic ait ou n'ait pas été suivi de séances éducatives (Besançon). La terminologie de « patient éduqué » aurait peut-être méritée d'être explicitée, pour harmoniser la définition de ce terme.
- Un service a comptabilisé le nombre de participants aux ateliers ; certains patients ayant assisté à plusieurs ateliers ont donc été « comptés » plusieurs fois.

Autre point à préciser : certaines valeurs n'ont pas été transmises.

<b>Structures hospitalières</b>	<b>Nombre de patients éduqués en 2009</b>
CHU Besançon	517
CH Pontarlier	47 participants aux ateliers (certains patients ont assisté à plusieurs ateliers) 22 patients pour les mini-ateliers
CHI Vesoul	152 en 2008
CH Gray	Non-communicué
CH Dole	20 patients ont participé à un cycle
CH Lons Le Saunier	554 en 2008
CH Belfort Montbéliard	510 (estimation)

<b>Structures ambulatoires</b>	<b>Nombre de patients éduqués en 2009</b>
FEMASAC	141
« Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »	69

Ce que l'on note tout de même :

- De grandes disparités existent au sein des structures hospitalières, d'une vingtaine de patients éduqués à plus de 500.
- De grandes disparités également dans les structures ambulatoires : les maisons de santé FEMASAC éduquent plus de patients que le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté ».
- La comparaison structures hospitalières et structures ambulatoires : la FEMASAC, structure ambulatoire avec des moyens humains et financiers moindres que les hôpitaux, arrive à « rivaliser » avec certaines structures hospitalières.

Il aurait été intéressant, dans ce contexte, de pouvoir faire une évaluation du coût économique, mais déjà on peut aisément penser que le fonctionnement d'une structure d'éducation hospitalière est plus onéreux que l'activité ambulatoire menée par deux infirmières d'éducation à mi-temps.

Il aurait été également judicieux de faire préciser le nombre de patients éduqués depuis la mise en place des activités éducatives par chaque structure. Ainsi, on aurait pu faire une estimation du nombre de patients diabétiques de type 2 éduqués, sachant que l'éducation thérapeutique devrait faire partie intégrante de la prise en charge de 44 000 diabétiques de type 2 en Franche-Comté. (4)

Quoi qu'il en soit, les chiffres actuels laissent plutôt envisager qu'il existe des lacunes en matière d'ET (34), « la plupart des malades chroniques ne bénéfici[ant] d'aucun programme d'éducation thérapeutique », en 2008.

## **2.4- La place du médecin généraliste**

L'hôpital a occupé une place importante dans le développement de l'ETP. L'évolution récente du système de soins, formalisée par la loi « Hôpital Patient Santé Territoires » (23), confère désormais au médecin traitant un rôle de coordination et de synthèse dans le parcours de soins, et incite à une participation plus large des professionnels libéraux à l'éducation thérapeutique (38).

Cependant, la place du médecin traitant et de manière plus large l'implication des médecins libéraux restent relativement marginales malgré la définition précise du rôle du praticien de premier recours, donnée par C.Saout dans son rapport (24) :

- Elaborer le diagnostic éducatif
- Orienter le patient vers les structures locales
- Assurer le suivi éducatif

### **2.4.1- Elaboration du diagnostic éducatif et du contrat éducatif centré sur le patient**

#### **2.4.1.1- Plutôt le fait de l'équipe éducative...**

« Dans le cadre de la définition d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé, c'est au médecin traitant que devrait incomber la coresponsabilité avec le patient de l'élaboration, au minimum de l'étape du « diagnostic éducatif » selon l'expression retenue par la HAS (11). Ce diagnostic sera complété dans la structure d'éducation.

Mais comme le spécifie l'Ordre des médecins (39), « le médecin n'est pas l'unique acteur de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique. Cette dernière est souvent le fait d'équipes pluri-disciplinaires, spécialement formées à ces techniques, notamment en milieu hospitalier »

C'est ce que l'on a pu constater dans ce recensement.

Toutes les structures interrogées déclarent que le diagnostic éducatif est réalisé avant de commencer les séances d'éducation. Mais il est plus souvent le fait des équipes formées à ces techniques, notamment en milieu hospitalier, que le fait du médecin généraliste :

- Lorsque le patient est adressé par son médecin traitant dans un établissement hospitalier, le diagnostic éducatif est établi dans la structure éducative, par l'équipe soignante (médecin, infirmière ou tout autre professionnel de santé intervenant en éducation).
- Lorsqu'il s'agit des maisons de santé FEMASAC ou du « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté », le médecin traitant réalise le diagnostic éducatif, en amont des séances, conformément aux recommandations.

D'autre part, ce diagnostic éducatif est effectué au cours d'une consultation ou d'un entretien individuel par :

- un médecin exclusivement (une structure sur neuf),
- une infirmière exclusivement (1/9),
- un médecin ou tout autre professionnel de santé paramédical (4/9),
- ou successivement par une infirmière et un médecin (2/9).

#### **2.4.1.2- ...Alors que l'environnement serait favorable au médecin généraliste**

L'ETP est conçue par les équipes hospitalières. Mais la transposition des expériences et du savoir-faire hospitaliers s'avère peu pertinente (40) :

- Toutes les maladies, notamment le diabète de type 2, ne nécessitent pas d'hospitalisation. En revanche une offre d'ETP leur est attachée, offre que le médecin traitant peut proposer dans les suites proches du diagnostic de diabète (11) en tant que praticien de premier recours.
- Il est nécessaire d'ajuster les contenus éducatifs dispensés à l'hôpital au contexte et à l'histoire de vie du patient. Le médecin généraliste est particulièrement bien placé pour cet ajustement, il connaît son patient, son comportement, son environnement, son entourage.

- Le défi de proposer une ETP au plus grand nombre de patients nécessite l'implication de nombreux professionnels de santé dont les médecins généralistes. Les établissements hospitaliers, seuls, ne peuvent assurer l'éducation de millions de diabétiques. L'implication du médecin traitant est nécessaire (27).

Le rôle du médecin généraliste apparaît donc comme une évidence dans la prise en charge éducative des diabétiques de type 2.

Par ailleurs, cette évidence est confortée par :

- le rôle qu'il occupe en tant qu'acteur principal de la prise en charge des diabétiques de type 2 sur le territoire national (30). Selon l'enquête ENTRED 2007, 97% des diabétiques de type 2 ont consulté un médecin généraliste dans l'année contre 9% un diabétologue (31). Le suivi rapproché du diabétique et des thérapeutiques est le métier du médecin généraliste et seulement certaines situations devront conduire à recourir aux diabétoles. C'est une nécessité du fait de la faible densité d'endocrinologues sur certaines régions notamment l'Est de la France.
- la volonté qu'il a de participer à l'ETP de ses patients. L'étude ENTRED, dont un des objectifs était de décrire les attitudes, pratiques et attentes des médecins dans le domaine éducatif, le soulignait.
- 20% des médecins généralistes interrogés estimaient que leur rôle était de mettre en œuvre un programme éducatif, plus de la moitié souhaitait assurer le suivi des acquis des patients, et, enfin, les deux tiers mettaient l'accent sur leur action en terme de coordination de l'ensemble de la démarche éducative.

Le médecin généraliste se place naturellement, pour toutes ces raisons, au premier plan de la démarche éducative.

#### **2.4.2- Orienter le patient vers les ressources éducatives locales**

Une fois le diagnostic éducatif établi, le “transfert” du patient vers une équipe de professionnels de santé formés à l'ETP pour finaliser et mettre en œuvre ce programme n'est pas simple dans tous les établissements de santé.

Par ailleurs quand le patient ne relève que de soins de ville, la relative inexistence à ce jour de structures d'ETP indépendantes du système hospitalier rend quasi impossible la mise en place d'une ETP ambulatoire, comme le rappelle C.Saout (24).

### 2.4.2.1- L'accessibilité aux programmes hospitaliers

Dans notre étude, le recrutement des patients est variable. Deux cas de figure se présentent.

Le premier : un médecin traitant adresse son patient à l'hôpital.

- Soit ce dernier accède directement à la structure pour des séances éducatives individuelles ou collectives, au cours d'une hospitalisation ou en ambulatoire. Cette situation est peu répandue et ne concerne que trois structures hospitalières (Pontarlier, Dole, Gray).
- Soit il bénéficie en premier lieu d'une consultation par un médecin du service, avant d'accéder à la structure éducative. Le diagnostic éducatif ainsi que les besoins éducatifs du patient seront déterminés à l'issue de cette consultation. L'éducation thérapeutique du patient diabétique de type 2 suppose alors qu'un suivi diabétologique soit envisagé dans la structure hospitalière. Les patients n'ayant pas de suivi spécialisé ne pourront pas bénéficier de séances éducatives. C'est le cas pour quatre services hospitaliers (Besançon, Lons, Vesoul, Belfort-Montbéliard).

Second cas de figure : un patient intègre une structure éducative de lui-même.

- Soit il s'inscrit directement aux différentes activités éducatives, proposées par deux structures (Pontarlier, Dole). Il s'agit alors de séances ambulatoires, de groupe, dispensées au sein de l'hôpital.
- Soit il prend rendez-vous pour la réalisation de son bilan annuel et pourra bénéficier en même temps d'éducation selon les besoins identifiés par les professionnels de santé (Besançon).

Dans certaines structures, le recrutement peut revêtir les différents aspects cités selon le type d'éducation souhaité (Besançon, Dole).

Ces conditions de recrutement actuellement observées ne correspondent pas aux recommandations officielles. En effet, la HAS et le rapport Saout préconisent :

- Que le médecin de premier recours prenant en charge un diabétique de type 2 puisse orienter son patient vers les structures locales, ambulatoires ou hospitalières, après établissement du diagnostic éducatif,

- Que les structures mettent ensuite en oeuvre le programme d'ETP défini par le médecin traitant

Or :

- La participation au programme éducatif sous-entend un suivi par un diabétologue hospitalier (consultation médicale spécialisée indispensable dans certaines structures),
- Le programme est élaboré après réalisation du diagnostic éducatif par l'équipe éducative et non par le médecin généraliste, comme nous l'avons vu précédemment.

On peut se demander quels sont les facteurs limitant l'implication du médecin généraliste dans la démarche éducative. Leur identification permettrait la mise en oeuvre de moyens pour les vaincre.

#### **2.4.2.2- Des programmes pré-définis**

Les programmes éducatifs peuvent être conçus de manière à être plus ou moins adaptables aux besoins des patients, besoins identifiés lors du diagnostic éducatif.

On distingue différents formats de programmes :

- les programmes non-adaptables,
- les programmes semi-adaptables (séances définies et séances organisées en fonction du diagnostic éducatif ou des besoins éducatifs)
- les programmes totalement adaptables.

Dans notre étude, le programme éducatif est adaptable dans cinq structures sur neuf (Besançon, Pontarlier, Gray, Lons, maisons de santé FEMASAC).

Il est constitué :

- soit exclusivement de séances individuelles (Lons et maisons de santé FEMASAC),
- soit de séances collectives couplées à des séances individuelles.

Le programme est semi-adaptable dans deux structures sur neuf (Vesoul et Belfort-Montbéliard), et est principalement constitué de séances collectives.

Le programme est non-adaptable dans deux structures sur neuf (Dole, Réseau Gentiane), et est uniquement constitué de séances collectives.

Les programmes semi- et non-adaptables, autrement dit « pré-définis »; sont peu propices à répondre de manière optimale aux besoins éducatifs recensés par le médecin généraliste. Il ne s'agit pas d'éducation centrée sur le patient.

#### **2.4.2.3- La méconnaissance de l'offre éducative locale**

Faire profiter ses patients de programmes éducatifs sous-entend pour le médecin généraliste de connaître l'offre éducative de son territoire.

Dans notre région, les moyens de communication mis en oeuvre par six structures (Besançon, Pontarlier, Gray, Dole, Lons, Réseau Gentiane) pour faire connaître leurs activités sont variables : internet, affiches dans les services, information des professionnels de santé du secteur par des affiches, au cours de formations, par voie de presse...

Parfois, la communication est inexistante. C'est le cas de deux structures (Vesoul et Belfort-Montbéliard).

A noter, un cas particulier : les maisons de santé FEMASAC ont mis au point un système éducatif interne aux maisons de santé. Il n'y a donc pas de nécessité de communication extérieure.

Dans ce contexte, certains professionnels de santé n'ont pas connaissance des possibilités éducatives locales.

Plusieurs enquêtes font part de ce constat :

– L'étude ENTRED 2007 (31) :

- 60% des généralistes interrogés déclaraient connaître l'offre disponible en éducation thérapeutique pour les diabétiques de type 2 dans leur bassin de vie,
- 23% la connaissaient partiellement,
- 17% pas du tout.

– Une thèse menée dans les départements de l'Indre et du Loiret (37) notait que :

- Seulement 7,60 % des médecins interrogés citaient les groupes d'éducation mis en place par les réseaux, l'hôpital et les maisons du diabète; signifiant sans doute une méconnaissance de l'existence de cette offre.
- Par contre, le diabétologue est le premier intervenant cité par les médecins généralistes pour l'éducation thérapeutique. Certainement parce qu'il est le correspondant privilégié en ce qui concerne le diabète

et que son aide peut être demandée en cas de problème, sans que la demande soit spécifiquement ou uniquement celle d'éduquer le patient.

### **2.4.3- Assurer le suivi des effets de l'ETP**

Cette fonction est liée au parcours de soins et au suivi de l'évolution de la pathologie chronique.

Mais pour que ce suivi puisse être réalisé, il faut que le médecin dispose des éléments du suivi du programme personnalisé mis en place (41). Cela suppose un lien particulier entre l'équipe d'éducateurs et le médecin traitant : l'organisation de cet échange d'informations permettrait alors de réaliser ce maillage territorial éducatif souhaité par l'ensemble des acteurs (24).

D'Ivernois et Gagnayre (16) rappellent ce « besoin légitime » de recevoir un compte-rendu d'éducation, besoin exprimé par le médecin qui a adressé son patient. Son but : assurer une continuité éducative en indiquant clairement ce que le patient sait et les compétences qu'il doit encore acquérir.

Dans notre étude, tous les services hospitaliers établissent un lien avec le médecin traitant à l'issue d'une hospitalisation par le courrier de sortie.

Par contre, les activités ambulatoires des hôpitaux, qu'elles soient individuelles (consultations infirmières ou diététiques) ou collectives ne font pas l'objet d'un compte-rendu, pour six des sept structures étudiées.

D'autre part, les éléments de la démarche éducative ne sont pas définis de manière systématique dans chaque structure :

- Le programme éducatif n'est pas toujours transmis au patient mais est, d'après les propos recueillis, cité dans le courrier adressé au médecin traitant,
- Il n'y a pas de déroulé écrit élaboré pour chaque thème traité,
- L'évaluation des connaissances acquises dès la fin des séances est souvent manquante (trois structures sur sept : Besançon, Pontarlier, Gray). Celle-ci peut être réalisée à distance, lors d'une future consultation spécialisée ou séance d'éducation. C'est le cas pour Besançon et Pontarlier, où, dans cette dernière structure, l'évaluation est faite à trois mois par le médecin généraliste.
- Une seule structure ne fait aucune évaluation (Gray).

Eric Drahi, médecin généraliste coordinateur d'un réseau diabète, constate lui-aussi le manque de retour d'informations au sein de son réseau (42) :

- sur le contenu éducatif des séances auxquelles le patient a participé,
- sur les objectifs fixés par le patient.

On imagine bien alors la difficulté pour le médecin de premier recours d'assurer le suivi éducatif avec si peu d'informations...

Les structures ambulatoires sont moins concernées par ces difficultés de communication entre éducateurs et médecin traitant . Pourquoi ?

- Dans les maisons de santé FEMASAC, l'éducation thérapeutique est le fait d'une collaboration entre médecins, infirmières d'éducation et diététiciennes. La communication infirmière-médecin est facilitée par l'unité de lieu d'exercice.
- Le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » : le principe même des cycles d'éducation repose sur le recrutement et la réalisation des séances collectives par un professionnel de santé prenant en charge habituellement les patients. Le professionnel de santé a donc les tenants et les aboutissants du programme éducatif (diagnostic éducatif, programme éducatif, objectifs fixés et évaluation des acquis et de la satisfaction).

## **2.5- L'interdisciplinarité et la délégation de tâches**

Toutes les catégories de professionnels de santé peuvent participer aux activités éducatives. Le noyau commun minimum des structures éducatives est le trio médecin, infirmière, diététicienne, hormis pour l'hôpital de Vesoul, où les médecins n'ont pas de temps à consacrer à l'ETP. Cependant, ils sont les initiateurs des hospitalisations de semaine.

A noter :

- Au CHU, de nombreux professionnels de santé interviennent en matière d'ETP, mais aussi la psychologue, les secrétaires et ASH, non référencés en tant que professionnels de santé par le code de la santé publique.
- Au sein du Réseau Gentiane, tout professionnel de santé peut intervenir, mais aussi les éducateurs médico-sportifs et psychologues.

Les recommandations de la HAS (11) précisent que « l'éducation thérapeutique doit être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle ».

Bien souvent, cette interdisciplinarité s'inscrit dans le cadre de la délégation de tâches. Les médecins généralistes ou spécialistes n'ont pas nécessairement la possibilité ou la motivation de s'investir dans la réalisation de programmes structurés d'ETP. Dans ce cas, ils restent des acteurs importants dans le développement de l'ETP en tant qu'initiateurs de la démarche (prescription de l'ETP, laquelle serait réalisée par une structure prestataire) et coordonnateurs de la prise en charge clinique et éducative avec un rôle important dans le maintien de l'observance et le suivi du patient. Le rôle des paramédicaux est prépondérant, notamment pour l'identification des besoins et des attentes des patients (diagnostic éducatif), la réalisation des séances d'ETP, l'évaluation des acquisitions ou le suivi éducatif.

De nombreuses expériences (27), dont celles décrites dans cette thèse, viennent corroborer cette affirmation.

Cependant, « les médecins qui souhaitent avoir un rôle actif dans la réalisation de l'ETP pourraient le faire, dès lors qu'ils s'engagent formellement dans une démarche qualité centrée sur l'ETP, fondée sur la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles. » (43)

## **2.6- La coordination**

Il y a un coordinateur des activités dans cinq des sept structures (Besançon, Vesoul, Dole, maisons de santé FEMASAC, Réseau Gentiane).

Selon la HAS (11), la coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge de patients permet de :

- Transmettre une synthèse du diagnostic éducatif et du programme individuel,
- Organiser des échanges multiprofessionnels,
- Transmettre une synthèse de l'évaluation individuelle après éducation.

Or ce n'est pas ce qui ressort dans cette étude : malgré la présence d'une personne coordinatrice, les échanges entre les professionnels de santé ne sont pas constants, la communication avec le médecin traitant n'est pas systématique.

## **2.7- Les obstacles à la participation des médecins généralistes**

### **2.7.1- Le manque de formation**

Dans l'étude ENTRED 2007, 26% des généralistes citent le manque de formation comme frein au développement d'une démarche éducative et neuf médecins sur dix reconnaissent le

besoin de se perfectionner dans les savoir-faire utiles à la mise en œuvre d'une démarche éducative (31).

O. Bourit, dans sa thèse, mettait en évidence que 97% des généralistes disaient pratiquer l'ETP, mais ils en avaient une définition renvoyant dans plus de la moitié des cas à un enseignement de savoirs, et beaucoup plus rarement à des apprentissages de savoir-faire, à un partenariat ou au renforcement de l'autonomie du patient vis-à-vis de la maladie (37).

Certains résultats de l'étude ENTRED 2007 vont dans le même sens : si une majorité de médecins identifient clairement leur rôle pour repérer les besoins en éducation du patient, leur vision de ce rôle reste marquée par une posture d'information, alors que la démarche éducative est plutôt fondée sur une communication visant à favoriser l'expression des patients sur leur ressenti et leurs projets. (31)

Un besoin de formation des médecins généralistes est donc clairement identifié.

L'ETP ne s'improvise pas et fait appel à des concepts de sciences humaines, à des techniques propres et validées, à acquérir par tout professionnel de santé voulant intervenir dans un processus éducatif (39).

Sans cette formation des médecins, ce sont d'autres professionnels de santé, formés, qui s'approprient ce champ nouveau de prise en charge des malades chroniques.

On comprend alors pourquoi la proposition et l'initiation d'un programme d'ETP ne relève pas uniquement du praticien de premier recours.

Qu'en est-il de la formation initiale?

La formation initiale des médecins actuellement en exercice était inexistante à l'heure où ils étaient sur les bancs de la faculté.

Depuis, plusieurs textes ont officialisé cet enseignement :

- Dès 2007, le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques rend obligatoire l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les études médicales et la formation médicale continue (18).
- En 2008, le rapport Saout préconise, recommandation n°9 « un enseignement spécifique de l'éducation thérapeutique, dispensé à tous les futurs médecins dans le cadre de leur cursus de formation initiale, mais aussi à tout professionnel de santé en formation initiale. » (24)

L'INPES a réalisé en 2005 un état des lieux en France de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient, pour plusieurs professionnels de santé. Celui-ci mettait en évidence que, malgré des obligations légales, cette formation initiale était faiblement investie.

55% des établissements de formation initiale de dix professionnels de santé (diététiciens, puéricultrices, sages-femmes, médecins, pharmaciens, dentistes, cadres de santé, masseurs kinésithérapeutes, podologues et infirmiers) proposent des enseignements spécifiques en ETP; les autres se contentant d'en évoquer certains aspects dans le cadre de cours portant sur un autre sujet. A noter que le taux de répondants pour cette étude était particulièrement élevé (79%) mais contrastait avec le faible nombre de réponses des facultés de médecine, malgré une relance... Une des raisons semble être l'intégration difficile du concept d'ETP dans les facultés de médecine françaises (44).

Les facteurs limitant la mise en place de ces formations sont :

- la surcharge des programmes,
- le manque de moyens financiers,
- le manque de formation des enseignants (seulement un tiers des formateurs des structures ont une formation en ETP).

Plus récemment, dans l'étude ENTRED 2007, un **médecin généraliste sur quatre** interrogés déclare avoir suivi une formation en éducation du patient spécifique du diabète et 6% une formation non-spécifique (31).

#### **2.7.1.1- Formation initiale bisontine**

En ce qui concerne la formation initiale bisontine des médecins, celle-ci n'est pas dans le tronc commun de l'enseignement.

Elle se décline sous la forme de modules optionnels d'éducation thérapeutique :

- Le premier est dispensé aux étudiants en 4e année de médecine, combinant cours théoriques, travaux en petits groupes et stage pratique. Les intervenants, médecins, diététiciennes, infirmières, psychologue font partie, pour certains, de l'UTEP ou du service de diabétologie du CHU Jean Minjoz. (Annexe)
- Le second est dispensé aux étudiants au cours du 3e cycle de médecine générale (précisions non transmises).

### 2.7.1.2- Formation continue

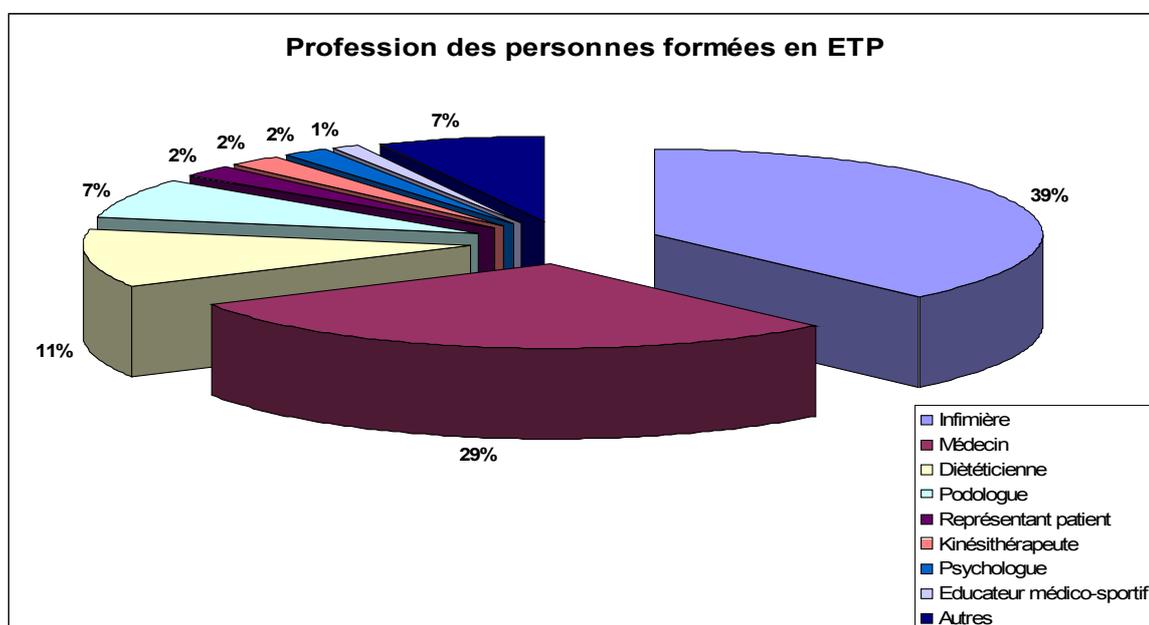
Les médecins en exercice ont la possibilité d'acquérir ces compétences au cours de formation continue.

Un point de la situation sur les formations régionales a été réalisé par l'URCAM en 2009 (45). Cinq formations ont été recensées :

- le Diplôme Universitaire d'éducation thérapeutique du patient,
- le Module d'éducation thérapeutique de l'université d'été,
- la formation du « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »,
- la formation de l'UTEP du CHU,
- la formation de la Fédération des Réseaux de Santé.

Cinq cents professionnels de santé ont été formés dans la région. Il faut y ajouter ceux qui ont bénéficié d'une formation par le REPPPOP, et à l'extérieur de la région. On atteindrait alors environ 600 professionnels de santé formés.

Selon les données de l'URCAM, il y aurait 29% de médecins formés (toute spécialité confondue), et une majorité des soignants auraient été formés par le réseau Gentiane (323 soignants).

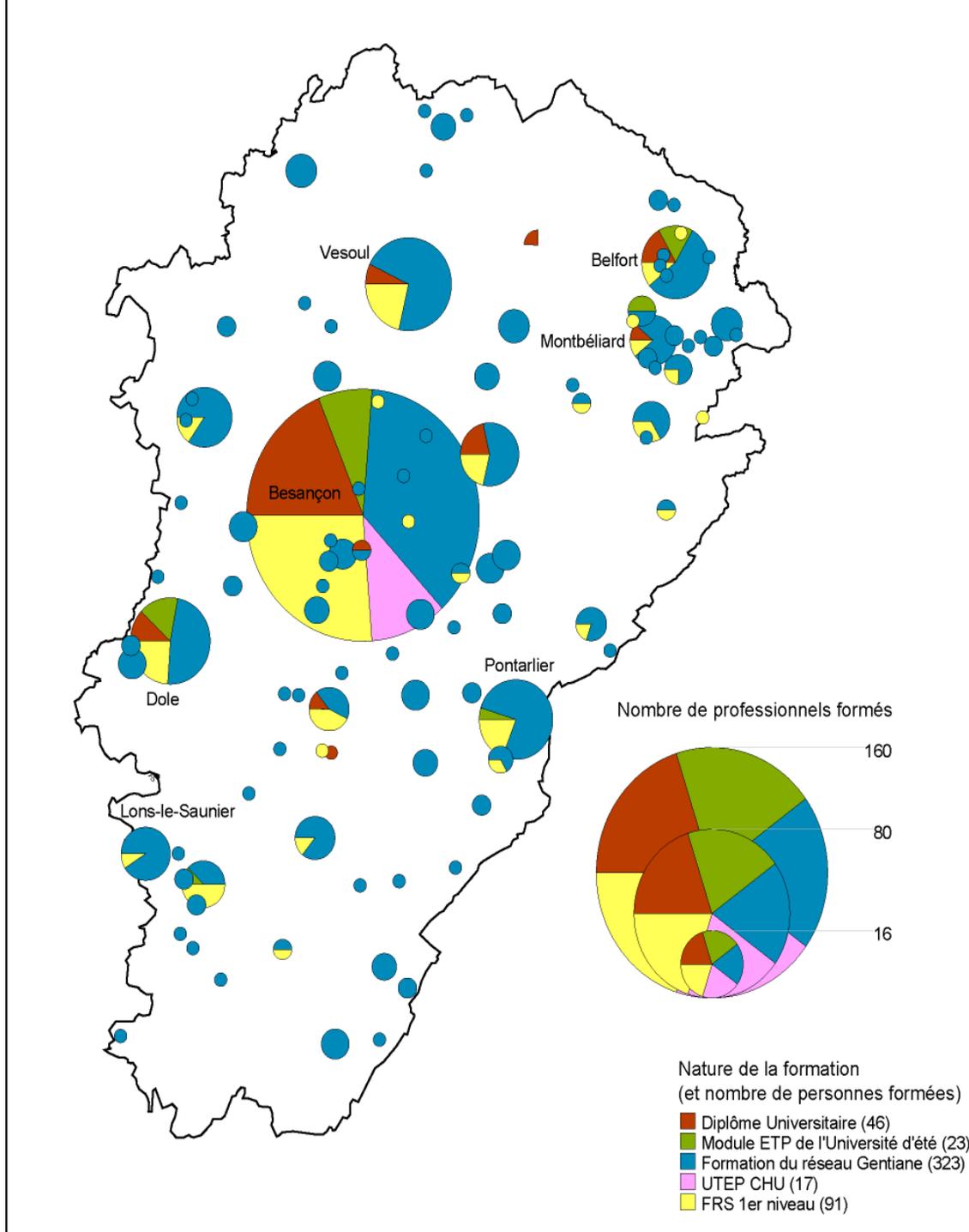


Données URCAM

Réunion du groupe régional « Maladie chronique et éducation thérapeutique »

12 février 2009

## Personnes de Franche-Comté formées en ETP par des équipes de la région



Données URCAM

Réunion du groupe régional « Maladie chronique et éducation thérapeutique »

12 février 2009

Le Pr François Bourdillon, président de la SFSP, précise (34) que « ce changement relationnel mériterait d'être mis en œuvre par tous les soignants, même s'ils ne développent pas eux-mêmes des programmes d'ETP». Ce changement de posture intellectuelle mérite d'exister et de remplacer les attitudes prescriptives ou injonctives dont fait preuve la médecine actuelle. Tout professionnel de santé devrait donc avoir suivi une formation en matière d'ETP, ce qui, à l'heure actuelle, est loin d'être le cas.

### **2.7.2- Le manque de temps**

76% des médecins généralistes, interrogés par O. Bourit, citent le manque de temps comme un frein au développement d'une démarche éducative (31).

#### **2.7.2.1- La durée des programmes éducatifs**

Dans l'étude, la durée des programmes éducatifs est variable ainsi que la durée des séances : les séances collectives durent 1h à 2h30, les séances individuelles 1/2h à 1h. Le programme éducatif peut donc atteindre parfois 30 à 40h !

Les programmes d'éducation collective structurés ne permettent pas une approche éducative individuelle continue et intégrée aux soins, des professionnels de premier recours.

Le rapport au collège du HCSP préconise qu'une activité d'ETP moins formalisée pourrait être incorporée à la pratique libérale, aux classiques « consultations », en la centrant sur le patient (27).

#### **2.7.2.2- La démographie médicale faible**

Ce point a été évoqué lors de ma rencontre avec l'équipe éducative de l'hôpital de Lons le Saunier.

La région manque d'endocrinologues libéraux, ce qui justifie le suivi de plus de 80% des diabétiques de type 2 par leur médecin généraliste. Parallèlement, certains endroits de Franche-Comté manquent cruellement de médecins généralistes, notamment le Haut-Jura... On est face à un véritable casse-tête en matière de démographie médicale.

Pour l'équipe de Lons Le Saunier, la réalité du terrain, démographique et géographique, semble incompatible avec la pratique de l'ETP par les médecins généralistes.

L'ETP ambulatoire dans les structures hospitalières, par une équipe formée à ces techniques, semble être le meilleur compromis afin de prendre en compte tous ces facteurs limitant :

- Territoire vaste,
- Nombre de médecins généralistes insuffisant donc peu disponibles,
- Absence de diabétologue libéral,

et de pouvoir proposer tout de même une éducation de qualité, à tout diabétique de type 2.

### **2.7.2.3- Une activité réputée chronophage, à court terme seulement !**

Ce qui est chronophage, ce sont les temps nécessaires aux démarches administratives, lorsqu'il y en a, à l'organisation, à la coordination, à la formation... En revanche, certaines expériences montrent que la démarche éducative n'est pas forcément chronophage surtout quand elle est pluridisciplinaire et qu'elle peut être intégrée à la pratique de la médecine générale. C'est ce que confirment plusieurs professionnels de santé auditionnés lors du rapport rédigé par le HCSP en attestant qu'ils économisent du temps et de l'énergie à moyen terme en pratiquant une éducation thérapeutique bien construite et intégrée à leur pratique quotidienne (27).

Les Dr Drahi et Bourit confirment le fait que les méthodes d'éducation thérapeutique au cours de consultations de médecine générale prennent peu de temps. Elles nécessitent par contre un apprentissage indispensable de savoirs, savoir-faire et savoir-être afin de pouvoir concilier la pratique du soin et d'activités éducatives dans un même temps de consultation (46).

### **2.7.3- L'absence de rémunération spécifique**

19% des généralistes interrogés par le Dr Bourit citent la non-rémunération de l'activité comme frein au développement d'une démarche éducative (31).

Pour bon nombre de structures, le financement existe mais n'est pas pérenne (40) (27). Ceci n'est pas en faveur d'une mobilisation et d'un développement optimal des activités éducatives.

Un autre facteur limitant le développement de l'ETP en soins primaires est le paiement à l'acte. Ce mode de rémunération encourage les soignants à travailler vite, à décider et agir seuls, plutôt qu'à écouter les patients puis les aider à participer aux décisions. De nouveaux modes de rémunération seraient à envisager.

L'étude réalisée ne permet pas de faire le point sur les financements des programmes. En revanche, quelques remarques ont été faites dans les points positifs et négatifs concernant cette rémunération.

Principalement, on retrouve la notion de rentabilité pour les structures hospitalières :

- l'éducation représente une part importante de leur activité mais ne peut prétendre à une tarification si elle n'est pas couplée à des examens ou consultations,
- lorsqu'elle fait l'objet d'une rémunération, celle-ci semble dérisoire par rapport au temps passé.

## **2.8- Des constats unanimes**

### **2.8.1- Freins à l'activité éducative**

Les structures interrogées ont mis en évidence certains freins à l'activité éducative :

- le coût engendré par les programmes éducatifs,
- l'absence de rémunération spécifique,
- le manque de moyens humains et matériels,
- l'absence d'information des professionnels de santé sur les possibilités mises à leur disposition,
- un faible nombre de participants,
- le manque de formation en matière d'ETP des professionnels de santé,
- l'évaluation qui fait souvent défaut.

Le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté » a également précisé que leur financement ayant été revu à la baisse, la formation de cinq jours à l'ETP, de niveau 3, ne pourra plus avoir lieu dans les années à venir.

L'hôpital de Pontarlier déplore la difficulté à maintenir le lien hôpital-ville malgré les moyens mis en oeuvre.

### **2.8.2- Moteurs de l'activité éducative**

La motivation des équipes soignantes et la satisfaction des patients de cette nouvelle approche de leur maladie sont très souvent citées.

A ceci s'ajoutent l'interdisciplinarité de la prise en charge, ainsi que la proximité d'accès pour les deux structures ambulatoires que sont les maisons de santé FEMASAC et le « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté ».

Certaines équipes évoquent aussi l'harmonisation des messages délivrés par les soignants.

Deux structures éducatives mettent l'accent sur la possibilité de prise en charge rapide des patients (Lons Le Saunier et les maisons de santé FEMASAC).

Pour l'hôpital de Lons Le Saunier, le moteur principal est la nécessité d'efficience, cette dernière étant confirmée par un grand nombre de patients éduqués et un bilan financier positif.



# **CONCLUSION**



Plusieurs constats émanent de cette étude :

- L'absence ou la très faible participation du médecin généraliste à l'éducation thérapeutique, par manque de formation initiale et continue,
- Une diversité régionale dans l'offre de soins (éducation ambulatoire et/ou hospitalière),
- Un accès à l'éducation thérapeutique proposée par les structures hospitalières nécessitant bien souvent un suivi spécialisé au sein de la structure,
- L'existence de programmes éducatifs non ou semi-adaptables,
- Un lien hôpital-ville difficile à établir : manque de communication sur les offres éducatives, peu de transmissions d'informations sur les patients éduqués,
- Le manque de moyens financiers et matériels,
- Le manque d'évaluation,
- Le nombre de patients éduqués relativement faible dans le milieu hospitalier,
- La grande efficacité du système libéral (Maisons de santé FEMASAC) .

### **Quelques réflexions à l'issue de cette analyse :**

Ainsi après avoir rencontré les différentes équipes sur le terrain et synthétisé les résultats en les comparant à la littérature sur le sujet, nous pouvons proposer quelques réflexions pour le développement d'une éducation thérapeutique « optimisée ».

#### **1- Proposer une éducation centrée sur le patient au cours de consultation de médecine générale.**

Pour ce faire , il faudrait

- **Intégrer à la formation initiale des médecins et autres professionnels de santé, l'enseignement des compétences indispensables à la pratique de l'ETP**

Le HCSP imagine, « à terme, intégrer l'enseignement des sciences humaines à celui de la médecine, pour que la relation éducative soit naturelle et n'ait plus besoin d'être mentionnée en tant que telle, [...] la démarche éducative en médecine n'(étant) plus qualifiée d' « éducation » mais [devenant] une culture naturellement intégrée aux soins » (27).

Cette posture semblerait faciliter le travail d'éducation du patient, alors que celle qui consisterait à changer de mode de fonctionnement comme de casquette, selon que le médecin serait dans une démarche décisionnelle de soins classique (modèle biomédical) ou dans une démarche éducative (modèle centré sur le patient), ne paraît ni réaliste ni même souhaitable...

Cette approche est enseignée aux futurs médecins généralistes, notamment au Canada, et en fait « une des spécificités de la démarche décisionnelle en soins primaires ».

En France, c'est l'approche plébiscitée par les enseignants de médecine générale. A l'issue de cette formation, le professionnel de santé sera donc « capable de participer à la réalisation d'un diagnostic éducatif, puis proposer et négocier avec le patient les compétences à atteindre. » (39)

– **Encourager la formation continue**

En attendant que la formation initiale se mette en place, la formation professionnelle continue, à laquelle le "Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté" participe, contribue à offrir les ressources nécessaires.

Il faut développer cette formation continue en ETP, en faire une priorité en matière de formation et la proposer à tous les médecins généralistes.

**2- Faire une analyse préalable des besoins en matière d'ETP concernant les diabétiques de type 2 dans chaque territoire de santé et assurer un recensement exhaustif des activités éducatives de chaque territoire de santé**

Le but : permettre une offre de service cohérente en définissant des priorités et des objectifs de développement de l'ETP sur chaque territoire de santé en fonction des besoins.

**3- Hiérarchiser les activités éducatives**

L'activité hospitalière en ETP prédomine. Cette activité hospitalière est à préserver et à développer.

Mais plusieurs problèmes se posent:

- l'accessibilité: tous les patients diabétiques ne peuvent pas intégrer un programme d'ETP hospitalier. La nécessité d'organisation, de hiérarchisation des activités éducatives est nécessaire.
- les programmes ne sont pas intégrés à la vie du patient (hospitalisation majoritairement). Il faut envisager à terme leur développement au plus près du lieu de résidence des patients et au maximum en ambulatoire.

C'est ainsi que la SFSP (32) préconise une organisation de l'offre éducative selon les ressources à disposition et le stade de la maladie. La HAS (11) parle d'éducation thérapeutique initiale, de suivi régulier ou de renforcement, de suivi approfondi ou reprise, pour lesquelles la place de chaque acteur doit être défini à l'échelon régional.

L'offre territoriale d'ETP pourra, de fait, être pensée ainsi:

- une éducation de proximité en ambulatoire, à développer, et à proposer lors de la découverte de la maladie (éducation initiale) lors du suivi ou de la gestion des incidents médicaux (hypoglycémies par exemple) (éducation de renforcement): praticiens de premier recours éducatif, réseaux
- les programmes d'éducation réalisés par des équipes multiprofessionnelles (hôpitaux généraux, hospitalisation à domicile) seront réservés aux patients nécessitant une prise en charge plus complexe: complications micro ou macro-angiopathiques.

En d'autres termes, il s'agit de graduer l'offre suivant la complexité des interventions éducatives et de la maladie, en précisant de manière précise le rôle et les modalités de coordination de chaque structure et intervenant.

Le médecin traitant sera intégrée à la démarche éducative comme initiateur du programme et coordinateur pour son patient .

L'offre éducative est pensée différemment. Le HCSP parle même d'« inversion » de la tendance actuelle en matière d'ETP (27).

#### **4- Informer les professionnels de santé de l'état des lieux réalisé et des modalités d'accès des patients afin de développer la coopération entre les professionnels de santé intervenants.**

Le Dr Trainard (46) formateur en éducation thérapeutique et coordinateur du réseau Paris-Diabète rappelle qu'il faut pouvoir renseigner le patient (mais aussi le soignant!) sur :

- les ressources éducatives et leur fonctionnement, en libéral, à l'hôpital, dans les réseaux et éventuellement les autres organisations,
- le contenu des séances, leur accessibilité, leur planification, les méthodes utilisées, l'éventualité d'une éducation de groupe, les professionnels qu'il sera amené à rencontrer.

Comment faire en pratique?

- Etablir un annuaire des ressources existantes ,
- Développer un partenariat avec l'assurance-maladie, l'Agence régionale de santé, les organismes de formation médicale continue (35)...

## **5-Développer la coopération entre structures éducatives et médecin de premier recours**

D'une part en définissant de manière précise le rôle et les modalités de coordination de chaque structure et intervenant; d'autre part en réfléchissant à un dossier d'éducation qui serait confié au patient, ce qui renforcerait son sentiment d'autoprise en charge.

## **6- Développer l'évaluation**

Les programmes et pratiques pédagogiques doivent désormais bénéficier d'une évaluation formelle, cette dernière étant devenue obligatoire depuis la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires ». Le but : proposer une ETP « de qualité ». (49)

## **7- Repenser la manière de travailler**

Dès que la culture éducative sera intégrée à la formation initiale, les professionnels de santé intégreront cette approche à toute consultation.

En attendant, face au manque de temps mentionné par les médecins généralistes, il faudra prévoir un redéploiement de l'activité (35):

- Consultation groupée bénéficiant d'une rémunération spécifique,
- Consultation individuelle intégrant à part entière une éducation thérapeutique centrée sur le patient,
- Consultation individuelle « plan d'éducation » lors du diagnostic de la maladie,
- Délégation de tâches (39): « Le médecin généraliste peut (...) assumer un rôle de pivot et d'accompagnement éducatif, en lien avec :
  - des professionnels paramédicaux formés, particulièrement dans les maisons de santé multiprofessionnelles,
  - des structures en place et qui fonctionnent (réseaux, plate-forme d'accueil de patients : ESDNJ, hôpitaux locaux...),
  - les organismes payeurs, dès le diagnostic de diabète de type 2 posé ».

Il revient au médecin traitant de présenter et initier l'éducation, renforcer les messages, contrôler les acquis, repérer les ajustements nécessaires, orienter le patient vers les ressources adéquates.

Attention cependant à ne pas déléguer complètement l'ETP ! Ce qui se traduirait par des difficultés de recrutement des patients, un manque d'accessibilité, une contradiction avec le rôle de coordination du médecin traitant et avec les recommandations officielles d'intégrer l'éducation aux soins, une inadéquation flagrante vis à vis de l'ampleur des besoins... (27)

Finalement, toutes les difficultés qui ont été identifiées dans cet état des lieux.

### **8-... et la rémunération**

En ce qui concerne le financement de l'ETP intégrée aux soins de premiers recours, il est proposé un forfait d'ET qui serait alloué pour tout patient atteint d'une maladie chronique.

Ce forfait bénéficierait une fois par an :

- d'une évaluation des besoins éducatifs
- d'un programme personnalisé avec des activités éducatives réalisées au sein du territoire de santé

Le médecin généraliste recevrait une part de ce forfait d'éducation en tant que premier acteur de l'ETP et principal coordinateur. Cela sous-entend qu'il devrait assurer l'évaluation des besoins éducatifs, l'orientation du patient vers les structures éducatives locales et avant toute chose, se former à l'ETP (initiation et formation continue régulière).

Dans le cas où le médecin généraliste s'impliquerait dans les séances d'ETP elles-mêmes, soit sous la forme de consultations répétées soit en séances collectives, le médecin traitant recevrait là aussi une part du forfait d'éducation, et sa formation serait approfondie (27).



# **ANNEXES**



## **ANNEXE 1: Guide d'entretien semi-directif**



# GUIDE D'ENTRETIEN

## ETAT DES LIEUX EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 EN FRANCHE-COMTE

### 1- CONTEXTE GENERAL

1.1- Quels sont les différents **types d'activités** d'éducation thérapeutique du patient diabétique aujourd'hui dans votre structure/territoire ?

1.2- Existe-t-il **une personne coordinatrice** ou référente de l'éducation thérapeutique dans le service ?

1.3- Quel est **le nombre de patients** ayant bénéficié d'une éducation dans votre service en 2008 et/ou 2009?

1.4- Quels sont les **points faibles et les points forts** de l'éducation thérapeutique dans votre structure/service ?

### 2- CARACTERISTIQUES DES PROGRAMMES EDUCATIFS

2.1- Grands axes organisationnels :

2.1.1- Le cadre :

– Ambulatoire ?

- Consultation hospitalière ?
- Consultation libérale ?
- Autres ?

– Hospitalier ?

- Hospitalisation complète ?
- Hospitalisation de semaine ?
- Hospitalisation de jour ?

2.1.2- Lien éducation et soin :

– L'éducation a-t-elle lieu en même temps qu'un bilan ou que des soins ou s'agit-il d'une intervention éducative seule ?

## 2.2- Public concerné :

### 2.2.1- Le recrutement :

- A qui s'adresse le programme ?
- Y a-t-il des critères de sélection des patients ? Si oui, lesquels ?
- Quel est le mode de recrutement des patients ?

### 2.2.2- La communication :

- Quels sont les moyens de communication utilisés pour faire connaître les activités éducatives?
- Quel public vise-t-elle?

## 2.3- Le parcours éducatif :

### 2.3.1- Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé :

- Est-il réalisé ?
- Si oui par quel professionnel ?
- Dans quel contexte ?
  - Hospitalisation
  - Consultation dédiée
- Selon quelles modalités ?
  - Entretien, questionnaire ?
  - Support ?
- Sert-il à établir le programme éducatif du patient ?

### 2.3.2- Le programme éducatif :

- Est-il adaptable aux besoins éducatifs du patient?
- Y a-t-il un document présentant le programme d'éducation aux patients ?
- Y a-t-il un programme écrit, pour les intervenants ?

### 2.3.4- Le calendrier :

- Le programme éducatif comporte-t-il plusieurs sessions et/ou séances ? Si oui, combien?

- Quelle est leur fréquence?
- Sur quelle période s'étend le programme éducatif ?

#### 2.4- Les intervenants :

- Qui est impliqué dans ces actions d'ETP ?
- Quels sont leur profession et leur statut ?
- Quelle formation ont-ils en ETP ?

#### 2.5- L'évaluation :

- Ces activités font-elles l'objet d'une évaluation ?
- Si oui, laquelle ?
  - La satisfaction des patients par rapport au programme,
  - Connaissances acquises, besoins éducatifs restants,
  - Paramètres bio-cliniques, etc...
- Par quels moyens ? (Questionnaire, cible, etc...)
- A quels moments ?
- Par qui ?

#### 2.6- Articulation entre les différentes activités éducatives :

##### 2.6.1- Au sein de l'équipe :

- Y a-t-il un dossier d'éducation ? Si oui, qui l'utilise ?
- Y a-t-il des réunions d'équipe pour discuter du programme d'éducation ? Pour discuter des patients ?
- Si non, s'agit-il d'échanges informels ?

##### 2.6.2- Lien hôpital-ville :

- Y a-t-il un document transmis aux soignants de ville ?
- Si oui, sous quelle forme ? Si non, pourquoi ?

#### 2.7- Avez-vous des projets en matière d'éducation ?

## DESCRIPTION DETAILLEE DE SEANCES D'EDUCATION

<b>Nom de l'établissement</b>	
<b>Service</b>	
<b>Intitulé de la séance</b>	
<b>Durée de la séance</b>	
<b>Thèmes et contenus abordés au cours de la séance</b>	
<b>Lieu</b>	
<b>Participants</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Patients</li><li>- Accompagnants</li><li>- Professionnels de santé</li></ul>	
<b>Méthodes pédagogiques</b>	
<b>Matériel pédagogique</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Outils conçus par</li><li>- Modalités d'utilisation</li></ul>	
<b>Evaluation</b>	

## **Annexe 2 : Dossier d'éducation partagé (Besançon)**



Nom, Prénom :

Age :

**DOSSIER D'ÉDUCATION**  
Service de Diabétologie  
CHU Besançon



Dates / Nom				
Nature de la démarche (qui adresse ? pourquoi ? ...)				
Quelles sont vos attentes ?				

**DONNÉES SUR LA MALADIE**

Diabète type : 1 2  \_\_\_\_\_  
→ connu depuis :                       
→  ttt par insuline depuis : \_\_\_\_\_  
→  AFCAD / AFD ?  
→ Complications liées au diabète :

Diabétiques dans l'entourage ?

Autres problèmes de santé intercurrents :

- Cholestérol
- Tabac : \_\_\_\_\_
- Alcool : \_\_\_\_\_
- HTA

Dates							
HbA1c							
Traitement en cours							
Modif. du traitement							

**MODE DE VIE**

Lieu :  
Personnes habitants sous le même toit :  
  
Autres personnes proches :  
**Personne-ressource :**  
**Aide à domicile :**  
**Les Soignants :**  
Infirmière :  
Médecin généraliste :  
Podologue :  
Diabétologue :  
Ophtalmo :  
Cardio :  
  
**Les repas :**  
Lieu :                      qui prépare :  
Points + :                difficultés :

Situation professionnelle :  
*Horaires de travail :*  
  
Activité physique :  
  
Autres activités, loisirs ou centre d'intérêt :  
  
Perspectives / Projets :  
  
Culture / religion :  
  
Soucis / préoccupations :  
  
Façons d'apprendre :  
  
Sait lire : oui    non

## AUTOCONTRÔLE

Dates				
Lecteur Date d'achat :				
Autopiqueur				
Fiabilité	GC = GV =	GC = GV =	GC = GV =	GC = GV =
Évaluation technique				
Carnet / fréquence des contrôles				
Connaissances des objectifs				
Se sert des résultats				
Connaissances sur l'HbA1c				
Difficultés liées à l'ASG				
<i>Commentaires</i>				

## INJECTION

Dates				
Vécu, connaissances et croyances				
Matériel (stylo / type insuline)				
Aiguilles				
Heure d'injection de Lantus				
Évaluation du geste technique				
Difficultés liées à l'insulinothérapie				
<i>Commentaires</i>				

## ADAPTATION DU TRAITEMENT

Dates				
Adaptation Ins. Rapide				
Adaptation Ins. Lente				
Aide : protocole ? Coaching ?				
<i>Commentaires</i>				

## HYPOGLYCÉMIE

Dates				
Symptômes ?				
Connaissances et croyances				
Sucre dans la poche ou...				
Difficultés liées aux hypos				
Carte diab.				
+ / - Glucagen				
<i>Commentaires</i>				

## + / - PRÉVENTION ACIDO-CETOSE

Dates				
Geste				
CAT				

## PREVENTION PLAIES PIED

Grade  0 (neuropathie=artérite=0)

1 (neuropathie)

2 (neuropathie +/- déformations +/- artérite)

3 (ATCD de plaie)



Education > Fiche pied

## VECU / RESSENTI

Dates				
Ce que le patient ressent				
à combien évaluez- vous votre <u>qualité</u> de vie ? de 0 à 10				

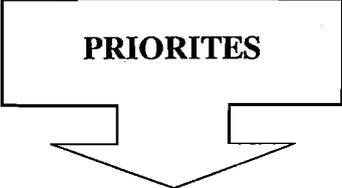
# SYNTHESE

Dates / Nom

SES DIFFICULTES

SES POINTS FORTS

PRIORITES



Synthèse  
validée par le  
patient

## **Annexe 3 : Diagnostic éducatif (Pontarlier)**



## Diagnostic éducatif ; support d'entretien

- Date :

- Patient \* Nom :

Ou étiquette du patient :

\* Prénom :

\* Date de naissance :

- Nom du soignant :

*Ce guide n'est pas un questionnaire à remplir, il représente un support pour l'entretien du diagnostic éducatif, 1er temps pédagogique pour le patient. Appropriiez-le vous par lecture préalable pour l'adapter à votre patient. Notez essentiellement les mots du patient.*

Auto-surveillance glycémique

Hypoglycémies

Diététique

ADO

Lui et son diabète

Insuline

Activité physique

Avez-vous des questions  
concernant le diabète ou sa prise en charge?

Avez-vous des projets qui vous tiennent à coeur  
qu'ils soient personnels familiaux ou professionnels?

Synthèse

Difficultés

Atouts

Priorités

Objectifs

1.

2.

3.

4.

5.

## 1) LUI ET SON DIABETE : compréhension , représentation , vécu de la maladie :

- x Situation familiale
- x Quel est le médecin qui vous suit pour ça?
- x Depuis quand savez-vous que vous êtes diabétique?
- x Parlez vous facilement de votre diabète à votre entourage , familial , professionnel?
- x Pouvez vous me parler des circonstances de découverte de votre diabète ?
- x Avez vous été hospitalisé à ce moment là ? Vous a- t- on parlé de votre type de diabète ?
- x Quelle idée vous faites-vous de votre diabète ? Connaissez-vous des personnes diabétiques ?
- x Quelles sont les choses les plus importantes à faire pour le prendre en charge ?

## 2) TRAITEMENT ADO :

- x Pouvez-vous me dire le nom des médicaments pour votre diabète ? Vous a-t-on déjà expliqué le rôle de chacun ?
- x Vous arrive t-il de ne pas prendre un , par oubli ou pour une autre raison ?
- x Avez-vous d' autres médicaments ? Et pourquoi?
- x Avez-vous des questions par rapport à vos médicaments ?

## 3) INSULINE

- x Pouvez-vous me dire le nom de vos insulines ? Pouvez-vous m 'expliquer comment elles agissent?
- x Avez-vous des questions à ce sujet ? Que pensez-vous de votre traitement par insuline ( contraignant ...)
- x Qui fait les injections d 'insuline ?
- x Vous arrive t -il de ne pas réaliser une injection par oubli ou pour une autre raison

## 4) PRATIQUE ACTIVITE PHYSIQUE OU SPORTIVE DU PATIENT

- x fréquence ?
- x Pensez vous que cela soit important? Et pourquoi ?
- x Quels sont vos loisirs ?

## 5) AUTOSURVEILLANCE GLYCEMIQUE

- x nombre de glycémies / j ? report sur un carnet?
- x Vos chiffres de glycémies sont ils satisfaisants pour vous ? Si non , quels chiffres glycémiques aimeriez vous avoir
- x Avez vous entendu parler de l 'HbA1c ?
- x Quel sentiment avez vous de la réalisation de vos contrôles ? ( contraignant ...)

## 6) HYPOGLYCEMIES

- x Avez vous déjà eu des hypos ?
- x Quels sont les symptômes ressentis ?
- x Quel est pour vous le chiffre de l 'hypo ?
- x Comment vous resucrez vous ?

## 7) DIETETIQUE

Nbre de prises alimentaires ?

Consommation de féculents à chaque repas ? Consommation de graisses ?

## **Annexe 4 : Programme des ateliers (Pontarlier)**



## Ateliers d'éducation thérapeutique



Médecine 2 - Soins Ambulatoires  
2 faubourg Saint Etienne - BP 329 - 25300 Pontarlier



- 15 janvier 2009 de 13h45 à 16h  
**Qu'est-ce que le diabète ?**
  - 5 février 2009 de 13h45 à 16h  
**Les graisses**
  - 19 février 2009 de 13h45 à 16h  
**Objectifs glycémiques et signes des hypoglycémies/hyperglycémies**
  - 12 mars 2009 de 13h45 à 16h  
**L'équilibre alimentaire**
  - 2 avril 2009 de 13h45 à 16h  
**Reconnaître les complications du diabète et les signes de surveillance**
  - 16 avril 2009 de 13h45 à 16h  
**Repas rapides : que choisir ?**
  - 30 avril 2009 de 13h45 à 16h  
**Surveillance du pied diabétique**
  - 14 mai 2009 de 13h45 à 16h  
**Les graisses**
  - 28 mai 2009 de 13h45 à 16h  
**Activité physique**
  - 11 juin 2009 de 13h45 à 16h  
**L'équilibre alimentaire**
  - 25 juin 2009 de 13h45 à 16h  
**L'auto-surveillance glycémique**  
(les patients qui ont un lecteur de glycémie uniquement)
- Pour vous informer, vous inscrire ou nous prévenir en cas de désistement, n'hésitez pas à nous contacter !  
**Téléphone : 03 81 38 65 69**



## **Annexe 5 : Lien hôpital-ville (Pontarlier)**





CHG Pontarlier  
Pôle Médecine  
Hôpital de jour Médecine 2  
Tél : 03.81.38.65.69

A Pontarlier le: .....

Docteur .....

Objet: Education thérapeutique de Mr ou Mme .....

Madame, Monsieur,

Nous tenions à vous faire part de la participation de Mr ou Mme .....aux ateliers d'éducation thérapeutique suivants : *(les objectifs et thèmes abordés étant cités plus bas)*

**Qu'est ce que le diabète? :**

- Physiopathologie du diabète
- Normes glycémiques
- Les trois piliers du traitement
- Aperçu des complications

**Le pied**

- hygiène des pieds
- examen du pied
- Conduite à tenir en cas de lésions cutanées
- Chaussage

**Les graisses :**

- Repérage des graisses dans l'alimentation
- Quantités journalières souhaitées
- Equilibre entre graisses saturées et insaturées
- Lecture d'étiquettes
- Conseils culinaires

**Activité physique**

- Reconnaissance de l'activité physique quotidienne
- En déterminer les bénéfices
- Idées d'exercices à faire à la maison
- Intégration de l'activité physique chaque jour

**L'équilibre alimentaire :**

- Les 7 groupes d'aliments
- Intérêts de la consommation de chacun
- Quantités nécessaires
- Répartition journalière
- Création de menus équilibrés

**Autosurveillance glycémique**

- Utiliser correctement son lecteur
- Entretien du lecteur
- Objectifs glycémiques
- Tenue du carnet de surveillance

**Objectifs glycémiques**

**et signes des hypos/ hyperglycémies :**

- Evaluation des connaissances
- Distinction d'une hypo d'une hyper
- Conduite à tenir en cas d'hypo et hyperglycémie

**Complications du diabète**

- Reconnaître les signes d'alerte des complications
- Prévention de ces complications

Au terme de cette / ces séances, Mr ou Mme .....s'est donné comme objectif(s) :

.....  
.....  
.....

Nous espérons avoir répondu à vos attentes ainsi qu'à celles de votre patient(e).  
Cordialement.

L'équipe de diabétologie



## **Annexe 6 : Evaluation d'atelier (Pontarlier)**



# EVALUATION D'ATELIER

## 1) Environnement :

*Adapté*

*Inadapté*

*Commentaire*

### ☞ Disposition de la salle

- Selon le thème
- Selon la méthode utilisée
- Selon le nombre de personnes

### ☞ Ambiance de la salle

- Chaleur
- Luminosité
- Sonore
- Signalitique

## 2) Conditions matérielles réunies :

- Feuille de présence
- Nombre de marqueurs/post it
- Support mural
- Convivialité (café, eau, thé, sirops...)

## 3) Contenu :

- Enoncé du thème
- Respect du déroulement
- Contenu de l'atelier
- Respect du temps de l'atelier
- Respect du rythme du groupe

**4) Formateurs :**

- Présentation animateur
- Présentation en table ronde des patients
- Capacité d'accueil
- Rappel des règles de confidentialité
- Présentation du thème  
et des objectifs de la séance
- Si binome : complémentarité

**5) Technique d'animation :**

- Fait le lien entre les parties
- Activation des connaissances antérieures
- Qualité d'écoute    
(répond aux questions, renvoie les questions aux patients, respecte le silence, valorise)
- Qualité d'improvisation, adaptation
- Interactivité (facilite les échanges)
- Recentre le débat
- Gérer les tensions
- Favorise la réflexion
- Clarifie
- Reformule
- Fait ou fait faire une synthèse
  
- Ouverture sur des objectifs concrets (patients)  Oui  Non
- Remet un document écrit  Oui  Non
- Annonce une prochaine séance  Oui  Non
- Informe sur l'évaluation des connaissances  
acquises dans 3 mois  Oui  Non

**6) Débriefing effectué :**

- Oui  Non

## **Annexe 7 : Evaluation des ateliers à 3 mois (Pontarlier)**





CHG pontarlier  
Hôpital de jour  
Pôle médecine  
Mail : [diabete@ch.pontarlier.fr](mailto:diabete@ch.pontarlier.fr)  
Fax : 03-81-38-58-28

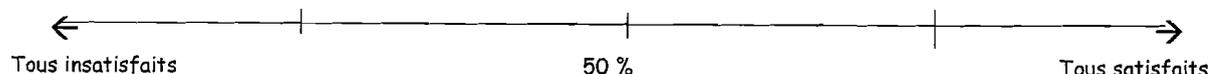
## EVALUATION DES ATELIERS D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR PERSONNES DIABETIQUES OU OBESES

Cher(e) collègue ,

Dans un but d'évaluation et d'amélioration de notre prise en charge, nous aurions aimé avoir votre avis sur les ateliers d'éducation thérapeutique auxquels a ( ont ) assisté votre ( vos ) patient(s).

Merci de prendre quelques minutes de votre précieux temps pour répondre à ces quelques questions.

1°) Pensez-vous que vos patients soient satisfaits du déroulement des ateliers?



Quels étaient les raisons de cette insatisfaction?

2°) Avez-vous remarqué des changements dans leurs habitudes de vie?

- Alimentaire:	OUI	NON
- Activité physique	OUI	NON
- Observance du traitement	OUI	NON
- Autonomie / diabète	OUI	NON

Précisions:

Tournez SVP

3°) Avez-vous noté des répercussions sur les contrôles biologiques ou cliniques?

- |                                   |     |     |
|-----------------------------------|-----|-----|
| - Diminution HBA1C                | OUI | NON |
| - Amélioration du Bilan lipidique | OUI | NON |
| - Diminution du poids             | OUI | NON |

Remarques :

Nous vous remercions d'avoir répondu à nos questions

Veillez recevoir nos sincères salutations

L ' équipe de diabétologie

## **Annexe 8: Evaluation des connaissances (Vesoul)**



## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

- Connaissez-vous votre **type de diabète** ?
  - TYPE 1
  - TYPE 2
  - Ne sait pas
  
- La **glycémie** est :
  - Le taux de sucre dans le sang
  - Le taux de graisse dans le sang
  - Le taux de sucre dans les graisses
  
- Le **taux normal à jeun** de la glycémie est compris entre :
  - 0,50 et 0,80 g/l
  - 0,80 et 1,20 g/l
  - 1,20 et 1,50 g/l
  - 1,50 et 2 g/l
  
- L'insuline est sécrétée par :
  - Le pancréas
  - Le foie
  - les reins
  
- L'**insuline** est une hormone qui :
  - Augmente le glycémie
  - diminue la glycémie
  
- Si le **diabète n'est pas traité**, la glycémie :
  - va diminuer
  - va augmenter
  - ne variera pas
  
- L'**hypoglycémie** est un taux de sucre inférieur à :
  - 0,60
  - 0,80
  - 0,70
  - 1
  
- Citez une **cause** d'hypoglycémie :
  - Activité physique intense
  - peu d'activité physique
  - Repas trop gras
  - traitement trop fort
  - trop de sucre au repas précédent
  - pas assez de sucres au repas précédent
  
- Avec quoi peut-on se **ressucrer** ?
  - 1 sucre
  - 3 sucres
  - 1 fruit
  - du fromage
  - 1 verre de lait
  - 1 verre du jus de fruit
  - 3 chocorem
  
- Connaissez-vous votre taux d'**hémoglobine glyquée** ?  Oui  Non

Si oui, vous semble-t-il correct :  Oui :.....  Non

– Pensez-vous avoir **des pieds à risque** ?

Oui :.....  Non

– **Examinez**-vous vos pieds :

chaque jour  1 fois par semaine  jamais

– Etes-vous déjà allé chez un **pédicure** ?  Oui  Non

– De quand date votre dernier **fond d’œil** ?

Votre dernière **consultation cardiologique** ?

**Nom**

**Date**

## **Annexe 9 : Lien hôpital-ville (Vesoul)**







## **Annexe 10 :Evaluation de la satisfaction des patients (Vesoul)**







**Annexe 11 : Évaluation de la  
satisfaction des patients  
(Dole et « Réseau Gentiane, Diabète  
en Franche-Comté »)**



**EVALUATION DU CYCLE D'EDUCATION DES PATIENTS DIABETIQUES DE  
TYPE II**

BINOME : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

ATELIER : \_\_\_\_\_

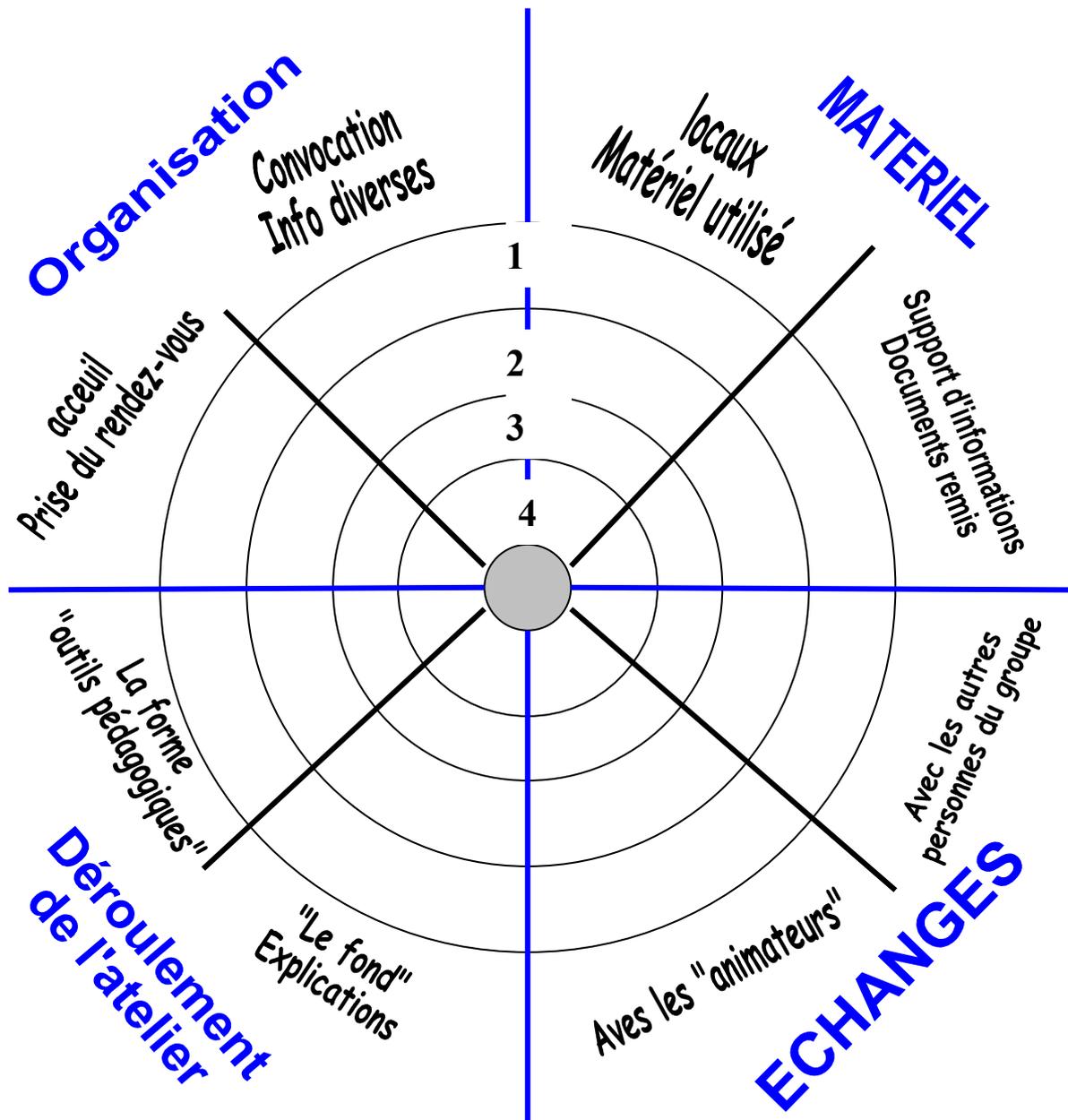
**BAREME D'APPRECIATION**

1 – Médiocre

3 – Bien

2 – Moyen

4 – Très bien



Cet atelier a-t-il répondu à vos attentes : oui - non (entourez la réponse)

Vos commentaires :



# **Annexe 12 :Programme éducatif (Lons Le Saunier)**



**VOUS ETES DIABETIQUE**, la prise en charge de votre maladie dépend surtout de vous, nous vous proposons de vous aider à :

- Mieux connaître votre diabète
- Apprendre à faire une glycémie au doigt et à utiliser un lecteur
- Apprendre à faire une injection d'insuline
- Adapter votre traitement par insuline
- Reconnaître une hypoglycémie et connaître la conduite à tenir
- Reconnaître une hyperglycémie et connaître la conduite à tenir
- Prendre soin de vos pieds
- Réaliser des repas équilibrés

Pour votre consultation, nous vous demandons de ***réaliser un journal alimentaire*** : notez sur 5 à 8 jours tout ce que vous mangez et buvez pendant et entre les repas.

- Cas particuliers



***Pour votre consultation d'éducation apporter :***

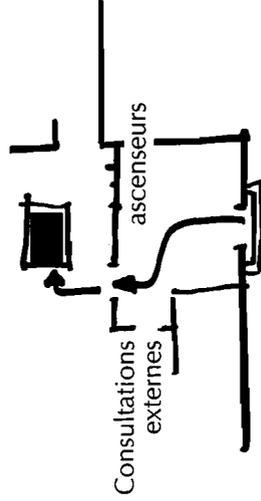
- votre matériel  lecteur  autopiqueur
- stylo à insuline
- votre carnet de surveillance
- votre Persodiab
- votre journal alimentaire



**Annexe 13 : Dépliant UTEP  
(Lons Le Saunier)**



■ Pour nous rencontrer



• Prendre l'entrée du **Bâtiment A**

- Traverser le hall
- Suivre médecine 6 à gauche des ascenseurs

■ Pour nous joindre

education.therapeutique@ch-lons.fr

Brochure réalisée grâce à la participation des laboratoires :

GSK

Takeda

Novonordisk

Bayer Diagnostic

Sanofi-Aventis

Roche Diagnostic

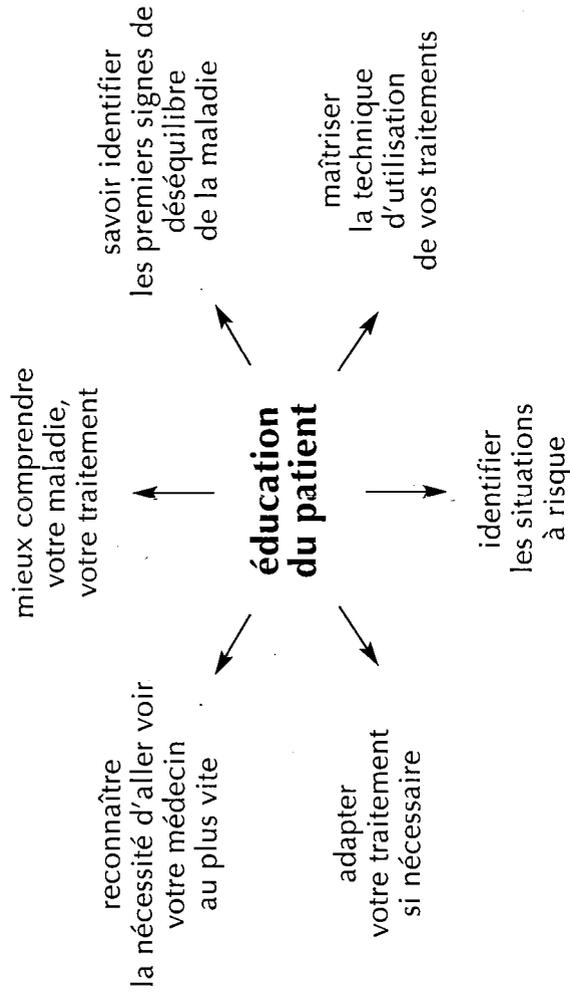
Astra-Zeneca

Réalisation : Aréopage Création



education.therapeutique@ch-lons.fr

**Que pouvez-vous attendre d'une structure d'éducation**



**Coordination**

Docteur Marjelle Perrichon

**Médecins**

Dr Stéphane Gaultier  
Dr Marielle Perrichon

**Infirmières**

**Pneumologie**  
Sylvia Fiacchetti  
Marie-Pierre Perret

**Diabétologie**

Maryse Millet  
Marie-Ange Mourez  
Bénédictite Perrot

**Cardiologie**

Mireille Pettiguyot  
Fabienne Ratte

**Diététiciennes**

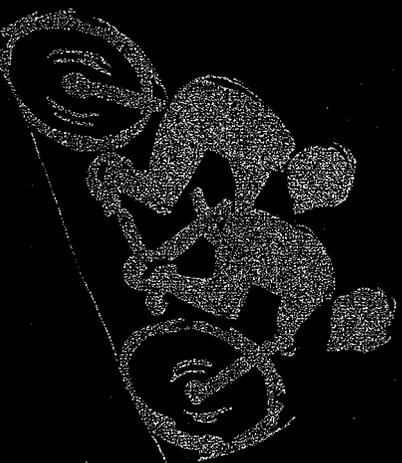
Marie-Christine Crouail  
Mireille Todeschini  
Laure Puget

**Encadrement**

Joëlle Jouannic : 03 84 35 60 00 poste 4000

## Diabétologie

- **Diététique hygiène de vie**
- **Diabétiques de type 2**  
De primo découverte  
Mise à l'insuline Bed Time  
Remotivation  
Changement matériel
- **Diabétiques de type 1**  
Adaptation des doses d'insuline  
Suivi de pompe  
Remotivation  
Changement de matériel
- **Diabète gestationnel**
- **Diabète chez le coronarien**



## Pneumologie

- **Asthme**  
Suivi du traitement  
Surveillance de  
la fonction respiratoire  
Traitement de crise
- **BPCO**  
Suivi du traitement  
Hygiène de vie  
CAT en cas  
de déstabilisation  
Surveillance  
de l'oxygène

## Nouveautés 2007

- Accès direct à la structure  
d'éducation par le généraliste  
ou autres spécialistes
- **Asthme de l'enfant**  
Suivi du traitement  
Aménagement de l'environnement  
Surveillance de la fonction respiratoire  
Traitement de la crise

Consultations individuelles  
ou collectives sur RDV  
au 03 84 35 60 41

- **Obésité**  
Information diététique collective  
avant prise en charge individualisée  
(médicale et diététique), pour patient  
avec BMI supérieur à 30

Sur RDV : 03 84 35 61 12

## Cardiologie

**Insuffisant cardiaque**  
Suivi du traitement, dépistage  
des décompensations

**Patients sous AVK**  
Suivi du traitement

**Prévention secondaire  
du coronarien**  
Diététique et hygiène de vie

Consultations individuelles et  
collectives pour patients hospitalisés  
Tél. : 03 84 35 60 42

Consultations individuelles  
ou collectives après consultation  
médicale spécialisée  
pour patients ambulatoires  
ou après hospitalisation  
Tél. : 03 84 35 60 00 [poste 1024]

## **Annexe 14 : Evaluation des connaissances (Belfort-Montbéliard)**



NOM :  
Prénom :

**Questionnaire équilibre alimentaire**  
Cocher les réponses qui vous paraissent adaptées



Il est conseillé de manger  
5 fruits et légumes par jour  
5 fruits et 5 légumes par jour  
uniquement des fruits et légumes crus  
des fruits et légumes frais, surgelés ou en conserve



Il est conseillé de manger des féculents :  
pain, céréales, p. de terre, légumes secs  
à chaque repas  
3 fois par semaine  
en favorisant le pain blanc  
en favorisant les céréales complètes



Il est conseillé de manger du lait et des produits laitiers  
3 fois par jour  
5 fois par jour  
en privilégiant le fromage à chaque repas  
en alternant le fromage et le laitage



Il est conseillé de manger de la viande, volaille, poissons et œufs  
4 fois par semaine  
en quantité inférieure à celle de l'accompagnement  
en privilégiant la variété des espèces  
poisson 1 fois par semaine



Les matières grasses ajoutées, il est conseillé de  
les supprimer  
les consommer avec modération  
privilégier le beurre et la crème  
privilégier l'huile d'olive et de colza



Les produits sucrés, il est conseillé de  
les supprimer  
limiter leur consommation  
manger des bonbons à volonté  
manger une pâtisserie au maximum 1 ou 2 fois par semaine



Les boissons, il est conseillé de  
boire uniquement en dehors des repas  
boire de l'eau à volonté  
limiter les boissons sucrées  
limiter les boissons alcoolisées à 4 verres  
pour l'homme et 3 verres pour la femme



Le sel, il est conseillé de  
le supprimer  
choisir du sel iodé  
ne pas mettre la salière sur la table  
limiter les fromages et les charcuteries



L'activité physique est conseillée  
au moins pendant 30mn par jour  
en fin de semaine ou pendant les vacances  
si on s'inscrit dans une salle de sport à la mode  
si on l'intègre dans la vie quotidienne

Service diététique

BS

MS

Date



**Annexe 15 :Lien avec le médecin traitant  
(FEMASAC)**



**ETP - DNID : Synthèse et évaluation des objectifs**

**Date :**

**Nom, Prénom :**

**Légende : Acquis 2 ; Partiellement acquis 1 ; Non acquis 0**

**HbA1c :**

**Glycémie :**

**Les médicaments :**

**Les signes d'hypoglycémie :**

**Dépistage des complications :**

**Règles diététiques :**

**Hygiène et surveillance des pieds :**

**Activité physique :**

**Synthèse d'entretien, compréhension de soi et du diabète :**



**Annexe 16 : Synthèse de l'atelier, Lien  
avec le médecin traitant  
(«Réseau Gentiane, Diabète en Franche-  
Comté»)**



# DIABETE DE TYPE 2

## EDUCATION THERAPEUTIQUE EN HAUTE-SAÔNE

*Melle - Me - Mr :*

*Prénom :*

Vous avez participé le :

à :

A un atelier d'éducation pour votre diabète : « *Dans mon alimentation, je vais modifier...* »

En accord avec :

*Au cours de cet atelier vous avez :*

- Exprimé et échangé sur ce que représente pour vous l'alimentation
- Exprimé et échangé sur le lien existant entre votre diabète et l'alimentation
- Identifié les obstacles et les facteurs favorisant à la mise en place d'un équilibre alimentaire
- Identifié les principales anomalies de votre alimentation

*Pour essayer de mieux équilibrer votre alimentation, vous avez, à titre personnel, identifié :*

*Vos ressources :*

- 
- 
- 
- 
- 
- 

*Vos difficultés :*

- 
- 
- 
- 
- 
- 

*En tenant compte de ces ressources, de ces difficultés, et des principales anomalies que vous avez identifiées dans votre alimentation, vous vous êtes fixé en matière d'alimentation, les objectifs de changement précis et réalistes suivants :*

- 
- 
- 
- 
- 

*Nous envoyons ce courrier de synthèse à :  
qui vous guidera dans votre projet*



## **Annexe 17 : Description détaillée de séances d'éducation**



<b>Nom de l'établissement</b>	<b>CHU Jean Minjoz Besançon</b>
<b>Service</b>	Endocrinologie
<b>Durée de la séance</b>	2h30 à 3h
<b>Intitulé de la séance</b>	L'art de la dégustation ou comment manger avec plaisir ?
<b>Objectifs de la séance</b>	Décrire sa façon de manger Expérimenter une autre façon de manger
<b>Lieu</b>	Salle de réunion d'endocrinologie
<b>Participants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients</li> <li>- Accompagnants</li> <li>- Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trois patients (un diabétique type 1, un diabétique type 2, une personne en surcharge pondérale)</li> <li>- Pas d'accompagnants</li> <li>- Diététicienne</li> </ul>
<b>Méthodes pédagogiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion dirigée</li> <li>- Discussion libre</li> <li>- Partage de témoignages</li> <li>- Brainstorming</li> <li>- Jeux</li> <li>- Travaux pratiques</li> </ul>

<p><b>Matériel pédagogique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire</li> <li>- Jeu (Loto des odeurs, jeu des assiettes)</li> </ul>
<p><b>Outils conçu par</b></p> <p><b>Modalités d'utilisation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diététiciennes</li> <li>- Jeu du commerce (Loto des odeurs)</li> </ul> <p><u>Loto des odeurs :</u> Différentes odeurs sont présentées successivement à chaque participant. Chacun doit deviner de quoi il s'agit (odeur fruitée : noix de coco, citron – fleurie : muguet-végétale : champignon)</p> <p><u>Jeu des assiettes :</u> assiette préparée par la diététicienne, contenant de la crème de marron, du fromage blanc, un caramel, des chips, une guimauve, 1 carré de chocolat au lait. Pour chaque aliment, une feuille de dégustation est remplie.</p> <p>Chaque participant rend compte des sensations ressenties pour un aliment donné. Confrontation des réponses entre les différents participants.</p> <p>La diététicienne remet à la fin du jeu un guide de dégustation pour reproduire l'expérience à la maison.</p>
<p><b>Evaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la qualité de l'intervention par un observateur (grille d'observation)</li> <li>- Evaluation de la satisfaction des patients (oralement)</li> </ul>

Discussion dirigée : Comment mangez-vous habituellement? Discussion libre : Brainstorming Qu'est-ce qui va mettre en éveil votre appétit ? Qu'est-ce qui dicte vos prises alimentaires ? Partage de témoignages : Quelles sont les manifestations de la faim ?

<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Centre Hospitalier de Pontarlier</b>
<b>Service</b>	Hôpital de jour
<b>Durée de la séance</b>	2h
<b>Intitulé de la séance</b>	Repas rapides : que choisir ?
<b>Thèmes et contenus abordés au cours de la séance</b>	Atelier de diététique
<b>Lieu</b>	Salle d'hospitalisation de jour
<b>Participants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients</li> <li>- Accompagnants</li> <li>- Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 patients diabétiques</li> <li>- 1 accompagnante</li> <li>- 2 diététiciennes</li> </ul>
<b>Méthodes pédagogiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion dirigée</li> <li>- Simulations de situations</li> <li>- Résolutions de problèmes</li> </ul>
<b>Matériel pédagogique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau</li> <li>- Feutres</li> <li>- Menus (brasserie, cafétéria, sandwicherie, fast food, pizzeria...)</li> <li>- Fluos</li> </ul>

<p><b>Outils/atelier conçu par</b></p> <p><b>Modalités d'utilisation</b></p>	<p>Diététiciennes</p> <p>Chaque patient a une carte correspondant à l'endroit où il a l'habitude de déjeuner. Chacun choisit son menu, le présente oralement au groupe , et l'inscrit sur le tableau.</p> <p>Ensuite, pour chaque menu, les aliments gras sont soulignés en jaune, les aliments sucrés en rose.</p> <p>Après une auto-évaluation de leur menu, chaque participant propose des solutions pour l'améliorer.</p>
<p><b>Evaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation de la qualité de l'intervention par les intervenants (grille d'observation)</li> <li>- Evaluation de la satisfaction des patients (questionnaire)</li> <li>- Evaluation des connaissances à distance de l'atelier</li> </ul>
<p><b>Documents remis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recettes</li> <li>- Synthèse écrite de la séance</li> </ul>

<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Saône, site de Vesoul</b>
<b>Service</b>	Médecine A, hôpital de semaine de diabétologie
<b>Durée de la séance</b>	1h
<b>Intitulé de la séance</b>	Les hypoglycémies : Je reconnais et fais face à mes hypoglycémies.
<b>Objectifs de la séance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaître la définition de l'hypoglycémie</li> <li>- Connaître les symptômes et ses symptômes</li> <li>- Connaître les circonstances pouvant être à l'origine de l'hypoglycémie</li> <li>- Prévenir les hypoglycémies</li> <li>- Savoir agir en cas d'hypoglycémie</li> </ul>
<b>Lieu</b>	Salle d'éducation du service
<b>Participants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Patients</b></li> <li>- <b>Accompagnants</b></li> <li>- <b>Professionnels de santé</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 patients</li> <li>- Pas d'accompagnants</li> <li>- Infirmière d'éducation</li> </ul>
<b>Méthodes pédagogiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion dirigée</li> <li>- Discussion libre</li> <li>- Partage de témoignages</li> <li>- Travaux pratiques</li> <li>- Simulations de situations</li> <li>- Résolutions de problèmes</li> </ul>

<p><b>Matériel pédagogique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau blanc</li> <li>- Marqueurs</li> <li>- Plateau</li> <li>- Jus de fruits, sucre en morceaux, verre de lait, biscottes, fromage blanc, petits suisses, flan caramel, confiture...</li> </ul>
<p><b>Modalités d'utilisation</b></p>	<p>Sur le plateau, chaque participant doit choisir ce qu'il prendrait s'il était en hypoglycémie (0.50g/L)</p>
<p><b>Evaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluation des connaissances acquises à la fin de la semaine (questionnaire)</li> </ul>

<b>Nom de la structure</b>	<b>« Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté</b>
<b>Durée de la séance</b>	2h
<b>Intitulé de la séance</b>	Vécu et connaissance du diabète
<b>Objectifs de la séance</b>	<p>1- Présentation du programme</p> <p>2- Le vécu :faire émerger les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours depuis qu'ils sont diabétiques</p> <p>3- La physiopathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire émerger les connaissances du groupe sur les mécanismes du diabète</li> <li>- S'approprier la physiopathologie du diabète de type 2</li> </ul> <p>4- Les traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lister les éléments du traitement</li> <li>- Faire émerger l'importance de l'équilibre alimentaire, de l'activité physique</li> <li>- Explications complémentaires sur les médicaments : modes d'action et effets secondaires</li> </ul> <p>5- L'auto-surveillance glycémique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amener le patient à atteindre le niveau d'autonomie qu'il souhaite, par une auto-surveillance effective</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir un objectif glycémique avec son médecin traitant</li> <li>- Remplir son carnet de surveillance pour la prochaine séance</li> </ul>
<b>Thèmes et contenus abordés au cours de la séance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenu du programme</li> <li>- Le vécu</li> <li>- La physiopathologie</li> <li>- Les traitements</li> <li>- L'auto-surveillance glycémique</li> </ul>
<b>Lieu</b>	Espace Santé Dole Nord Jura (Dole)
<b>Participants</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients</li> <li>- Accompagnants</li> <li>- Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 diabétiques de type 2</li> <li>- 2 conjoints</li> <li>- Médecin généraliste et infirmière du Réseau Gentiane</li> </ul>
<b>Méthodes pédagogiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Métaplan</i> ®</li> <li>- Jeux</li> <li>- Exposé et discussion</li> <li>- Simulations de situations</li> <li>- Manipulations techniques</li> </ul>
<b>Matériel pédagogique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tableau</li> <li>- Post-it</li> <li>- Feutres</li> <li>- Mannequin</li> <li>- Lecteurs de glycémie, lancettes, bandelettes</li> <li>- Carnet de surveillance</li> </ul>

## **Modalités d'utilisation**

### **Le Métaplan®**

Question d'appel : « Depuis que l'on a découvert votre diabète, qu'est-ce qui a changé dans votre vie ? »

Les réponses des patients consignées sur des post-it sont affichées sur le tableau.

**Le Mannequin** : initialement, outil conçu par un patient diabétique.

1- Les participants placent les différentes pièces du puzzle, en nommant les organes : œsophage, estomac, intestins, foie, reins, pancréas, muscle, vaisseaux sanguins.

2- Réflexion autour du devenir d'un morceau de pain lors du repas.

Dans l'estomac, le pain devient glucides. Les glucides passent dans l'intestin puis dans la circulation sanguine.

A son arrivée au pancréas, le glucose actionne le « récepteur de glucose » (roue dentée à placer sur le pancréas). Le pancréas libère alors une « clé » (insuline).

Le glucose poursuit son trajet jusqu'au muscle et au foie où il y pénètre après ouverture de « la porte » par l'insuline (« la clé »).

Dans le muscle, le glucose est le « carburant ». dans le foie, le glucose est stocké : le glycogène.

3- Simulations de situations :

- Il n'y a plus de clé
- Il y a de l'insuline mais la serrure est bloquée
- Il y a moins d'insuline et la serrure est bloquée

	<p>4- Réflexion sur les conséquences de l'hyperglycémie</p> <p><b><u>L'autosurveillance glycémique :</u></b></p> <p>Il est demandé aux patients ayant un lecteur de glycémie de l'amener à la séance.</p> <p>On propose aux patients ne possédant pas de lecteur de leur en prêter un.</p> <p>L'infirmière fait une démonstration puis le patient s'approprie le matériel.</p>
<b>Evaluation</b>	Evaluation de la satisfaction (cible)

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**



1. Simon D, Eschwege E.  
Données épidémiologiques du diabète de type 2.  
Bull Epidemiol Hebd 2002 ; 20-21: 86
  
2. Kusnik-Joinville O, Weill A, Ricordeau P, Allemand H.  
Diabète en France en 2007: un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes.  
Bull Epidemiol Hebd 2008 ; 43: 409-13
  
3. Bonaldi C, Romon I, Fagot-Campagna A.  
Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité: situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016.  
Bull Epidemiol Hebd 2006 ;10 : 69-71
  
4. Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques  
1 158700 Francs-Comtois au 1er janvier 2007 [en ligne]  
c2010 [consulté le 9/09/10]. Disponible sur  
[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/f-comte/themes/infoweb/infoweb62/iw62.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/f-comte/themes/infoweb/infoweb62/iw62.pdf)
  
5. Isnard H, Fagot-Campagna H.  
Editorial  
Bull Epidemiol Hebd 2002 ; 20-21: 85
  
6. Rabbe C.  
Evaluation de la satisfaction des patients adhérant au réseau GENTIANE, Diabète en Franche-Comté.  
Th : Med : Besançon ; 2009. 09-026
  
7. Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A  
Prévalence des complications macrovasculaires et niveau de risque vasculaire des diabétiques en France, étude Entred 2001  
Bull Epidemiol Hebd 2005 ; 12-13 : 46
  
8. Romon I, Fosse S, Weill A, Varroud-Vial M, Fagot-Campagna A  
Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine: dépistage, prévalence et prise en charge médicale, Etude Entred 2001  
Bull Epidemiol Hebd (2005) ; 12-13: 48-49

9. Couchoud C, Villar E, Frimat L, Fagot-Campagna A, Stengel B  
L'insuffisance rénale chronique terminale associée à un diabète: fréquence et conditions d'initiation du traitement de suppléance, France, 2006  
Bull Epidemiol Hebd 2008; 43: 414-18
10. Ministère délégué à la santé  
Programme d'actions de prise en charge et de prévention du diabète de type 2  
Novembre 2001 [consulté le 05/09/10]. Disponible sur  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/diabete/prog.htm>
11. Haute Autorité de Santé  
Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007 [consulté le 05/09/10].  
Disponible sur  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
12. Sandrin-Berthon B  
L'éducation thérapeutique: pourquoi?  
Médecine des maladies métaboliques 2008 ; 12 (2): 155-9
13. Assal JP, Golay A  
Le suivi à long terme des patients chroniques: les nouvelles dimensions du temps thérapeutique  
Education du patient et enjeux de santé 2002 ; 12 (3): 41-5
14. Haut comité de la santé publique  
La santé en France. Rapport général.  
Paris: La documentation française; 1994.
15. Simon D, Trainard PY, Bourdillon F, *et al*  
Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques. 3e ed  
Paris: Masson; 2007
16. D'Ivernois JF, Gagnayre R.  
Apprendre à éduquer le patient. 3e ed.  
Paris : Maloine ; 2008

17. Mosnier-Pudar H.

Education thérapeutique du patient et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature?

Médecine des maladies métaboliques (2007) ; 1(3): 80-87

18. Ministère de la Santé et des Solidarités

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques; 2007-2011

[consulté le 07/09/10]. Disponible sur

<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-pour-l-amelioration-de-la-qualite-de-vie-des-personnes-atteintes-de-maladies-chroniques-2007-2011.html>

19. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G.

Education thérapeutique du diabétique de type 2.

Paris : Phase 5; 2007

20. Organisation Mondiale de la Santé

Education thérapeutique du patient: programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.

Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS.

Copenhague : OMS Ed. Bureau régional de l'Europe; 1998

21. Lefaucheur-Vatin C.

La check-list: un outil pédagogique pour l'éducation thérapeutique du patient diabétique en pratique libérale.

In: L'éducation thérapeutique en activité libérale.

XVe journées de l'Ipem; 2006 Nov 10; Paris, France

Paris: Ipem; 2006. p33-37

22. URCAM de Franche-Comté

Recommandations d'organisation et cahier des charges: Unité transversale d'éducation thérapeutique des patients (UTEP) atteints de maladies chroniques.

Séminaire de travail; 2006 Oct 20; Besançon, France

23. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

24. Saout C, Charbonnel B, Bertrand D  
Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient . Rapport à l'attention de Mme la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Août 2008  
[consulté le 07/09/10]. Disponible sur  
[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf)
25. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
26. Varroud-Vial M, Drahi E  
Dossier Education thérapeutique  
Le Concours Médical 2009; 131(20): 812-15
27. Haut Conseil de la Santé Publique  
Rapport de la Commission Maladies Chroniques au Collège. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. 2009 Nov 12  
[consulté le 07/09/10]. Disponible sur  
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edthsoprrr.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprrr.pdf)
28. Unité d'éducation pour la santé, Université catholique de Louvain  
Quelle est la place de l'éducaion pour la santé dans les pratiques de médecine générale?  
Doumont D, Libion F  
Dossier technique 8-51  
[consulté le 07/09/10]. Disponible sur  
<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dossier51.pdf>
29. Deccache A.  
Education pour la santé: reconnaître les "nouveaux rôles" des médecins et pharmaciens.  
La santé de l'homme 2005; 376: 9-13
30. Bringer J.  
Le diabétologue et l'orchestration des soins  
Médecine des maladies métaboliques 2007; 1 (suppl 1):47- 51

31. Fournier C, Fagot-Campagna A, Trainard PY, Mosnier-Pudar H, Halimi S, Varroud-Vial M, *et al*  
Démarche éducative: comment les médecins la perçoivent-ils? Résultats de l'étude ENTRED 2007  
Le Concours Médical 2009; 131 (20): 810-12
32. INPES  
Enquête sur les pratiques éducatives auprès des patients diabétiques de type 2.  
Annexes : Outils de recueil de données et grilles d'analyse  
c2007. [consulté le 20/11/2008]. Disponible sur  
[http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/Annexes\\_enquete\\_pratiques\\_educatives\\_diabete.pdf](http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/Annexes_enquete_pratiques_educatives_diabete.pdf)
33. Gavignet E.  
Evaluation de l'impact des séances d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type II, réalisées par des infirmières, en maison de santé.  
Th : Med : Besançon ; 2009
34. Société Française de Santé publique  
Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France [en ligne]  
c2008. [consulté le 04/02/10]. Disponible sur:  
<http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETP.pdf>
35. Bresson R; Bataillon R.  
L'éducation thérapeutique: quel impact sur l'organisation des soins, en ville et à l'hôpital?  
Actualité et dossier en santé publique 2009; 66: 37-40
36. Sandrin-Berthon B.  
Education thérapeutique du patient: de quoi s'agit-il?  
Actualité et dossier en santé publique 2009; 66: 10-15
37. Bourit O.  
L'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en médecine générale.  
Th: Med: Tours; 2006

38. Guéniot C

Education thérapeutique. Entre ouvertures et questions non résolues. Education thérapeutique de proximité: l'exemple du Languedoc-Roussillon  
Le Concours Médical 2009; 131 (20): 802-3

39. Hecquard P

L'Education Thérapeutique. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 3 avril 2009  
c2009 [consulté le 07/09/10]. Disponible sur:  
<http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/educationtherapeutique.pdf>

40. Gagnayre R

Dossier éducation thérapeutique. L'éducation est possible en ambulatoire avec un patient volontaire.  
Le Concours Médical 2008; 130(18): 925-27

41. Traynard PY

L'éducation thérapeutique sort du flou. La participation des réseaux à la formation en éducation thérapeutique.  
Réseaux Diabète 2008; Septembre 2008: 20-22

42. Drahi E

Une pratique d'éducation thérapeutique intégrée aux soins.  
Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2008

43. Haute Autorité de Santé

Education thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle. Rapport d'orientation.  
c2008. [consulté le 07/09/10]. Disponible sur:  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese\\_analyse\\_economique\\_et\\_organisationnelle\\_education\\_therapeutique.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_analyse_economique_et_organisationnelle_education_therapeutique.pdf)

44. Foucaud J, Moquet MJ, Rostand F, Hammel E, Fayard

Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé.  
[consulté le 07/09/10]. Disponible sur:  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1093.pdf>

45. Compte-rendu de la réunion du groupe régional « Maladie chronique et éducation thérapeutique »

Besançon: URCAM; 2009

46. Bourit O, Drahi E

Education thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret

Médecine 2007; 3(5): 229-34

47. INPES

L'éducation thérapeutique du patient dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de 3e génération 2006-2011

c2007.[consulté le 18/03/10]. Disponible sur

[http://www.inpes.sante.fr/educationpatient/pdf/sros\\_etp.pdf](http://www.inpes.sante.fr/educationpatient/pdf/sros_etp.pdf)

48. Trainard PY

Conseiller une éducation à son patient. Pour les soins et la surveillance

Le Concours Médical 2008; 130 (18): 921-23

49. Jacquat D.

Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au Premier Ministre, juin 2010.

c2010 [consulté le 20/09/10]. Disponible sur:

[\[sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\\_Education\\\_therapeutique\\\_du\\\_patient.pdf\]\(http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\_Education\_therapeutique\_du\_patient.pdf\)](http://www.sante-</a></p></div><div data-bbox=)



# **PLAN DETAILLE**





1.3.4- La démarche éducative	17
1.3.4.1- Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé	17
1.3.4.2- Le contrat d'éducation	19
1.3.4.2.1- Les compétences	19
1.3.4.2.2- Les objectifs pédagogiques	21
1.3.4.2.3- Le contrat d'éducation	21
1.3.4.3- Le programme éducatif	21
1.3.4.3.1- Le déroulement global ou la forme	21
1.3.4.3.2- Le processus pédagogique ou le fond	23
1.3.4.4- L'évaluation	24
1.3.4.4.1- L'évaluation du patient	24
1.3.4.4.2- L'évaluation du processus	24

## **2- MEDECINE GENERALE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DES DIABETIQUES DE TYPE 2**

### **2.1- L'éducation thérapeutique inscrite dans le parcours de soins**

2.1.1- Une volonté gouvernementale	26
2.1.1.1- Recommandations de la HAS en 2007	26
2.1.1.2- Rapport Saout en 2008	26
2.1.1.3- Loi « Hôpital Patients Santé et Territoires »	26
2.1.1.4- Une volonté de l'Assurance maladie	27

### **2.1.2- Une volonté des experts en matière d'ETP**

### **2.2- La réalité du terrain dans la prise en charge des diabétiques de type 2**

2.2.1- Les contraintes de démographie médicale	28
2.1.1.1- En France	28
2.1.1.2- En Franche-Comté	28
2.2.2- La méconnaissance de l'offre d'éducation	29

<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>30</b>
<b>1- METHODES</b>	<b>31</b>
<b>2- POPULATION ETUDIEE</b>	<b>31</b>
<b>3- RECUEIL DES DONNEES</b>	<b>31</b>
<b>3.1- Elaboration d'un outil de recueil de données</b>	<b>31</b>
<b>3.2- Contact des différents lieux</b>	<b>32</b>
<b>3.3- Déroulement de l'enquête</b>	<b>32</b>
3.3.1- Lieu et durée du recueil	32
3.3.2- Déroulement de l'entretien	33
3.3.3- Analyse des entretiens	33
<b>3.4- Validation des données recueillies</b>	<b>33</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>34</b>
<b>1- STRUCTURES HOSPITALIERES DU DOUBS</b>	<b>35</b>
<b>1.1- Service d'endocrinologie, CHU Besançon</b>	<b>35</b>
1.1.1- Activités d'éducation thérapeutique	35
1.1.2- Professionnels de santé impliqués	35
1.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	36
1.1.3.1- Activité ambulatoire	37
1.1.3.2- Activité hospitalière	37
1.1.4- Recrutement des patients ; Communication	38
1.1.5- Lien hôpital-ville	39
1.1.6- Evaluation	39
1.1.7- Coordination des activités éducatives	39
1.1.8- Nombre de patients éduqués	40
1.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	40

<b>1.2- Centre Hospitalier de Pontarlier</b>	<b>41</b>
1.2.1- Activités d'éducation thérapeutique	41
1.2.1.1- Activité ambulatoire	41
1.2.1.2- Activité hospitalière	41
1.2.2- Professionnels de santé impliqués	42
1.2.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	42
1.2.3.1- Activité ambulatoire	42
1.2.3.2- Activité hospitalière	44
1.2.4- Recrutement des patients ; Communication	45
1.2.5- Lien hôpital-ville	45
1.2.6- Evaluation	46
1.2.7- Coordination des activités éducatives	46
1.2.8- Nombre de patients éduqués	47
1.2.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	47
<b>2- STRUCTURES HOSPITALIERES DE HAUTE-SAONE</b>	<b>48</b>
<b>2.1- Centre Hospitalier Intercommunal de la Haute Saône à Vesoul</b>	<b>48</b>
2.1.1- Activités d'éducation thérapeutique	48
2.1.1.1- Activité hospitalière	48
2.1.1.2- Activité ambulatoire	48
2.1.2- Professionnels de santé impliqués	48
2.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	49
2.1.3.1- Activité hospitalière	49
2.1.3.2- Activité ambulatoire	53
2.1.4- Recrutement des patients ; Communication	54
2.1.5- Lien hôpital-ville	55
2.1.6- Evaluation	55
2.1.7- Coordination des activités éducatives	55
2.1.8- Nombre de patients éduqués	56
2.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	56

<b>2.2- Centre hospitalier du Val de Saône de Gray</b>	<b>56</b>
2.2.1- Activités d'éducation thérapeutique	56
2.2.2- Professionnels de santé impliqués	57
2.2.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	57
2.2.4- Recrutement des patients ; Communication	58
2.2.5- Lien hôpital-ville	59
2.2.6- Evaluation	59
2.2.7- Coordination des activités éducatives	59
2.2.8- Nombre de patients éduqués	59
2.2.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	59
<b>3- STRUCTURES HOSPITALIERES DU JURA</b>	<b>60</b>
<b>3.1- Centre Hospitalier Louis Pasteur de Dole</b>	<b>60</b>
3.1.1- Activités d'éducation thérapeutique	60
3.1.1.1- Activité ambulatoire	60
3.1.1.2- Activité hospitalière	60
3.1.2- Professionnels de santé impliqués	60
3.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	61
3.1.3.1- Activité ambulatoire	61
3.1.3.2- Activité hospitalière	64
3.1.4- Recrutement des patients ; Communication	65
3.1.5- Lien hôpital-ville	66
3.1.6- Evaluation	66
3.1.7- Coordination des activités éducatives	66
3.1.8- Nombre de patients éduqués	67
3.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	67
<b>3.2- Centre Hospitalier de Lons Le Saunier</b>	<b>68</b>
3.2.1- Activités d'éducation thérapeutique	68
3.2.1.1- Activité ambulatoire	68
3.2.1.2- Activité hospitalière	68
3.2.2- Professionnels de santé impliqués	68

3.2.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	69
3.2.3.1- Activité ambulatoire	69
3.2.3.2- Activité hospitalière	70
3.2.4- Recrutement des patients ; Communication	71
3.2.5- Lien hôpital-ville	72
3.2.6- Evaluation	72
3.2.7-Coordination des activités éducatives	73
3.2.8- Nombre de patients éduqués	73
3.2.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	73
<b>4- STRUCTURES HOSPITALIERES DU TERRITOIRE DE BELFORT</b>	<b>75</b>
<b>4.1- Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard</b>	<b>75</b>
4.1.1- Activités d'éducation thérapeutique	75
4.1.1.1- Activité hospitalière	75
4.1.1.2- Activité ambulatoire	75
4.1.2- Professionnels de santé impliqués	75
4.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	76
4.1.3.1- Activité hospitalière	76
4.1.3.2- Activité ambulatoire	78
4.1.4- Recrutement des patients ; Communication	79
4.1.5- Lien hôpital-ville	79
4.1.6- Evaluation	80
4.1.7- Coordination des activités éducatives	80
4.1.8- Nombre de patients éduqués	80
4.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	80
<b>5- STRUCTURES AMBULATOIRES</b>	<b>82</b>
<b>5.1- Les maisons de santé FEMASAC</b>	<b>82</b>
5.1.1- Activités d'éducation thérapeutique	82
5.1.2- Professionnels de santé impliqués	82
5.1.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	84

5.1.4- Recrutement des patients; Communication	86
5.1.5- Lien avec le médecin traitant	86
5.1.6- Evaluation	87
5.1.7- Coordination des activités éducatives	87
5.1.8- Nombre de patients éduqués	87
5.1.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	87
<b>5.2- « Le Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »</b>	<b>88</b>
5.2.1- Activités d'éducation thérapeutique	88
5.2.2- Professionnels de santé impliqués	89
5.2.3- Descriptif des activités d'éducation thérapeutique	89
5.2.3.1- Les cycles d'éducation	89
5.2.3.2- Les ateliers d'éducation	90
5.2.3.3- Séances d'activité physique dans le territoire du Nord Jura	91
5.2.3.4- Le stage « Sport et Diabète »	91
5.2.3.5- Les week-ends « Activité physique »	91
5.2.4- Recrutement des patients; Communication	92
5.2.5- Lien avec le médecin traitant	94
5.2.6- Evaluation	94
5.2.7- Coordination des activités éducatives	95
5.2.8- Nombre de patients éduqués	96
5.2.9- Points faibles et points forts de l'activité ; Projets en cours	97
<b>DISCUSSION</b>	<b>98</b>
<b>1- METHODES</b>	<b>99</b>
<b>1.1- Limites de l'étude</b>	<b>99</b>
1.1.1- Le type d'enquête	99
1.1.2- Le guide d'entretien semi-directif	99
1.1.3- La population	100
1.1.3.1- Recensement hospitalier non-exhaustif	100
1.1.3.2- Recensement ambulatoire non-exhaustif	100
1.1.3.2.1- Education de premier recours par les médecins traitants	101

1.1.3.2.2- Programmes à l'initiative des organismes payeurs	101
<b>1.2- Points forts de l'étude</b>	<b>102</b>
1.2.1- Le recueil à l'échelle régionale	102
1.2.2- La rencontre de chaque équipe	102
<b>2- DONNEES RECUEILLIES</b>	<b>102</b>
<b>2.1- Une offre majoritairement hospitalière</b>	<b>102</b>
<b>2.2- Des activités éducatives nécessitant l'hospitalisation du patient</b>	<b>103</b>
<b>2.3- Nombre de patients éduqués</b>	<b>103</b>
<b>2.4- La place du médecin généraliste</b>	<b>105</b>
2.4.1- Elaboration du diagnostic éducatif et du contrat éducatif centré sur le patient	105
2.4.1.1- Plutôt le fait de l'équipe éducative...	105
2.4.1.2- ...Alors que l'environnement serait favorable au médecin généraliste	106
2.4.2- Orienter le patient vers les ressources éducatives locales	107
2.4.2.1- L'accessibilité aux programmes hospitaliers	108
2.4.2.2- Des programmes pré-définis	109
2.4.2.3- La méconnaissance de l'offre éducative locale	110
2.4.3- Assurer le suivi des effets de l'éducation thérapeutique	111
<b>2.5- L'interdisciplinarité et la délégation de tâches</b>	<b>112</b>
<b>2.6- La coordination</b>	<b>113</b>
<b>2.7- Les obstacles à la participation des médecins généralistes</b>	<b>113</b>
2.7.1- Le manque de formation	113
2.7.1.1- Formation initiale bisontine	115

2.7.1.2- Formation continue	116
2.7.2- Le manque de temps	118
2.7.2.1- La durée des programmes éducatifs	118
2.7.2.2- La démographie médicale faible	118
2.7.2.3- Une activité réputée chronophage, à court terme seulement!	119
2.7.3- L'absence de rémunération spécifique	119
<b>2.8- Des constats unanimes</b>	<b>120</b>
2.8.1- Freins à l'activité éducative	120
2.8.2- Moteurs de l'activité éducative	120
<b>CONCLUSION</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>129</b>
<b>Annexe 1 : Guide d'entretien demi-directif</b>	<b>130</b>
<b>Annexe 2 : Dossier d'éducation partagé (Besançon)</b>	<b>135</b>
<b>Annexe 3 : Diagnostic éducatif (Pontarlier)</b>	<b>140</b>
<b>Annexe 4 : Programme des ateliers (Pontarlier)</b>	<b>145</b>
<b>Annexe 5 : Lien hôpital-ville (Pontarlier)</b>	<b>147</b>
<b>Annexe 6 : Evaluation d'atelier (Pontarlier)</b>	<b>149</b>
<b>Annexe 7 : Evaluation des ateliers à 3 mois (Pontarlier)</b>	<b>152</b>
<b>Annexe 8 : Evaluation des connaissances (Vesoul)</b>	<b>155</b>
<b>Annexe 9 : Lien hôpital-ville (Vesoul)</b>	<b>158</b>
<b>Annexe 10 : Evaluation de la satisfaction des patients (Vesoul)</b>	<b>160</b>

<b>Annexe 11 : Evaluation de la satisfaction des patients (Dole, « Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »)</b>	<b>162</b>
<b>Annexe 12 : Programme éducatif (Lons Le Saunier)</b>	<b>164</b>
<b>Annexe 13 : Dépliant UTEP (Lons Le Saunier)</b>	<b>166</b>
<b>Annexe 14 : Evaluation des connaissances (Belfort-Montbéliard)</b>	<b>169</b>
<b>Annexe 15 : Lien avec le médecin traitant (Femasac)</b>	<b>171</b>
<b>Annexe 16 : Synthèse de l'atelier, Lien avec le médecin traitant (« Réseau Gentiane, Diabète en Franche-Comté »)</b>	<b>173</b>
<b>Annexe 17 : Description détaillée de séances d'éducation</b>	<b>175</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>186</b>
<b>PLAN DETAILLE</b>	<b>194</b>



## PERMIS D'IMPRIMER

\*\*\*\*\*

Thèse pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine**

Présentée par :

Mme PARDON Marie, née CAMUS  
Né(e) le 27/07/1981 à Dole (Jura)

Et ayant pour titre « **Etat des lieux en éducation thérapeutique dans le diabète de type 2 en Franche-Comté** »

*Vu,*

*Besançon, le 27 septembre 2010*

*Le Président de jury de Thèse,*

*Pr Alfred Penforis*

*Vu et approuvé,*

*Besançon, le 28 9 2010*

*Le Directeur de l'U.F.R. S.M.P.*

*Le Professeur E. SAMAIN*

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les désapprouver.

