



**Savoie Education Diabète**  
Maison des Réseaux de Santé de Savoie  
5 rue Pierre et Marie Curie  
73000 CHAMBERY

☎ 04.79.68.23.71  
☎ 04.79.62.39.71  
[www.savediab.org](http://www.savediab.org)

**31 MARS**

**2011**

**3<sup>ème</sup> Forum annuel SAVEDIAB**  
*Auditorium CHS Bassens*  
**CHAMBERY**

**L'éducation thérapeutique  
du patient :  
quelles pratiques,  
pour quels acteurs ?**



**31  
mars  
2011**

## L'éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques, pour quels acteurs ?

- 9 h 15 **Accueil**  
Dr C. Waterlot, Médecin Endocrinologue, Coordinatrice Médicale Savédiab  
Dr J.-L. Vignouille, Président Maison des Réseaux de Santé de Savoie
- 9 h 30 **L'éducation thérapeutique du patient : effet de mode ou véritable évolution des pratiques ?**  
Dr B. Sandrin-Berthon, Médecin Santé Publique, Directrice de Formation AFDET
- ETP et diabète : expérience en Savoie**  
**Comment l'éducation thérapeutique est organisée sur le territoire de la Savoie ?**  
**Echange à 4 voix : patient, professionnel libéral, CES, Réseau Savédiab**
- 10 h 20 **Approche de l'ETP par un Centre d'Examen de Santé**  
Dr C. Magnin, Médecin CPAM Chambéry
- 10 h 45 **L'expérience des patients, ce qu'ils nous en disent**
- 11 h 00 **L'ETP en pratique libérale : le temps est-il un obstacle ?**  
Intervention d'un médecin généraliste et d'une diététicienne libérale
- 11 h 25 **L'ETP dans la démarche diététique : une voie innovante au sein du réseau Savédiab**  
Mmes C. Boutet et V. Besson, Diététiciennes du réseau Savédiab
- 11 h 45 **Table ronde, échanges**
- 13 h 00 **Déjeuner**
- ETP et autres pathologies : expériences à Grenoble et Besançon**
- 14 h 00 **L'ETP améliore-t-elle l'observance thérapeutique ?**  
Dr J. Yver et Dr B. Satger, Granded
- 14 h 30 **Place du coaching téléphonique dans l'ETP**  
Dr M. Salvat, Cardiologue CHU Grenoble et Resic 38
- 15 h 00 **L'ETP en milieu hospitalier : une approche multidisciplinaire**  
Pr. A. Penfornis, Chef Service Diabétologie CHU Besançon
- 15 h 30 **Pause**
- 16 h 00 **Conférence et synthèse des thèmes abordés dans la journée : en quoi l'éducation thérapeutique vient questionner la relation soignant-soigné ?**  
Pr. A. Penfornis
- 17 h 00 **Conclusion de la journée**

# L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : EFFET DE MODE OU VÉRITABLE ÉVOLUTION DES PRATIQUES ?

**Dr Brigitte Sandrin-Berthon**

Médecin Santé Publique, Directrice de formation AFDET

Association Française pour le Développement de l'Éducation Thérapeutique - AFDET

88 rue de la Roquette 75544 Paris cedex 11

[delf.sa@orange.fr](mailto:delf.sa@orange.fr) - [www.diabeteeducation.org](http://www.diabeteeducation.org)

## L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) :

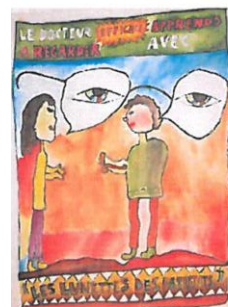
### ► C'est quoi ?

C'est aider les patients à :

- ➔ Prendre soin d'eux-mêmes,
- ➔ Agir dans un sens favorable à leur santé,
- ➔ Agir dans un sens favorable à leur bien-être.

### ► Dans quel but ?

Le but de l'éducation pour la santé du patient est que la personne qui consulte un professionnel des soins, quel que soit son état de santé, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.



« le Docteur efficace apprend à regarder avec les lunettes des patients »

« Selon Brigitte Sandrin-Berthon »

--- --- ---

**L'association Diabète éducation de langue française (DELF) change de nom : elle devient l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (AFDET).**

**L'AFDET a pour objet de promouvoir l'éducation thérapeutique du patient, au niveau national et territorial :**

- Former, en pluri-professionnalité, les acteurs concernés par l'éducation thérapeutique
- Contribuer au développement de la recherche en éducation thérapeutique
- Assurer la diffusion de travaux scientifiques dans ce domaine et la valorisation d'expériences, notamment :
  - par l'organisation du congrès Santé Education
  - par l'édition d'une revue
- Participer aux travaux des différentes institutions de santé sur l'éducation thérapeutique
- Travailler en partenariat avec d'autres sociétés savantes ou associations impliquées dans l'éducation thérapeutique

# APPROCHE DE L'ETP PAR UN CENTRE D'EXAMEN DE SANTE

**Dr Claire Magnin**

Médecin responsable CES, pilote projet ETP

Centre d'Examens de Santé, Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la SAVOIE

8 rue Jean Girard-Madoux 73015 Chambéry Cedex

claire.magnin@cpam-chambéry.fr

[http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-savoie/index\\_savoie.php](http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-savoie/index_savoie.php)

---

En 2008-2009, sous l'égide de la CNAMTS, l'ETP pour les patients diabétiques de type 2 a été expérimentée dans 21 centres d'examens de santé (CES) sous forme d'une **offre de service aux médecins traitants, s'intégrant dans le parcours de soins d'une personne atteinte d'une maladie chronique**. Ce programme d'ETP est actuellement proposé dans 42 CES et réalisé à moyens constants par redéploiement des ressources humaines et matérielles disponibles.

L'équipe du CES de Chambéry (1 infirmière, 2 médecins) a été formée à l'ETP et à la prise en charge du diabète de type 2, a participé à l'élaboration d'un protocole validé et est engagée dans une démarche d'évaluation statistique nationale (logiciel de système de gestion d'études) et de qualité (formation continue, espace collaboratif, supervision par des comités de suivi et scientifique, autorisation ARS).

L'ETP est présentée aux personnes diabétiques de type 2 lors d'un **EPS** (examen périodique de santé, proposé prioritairement aux personnes éloignées du système de soins ou fragilisées socialement).

L'objectif général est celui de l'ETP de permettre au patient d'être acteur, de limiter les complications de sa maladie et de préserver au maximum sa qualité de vie.

Le programme se déroule sur 1 an :

- inclusion sur critères d'éligibilité après accords écrits du patient et de son médecin traitant (76 patients inclus de fin 2008 à 2010)
- entretien personnalisé : les objectifs spécifiques sont déterminés de façon individuelle et réévalués à différentes étapes.
- 5 ateliers collectifs (8 à 10 personnes) (4 à 5 groupes par an, objectif actuel : 35 patients inclus)
- 3 bilans individuels (fin d'ateliers, à 6 mois, à 12 mois).

Les étapes individuelles sont formalisées sous forme de synthèse écrite remises au patient et au médecin traitant.

L'évaluation actuelle concerne le programme : **adhésion, participation, satisfaction** patient et médecin traitant, **temps** consacré, coût).

L'impact est évalué individuellement (degré d'atteinte des objectifs opérationnels personnalisés, questionnaires). Les données biomédicales sont recueillies.

Les ateliers collectifs créent une excellente dynamique de groupe, la participation est assidue dès l'étape de l'entretien personnalisé réalisée, la satisfaction de tous les acteurs (patients, médecins traitants, équipe ETP) est constante et des améliorations sont effectives au niveau des ressentis, des attitudes, des comportements, des relations.

## **Les pistes d'évolution :**

- ▶complémentarité avec les autres structures d'ETP (réseau Savédiab, hôpital, ETP en cabinet libéral...) associations de patients, médecins traitants et diabétologues, avec d'autres professionnels soignants en lien avec le diabète de type 2 (médecins spécialistes, podologues, diététiciens...)
- ▶continuité dans le temps, articulation avec la mise en pratique (activité physique, ateliers cuisine...)
- ▶accessibilité de l'offre d'ETP aux personnes éloignées géographiquement, avec des contraintes d'horaires, avec un handicap, avec des difficultés linguistiques.

## **Conclusion :**

L'ETP au CES de Chambéry s'intègre dans une démarche d'amélioration de l'état de santé initialisée lors du bilan de santé et a la spécificité d'un recrutement ciblé vers des personnes éloignées des systèmes de soins. Elle a cependant une dimension complémentaire et limitée.

Pour optimiser l'ETP au CES, il sera nécessaire de la rendre accessible à un plus grand nombre, d'en faire un processus évolutif dans le temps (relais) et de la maintenir cohérente avec les autres acteurs.

# L'ETP DANS LA DEMARCHE DIETETIQUE : UNE VOIE INNOVANTE AU SEIN DU RESEAU SAVEDIAB

**Mme Virginie Besson & Mme Chantal Boutet**

Diététiciennes

Réseau SAVoie Education DIABète - SAVEDIAB

Maison des Réseaux de Santé de Savoie, 5 rue P. et M. Curie 73000 Chambéry

savediab@reseaux-sante73.fr - www.savediab.org

---

**L'alimentation est au cœur des préoccupations de notre société**, en particulier face à la progression de l'obésité ou du diabète. De nombreux messages visant à modifier les comportements alimentaires sont diffusés par les soignants, les pouvoirs publics, les médias... Ils visent à apporter des connaissances nutritionnelles (valeurs caloriques ou composition des aliments). Ils mettent en garde contre certaines catégories d'aliments (trop gras /trop salés/trop sucrés). Ils suggèrent de renoncer à certaines habitudes (grignotages ou repas fast-food). Ils conseillent des normes de consommation chiffrée (5 fruits et légumes par jour) ...

Or, manger n'est pas un acte simple, que l'on peut réduire à des normes identiques pour chacun. C'est un acte dont les déterminants sont complexes : physiologiques, psychologiques, émotionnels, sociaux, culturels... auxquels se rajoutent des notions de « régimes, restrictions, choix alimentaires imposés... », lorsque la santé est en jeu.

**On constate le peu d'efficacité dans le suivi des recommandations diététiques.**

## **Quelles en sont les raisons ?**

Notre pratique professionnelle en diabétologie nous permet d'apporter quelques éléments de réponses :

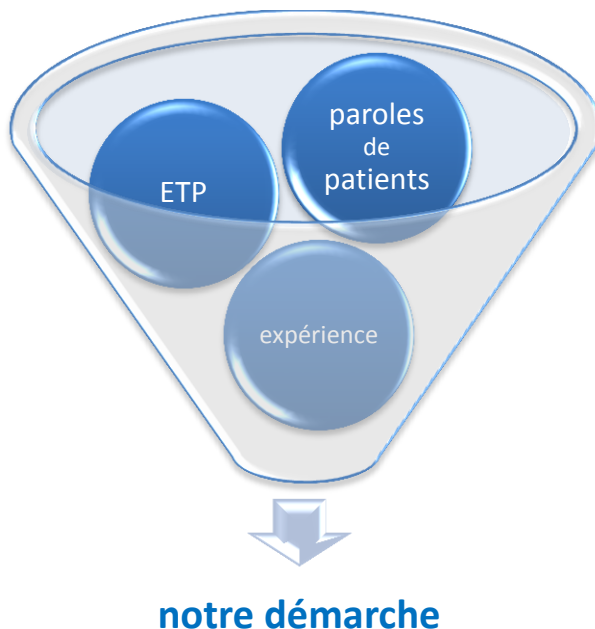
- ♦ Les patients atteints de pathologie chronique (diabète) ont souvent une image dévalorisée d'eux même, et les contraintes diététiques ajoutent une difficulté supplémentaire.
- ♦ Les recommandations de restrictions alimentaires sont insupportables **sur le long terme**, car elles supposent des renoncements difficiles à accepter. Et le non respect de tous ces messages « donnés pour le bien de la personne soignée » engendre de la culpabilité et de l'angoisse.
- ♦ On sait qu'augmenter les connaissances ne suffit pas à changer : nous connaissons tous des patients surinformés, mais qui n'ont pas trouvé leur motivation au changement.
- ♦ Le discours actuel tend à stigmatiser ou à médicaliser les aliments. La conséquence est le risque de perdre le sens de l'acte alimentaire, la notion de plaisir et le lien avec son histoire personnelle. L'acte alimentaire peut ainsi être déconnecté de toutes les émotions qui s'y rattachent.
- ♦ Tous ces messages entraînent une perte de spontanéité devant notre assiette. L'aliment devient un instrument et perd son rôle nourricier.
- ♦ Les méthodes visant à limiter ou interdire certains aliments peuvent conduire à des troubles du comportement alimentaire par le biais de la restriction cognitive : restriction excessive → tabous alimentaires, exacerbation de l'envie, frustration qui devient insupportable → désinhibition, transgression, perte de contrôle → craquage → sentiment d'échec, culpabilité → augmentation de la restriction (cercle vicieux).
- ♦ Par ailleurs, les signaux corporels internes (la faim, la satiété) qui régulent spontanément notre comportement alimentaire sont anesthésiés. Et les émotions et le réconfort amenés par la nourriture sont négligés. Il en découle une relation de moins en moins sereine à l'alimentation.

- ♦ Enfin, il faut savoir que plus on insiste sur des difficultés, plus **on induit des résistances au changement** :

« La persévérance obstinée à employer des stratégies inefficaces ne fait qu'accroître le problème. » \*

### Quelle autre démarche diététique possible ?

« Il s'agit de comprendre comment le problème fonctionne, et non pourquoi il existe. » \*



Notre démarche s'est élaborée en alliant nos compétences professionnelles, les principes de l'ETP et le retour d'expériences exprimées par les patients.

### Nos objectifs sont :

- ♦ **Faire « diminuer la pression »** autour de l'alimentation afin que le patient se recentre sur lui et non sur l'application stricte de recommandations. Nous nous appuyons sur les ressources personnelles du patient. C'est à partir de son expérience qu'il pourra élaborer des objectifs de changement et pas uniquement selon des recommandations générales.
- ♦ **Convenir, avec le patient, de changements acceptables** pour lui, à son rythme : de petits objectifs pour petits changements durables, et non grands changements éphémères et nuisibles.
- ♦ **Aider le patient à retrouver de façon durable :**
  - La sérénité avec son alimentation dans son environnement
  - L'adaptation de son alimentation à sa maladie sans contraintes excessives ou inutiles (qui pourraient être contreproductives)
  - Une régulation spontanée qui permet de ne pas manger au-delà de ses besoins

### Comment ? ... nos pistes en lien avec l'Education Thérapeutique :

- ♦ Se centrer sur le patient et ce qu'il ressent : ses habitudes alimentaires, ses expériences, ses croyances, ses choix, ses désirs, ses sensations, ses motivations à changer...se laisser guider par ce qu'il amène et non par ce qu'on aimerait savoir à priori.
- ♦ Suivre le patient dans les problématiques qu'il évoque, en lien avec l'alimentation (Qu'est ce qui le préoccupe le plus ? Qu'est ce qui lui convient ? Que veut-il changer ?...).
- ♦ Dégager ensemble un problème de comportement alimentaire qu'il souhaite faire évoluer (sur le « comment » et non sur le « pourquoi », qui relève du domaine de la psychologie).
- ♦ Rechercher un petit objectif d'amélioration, en lien avec ce comportement, mesurable, dans un temps proche.

- ♦ S'appuyer sur des expériences positives vécues par le patient, pour changer ce problème de comportement alimentaire. Proposer aussi des pistes de solutions, qu'il s'approprié ou non.
- ♦ Faire appel à des éléments pratiques de la vie quotidienne du patient, pour convenir d'actions d'améliorations très concrètes dont il va pouvoir mesurer l'efficacité (Quel aliment ? Quelle attitude ? Quelle équivalence ? Quelles recettes ? Quelles conditions pour un repas serein ? ...).
- ♦ Envisager les difficultés et l'échec, pour préserver **le lien thérapeutique**.

### **Toutes ces étapes sont valables en séances collectives et en entretien individuel :**

**En séances collectives**, c'est le groupe qui produit les situations-problèmes, les questions et les expériences. C'est lui qui permet aussi de dégager des axes de travail communs au maximum de participants. Le groupe est alors support d'avancée pour chacun, même si tout n'est pas exprimé. (Ex. : atelier comportement alimentaire ou atelier du goût)

**En entretien individuel**, les situations sont bien sûr plus précises et plus personnelles. Les propositions et objectifs sont construits avec la personne, **dans un esprit d'alliance thérapeutique**.

Nous utilisons des techniques et des outils différents en fonction de la situation (information nutritionnelle, approche corporelle, enquête alimentaire, approche paradoxale, balance décisionnelle, aliments factices, dessins et schémas souvent construits ensemble...).

Il nous paraît essentiel d'accepter de se laisser surprendre par le patient ; et d'adapter notre pratique à chaque situation.

### **Les limites de cette approche diététique :**

- ♦ Le manque de formation : il est essentiel de se former à l'éducation thérapeutique et à des approches diététiques innovantes telles que l'approche corporelle, les troubles du comportement alimentaire...La formation, l'échange et la supervision avec d'autres diététiciennes permet d'être plus à l'aise pour accompagner le patient, notamment pour alterner temps d'écoute et temps d'information et de conseils.
- ♦ Un cadre de travail trop flou : il est difficile de pratiquer de cette façon de travailler dans un cadre trop peu protecteur type « groupes très ouverts », ou avec des gens de passage par hasard du type « dépistage du diabète dans un lieu public », « information tout venant »...
- ♦ Une indisponibilité du professionnel : ce type d'approche demande de l'écoute, de l'empathie, de la curiosité, de l'imagination parfois...Il est difficile d'enchaîner ce type de consultations rapidement, ou entre deux activités déjà fatigantes.
- ♦ Un manque de soutien de ses collègues soignants : il est difficile, pour la diététicienne et pour le patient, de se sentir « tiraillés » entre plusieurs démarches contradictoires (par exemple, « arrêter des grignotages par des contraintes supplémentaires » et « prendre le temps de relâcher la pression des contraintes pour mieux comprendre ces grignotages ; n'envisager l'arrêt que sur un moyen terme).
- ♦ Une non-adhésion du patient : il est important d'être en phase avec la demande du patient.
  - Un patient qui vient pour un conseil précis et qui ne souhaite pas passer du temps à travailler sur ses comportements alimentaires.
  - Un patient qui choisit une démarche diététique différente (amaigrissement rapide par exemple). Il est alors souvent difficile de travailler de ces deux manières différentes dans le même temps (pour lui et/ou pour nous). Ce travail conjoint peut être déstabilisant, voire très contre productif. Il est alors plus facile de simplement proposer de garder le lien, s'il le souhaite. Parfois, certains patients reviennent, par la suite, avec une demande plus proche de celle que l'on peut alors proposer.

Nous sommes aussi confrontées aux échecs, aux situations qui traînent en longueur sans qu'on voie d'évolution, aux successions de problèmes dont on ne sait par quel bout les attraper... mais **cette façon d'aborder le patient et la diététique est toujours surprenante de richesses !**

### **Lectures de références :**

- ▶ ANSES – Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d’amaigrissement – Rapport d’expertise collective - Nov 2010
- ▶ La restriction cognitive – Quel impact sur le métabolisme ? Comment la détecter ? – Dr S Andrieux  
Diabète et Obésité - Nov 2008
- ▶ L’éducation thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique - A Lacroix  
J-P Assal Editons Vigot - 1998
- ▶ \* Manger beaucoup, à la folie, pas du tout - Giorgio Nardone – Editions du Seuil – 1999
- ▶ Pourquoi se soigne-t-on ? Enquête sur la rationalité de l’observance – G Reach  
Editions le bord de l’eau - 2007
- ▶ Un comportement alimentaire troublé ? Les régimes à répétition en cause... – M Le Barzicz  
Diabète et Obésité - Mars 2010
- ▶ Traiter l’obésité et le surpoids - sous la direction des Dr JP Zermatti – Dr G. Apfeldorfer  
Dr B. Waysfeld – Editions O. Jacob - 2010

# L'ETP AMELIORE-T-ELLE L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE ?

**Dr Bernadette Satger & Dr Jacqueline Yver**

Coordinatrices médicales réseau Granted

Réseau GRANTED, pathologies vasculaires

Parc Héliopolis, 16 rue de la Tour de l'eau 38400 Saint-Martin d'Hères

granted@wanadoo.fr - <http://www.granted.ujf-grenoble.fr>

**L'observance thérapeutique** peut se définir comme l'adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant une prise en charge thérapeutique.

**La non observance thérapeutique** est une problématique pour les soignants, elle peut concerner non seulement la prise des médicaments prescrits (respect des doses, des horaires, de la durée du traitement) mais aussi le respect de recommandations données en consultation (réaliser une surveillance biologique, suivre des conseils diététiques, pratiquer une activité physique, se rendre à des consultations, arrêter le tabac, etc.).

Répondre à la question de l'amélioration ou non de l'observance thérapeutique par l'ETP c'est aussi s'interroger sur ce que représente pour nous l'ETP et ses finalités. L'ETP peut proposer des éléments de réponse au problème de la « non observance » thérapeutique mais ce n'est peut-être pas son unique finalité.

A travers notre expérience auprès de patients présentant une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de patients sous traitement anticoagulant oral par anti vitamine K (AVK) nous aborderons différentes problématiques d'observance thérapeutique.

Nos interventions éducatives en priorité centrées sur la « sécurité » du patient se sont enrichies avec la problématique de la « non observance » avec, nous semble-t-il, une amélioration de nos pratiques. L'ETP permet de proposer un espace où une éventuelle « non observance » peut s'exprimer. L'approche éducative nous aide à explorer avec les patients différents « déterminants » possibles de l'observance pour tenter d'élaborer avec eux des solutions qui restent évolutives.

« **L'ETP améliore-t-elle l'observance thérapeutique ?** » Il nous semble intéressant d'inverser en quelque sorte la question et de se demander si la « non observance » à ses différents degrés ne permet pas en fait de nous interroger, nous soignants, sur nos pratiques et de nous améliorer ?

*Satger Bernadette, Yver Jacqueline, Desbat Laurence, Nozières Emmanuelle, Spini Caroline, Fontaine Michèle, Blaise Sophie, Diamand Jean Marc, Pernod Gilles*

## **A qui s'adresse le réseau Granted ?**

Ce réseau s'adresse aux personnes présentant une maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse ou « phlébite », embolie pulmonaire) et aux personnes sous traitement anticoagulant pour une autre pathologie (indication cardiaque par exemple).

## **Pourquoi ce réseau ?**

- ✓ Pour diminuer les accidents liés au traitement anticoagulant,
- ✓ Pour améliorer la prise en charge de la maladie thromboembolique.

## **Qu'apporte-t-il aux patients ?**

Une information personnalisée avec des séances individuelles ou de groupe et la remise de documents sur :

- ✓ Le traitement anticoagulant,
- ✓ La maladie thromboembolique veineuse.
- ✓ Un accompagnement personnalisé dans le temps.
- ✓ Une concertation médicale autour de la maladie, à la demande du médecin.

## **Qui participe au réseau ?**

Des médecins libéraux et hospitaliers, des infirmières, des diététiciennes, des kinésithérapeutes, qui sont unis par une convention entre l'Association GRANTED et des établissements de soins publics et privés.

# PLACE DU COACHING TELEPHONIQUE DANS L'ETP

**Dr Muriel Salvat**

Médecin cardiologue

CHU de Grenoble & Resic 38

Pavillon E, CHU de Grenoble, 38700 LA TRONCHE

resic38@chu-grenoble.fr - <http://www.resic38.org>

## **Resic 38 : un réseau de professionnels au bénéfice des patients insuffisants cardiaques**

*Le RESeau des Insuffisants Cardiaque de l'Isère (Resic 38), réseau Ville-Hôpital, coordonne l'activité des professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques. Le réseau maintient le patient autant que possible à son domicile, par la prévention des décompensations cardiaques via une meilleure vigilance personnelle et un suivi collectif de la part de l'équipe d'intervenants, la diminution des ré-hospitalisations itératives, l'amélioration de la qualité de vie des patients et de la prise en charge globale de l'insuffisance cardiaque.*

*Le réseau dispose d'une coordination ville-hôpital autour d'une équipe pluridisciplinaire, de dossiers de soins partagés et de référentiels de soin communs. Une éducation thérapeutique est proposée aux patients et à leur famille pour favoriser une auto-surveillance. Des formations spécialisées sont organisées et financées pour les professionnels, médicaux et paramédicaux, afin d'actualiser leurs connaissances et de les former à l'éducation thérapeutique.*

*Plusieurs structures de santé (centre hospitalier universitaire de Grenoble, centre hospitalier de Voiron, centre hospitalier de la Mure, clinique d'Alembert, clinique Belledonne, clinique des Cèdres, clinique Mutualiste) assurent la prise en charge pluridisciplinaire sur une grande partie du département de l'Isère, en lien avec les professionnels de villes suivants : cardiologues, médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes et pharmaciens. Afin de permettre aux soignants d'intervenir à domicile, le Resic 38 les indemnise pour les actes suivants : prise en charge diététique, soutien psychologique et éducation thérapeutique individuelle. Il indemnise également le temps investi dans la coordination autour du patient et le temps consacré à la formation.*

## **En Isère, une expérience de suivi téléphonique pour les patients insuffisants cardiaques.**

**Cinq établissements hospitaliers et des professionnels de santé libéraux sont réunis dans le Réseau des Insuffisants cardiaques de l'Isère (Resic 38). Ce réseau propose au patient des soins, un suivi et un accompagnement global. Depuis 2007, le patient bénéficie d'un suivi téléphonique régulier.**

Le réseau Resic 38 – Réseau des Insuffisants Cardiaques de l'Isère – est un réseau de santé ville-hôpital (lire encadré ci-dessus), mis en place en 2005 pour améliorer la prise en charge du patient insuffisant cardiaque, sur les plans médical, paramédical, éducatif et ambulatoire ; cette prise en charge est définie dans le cadre de référentiels internationaux **(1,2)**. Lors de son inclusion dans le réseau, le patient bénéficie d'un « bilan éducatif partagé » réalisé par l'infirmière coordinatrice du réseau, bilan diffusé ensuite aux professionnels entourant le patient : médecin généraliste et spécialiste, pharmacien, kinésithérapeute, infirmier, diététicien et psychologue. Ce bilan éducatif partagé identifie le fonctionnement et les besoins de la personne, face à la prise en charge de sa maladie, en abordant les thèmes du suivi médical, clinique, de l'alimentation, des activités physiques et autres recommandations médicales relatives à l'insuffisance cardiaque.

L'offre éducative du réseau repose sur un accompagnement diététique, psychologique, une aide à la surveillance clinique de l'insuffisance cardiaque du patient par un infirmier, une prise en charge de kinésithérapie en ambulatoire ou en centre de réhabilitation, des séances d'éducation collectives et des séances d'éducation et d'accompagnement individuel ainsi qu'un suivi téléphonique. Cette offre éducative complète le suivi médical généraliste et cardiologique nécessaire. Un contrat de soin est établi entre le réseau et le patient lors du bilan éducatif partagé et ce dernier choisit « à la carte » dans cette offre ce qui lui convient.

## Suivi téléphonique des patients :

Face à une file active importante et grandissante – 400 patients au mois de mars 2010, plus de 750 patients inclus depuis 2005 – mais surtout dans le souci d'assurer une qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'éducation thérapeutique du patient insuffisante cardiaque, le Resic 38 a mis en place, depuis 2007, un suivi téléphonique régulier des patients. Ce suivi est inspiré du concept de **disease management**, démarche centrée sur les malades chroniques qui, par des interventions directes auprès des patients (aide, suivi, conseil), «  **vise à accroître leurs capacités à gérer leur maladie dans la perspective d'améliorer les résultats sanitaires et de réduire les dépenses** »(3).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique du patient comme devant «  **permettre aux patients d'acquérir ou conserver les capacités ou les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent intégré dans les soins centré sur le patient.** » (4) Dans leur discussion sur les moyens pédagogiques utilisés en éducation thérapeutique du patient, l'accompagnement ou **coaching** téléphonique est mentionné mais son utilisation doit respecter certains critères pour pouvoir être considéré comme éducatif. «  **Il doit poursuivre et compléter une éducation préalable du patient, il doit être planifié, répété et continu dans le temps ; il doit être réalisé par une personne formée, il doit réaliser des réajustements pour maintenir ou améliorer la maîtrise des objectifs mais aussi pour apporter de nouvelles connaissances au patient.** »

Le suivi téléphonique s'effectue à une fréquence de cinq échanges par an (aux 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup> mois et à un an). Le chargé de suivi téléphonique du Resic 38 répond aux questions du patient et échange avec lui sur les difficultés occasionnées par sa pathologie, sur ses habitudes et ses comportements pour l'accompagner vers la qualité de vie meilleure possible. Il repère d'éventuels freins dans sa prise en charge et l'oriente si nécessaire vers les services procurés par les professionnels du réseau : consultation du médecin généraliste, du cardiologue, accompagnement psychologique, diététique, prise en charge de kinésithérapie, éducation thérapeutique dispensé à titre individuel. Le chargé de suivi téléphonique aborde systématiquement cinq thématiques : l'état clinique ressenti, le suivi médical, le régime hydro-sodé, la pratique d'activité physique et le moral. L'échange prend en compte l'antériorité du patient au sein du réseau et donc toutes les informations disponibles le concernant : les difficultés, attentes et besoins exprimés lors du bilan éducatif partagé ou des suivis médicaux, diététique, psychologique, de kinésithérapie ou d'éducation qui ont fait l'objet de comptes rendus.

## Enquête auprès des patients :

Afin d'évaluer le ressenti des patients face aux appels téléphoniques, un questionnaire a été conçu puis envoyé, en mars 2010, aux cent premiers patients inclus en 2009. Il les interroge notamment sur d'éventuelles modifications de comportements consécutives aux appels. 52 % des patients ont répondu et quarante-sept questionnaires ont pu être exploités. Pour 85 % des répondants, la fréquence des appels (cinq fois par an incluant un bilan annuel) est jugée suffisante et, pour 89 %, leur durée convenable (durée moyenne d'un appel : dix minutes). Leur perception du réseau est celle du soutien, de l'accompagnement et de l'identification d'un lieu ressources et d'informations. 90 % des répondants estiment les appels utiles. Par ailleurs, suite aux appels téléphoniques, plus de la moitié (57 %) des personnes interrogées pensent avoir principalement modifié la surveillance de leurs signes cliniques d'une décompensation cardiaque et 51 % leur comportement alimentaire dans le cadre d'un régime hydro-sodé ; 38 % pensent avoir amélioré leur pratique d'activité physique. Mais un quart seulement des personnes interrogées pense avoir obtenu la réponse aux questions concernant leur pathologie. Sur le plan des préconisations formulées par le professionnel écoutant, 72 % des appelants ont été invités à consulter leur médecin ou cardiologue et deux tiers d'entre eux disent l'avoir fait ; 74 % ont été invités à rencontrer un autre professionnel du réseau (et un peu plus de la moitié d'entre eux l'ont fait) ; les professionnels les plus sollicités sont les diététiciens puis les kinésithérapeutes, les psychologues, les pharmaciens et les infirmiers.

L'analyse du questionnaire montre un niveau correct de satisfaction des patients face au réseau et au suivi téléphonique. Toutefois, il convient de considérer avec précaution ces résultats compte tenu de la méthodologie de l'enquête, qui demeure fragile, et du nombre limité de répondants (n = 47). Néanmoins, l'enquête met globalement en avant le soutien perçu, l'accompagnement et le réconfort ressenti par la prise en charge au fil du parcours du patient dans le réseau. Les éventuelles modifications de comportement (alimentation, activité physique, etc.) déclarées par les répondants semblent imputables au parcours global d'accompagnement, bien au-delà du seul accompagnement téléphonique.

En conclusion, le suivi téléphonique, tel que proposé au patient par le Résic 38, peut être envisagé comme une possibilité éducative si l'on se réfère à la définition de l'éducation thérapeutique : « **une compétence d'aller à la rencontre de l'autre, individu, dans sa singularité, en prenant en compte ses compétences et ses difficultés, sans pour autant renier sa profession, ses intentions, etc.** » (8). L'enquête montre en effet que le suivi téléphonique est principalement identifié et perçu comme une forme de soutien. Il offre un temps d'écoute et d'échange à la disposition des patients. L'éducation thérapeutique du patient au sein du Resic 38 recouvre plusieurs composantes éducatives qui s'additionnent pour offrir au patient une éducation se rapprochant au plus possible de ses besoins. Le suivi téléphonique en fait partie.

<b>RIGOLLIER Pauline</b>	Chargée du suivi téléphonique
<b>SALVAT Muriel</b>	Coordinatrice médicale
<b>DUCREUX Sylvie</b>	Coordinatrice paramédicale Resic 38
<b>NEUDER Yannick</b>	Responsable unité fonctionnelle insuffisance cardiaque, CHU Grenoble

### Références bibliographiques

- (1) ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal, 2008, vol.29, n°19 : p.2388-2442. En ligne : <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/29/19/2388.full.pdf+html>
- (2) 2009 Focused Update. Journal of the american college of Cardiology, 2009, vol. 53, n°15 : p. 1343-1382. En ligne : <http://content.online-jacc.org/cgi/reprintframed/53/15/1343>
- (3) Bras P.-L., Duhamel G., Grass E. Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management ». Paris : Igas, rapport RM 2006-136P, 2006 : 201 p. En ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000763/index.shtml>
- (4) D'Ivernois J.-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris : Maloine, 2008 : p. 1-35 ; p. 41-60 ; p.65-83
- (5) DeWalt D.A., Malone R.M., Bryant M.E., Kosnar M.C., Corr K.E., Rothman R.L. et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels : a randomized, controlled trial, BMC Health Services Research, 2006, vol.13, n°6 : p. 30
- (6) DeWalt D.A., Pignone M., Malone R., Rawls C., Kosnar M.C., George G., et al. Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. Patient education and counseling, 2004, vol. 55, n°1 : P. 78-86
- (7) Holst M., Willenheimer R., Martensson J., Lindholm M., Stromberg A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. European journal of cardiovascular nursing, 2007, vol. 6, n°2 : p. 153-159. Epub 2006, Aug 22
- (8) Sandrin Berthon B. Eduquer un patient : comment être plus performant ? La revue du praticien, médecine générale, 2001, tome 15, n°549 : p. 1727-1730

# L'ETP EN MILIEU HOSPITALIER : UNE APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE

**Pr. Alfred Penfornis**

Professeur, Chef Service Diabétologie CHU de Besançon

Hôpital Jean Minjoz, 3 bd Alexandre Fleming, 25030 Besançon cedex

[utep.secretariat@chu-besancon.fr](mailto:utep.secretariat@chu-besancon.fr) – [www.utep-besancon.fr](http://www.utep-besancon.fr)

## Une Unité Transversale pour l'Éducation du Patient

### ⇒ Sa naissance :

4 septembre 2006, travail réalisé dans le cadre du Projet Médical d'Établissement (PME) 2001-2006.

### ⇒ Pourquoi ?

Aider au développement de l'éducation thérapeutique au sein du CHU de Besançon  
Susciter – Faciliter – Aider - Coordonner

### ⇒ Qui travaille à l'UTEP ?

#### L'équipe de coordination :

• Une équipe pluridisciplinaire de 5 personnes

**1** Secrétaire A temps plein

**1** Diététicienne A mi-temps

**1** Infirmière A mi-temps

**2** Médecins A quart temps chacun

#### Une équipe d'éducation

• Une IDE Référente d'éducation Asthme de l'adulte et de l'enfant.



*Accompagner les patients dans leurs changements de comportements, c'est aussi accompagner les professionnels dans leurs changements de pratique*



*Nous remercions tous les intervenants pour leur participation.*