

UNIVERSITE TOULOUSE III- Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1039

## **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 18 juin 2013

PAR

BENGUETAIB-SELMAOUI Amel

**EVALUATION DES PROGRAMMES D'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE POUR PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 EN  
MIDI-PYRENEES**

**DIRECTEUR DE THESE : Dr Sylvie LEMOZY**

JURY :

Madame le Professeur Hélène HANAIRE	Présidente
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Monsieur le Professeur J.-C. POUTRAIN	Assesseur
Madame le Docteur Sylvie LEMOZY	Assesseur
Monsieur le Docteur Jacques MARTINI	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge ANE	Membre invité



**TABLEAU DU PERSONNEL HU**

**Des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**

**au 1<sup>er</sup> Septembre 2012**

**Professeurs honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTES G.	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. CARTON
	M. GUIRAUD-CHAUMEIL		
Doyen Honoraire	B.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
		Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Doyen Honoraire	M. CHAP H.		
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER F.
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. PASCAL JP
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GAYRAL	Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. GAY	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. MIGUERES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. FEDOU	Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. LARENG	Professeur Honoraire	M. CONTÉ

Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE F.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. LARROUY	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PAGES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. MANSAT M
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	Mme ARLET

**Professeurs émérites**

Professeur GHISOLFI  
Professeur LARROUY  
Professeur ALBAREDE  
Professeur CONTÉ  
Professeur MURAT  
Professeur MANELFE  
Professeur LOUVET  
Professeur SOLEILHAVOUP  
Professeur SARRAMON  
Professeur CARATERO

Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL  
Professeur COSTAGLIOLA  
Professeur L. LARENG  
Professeur JL. ADER  
Professeur Y. LAZORTHES  
Professeur H. DABERNAT  
Professeur F. JOFFRE  
Professeur B. BONEU  
Professeur J. CORBERAND  
Professeur JM. FAUVEL

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D. Interne, Gériatrie	Médecine	Mme MOYAL E.	Cancérologie
M. AMAR J.	Thérapeutique	Mme NOURHASEHMI F.	Gériatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie	M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. BLANCHER A. (option Biologique)	Immunologie	M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. BONNEVIALLE P. Orthopédique et Traumatologie.	Chirurgie	M. POURRAT J.	Néphrologie
M. BOSSAVY J.P. Vasculaire	Chirurgie	M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. BROUSSET P. (C.E) Pathologique	Anatomie	M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. BUGAT R.(C.E)	Cancérologie	M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. RISCHMANN P. (C.E.)	Urologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. RIVIERE D.	Physiologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. DAHAN M. (C.E) Thoracique et Cardiaque	Chirurgie	M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie	M. TELMON N.	Médecine Légale
M. DEGUINE O.	O.R.L.	M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FERRIERES J. , Santé Publique	Epidémiologie		
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.		
M. IZOPET J. Virologie	Bactériologie-		
M. LIBLAU R.	Immunologie		
M. LANG T. Informatique Médicale	Biostatistique		
M. LANGIN D.	Biochimie		
M. LAUQUE D. Interne	Médecine		
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie		
M. MALAUAUD B.	Urologie		
M. MARCHOU B. Infectieuses	Maladies		
M. MONROZIES X. Obstétrique	Gynécologie		
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI J. Chirurgie Pédiatrique	Anatomie et		

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. BUREAU Ch.	Hépto-Gastro-Entéro	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. CALVAS P.	Génétique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale	M. PARIENTE J.	Neurologie
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie	M. PAUL C.	Dermatologie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. DE BOISSEZON X. Réadapt Fonct..	Médecine Physique et	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. GEERAERTS T. réanimation	Anesthésiologie -	M. RONCALLI J.	Cardiologie
Mme GENESTAL M. Médicale	Réanimation	M. SANS N.	Radiologie
Mme LAMANT L. Pathologique	Anatomie	M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M		M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
M. LAROCHE M.	Rhumatologie	Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire
M. LAUWERS F.	Anatomie		
		<b>P.U.</b>	
		M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr. POUTRAIN J.Ch

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**Doyen : D. ROUGE****P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BOUTAULT F. (C.E)	
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CHIRON Ph.	
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
M. GRAND A. (CE)	
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.

**P.U. - P.H.**

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI	
M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET	
A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX	
J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation

M. PLANTE P.	Urologie	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L.	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E.	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs  
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail  
Dr NIEZBORALA M.

	M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéριο. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie – Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N.	Génétique
M. CORRE J.	Hématologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. COULAIS. Y.	Biophysique	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie Bactériologie Virologie Hygiène
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GRARE M.	
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GUILBEAU- FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale	Mme LAPRIE A.	Cancérologie Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEANDRI R.	
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition

Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. PRADERE J.	Biophysique
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RAMI J.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. RMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RONGIERES M.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. VALLET P.	Physiologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VICTOR G.	Biophysique
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
Mme SOMMET A.	Pharmacologie		<b>M.C.U.</b>
M. TAFANI J.A.	Biophysique	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement Anatomie et Chirurgie		
M. TRICOIRE J.L.	Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.  
Dr STILLMUNKES A  
Dr. BRILLAC Th  
Dr. ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.

A Madame le Professeur Hélène HANAIRE

Professeur des universités  
Praticien hospitalier  
Diabétologie

Je suis très honor e que vous ayez accepté spontanément de présider ce jury.  
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des universités  
Médecine générale.

Pour votre implication dans le développement du département de médecine  
générale de Toulouse.

Pour l'honneur que vous me faites de siéger à ce jury.  
Veuillez accepter mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe  
POUTRAIN

Professeur associé  
Médecine générale

Pour votre engagement dans l'enseignement des internes en  
médecine générale.  
Votre présence à ce jury est un honneur.

# A Madame le Docteur Sylvie LEMOZY

Praticien hospitalier  
Diabétologie

Je suis très honorée d'avoir pu travailler avec vous sur ce projet. Vous avez su organiser au mieux chacune des étapes de ce travail, par votre rôle de médecin coordinateur du réseau DIAMIP. Votre rigueur et votre perfectionnisme m'ont été très précieux. Votre engagement pour l'éducation thérapeutique est exemplaire.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.  
Veillez accepter mes remerciements les plus respectueux.

A Monsieur le Docteur Serge ANE

Médecin généraliste

Vous avez gentiment accepté de m'aider dans la rédaction de cette  
thèse.

Veillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Jacques MARTINI

Praticien hospitalier  
Diabétologie

En tant que Président du réseau DIAMIP, votre présence à ce jury  
me paraît indispensable.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter cette invitation, veuillez  
trouver l'expression de ma sincère gratitude.

Un grand remerciement à toute **l'équipe du réseau DIAMIP** pour sa disponibilité, en particulier à :

-Patricia, la secrétaire du réseau qui a été d'une aide précieuse dans l'organisation de chaque réunion

-Laurent, l'informaticien du réseau qui a permis de créer un document pour la saisie des données et la réalisation des graphiques

-Aux deux infirmières qui se sont succédées, Maité et Marie-blanche pour leur gentillesse

Un grand merci à toutes **les équipes soignantes des établissements évalués** pour leur accueil lors de chacune de mes visites et pour leur implication active à ce travail.

Merci à tous mes maîtres de stages, pour leur disponibilité et pour tout ce que j'ai pu apprendre au cours des mes différents stages d'internats.

Merci à tous mes co-internes. Nous avons passés de bons moments.

Un merci particulier pour l'équipe du service de médecine de Lavour : Philipe, Florence et Leila. Ce dernier stage fut l'un des meilleurs pour moi.

Merci aux différents médecins généralistes que j'ai remplacé régulièrement et qui m'ont fait confiance. En particulier, le Dr POITE à Mazamet pour son accueil et ses petites histoires..... Au Dr BOUSQUET pour sa gentillesse.

**A ma MAMAN,**

Merci pour tous les sacrifices que tu as faits pour nous élever Chafika et moi. Il y a eu des moments difficiles et je profite de cette occasion pour m'excuser. Ton intégrité fait de toi une femme forte. Au travers de cette thèse trouve le fruit et la reconnaissance de tous tes efforts. Je t'aime très fort.

**A mon PAPA,**

Un an déjà..... Tu nous manques. Je sais que tu aurais été fier de moi.

**A mon MARI,**

Depuis qu'on se connaît tu m'as toujours encouragée et soutenue. Ma réussite t'es en partie dédiée. Merci. (Et merci pour l'eau Volvic à la fraise et ton survet... !)

**A ma petite sœur CHAFIKA,**

Tu sais ce que tu veux dans la vie et ta persévérance est un atout. Tu assumes tes choix en te moquant du quand dira-t-on et pour ça je t'admire ! Tu vas bientôt t'installer à l'étranger, sache que tu vas beaucoup me manquer.

Merci pour les deux petites nièces que tu m'as offert. Une spéciale dédicace à ma grande poupette Hafsa : tu es mon rayon de soleil! A Safya, ma petite poupette !

**A mon frère LAHOUARI,**

Paix à ton âme. Je garde comme dernier souvenir ton sourire le jour de mon mariage.

**A mes autres frères et sœurs : HABIB, BAKHTA, KHADOUDJA et BENAÏSSA,**

La vie a fait que nous nous sommes éloignés. Maintenant que l'on s'est retrouvé, j'espère que le lien restera solide.

**A ma belle-sœur LAOUNIA,**

Merci pour tout ce que tu as fait pour papa.

**A tous mes neveux et nièces : Nadia, Aïssa, Samia, Farah, Sofia, Adam, Hicham, Miloud, Sarah et Ismaël**

**A tout le reste de ma famille,**

**A ma belle- famille,**

**A Carole, mon amie d'enfance,**

On s'est perdu de vue pendant des années et tu m'as retrouvée. Merci pour ta présence en ce jour important malgré les kilomètres !

**A Odile et Johan : mes amis lycée !!!**

Nos chemins se sont croisés dans un certain lycée Saint-Sernin ! Puis une étape difficile nous a un peu plus lié le fameux concours de P1. Que d'aventures.... ! Je voulais juste rajouter pour Odile : Bonne année !!!!!

**A Malika,**

Pour toutes ces heures passées au téléphone..... !

**A Fatima,**

Pour toutes ces années fac que l'on a passées ensemble. Courage à toi, le jour de ta thèse arrive aussi à grand pas !

**A Amal,**

Les milliers de kilomètres qui nous séparent font que tu n'es pas là aujourd'hui ! Mais on ne va pas te plaindre, puisque tu vis en Guadeloupe !

**A Kader,**

Pour ta bonne et parfois mauvaise humeur !!

**A Fat, un pote de galère**

Le meilleur chauffeur- livreur de Toulouse, qui tombe amoureux toutes les 2 min ! Merci pour tous les services que tu nous as rendu, entre autre un certain déménagement Toulouse-Paris.....

**A Myriam et Ahmed,**

Vos fonctions d'enseignants font que vous ne pouvez pas être présent aujourd'hui, c'est dommage !

**A Basma,**

Merci pour ton aide pour la réalisation de la table des matières ! T'as sacrifiée une après-midi cocooning pour ça, je m'en souviendrai !

## Table des matières

I-INTRODUCTION .....	24
1-Le diabète de type 2.....	24
2-L'éducation thérapeutique .....	26
II-CONTEXTE ET MOTIF DE LA RECHERCHE .....	29
1-Les réseaux .....	29
a-Généralités.....	29
b- Le réseau DIAMIP .....	29
2-Justification de ce travail .....	30
III- METHODOLOGIE .....	32
1-Comment améliorer les pratiques professionnelles ? .....	32
a- L'évaluation des pratiques professionnelles .....	32
b- La formation médicale continue .....	34
c- Le développement Professionnel Continu .....	34
2-Démarche méthodologique de ce travail .....	35
a-Choix du thème .....	35
b-Choix des critères.....	35
c-Evaluation sur site.....	36
d-L'analyse et la restitution des résultats de la V1.....	37
e- Phase de construction du processus d'amélioration des pratiques .....	38
f- Deuxième évaluation sur site.....	38
g-Analyse et restitution des résultats de la V2 .....	38
IV- LES RESULTATS .....	39
1-Présentation des résultats.....	39
a- Les critères liés à la démarche éducative auprès du patient.....	39
b- Les critères « organisationnels ».....	40

c- Les critères se rapportant au courrier de sortie adressé au médecin traitant .....	42
2- Les critères ciblés par les équipes.....	44
V- LES ACTIONS D'AMELIORATION PROPOSEES .....	45
VI-DISCUSSION .....	46
VII-CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES	

## I-INTRODUCTION

En France, 15 millions de personnes, soit près de 20% de la population sont atteintes de pathologies chroniques. D'ici 2020, elles constitueront la principale source d'incapacités physique, mentale et sociale dans le monde [1]. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est liée à l'évolution démographique avec l'allongement de l'espérance de vie d'une part, et aux modifications de mode de vie d'autre part. Cette montée de la prévalence des maladies chroniques, dont le diabète de type 2, représente un véritable défi pour le système de santé. Une des réponses à ce phénomène est le développement de l'éducation thérapeutique (ETP) du patient. Les enjeux sont multiples. Elle permet la stabilisation ou l'amélioration de l'état de santé, le maintien de l'autonomie et de la qualité de vie, l'acquisition de nouvelles compétences et de nouveaux comportements. Pour la société elle permet la réduction des coûts de santé [2].

### 1-Le diabète de type 2

Il s'agit d'une pathologie liée à un trouble de la sécrétion ou de l'action de l'insuline créant une hyperglycémie chronique. Son origine est multifactorielle en rapport avec des facteurs génétiques et environnementaux dont l'impact majeur du mode de vie (sédentarité et excès pondéral) [3]. La découverte de la maladie se fait la plupart du temps avec un retard diagnostique de 5 à 7 ans. Elle reste longtemps asymptomatique, évoluant de manière insidieuse, à bas bruits. L'hyperglycémie chronique est à l'origine de complications microvasculaires (rétinopathie, neuropathie) et macrovasculaires (infarctus du myocarde, artérite et accident vasculaire). L'absence de symptômes au début de la maladie rend l'acceptation par le patient problématique et les changements de comportement plus difficiles à mettre en place avec comme conséquence l'inobservance thérapeutique pouvant concerner un patient sur deux [4].

La prévalence exacte du diabète de type 2 est difficile à établir notamment du fait de son caractère asymptomatique initial. Au niveau mondial, on parle "d'épidémie" puisque selon l'OMS la prévalence mondiale de l'ensemble des patients diabétiques tous types confondus qui était de 4% en 1995 devrait passer à 5,4% en 2025 [5]. Les patients de type 2 représenteraient 90% de ces chiffres [6]. En France, en 2007, une analyse de l'exhaustivité des remboursements des soins du régime général d'assurance maladie a mesuré la prévalence du diabète traité à 3,95 %, soit 2,5 millions de patients. En 2009, 2,7 millions de personnes étaient traitées par médicaments pour un diabète de type 2, soit environ 4,6% de la population française. A noter que ces chiffres ne tiennent pas compte

des patients traités par régime seul et ceux dont le diagnostic n'a pas encore été posé [7]. L'épidémie de diabète progresse en France comme dans le monde en raison du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'espérance de vie des patients traités et de l'intensification du dépistage. Cette progression suit de près celle du surpoids et de l'obésité qui touchent respectivement 32% et 14,5% des français adultes [8].

Sur le plan financier, le coût total des soins remboursés par l'assurance maladie aux personnes diabétiques est passé de 7,1 à 12,5 milliards d'euros entre 2001 et 2007. L'hôpital représente le plus grand poste de dépenses avec 37% des dépenses totales [9]. L'apparition des complications est délétère pour le patient puisqu'elles ont un impact direct sur la morbi-mortalité. D'après l'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques), plus de 20% des patients diabétiques présentent une atteinte coronaire, 3,9% des patients déclarent avoir perdu la vue d'un œil et chaque année 3000 personnes diabétiques débutent une dialyse [10]. Ces complications entraînent également de lourdes dépenses de santé aux dépens de l'assurance maladie. L'analyse économique des soins des personnes atteintes de diabète montre que des 10% des patients traités, ceux ayant le plus de complications, concentrent 50% des remboursements. Une prise en charge efficace des patients diabétiques s'avère essentielle afin d'éviter les complications si onéreuses pour le système de soins.

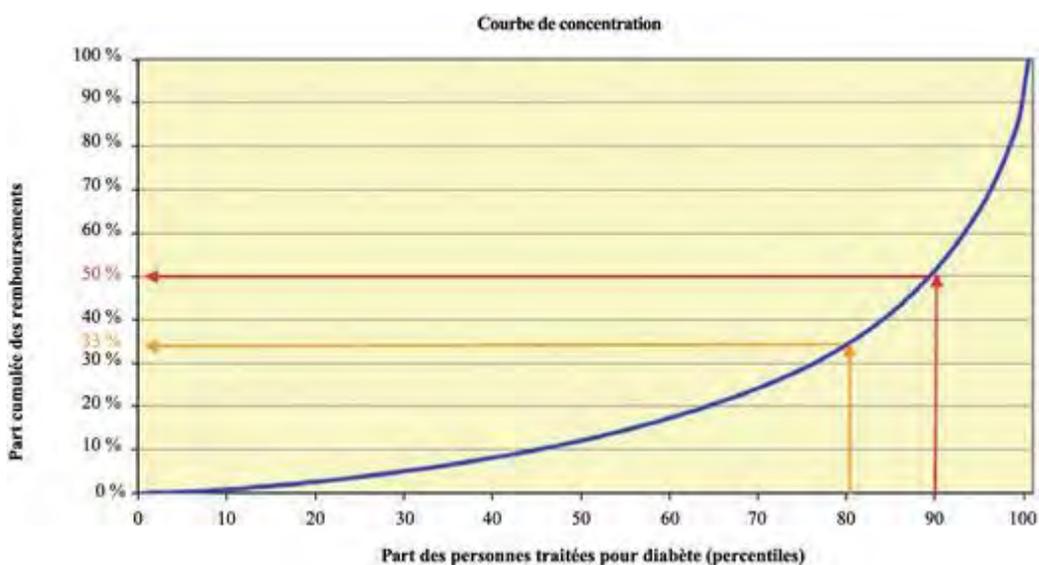


Figure 1. Courbe de Lorenz – Concentration des remboursements médicaux versés par l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète, Entred, régime général de l'Assurance maladie, France, 2007. [9]

Devant ce constat, l'éducation thérapeutique apparaît alors comme un pilier indispensable pour la prise en charge de ces patients. Son intérêt a été démontré. L'étude de Trento et al. a prouvé l'efficacité de l'éducation de groupe sur l'amélioration à 5 ans des paramètres biocliniques, des connaissances, de la gestion de la maladie et de la qualité de vie [11]. En outre, l'étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), dont l'objectif était de prouver qu'un meilleur contrôle glycémique prévenait la survenue de complications, a vérifié qu'une réduction de 1% de l'HbA1c s'accompagne d'une diminution de 25% du risque de complications microvasculaires, de 16 % du risque d'infarctus et de 25% du risque de mortalité relié au diabète [12].

## 2-L'éducation thérapeutique

Il s'agit d'une pratique et d'un domaine scientifique jeune et évolutif qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales. Actuellement, elle apparaît comme fondamentale dans la prise en charge des maladies chroniques. Elle est même érigée en politique nationale prioritaire par les institutions. En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit que : « L'ETP d'un patient est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés, et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement et coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. » Au-delà du diagnostic et de la prescription médicamenteuse, l'ETP souligne l'importance de la relation entre les soignants et les patients et l'intérêt à prendre en considération les aspects psychosociaux de la maladie [13].

Historiquement, l'éducation thérapeutique a connu ses premiers développements aux Etats-Unis dans les années 70 auprès de patients diabétiques. Un nouveau paradigme apparaît. Elle succède à l'éducation sanitaire où la priorité était l'éradication des maladies infectieuses et à l'éducation pour la santé au moment où la révolution industrielle améliore le niveau de vie [14]. Ce n'est que dans les années 80 qu'elle commence à apparaître en France. Des recommandations Européennes estiment en effet que les patients peuvent apporter une contribution à leur propre santé en

reconnaissant une instruction appropriée des malades pour encourager leur participation [15]. Jusqu'au début des années 2000, se sont développées des expériences d'éducation naissant d'initiatives locales dans des services de soins, souvent à l'hôpital, rarement en exercice libéral et parfois dans des associations. Ces expériences furent cependant de portée limitée, ne bénéficiant le plus souvent ni de reconnaissance professionnelle ni de reconnaissance financière. Néanmoins, les pratiques éducatives deviennent progressivement plus structurées et multidisciplinaires tout en restant très hétérogènes [16]. A partir des années 2000, une nouvelle résonance retentit avec une réelle prise de conscience quant à l'intérêt de l'éducation thérapeutique du patient. La pratique et les modalités de sa mise en place ont été fortement mises en avant par les institutions et des cadres relatifs à sa qualité ont été également proposés. Elle est devenue une priorité de santé publique basée sur un fondement législatif. Tout d'abord, le ministère de la santé a suscité l'élaboration d'un plan pluriannuel pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 qui intègre un axe « éducation thérapeutique » [17]. En parallèle, en 2006, la HAS fait apparaître l'éducation thérapeutique pour la prise en charge du diabète de type 2 au même titre que les règles hygiéno-diététiques et le traitement médicamenteux [18]. En 2007, la HAS publie ses dernières recommandations en matière d'éducation thérapeutique. Elle propose un guide méthodologique rappelant entre-autre les quatre étapes-clés de la mise en œuvre de l'ETP qui sont : l'élaboration d'un diagnostic éducatif (DE), la définition d'un programme personnalisé, la planification et la mise en œuvre de séances d'ETP et enfin l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme [2]. En 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), dans son chapitre relatif à « la prévention et la santé publique », pose l'ETP comme une priorité nationale. Cette loi soumet à autorisation le développement de chaque programme sur la base d'un cahier des charges bien défini. C'est ainsi que la structuration des programmes d'éducation est garantie depuis 2010 par des décrets nationaux. Ces derniers fixent d'une part les conditions d'autorisation de programmes et d'autre part les compétences requises pour dispenser l'ETP [19]. La validation et l'autorisation de tout programme revient à l'ARS de chaque région. Est appelé "programme d'ETP" toute démarche structurée d'ETP autorisée par l'ARS. Cette validation est une condition indispensable en amont de toute demande de financement, sans que l'autorisation ne garantisse pour autant celui-ci. En 2011, on dénombrait 1800 programmes autorisés sur 26 régions françaises [19].

L'ETP sera proposée aux patients lors de circonstances particulièrement propices comme :

- au début de la maladie, après l'annonce du diagnostic
- à la suite d'un incident de santé, de traitement, de malaise hypoglycémique, d'épisodes d'hyperglycémie prolongée, de prise de poids...
- lors d'une évolution de la maladie : apparition d'une complication, découverte de facteurs de risques associés
- à l'occasion d'un changement de conditions de vie [20]

Actuellement, la majorité des programmes d'ETP autorisés sont des programmes hospitaliers publics ou privés (84%) [19]. Néanmoins dans le contexte de la politique des bassins de santé, la tendance va très certainement s'inverser au profit des soins de proximité, ce qui favorisera les programmes d'ETP sur le maillon de premier recours.

L'ETP est valorisée par la HAS dans la démarche de certification V2007 des établissements de santé. Il est attendu que les établissements aient identifié des besoins en matière d'ETP et structuré les programmes correspondants. L'évaluation de ces programmes, à l'échelle de l'institution, se limite pour l'instant au recensement voire à un affichage d'actions ponctuelles. La coordination de ces actions entre elles ou leur articulation avec ce qui se fait en amont ou en aval de l'hospitalisation n'est pas mise en évidence. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est un moyen de valorisation de ces programmes où chaque équipe de professionnels de santé est tenue de s'engager dans une évaluation de ses pratiques [21].

L'objet de notre travail a été de mettre en place une évaluation des pratiques professionnelles au sein de programmes d'éducation thérapeutique pour patient diabétique de type 2 en échec thérapeutique, en hospitalisation, afin d'évaluer la qualité et la continuité des soins.

## II-CONTEXTE ET MOTIF DE LA RECHERCHE

En Midi-Pyrénées, le réseau DIAMIP qui est un réseau régional de santé ville-hôpital, prenant en charge les patients diabétiques, coordonne depuis plus de 10 ans des programmes d'éducation.

### 1-Les réseaux

#### a-Généralités

Tout d'abord rappelons qu'un réseau se définit comme une collaboration sur une zone géographique donnée de différents professionnels de santé pour la prise en charge d'une pathologie chronique ou d'un groupe de personnes présentant des problématiques médico-sociales similaires. Le patient se retrouve au cœur du dispositif. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise les missions des réseaux de santé : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines population, pathologies ou activité sanitaires. Ils assurent une prise en charge globale adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluations afin de garantir la qualité de leurs services et de leurs prestations. ». Ces structures sont donc particulièrement adaptées au développement de l'ETP. Les ordonnances de 1996 posent un premier cadre légal aux premières initiatives de réseaux [22]. A partir de 1999, ces structures ont connu un vaste essor grâce aux financements alloués par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie [23]. C'est dans ce contexte qu'à partir des années 2000 les réseaux diabète ont vu le jour ainsi que l'Association Nationale des Réseaux Diabète (ANCREDE) qui formule trois objectifs généraux communs:

- l'amélioration des pratiques
- le développement de l'ETP
- la prise en charge des patients en difficulté [24].

#### b- Le réseau DIAMIP

Le réseau DIAMIP a été créé en 2000. Sa structure juridique est une association loi 1901. Son objectif général consiste en l'amélioration de la prise en charge des patients diabétiques en Midi-Pyrénées selon les principes de continuité, de

coordination et de graduation des soins. Deux grands types d'actions sont développés auprès des patients :

- l'éducation thérapeutique du patient
- le dépistage des maladies chroniques

Sur cette région comptant environ 120 000 patients diabétiques, le taux de prévalence du diabète traité en 2007 était de 3,7% [25]. L'enjeu est d'organiser l'ETP en appui sur des équipes locales. On compte environ 700 professionnels de santé adhérents à DIAMIP. Jusqu'à présent, plus de 30 000 patients ont déjà bénéficié d'une prestation du réseau. Environ 4000 patients participent chaque année à des séances d'ETP. Tout en intégrant l'éducation individuelle, DIAMIP, en appui sur son conseil scientifique, a ciblé l'éducation thérapeutique en groupe en établissement de soin ainsi qu'en ambulatoire, avec quatre types de programmes assurés par des équipes multiprofessionnelles. A la disposition des médecins généralistes et des diabétologues, l'ensemble de ces programmes s'articulent avec le suivi du patient [26].

## 2-Justification de ce travail

Le réseau DIAMIP propose notamment un programme sur environ trois jours pour patients diabétiques de type 2 en échec thérapeutique, en hospitalisation, sur les sites orientés vers la diabétologie et le pôle de référence (service de Diabétologie, CHU Rangueil, Toulouse), répartis sur l'ensemble de la région.

On parle de patients en échec thérapeutique lorsqu'ils présentent soit :

- un déséquilibre glycémique
- une ou des complications
- une indication à l'insulinothérapie.

La population de patients recrutés pour ces programmes sont des patients présentant un diabète de type 2 ayant une ancienneté moyenne de 10,5 ans, une hémoglobine glyquée moyenne de 8,1% et nécessitant une insulinothérapie pour 50% d'entre eux.

Les sites orientés (SO) vers la diabétologie sont des établissements de soins publics ou privés répondant à un cahier des charges défini par une circulaire nationale de mai 1999. Ils offrent :

- la présence quotidienne d'un médecin spécialiste ou titulaire d'une compétence en endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques

-la possibilité de réaliser les examens complémentaires faisant partie du bilan périodique de surveillance du diabète

-l'accès à un programme d'ETP pour le diabète de type 2

Le pôle de référence en diabétologie assure les mêmes fonctions qu'un SO pour son bassin géographique. De plus, il dispose de tous les moyens de prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de diabète de type 1 et 2, et des plateaux techniques multidisciplinaires nécessaires à cet effet. Il bénéficie en outre de collaborations sur site avec les pôles de référence des disciplines voisines et prend en charge les situations complexes. Ils assurent également les fonctions d'enseignement et de recherche [27].

En place dans ces divers établissements depuis au plus tard 2002, ce programme, structuré selon un emploi du temps préétabli, combine stratégie individuelle de prise en charge et éducation thérapeutique en groupe. Il répond à un cahier des charges commun construit et validé par le réseau de santé en appui sur des recommandations nationales ou scientifiques reconnues. Se déroulant globalement mensuellement, le programme a accueilli 917 patients en 2009.

Au cours du temps, les pratiques évoluent et, de ce fait, ont pu connaître quelques dérives. C'est la raison pour laquelle après 10 ans de mise en œuvre de ce programme, dans un souci d'amélioration de leurs pratiques professionnelles, que les équipes de ce réseau se sont réunies en groupe de travail du conseil scientifique et ont réfléchi à l'évaluation de leurs pratiques. La participation à ce travail s'est faite de manière volontaire et 15 équipes sur 17 ont souhaité participer à cette étude. Ces équipes s'étaient déjà réunies et avaient travaillé sur plusieurs thématiques. En 2004 notamment, elles ont créé un outil permettant de réaliser un bilan d'activité semestriel commun. Pour évaluer leurs pratiques, elles ont choisi une méthodologie validée par l'HAS : une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) de type audit clinique ciblé. Elles cherchaient à mesurer les analogies et les écarts de pratique ayant pu s'établir par rapport aux référentiels admis d'une part et entre les différentes équipes d'autre part.

L'objectif de cette démarche est l'amélioration des pratiques professionnelles de manière coordonnée.

### III- METHODOLOGIE

Ce travail consiste en une EPP de type audit clinique ciblé, régionale et multisite évaluant la qualité des programmes d'éducation thérapeutique pour patient diabétique de type 2 en échec thérapeutique et en hospitalisation sur quinze établissements de santé publics et privés de la région Midi-Pyrénées.

#### 1-Comment améliorer les pratiques professionnelles ?

Jusqu'à la proclamation de la loi HPST en 2009, il existait trois manières de soutenir l'amélioration des pratiques professionnelles : l'EPP, la formation médicale continue (FMC) et l'accréditation. Depuis, la loi prévoit le remplacement de la FMC et de l'EPP par le Développement Professionnel Continu (DPC) qui est une démarche innovante au service du patient.

##### a- L'évaluation des pratiques professionnelles

Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins, quels que soient leurs modalités d'exercice, sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Le décret no 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles établit que l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et, plus généralement, la santé publique dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Le principe de l'EPP repose sur une démarche auto-évaluative dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit de mesurer l'écart qui existe entre ce que l'on fait et ce qui devrait être fait dans l'idéal. Elle permet de comprendre les raisons de cet écart et de mettre en œuvre des mesures qui pourraient améliorer le soin. Pour cela, il s'agit de :

- choisir un thème en fonction de la fréquence, de la gravité et du potentiel d'amélioration

- fixer un objectif de qualité et de sécurité explicite, basé sur les données de la science

- analyser la pratique professionnelle selon une méthode validée

-planifier les actions avec un calendrier de mise en œuvre et suivi des résultats

Les méthodologies utilisées pour réaliser une EPP sont diverses. On retiendra soit l'audit clinique qui est une approche par comparaison soit la revue de la morbidité-mortalité qui se fait par une analyse périodique multidisciplinaire des décès ou des incidents morbides [28].

Dans notre étude nous avons choisi l'audit clinique ciblé dont la méthodologie semble être la plus appropriée à notre cas. En effet, cette méthode d'évaluation permet de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer [29]. De plus, on peut parler d'audit clinique ciblé puisqu'après avoir mis en place les actions d'améliorations nous avons mesuré les effets par une seconde étape de mesure. Tout cela s'inscrit dans un modèle proposé par W.Edwards DEMING dans les années 60 que l'on appelle roue de DEMING ou roue de la qualité [30]. Ce modèle est d'ailleurs repris dans d'autres domaines technologique et professionnel dès qu'il s'agit de mener une étude qualité. Il suit quatre étapes :

- Planifier (Plan) la démarche d'évaluation
- Faire (Do) la mesure de la pratique
- Analyser (Check) les données recueillis et les comparer aux référentiels
- Améliorer (Act) les pratiques de manière à réduire les écarts observés

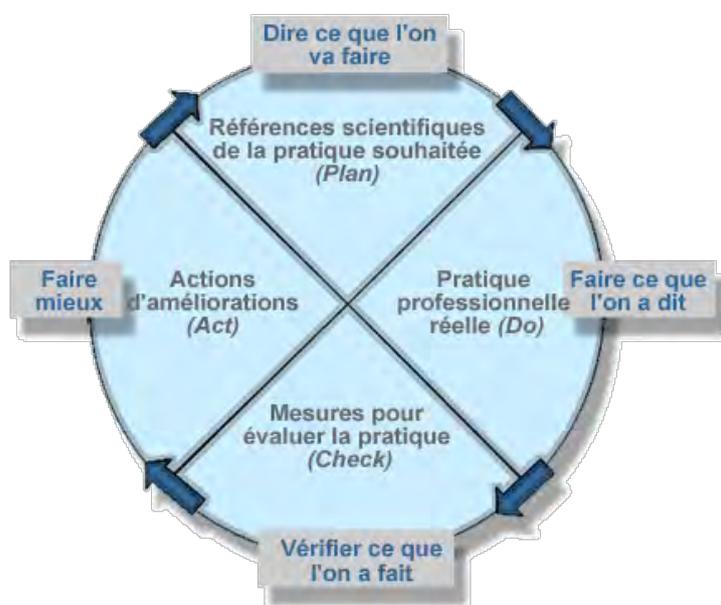


Figure 2: Roue de la qualité de DEMING [31]

## b- La formation médicale continue

La formation médicale continue permet d'une part d'améliorer les connaissances acquises lors de la formation médicale initiale et, d'autre part permet l'acquisition de nouvelles connaissances liées aux nouvelles découvertes en médecine. Elle passe par l'étude des recommandations, la lecture de revue médicale, la participation à des séminaires, à des formations, à des discussions entre pairs, par l'enseignement, par l'analyse et le contrôle de sa pratique.... C'est ainsi qu'un lien existe entre FMC et EPP. D'ailleurs, le décret du 14 avril 2005 relatif à l'EPP établit que : « l'évaluation des pratiques professionnelles avec le perfectionnement des connaissances fait partie intégrante de la FMC ».

A l'origine, la FMC est une obligation déontologique instituée en 1990 par la convention médicale. L'article 11 du Code de déontologie médicale dispose que : « Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances, il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. ». Elle devient une obligation légale par l'ordonnance JUPPE et elle est confirmée par la loi du 4 mars 2002 relative à la qualité du système de santé. Au décours de cette loi, sont créés les Conseils Nationaux de la Formation Médicale Continue (CN FMC) qui ont pour missions notamment de fixer les orientations nationales de la FMC et d'agréer les organismes de formation [32].

## c- Le développement Professionnel Continu

Il réunit dans un concept commun la FMC et l'EPP au travers de l'article 59 de la loi HPST : « le DPC a pour objectif l'évaluation des pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins. ». Chaque professionnel de santé doit satisfaire à cette obligation dans le cadre d'une démarche individuelle et permanente en participant chaque année à un programme de DPC. Ces programmes sont caractérisés par une méthode validée par l'HAS et correspondent à des orientations nationales ou régionales. Le respect de l'obligation de DPC est assuré par les conseils de l'ordre, les employeurs ou l'ARS [33].

## 2-Démarche méthodologique de ce travail

En appui sur le modèle méthodologique décrit ci-dessus, notre travail s'est déroulé en 6 étapes.

### a-Choix du thème

En 2008, 15 équipes du réseau DIAMIP ont décidé d'évaluer leurs programmes d'ETP pour patients diabétiques de type 2 en hospitalisation en choisissant une EPP de type audit ciblé. Pour donner plus de crédit à cette évaluation, elles ont voulu que cette étude soit le fruit du travail d'une thèse en médecine générale. Ce travail m'a donc été proposé par un des médecins du réseau alors que j'étais interne dans son service de médecine interne et diabétologie à l'hôpital de Castres.

### b-Choix des critères

Lors de réunions de travail, les équipes ont construit une grille de 19 critères reprenant un ensemble de points clés essentiels à la qualité d'un programme d'éducation thérapeutique. Ces critères sont des indicateurs de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique multiprofessionnelle en groupe. Elle s'appuie sur les référentiels pour l'éducation thérapeutique en groupe dont le plus récent est le guide méthodologique HAS 2007 : "Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques" [2]. Ce sont des éléments concrets observables permettant de porter un jugement sur la conformité de la pratique dans le cadre de son évaluation [32]. La grille créée s'articule en trois grands volets :

-les critères liés à la démarche éducative auprès du patient en s'intéressant au diagnostic éducatif (DE), aux objectifs éducatifs et à l'évaluation des acquis et des savoir-faire du patient en début et en fin de programme. Le DE permet d'explorer les différents champs de la vie du patient au cours d'entretiens à partir de techniques d'entretien centrées sur le patient. Il permet de définir le patient au niveau biomédical, socioprofessionnel, cognitif, psychologique et projectif. A l'issue de ce DE, la synthèse du DE élaborée en équipe permet de définir les objectifs éducatifs. Cette synthèse du DE et les objectifs proposés par les soignants doivent être partagés avec le patient et validés par lui [2].

-les critères organisationnels qui rendent compte de la mise en œuvre des séances d'éducation collective, de la pédagogie, de la coordination, de la concertation de l'équipe et enfin de la répartition des tâches et responsabilités dans l'équipe.

-les critères s'intéressant à l'intégration du programme dans le parcours de soins du patient. Ils jugent l'articulation du programme avec l'éducation individuelle au cabinet médical en appui sur un courrier de sortie contributif adressé au médecin traitant.

1	Présence dans le dossier d'un guide d'entretien du diagnostic éducatif rempli pour le patient
2	Présence dans le dossier de la synthèse écrite de l'entretien du diagnostic éducatif
3	Présence dans le dossier d'objectifs éducatifs rédigés au décours du diagnostic éducatif
4	Présence dans le dossier des objectifs éducatifs <u>partagés</u> avec le patient, au décours du diagnostic éducatif
5	Présence dans le dossier des objectifs éducatifs que se donnent le patient, à la sortie
6	Présence dans le dossier d'un document d'évaluation des acquis et savoir-faire à l'entrée
7	Présence dans le dossier d'un document rapportant l'évolution des acquis au cours du programme
8	Emploi du temps remis au patient avant le début du programme
9	Déroulement effectif de toutes les séances pédagogiques prévues sur l'emploi du temps
10	Remise au patient de supports pédagogiques écrits
11	Présence dans le classeur pédagogique d'outils et méthodes adaptées pour animer des séances d'éducation collective interactive
12	Tous les patients ont participé à toutes les séances d'éducation les concernant
13	Les intervenants de chaque séance d'ETP sont identifiés
14	Identification d'un responsable de l'organisation du déroulement des séances collectives (Gestion emploi du temps, présence intervenants, participation des patients aux séances)
15	Trace d'une planification de réunions d'équipe animées par un responsable pédagogique, pour l'auto-évaluation et l'amélioration régulière du programme
16	Présence dans le courrier au médecin traitant d'une synthèse du diagnostic éducatif
17	Présence dans le courrier au médecin traitant des objectifs éducatifs à la sortie
18	Présence dans le courrier au médecin traitant des objectifs que se fixe le patient à la sortie
19	Présence dans le courrier au médecin traitant d'une prévision du suivi éducatif (avec qui, modalité)

Figure 3 : Grille des 19 critères

A partir de cette grille, pour chaque critère évalué, il y avait quatre possibilités de réponse : « oui » ; « non » ; « NR » pour Non Rempli ou « NA » pour Non Applicable. En complément de cette grille, il a été créé une notice explicative de la grille permettant de coter au plus juste chacun des critères. (Annexe 1 et 2)

#### c-Première évaluation sur site

J'ai réalisé les visites sur site des quinze établissements de santé publics et privés qui ont accepté de participer de manière volontaire à cette EPP. Chaque établissement a donc été analysé par un même évaluateur externe. Cette première évaluation ou visite 1 (V1) s'est déroulée entre mai et octobre 2009. Les établissements ayant participé sont : le CHU Toulouse, la clinique des Cèdres à Toulouse, la clinique Saint-Jean de Languedoc à Toulouse, l'hôpital Joseph Ducuing à Toulouse, la clinique Claude Bernard d'Albi, l'hôpital de Castres-Mazamet, la clinique du Sidobre à Castres, l'hôpital de Cahors, l'hôpital de Villefranche de Rouergue, l'hôpital de Montauban, l'hôpital d'Auch, l'hôpital

de Bigorre (Tarbes), l'hôpital de Lourdes, la clinique de l'Ormeau à Tarbes et l'hôpital d'Agen (à noter qu'il s'agit du seul établissement ne faisant pas partie de la région Midi-Pyrénées).

Sur chaque site l'évaluation se faisait sur un minimum de trois stages, et sur chaque stage, il fallait qu'il y ait un minimum de trois patients participants au programme. Pour chaque patient évalué, une grille de critères était complétée. Avant mon arrivée, chaque équipe avait préparé les dossiers-patients des stages les plus récents. Les sources d'informations nécessaires pour remplir les grilles se trouvaient dans le dossier-patient, les classeurs pédagogiques de chaque équipe et lors d'entretien avec un ou plusieurs membres de l'équipe soignante responsable du programme qu'il soit médecin, infirmière, cadre de santé ou diététicienne. Le recueil des données s'est donc fait de manière rétrospective.

#### d-Analyse et restitution des résultats

Tous les résultats ont été rentrés dans un tableur Excel créé par l'informaticien du réseau. Après l'analyse de chaque établissement et de l'ensemble des résultats de Midi-Pyrénées, nous avons réalisé des histogrammes horizontaux et des graphiques en araignée pour mieux faire apparaître les écarts de résultats. Pour les histogrammes horizontaux nous sommes inspirés d'une EPP réalisée en psychiatrie concernant la prise en charge du risque suicidaire [29]. Pour le graphique en araignée nous avons voulu une représentation regroupant les critères par catégorie pour un meilleur impact visuel.

Les résultats de cette première visite ont été restitués lors d'une réunion de travail en janvier 2010 où chaque équipe était représentée en moyenne par 2 à 3 personnels soignants révélant une grande participation et un grand intérêt pour cette étude. Ces sessions se déroulaient en deux parties. En début de soirée, étaient présentés oralement à l'ensemble des équipes de manière collective les résultats concernant l'ensemble de Midi-Pyrénées. Dans une deuxième partie, on restituait de façon individuelle à chaque établissement ses propres résultats sur un support papier. A partir de là, chaque équipe était réunie en petit groupe pour former des ateliers de travail. Au début de cet atelier, je remettais un document (annexe 3) que je récupérais en fin de séance sur lequel chaque équipe devait noter les critères défailants qu'elle avait déterminé et les propositions d'action d'amélioration ciblées.

#### e- Phase de construction du processus d'amélioration des pratiques

A l'issue de cette réunion les équipes ont commencé à mettre en place concrètement les actions d'améliorations qu'elles avaient proposées. Cette phase comprend la détermination et la construction d'outils.

De mon côté, à l'aide des documents récupérés lors de la réunion, des résultats de la V1 et des documents que j'ai pu voir dans les dossiers-patients, j'ai aussi réfléchi à la création de nouveaux outils qui pourraient faciliter et améliorer le travail des équipes. Lors d'une réunion du groupe scientifique en juillet 2010, nous en avons profité pour partager les différentes actions d'améliorations qui étaient en cours d'exploitation.

#### f- Deuxième évaluation sur site

Avec les mêmes modalités qu'à la V1, une deuxième évaluation sur site ou Visite 2 (V2) a été menée environ un an plus tard. Elle s'est déroulée entre mai et décembre 2010. Il fallait que chaque établissement ait pratiqué leurs actions d'amélioration sur au moins trois stages pour bénéficier de la nouvelle évaluation.

#### g-Analyse et restitution des résultats de la V2

Comme à l'issue de la V1, les résultats ont été traités avec les mêmes outils. Lors d'une réunion rassemblant l'ensemble des équipes en février 2011, la restitution des résultats s'est faite dans un premier temps de façon collective, oralement et concernait l'ensemble des résultats de Midi-Pyrénées. Les représentations graphiques présentées montraient les écarts entre V1 et V2. Dans un deuxième temps, on a procédé à une restitution individuelle des résultats sur un support écrit. Les équipes de chaque établissement se sont retrouvées entre elles lors d'un atelier de travail où elles ont pu confronter leurs résultats et analyser les changements mis en place.

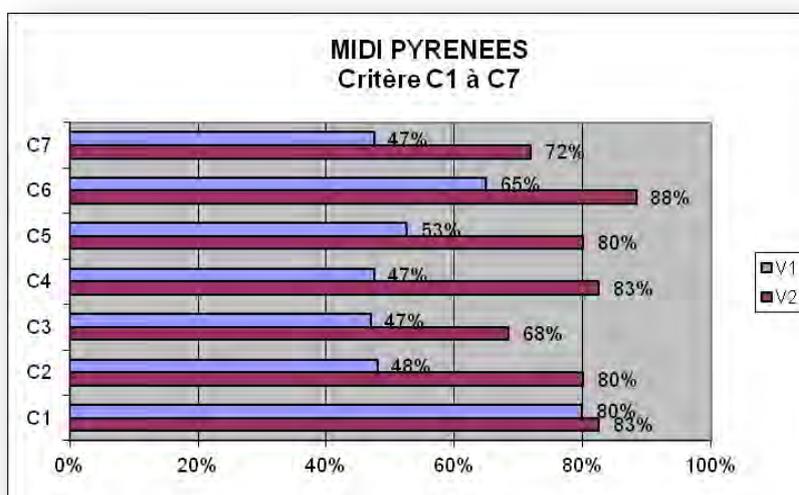
## IV- LES RESULTATS

A l'issue de la V1, 194 dossiers-patients sur 47 stages ont été analysés. A l'issue de la V2, 206 dossiers-patients sur 48 stages ont été analysés. Soit au total sur ces deux visites sur site, 400 dossiers-patients sur 95 stages traités.

On retiendra qu'à l'issue de la V1, 11 critères sur 19 étaient satisfaits dans plus de la moitié des dossiers alors, qu'à l'issue de la V2, 17 critères sur 19 sont satisfaits dans plus de trois-quarts des dossiers démontrant une nette amélioration des résultats. Nous allons présenter les résultats en regroupant les critères en fonction des trois catégories que nous avons décrites en présentant la grille des critères dans la méthodologie. Ils correspondent aux résultats pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées à la V1 et à la V2. Pour créer ces graphiques nous nous sommes basés sur le pourcentage de réponses « oui ».

### 1-Présentation des résultats

#### a- Les critères liés à la démarche éducative auprès du patient



C1= Diagnostic éducatif ; C2=Synthèse du DE ; C3= Objectif éducatif de l'équipe ; C4= Partage des objectifs avec le patient; C5=Objectifs du patient ; C6= Evaluation des acquis à l'entrée ; C7 =Evaluation des acquis à la sortie.

Figure 4 : Histogramme comparant V1 et V2 pour l'ensemble de Midi-Pyrénées à propos des critères liés à la démarche éducative auprès du patient

Le graphique suivant permet d'avoir une vision concomitante synthétique de l'évolution des critères d'une même catégorie.

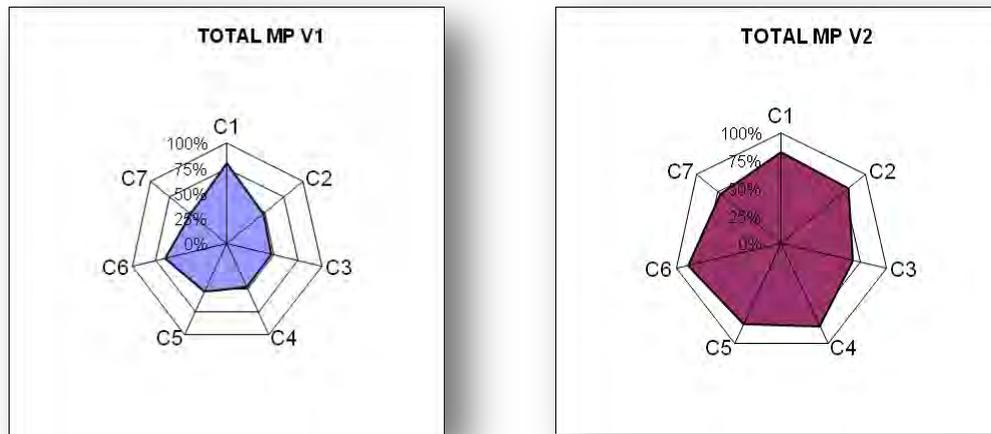


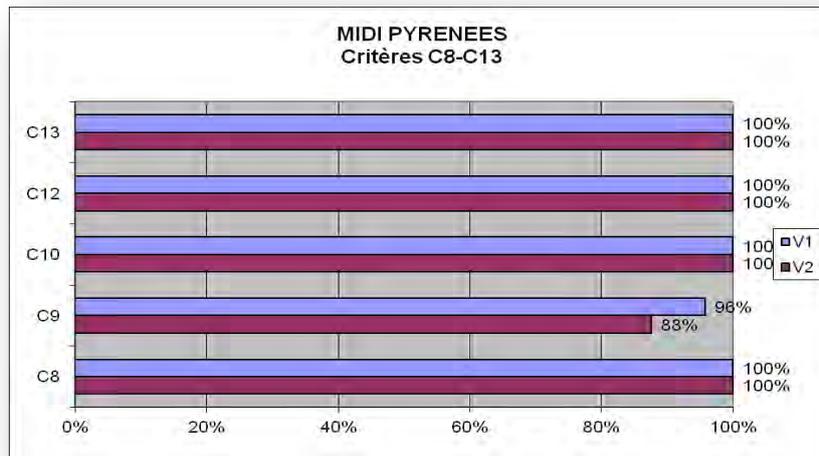
Figure 5 : Graphique en araignée comparant V1 et V2 pour l'ensemble de Midi-Pyrénées à propos des critères liés à la démarche éducative auprès du patient.

Le critère C1 évalue le fait qu'un entretien structuré de diagnostic éducatif a eu lieu. On note qu'à l'issue de la V1, il est déjà satisfait dans 80% des dossiers-patients étudiés. A l'issue de la V2, il n'a pas évolué. Ce résultat s'explique par le fait qu'une équipe ne menait pas d'entretien éducatif lors de ces programmes car la plupart des patients recrutés lors de leurs stages étaient déjà suivis en consultation par les diabétologues du service. Pour cette équipe le diagnostic éducatif est déjà posé en consultation. Mise à part cette équipe, on retiendra que la mise en place du DE est acquise pour la totalité des autres établissements.

Par ailleurs, on notera que les critères en rapport avec la définition des objectifs éducatifs (C3, C4 et C5) et ceux liés à l'évaluation des acquis et savoir-faire du patient à l'entrée et à la sortie du patient (C6 et C7) ne sont satisfaits, en moyenne, que dans 50% des dossiers lors de la V1. A travers ce résultat, on montre la difficulté à définir et mettre en place des objectifs éducatifs. Des actions d'améliorations efficaces ont été instaurées puisqu'à l'issue de la V2 les résultats se sont significativement améliorés, comme en juge l'augmentation de la surface de couverture sur le graphique en araignée.

#### b- Les critères « organisationnels »

Les deux graphiques suivants rendent compte des critères se rapportant à la logistique du stage.



C8= Emploi du temps remis au patient ; C9=Séances pédagogiques qui se sont effectivement déroulées ;  
 C10=Supports pédagogiques remis au patient ; C12=Participation du patient à toutes les séances d'ETP ;  
 C13=Identification des intervenants

Figure 6 : Histogramme comparant V1 et V2 pour l'ensemble de Midi-Pyrénées à propos des critères liés à la logistique du programme

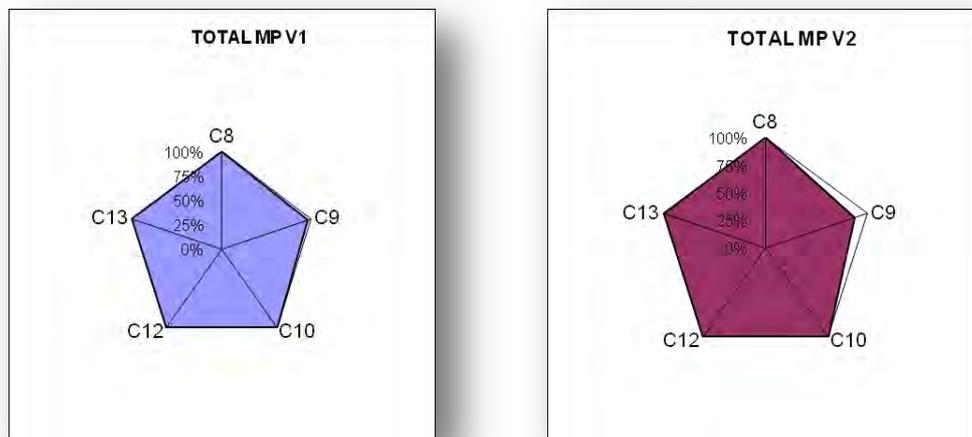
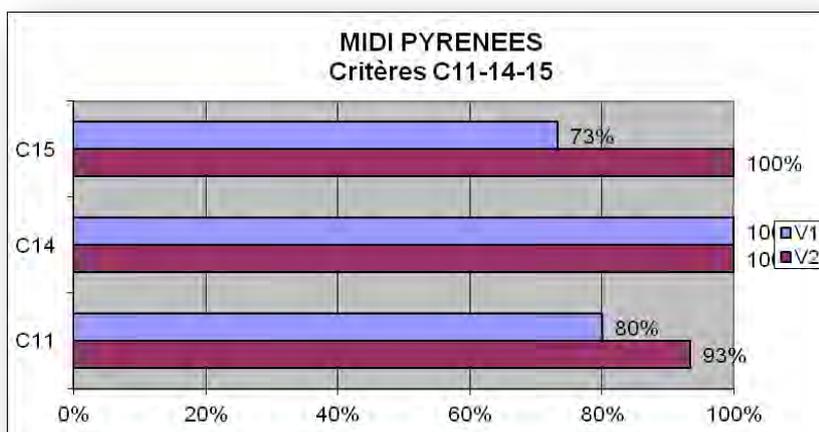


Figure 7 : graphique en araignée comparant V1 et V2 pour l'ensemble de Midi-Pyrénées à propos des critères liés à la logistique du programme

Le graphique suivant rend compte des critères qui évaluent l'établissement. Ces critères ne sont pas variables d'un stage à un autre ou d'un patient à un autre pour un même établissement.

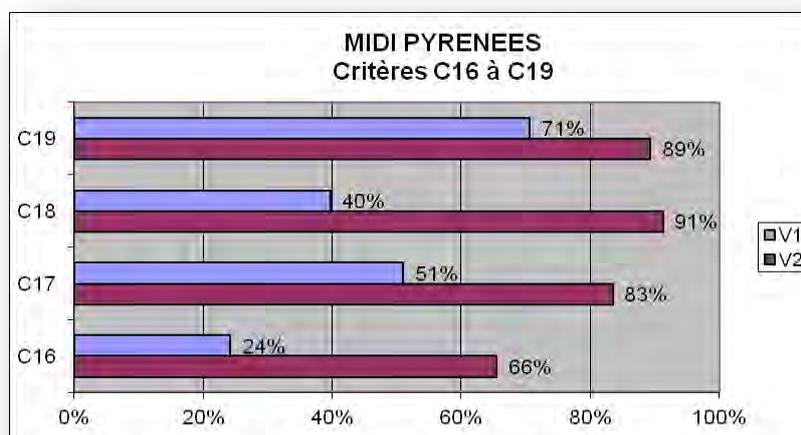


C11=Documents décrivant les séances pédagogiques ; C14=Responsable de l'organisation identifié ;  
C15=Planification de réunion d'équipe

Figure 8 : Histogramme comparant V1 et V2 pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées à propos de la qualité de l'établissement

Pour l'ensemble de ces indicateurs se rapportant au caractère « organisationnel », on remarque qu'à l'issue de la V1 ils présentent déjà de très bons résultats. A l'issue de la V2, ils sont presque tous satisfaits dans 100% des cas. Il est ainsi démontré qu'au bout de 10 ans d'existence, l'ensemble des programmes en Midi-Pyrénées fonctionne sur un même modèle organisationnel qui est acquis et respecté par toutes les équipes.

c- Les critères se rapportant au courrier de sortie adressé au médecin traitant



C16=Présence d'éléments de la synthèse du DE ; C17=Présence des objectifs éducatifs de l'équipe ;  
C18=Présence des objectifs éducatifs du patient ; C19= Proposition d'un suivi éducatif

Figure 9 : Histogramme comparant V1 et V2 pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées à propos des critères liés au courrier de sortie

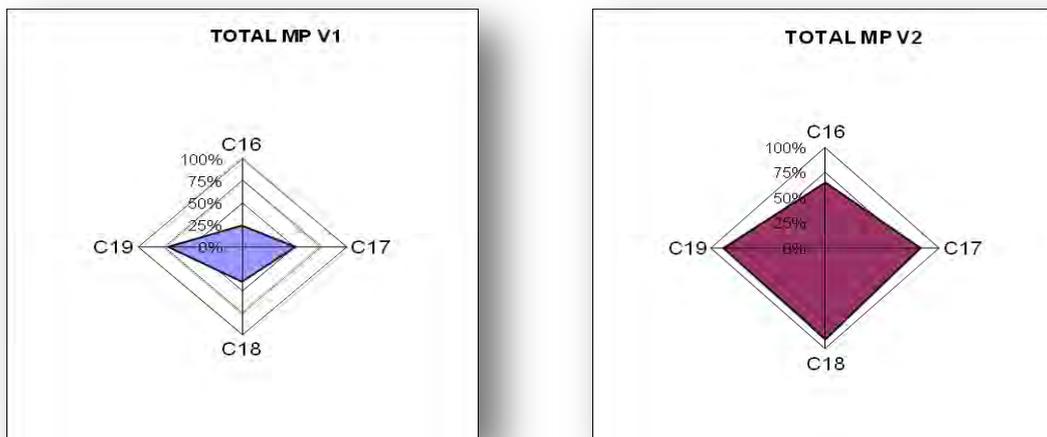


Figure 10 : Graphique en araignée comparant V1 et V2 pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées à propos des critères liés au courrier de sortie

On remarque clairement qu'à l'issue de la V1, ces critères ne sont que très faiblement satisfaits. Le relais de l'ETP au médecin traitant connaît des défaillances. En effet jusqu'alors, le courrier de sortie adressé au médecin traitant que je retrouvais dans le dossier-patient, lors de la V1, ressemblait surtout à un compte-rendu d'hospitalisation traditionnel reprenant le diagnostic médical, l'examen clinique, les résultats d'éventuels examens complémentaires et les changements thérapeutiques. L'ETP réalisée au cours de ce séjour n'était parfois même pas évoquée, alors que ces patients étaient admis dans ces programmes en hospitalisations spécifiquement pour bénéficier d'un programme d'ETP. Ces patients ne présentaient pas de pathologies intercurrentes aiguës justifiant l'hospitalisation. A l'issue de la V2, la surface du graphique en araignée a nettement augmenté. Les actions d'améliorations mises en place par les équipes ont été efficaces mêmes si les efforts doivent être poursuivis notamment sur le critère C16 se rapportant au fait qu'une synthèse du DE devrait apparaître dans le courrier de sortie. D'ailleurs lors de la V1, ce critère avait l'un des plus mauvais résultats de cette EPP puisqu'il n'était satisfait que dans 24% des cas. Cependant c'est aussi un des critères qui a le plus progressé puisqu'à l'issue de la V2, il est satisfait dans 66%. A noter que le critère qui a connu la plus grande progression lors de travail est le critère C18 qui juge de la présence d'objectifs éducatifs fixés par l'équipe soignante dans le courrier de sortie. Ce critère passe en effet de 40% à 91% de satisfaction. On retiendra que les critères se rapportant à la qualité du courrier de sortie adressé au médecin traitant sont ceux qui ont connu les plus mauvais résultats à l'issue de la V1.

## 2- Les critères ciblés par les équipes

Lors de la première restitution des résultats aux équipes, ces dernières ont ciblé les critères à améliorer en fonction de leurs résultats. En appui sur les documents que chaque équipe m'avait remis lors de cette première réunion de travail, j'ai pu classer et prioriser les critères en fonction de la fréquence avec laquelle ils avaient été cités par les équipes, comme le montre le tableau suivant.

Le critère qui a été plébiscité par presque toutes les équipes (13 sur 15) est le critère C16 évaluant la présence d'une synthèse du DE dans le courrier de sortie. Cette constatation est en accord avec les résultats que nous avons présentés ci-dessus. Par ailleurs, on remarque que les critères qui évaluent le courrier de sortie et ceux relatifs à la détermination et au partage des objectifs éducatifs entre le patient et l'équipe soignante sont ceux qui ont été majoritairement ciblés par les équipes (entre 7 à 10 équipes sur 15). Une fois les critères défailants ciblés, elles ont pu mettre en place des actions d'amélioration ayant permis une nette progression des résultats comme le montrent les graphiques présentés dans les précédents paragraphes.

Rang choix par équipe	Intitulé du critère	Nb équipes ayant ciblé l'amélioration critère
1	C16:Synth du DE dans courrier	13
2	C5:Objectifs éducatifs du patient	10
3	C2:Synth du DE C3:Obj éducatifs de l'équipe	9
4	C4:Partage des Objectifs éducatifs C18:OE du patient dans courrier	8
5	C6:Evaluation acquis à l'entrée C7:Evaluation des acquis à la sortie C17:OE de l'équipe dans courrier	7
6	C15:Planification réunion d'équipe	6
7	C11:doc décrivant séances C19:Suivi proposé dans courrier	5
8	C1:Entretien éducatif	3
9	C10:Support pédagogique	2
10	C8:Emploi du tps remis au patient C9:Séances effectivement déroulées	1

Figure 11 : Priorisation des critères ciblés par les équipes

## V- LES ACTIONS D'AMELIORATION PROPOSEES

A partir des actions d'améliorations ciblées proposées par les équipes et des constations que j'ai pu faire lors de l'évaluation sur site nous allons présenter les différentes actions qui ont été instaurées :

**-création d'un courrier de sortie** rendant compte de l'ETP du patient qui doit impérativement faire apparaître des éléments de la synthèse du DE et restituer les objectifs éducatifs fixés par l'équipe et formulés par le patient (Annexes 4 et 5)

**-création de nouveaux outils pédagogiques** comme :

.un nouveau guide méthodologique pour l'entretien du DE avec un support spécifique pour la synthèse du DE. Ce guide a soit été créé de novo soit il simplifiait un document DIAMIP préexistant. (Annexe 6)

.un support pour l'expression des objectifs éducatifs partagés avec le patient ou formulés par lui-même (Annexe 7)

.à l'usage des soignants intervenants : création de fiches descriptives du déroulement des séances d'ETP manquantes (contenu, animation, techniques pédagogiques)

.des supports informatique directement utilisable

**-meilleure utilisation ou appropriation d'outils déjà existants.** En effet, lors des visites sur site, j'ai pu remarquer que certains documents existaient mais qu'ils n'étaient pas correctement utilisés. On retrouvait un manque d'assiduité dans la transcription d'informations dans les dossiers-patients à l'origine d'une mauvaise traçabilité. L'outil permettant d'évaluer les acquis et savoir faire du patient, en est un exemple. (Annexe 8)

**-mise en place d'un calendrier pour les réunions d'équipes**

**-modification de l'emploi du temps** en vue de la cohérence pédagogique pour permettre entre autre le respect chronologique de la détermination du DE et des objectifs éducatifs

**-création et remise d'un document personnalisé au patient** qui reprend les objectifs éducatifs et le suivi à envisager (Annexe 9)

Ces différents outils sont des suggestions pour améliorer les pratiques professionnelles. Chaque équipe pourra adapter et personnaliser ces propositions à sa propre pratique. Par ailleurs, ces outils ne sont pas réservés à la seule pratique de l'ETP en hospitalisation. Ils peuvent, effectivement, être utilisés par toute équipe de professionnels de santé pratiquant l'ETP, qu'elle soit faite en proximité, en hospitalisation, en groupe ou en individuelle.

## **VI-DISCUSSION**

L'évaluation de plusieurs équipes de façon concomitante sur un même thème, avec une même méthodologie et réalisée par un même évaluateur externe traduit l'originalité de ce travail. Le fait qu'il y ait un même évaluateur externe permet d'éviter les biais liés à l'analyseur. Ces équipes avaient un même organisme agréé : l'ANCRED. L'organisme agréé valide les projets d'EPP et oriente la méthodologie. En effet, nous nous sommes référés à l'ANCRED pour finaliser les modalités de notre méthodologie. De plus, l'organisme agréé atteste qu'un établissement est impliqué dans un programme d'EPP. A la fin de l'évaluation l'attestation remise par l'ANCRED à chaque établissement certifie que l'étude a été menée jusqu'à son terme quelque soit les résultats obtenus.

La participation à cette étude sur le mode du volontariat a permis une forte adhésion et implication de chacune des équipes à l'origine d'une nette progression des résultats. Les ateliers de travail organisés juste après la restitution des résultats, lors d'un temps spécifiquement consacré à l'analyse et la recherche d'actions d'amélioration, a favorisé le « brainstorming » des équipes. Ce temps de réflexion a été précieux et efficace pour l'amélioration des pratiques. Lors de ces réunions de nombreux échanges existaient entre les équipes créant une vraie émulation de groupe. Cette méthode de travail a été une véritable occasion de tirer parti des expériences de chacun et de les capitaliser pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration pour :

- le patient, en améliorant les soins délivrés
  
- les professionnels de santé, en leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences et une reconnaissance de leur travail

- l'institution, en acquérant des méthodes d'amélioration de la qualité et de management de projets transposables à d'autres situations [34].

On notera qu'à travers ce travail, nous n'avons évalué que la qualité de la structuration du programme et non pas les compétences pédagogiques ou relationnelles des personnels soignants. Par exemple, nous avons évalué qu'un entretien à visée éducative a bien été mené mais nous n'avons pas évalué la qualité de l'entretien.

L'un des points défailants mis en évidence à l'issue de la V1 est la difficulté de transmettre les informations liées à la démarche éducative du patient au médecin traitant via le courrier de sortie. Ce courrier est important puisqu'il est un outil vecteur essentiel pour faire le relais avec une éducation thérapeutique de proximité. Rappelons que l'ETP est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. De ce fait, l'ETP réalisée au cours de ces programmes n'est pas une finalité mais bien une étape dans le parcours éducatif du patient. Un lien entre les différents professionnels de santé réalisant l'ETP s'avère indispensable.

Dans l'ensemble des textes officiels, le rôle du médecin traitant est présenté comme primordial dans la mise en place de l'éducation thérapeutique alors qu'en réalité son implication effective reste marginale. L'étude ENTRED 2007 montre que le rôle du médecin généraliste se cantonne surtout à une coordination de la démarche éducative : soit il prescrit l'ETP et délègue l'activité à d'autres professionnels de santé, soit il initie le DE puis oriente vers des activités éducatives, soit, plus exceptionnellement, il aménage des consultations dédiées à l'ETP [35]. Au travers des résultats de notre étude concernant le courrier de sortie, on montre la limite de l'implication du médecin traitant dans le suivi éducatif. Les informations nécessaires au suivi du patient au cabinet ne sont que très partiellement transmises au médecin traitant. Celui-ci n'a donc pas tous les éléments utiles au maintien de la continuité de la démarche éducative. D'ailleurs, une thèse de médecine générale soutenue en 2005 à Toulouse par C. CIERLAK SINDOU et D. GARGAROS à propos des attentes du médecin généraliste par rapport au courrier de sortie de programme d'éducation, montrait déjà que le courrier de sortie ne répondait pas aux attentes du médecin traitant. Les médecins généralistes de l'échantillon souhaitaient des informations concrètes, adaptées à leurs patients concernant des choses pratiques telles que la diététique ou l'activité physique. Ils espéraient aussi à travers la semaine d'éducation apprendre des choses nouvelles concernant le vécu de la maladie par le patient. Enfin, ils souhaitaient qu'on les aide à prendre en charge leur patient et qu'on les implique de façon plus active

dans son suivi [36]. Avec la création du nouveau courrier de sortie à l'issue de cette EPP, on espère pouvoir répondre aux attentes des médecins généralistes et ainsi favoriser la continuité du processus éducatif.

Actuellement, sont mis en place des programmes d'ETP de proximité créant une dynamique avec les professionnels de santé libéraux. Cela est favorisé par les ARS soutenant en priorité l'animation des bassins de santé au profit de l'éducation de proximité. Cette prise en charge au plus près du patient va permettre de s'intéresser à un plus grand nombre de patients d'une part, et d'intervenir à un stade plus précoce dans l'évolution de la maladie d'autre part et ce, afin de retarder l'apparition des complications. .

## **VII-CONCLUSION**

Le diabète de type 2 est une maladie chronique d'évolution insidieuse à l'origine de nombreuses complications. L'éducation thérapeutique a prouvé son efficacité dans la prise en charge de cette pathologie. Les institutions ont fixé des cadres de qualité relatifs à cette pratique. En évaluant les programmes d'ETP pour patient diabétique de type 2 en échec thérapeutique, on vérifie que les pratiques répondent aux exigences fixées par les référentiels.

A travers ce travail, on confirme l'intérêt de l'évaluation de ses propres pratiques professionnelles. Les pratiques évoluent avec le temps et la qualité des soins peut en pâtir sans que l'on ne s'en rende compte. L'obligation d'évaluation des pratiques est le garant de la qualité des soins prodigués au patient. L'EPP de type audit clinique est une méthodologie de travail pertinente puisqu'elle permet une nette amélioration des résultats. Ce travail réalisé en coordination entre plusieurs établissements de soins permet d'homogénéiser les pratiques sur l'ensemble d'une région. L'amélioration des pratiques est passée par la création de nouveaux outils qui pourront être repris par d'autres professionnels de santé. Cette évaluation transversale, multisite peut être transposable à d'autres projets d'EPP notamment en médecine de ville.

Finalement, au décours de ces deux visites sur site, on retiendra que la qualité de la structuration de ces programmes semble satisfaisante même si les efforts doivent se poursuivre. La qualité du courrier de sortie adressé au médecin traitant a été une des lacunes de ces programmes. Ce courrier est la base de la continuité des soins.

Le processus éducatif mis en place lors de ces programmes ne peut être pérenne pour le patient que si les informations éducatives sont transmises efficacement au médecin traitant. Il ne faut cependant pas négliger le fait que le médecin traitant recevant cette information doit être sensibilisé à l'éducation thérapeutique pour qu'il puisse utiliser ces informations à bon escient et maintenir par la même la continuité des soins. Les institutions ont d'ailleurs depuis peu intégré à la formation initiale des médecins un enseignement nécessaire à la pratique de l'ETP en intégrant au DCEM (Deuxième Cycle des Etudes Médicales) un enseignement obligatoire. Les médecins n'ayant pas reçu cette formation initiale doivent s'en remettre à la formation continue.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] SAOUT Christian, CHARBONNEL Bernard, BERTRAND Dominique, Rapport ministériel : *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Septembre 2008, p.31
- [2] Guide méthodologique, HAS, INPES, *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. Juin 2007.
- [3] SIMON D. Epidémiologie du diabète de type 2. *La Revue du Praticien*. 2010. n°469-73. p.4.
- [4] GRIMALDI A., SIMON D., SACHON C., Réflexion sur l'éducation thérapeutique : l'expérience du diabète. *La presse médicale*. 2009. n° 1774-9.
- [5] KING H, AUBERT R., HERMAN Wh., Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care*. 1998. N°1414-31.
- [6] GARIANI K., HAGON-TRAUB I., PHILIPPE J, Diabète de type 1 ou 2 ? Ou autre ? *Revue médicale suisse*. 2009. N°1248-53. p.5
- [7] FAGOT-CAMPAGNA A., FOSSE S. Protocole de l'étude ENTRED 2007-2010. Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques. Saint-Maurice: INVS. 2007. Disponible sur : [http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/entred\\_20072010/Protocole\\_hors\\_annexe.pdf](http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/entred_20072010/Protocole_hors_annexe.pdf)  
[consulté le janvier 2013]
- [8] SOFFRES, Rapport Obépi 2009. Le surpoids et l'obésité en France : *Institut Roche de l'Obésité*. 2009
- [9] RICCI P., CHANTRY M., DETOURNAY B., POUTIGNAT N., KUSNIK-JOINVILLE O., RAIMOND V. et al., Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète (études Entred 2001 et 2007). *Pratiques et organisation des soins*. Volume 41 n°1. Janvier-Mars 2010. p .3- 4.

- [10] 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 d'un traitement de suppléance. *BEH n°43*. p.7.
- [11] TRENTO M., PASSERA P., BORGIO E., TOMALINO M., BAJARDI M., CAVALLO F., et al., A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes care*. 2004. n°670-5.
- [12] CHANSON P., TIMSIT J., CHARBONNEL B., Données actualisées de l'UKPDS, implication pour la prise en charge des patients diabétiques de type 2. *Médecine thérapeutique, Endocrinologie*. Mai-Juin 2000. N°216 Vol 2, 3. p.16
- [13] BOURDILLON François, L'application de la loi HPST en matière d'éducation thérapeutique : le chemin parcouru, les enjeux. *Education thérapeutique, la mise en œuvre. Synthèse pratique- Mises au point 2011-20120*. p.7
- [14] SANCHEZ OVANDO Maria. *Ressources éducatives dans l'éducation thérapeutique du jeune patient atteint de maladie chronique*. Thèse en science de l'éducation: Université Paris 5. UFR Sciences humaines : 27 février 2006.
- [15] DEPALLE Camille. *L'éducation thérapeutique du patient : d'une expérience hospitalière vers la pratique officinale*. Thèse de pharmacie : Faculté de Nancy : 29 octobre 2010.
- [16] SEMINAIRE EUROPEEN DE PARIS (14-15 juin 1999). L'éducation du patient en Europe. Plus de vingt ans d'évolution constante. L'éducation du patient en Europe au XXIème siècle par DECCACHE A. *Bulletin d'éducation du patient*, Vol 19, n°1. 2000. p.2-7.
- [17] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*. Avril 2007. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf) [Consulté le 15 février 2013].

[18] Guide- Affection de longue durée : Diabète de type 2. Juillet 2007. Disponible sur [www.has-santé.fr/.../ald8\\_guidemedecin\\_diabetetype2\\_revung\\_vucd.pdf](http://www.has-santé.fr/.../ald8_guidemedecin_diabetetype2_revung_vucd.pdf) [consulté le 25 mars 2013].

[19] BOURDILLON François, L'application de la loi HPST en matière d'éducation thérapeutique : le chemin parcouru, les enjeux. *Education thérapeutique la mise en œuvre : Synthèse pratique, mise au point 2011-2012*. p.4.

[20] TRAYNARD Py, Conseiller une éducation à son patient : pour les soins et la surveillance. *Le concours médical*. 2008. n°921-3. p.18.

[21] Une publication du groupement régional de santé publique de Midi-Pyrénées. *Vecteur sante*. ISSN : 15-622-0234 n°24. juin 2008.

[22] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Art 29. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>. [Consulté le 20 janvier 2013].

[23] VARROUD-VIAL M., OLOCCO M., Les réseaux de santé Diabète : quel bilan ? - Quel avenir ? *Médecine des maladies métaboliques*. 2007. n°75-9. p.2.

[24] VARROUD-VIAL M, COLICHE V, DEBELLIS M, GERSON M, LECOMTE P, MOLLET E, et al., Réseaux de santé Diabète. *La revue du praticien médecine générale*. 2006. n°1388-91. p.752-753.

[25] RICCI P., BLOTIENE P.-O., WEIL A et al., Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? *BEH n°42-43*. 9 novembre 2010. p. 428.

[26] Disponible sur [www.diamip.org.fr](http://www.diamip.org.fr) [consulté le 20 novembre 2012]

[27] L'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non-insulinodépendant. Circulaire N° DGS/DH/SQ2/99/264. 4 mai 1999.

[28] Méthode d'évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles en établissements de santé. Disponible sur [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr) [consulté le 10 avril 2013]

- [29] ANAES : Audit Clinique base méthodologique de l'EPP. 1999.
- [30] Une méthode d'amélioration de la qualité : Audit Clinique. Evaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. Disponible sur [www.has.santé.fr](http://www.has.santé.fr) [consulté le 12 avril 2013]
- [31] Les fondamentaux de l'EPP. Disponible sur [www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr) [consulté le 10 avril 2013]
- [32] Conseil National de la Formation Médicale Continue des Praticiens hospitaliers. *L'obligation de formation médicale continue : historique, état des lieux et perspective*. Juin 2005. Disponible sur [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) [consulté le 8 avril 2013]
- [33] Direction Générale de l'Offre de Soins sous direction des ressources humaines du système de santé. Disponible sur [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) [consulté le 20 avril 2013]
- [34] ANAES. Guide méthodologique. Juin 2003.
- [35] Rapport du Haut Comité de Santé publique sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. Novembre 2009. Disponible sur [www.hcsp.fr/IMG/pdf/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.hcsp.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf) [consulté le 10 mars 2012]
- [36] CIERLAK SINDOU Céline et GARGAROS Dominique. *Evaluation de la satisfaction et des attentes d'un échantillon de médecins généralistes à propos des courriers de sortie des programmes d'éducation du CHU Rangueil pour les patients diabétiques de type 2*. Thèse : médecine générale : Toulouse : 5 décembre 2005.

**ANNEXE 1**

**- GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES -  
EPP Audit Clinique -V1ou V2  
Education thérapeutique en groupe et en hospitalisation pour  
patients diabétiques de type 2**

**Recueil de données n° 1**

N° de la Grille : ... |\_| |\_|\_| |\_| |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom de l'évaluateur: ...

Date : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

N°	CRITERES	O U I	N O N	N A	N R	SOURCES	COMMENTAIRES
1	Un entretien à visée éducative (diagnostic éducatif) a été conduit avec le patient, par un PS de l'équipe					Dossier patient	
2	Une synthèse de cet entretien a été rédigé					Dossier patient	
3	A l'issue du DE, des objectifs éducatifs ont été rédigés (minimum 2)					Dossier patient	
4	A l'issue de DE, ces objectifs éducatifs du critère 3 ont été partagés avec le patient					Dossier patient	

5	A sa sortie, le patient a formulé les objectifs éducatifs qu'il se donne				Dossier patient	
6	Les acquis et savoir-faire du patient à l'entrée sont évalués				Dossier patient	
7	L'évolution des acquis et savoir-faire du patient au cours du programme sont évalués				Dossier patient	
8	L'emploi du temps est remis au patient avant ou en début de stage				Classeur pédagogique Equipe Soignante	Quand ? Par qui ? Totalité des patients
9	Toutes les séances pédagogiques annoncées sur l'emploi du temps se sont effectivement déroulées				Equipe soignante	
10	Des supports pédagogiques ont été remis au patient				Equipe soignante Classeur Pédagogique	Aide-mémoire Autres supports Quand ? Par qui ? Totalité des patients ?
11	Il existe un document décrivant le déroulement des séances pédagogiques (outils, méthodes, déroulement) .				Classeur Pédagogique	

12	Tous les patients ont participé à toutes les séances d'ETP.					Dossier patient Equipe soignante	

13	Les intervenants de chaque séance d'éducation sont identifiés					Equipe Soignante	Présence de tous les intervenants ? Chaque intervenant a-t-il assuré toutes ses séances ?
14	Un responsable de l'organisation et du déroulement des séances d'éducation collective est identifié (gestion emploi du temps, présence intervenants, participation des patients aux séances ...)					Equipe Soignante Classeur pédagogique	
15	Des réunions d'équipe sont planifiées et animées par un responsable pédagogique					Equipe Soignante Classeur pédagogique	
16	Une synthèse du diagnostic éducatif figure dans le courrier						

	adressé au médecin traitant						Dossier patient	
17	Les objectifs éducatifs décidés en fin de programme figurent dans le courrier de sortie						Dossier patient	
18	Les objectifs éducatifs que se fixe le patient à la sortie figurent dans le courrier						Dossier patient	
19	Des modalités pour le suivi éducatif sont prévues dans le courrier adressé au médecin traitant						Dossier patient	

## ANNEXE 2

- GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE RECUEIL -

### EPP Audit Clinique Education thérapeutique en groupe et en hospitalisation pour patients diabétiques de type 2

Critère 1 - Un entretien à visée éducative (diagnostic éducatif) a été conduit avec le patient, par un PS de l'équipe

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si une trace écrite (et complétée pour la majorité des items) de l'entretien à visée éducative (diagnostic éducatif) conduit avec le patient figure dans son dossier. Cet entretien est mené par un PS de l'équipe à l'entrée du patient pour le programme (ou très récemment en amont et à cette intention). Le support-guide de cet entretien compte des principales dimensions du diagnostic éducatif, à la différence d'une check-list d'interrogatoire à l'entrée.

Répondre **NON** dans le cas contraire (absence d'entretien, absence de trace écrite d'éléments du diagnostic éducatif)

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

Critère 2 - Une synthèse de cet entretien a été rédigée

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si une synthèse rédigée de l'entretien à visée éducative (diagnostic éducatif) conduit avec le patient par un PS de l'équipe figure dans le dossier du patient. Cette synthèse rend compte d'éléments (au moins 2) concernant le patient et son environnement pouvant être déterminants pour le projet d'éducation tels que :

- des représentations à prendre en compte,
- les atouts, ses ressources et celles de son environnement
- ses difficultés, ses contraintes et celles de son environnement
- les compétences à acquérir ou développer,

▪ ses attentes, craintes, projets ...  
Répondre **NON** dans le cas contraire.

→ Colonne : n d'éléments renseignés

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

### Critère 3 - A l'issue du DE, des objectifs éducatifs ont été rédigés (minimum : 2)

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si un document écrit du dossier rapporte les objectifs essentiels (**minimum : 2**) qui ont été construits en début de séjour. Ces objectifs sont personnalisés, et précis.

→ Colonne : n d'objectifs

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

### Critère 4 - A l'issue du DE, ces objectifs éducatifs du critère 3 ont été partagés avec le patient

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si un document écrit du dossier stipule, ou si l'équipe pédagogique explicite clairement que ces objectifs sont systématiquement partagés avec le patient en début de séjour, de par l'organisation (ex toujours discutés au cours de la visite, puis rédigés). Partagés = choix des objectifs en présence du patient, en discussion avec celui-ci.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

**Critère 5 - A sa sortie, le patient a formulé les objectifs éducatifs qu'il se donne**

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si un (ou plusieurs) documents écrits du dossier rapportent les objectifs essentiels que le patient a formulé pour lui même en fin de séjour. Ces objectifs sont précis : "A mon retour, je vais ..."

Répondre **NON** dans le cas contraire.

→ Colonne : n d'objectifs

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

**Critère 6 - Les acquis et savoir-faire du patient à l'entrée sont évalués**

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si un (ou plusieurs) documents écrits du dossier rapportent les compétences du patient à l'égard de ses savoir-faire et comportements au quotidien, avant le programme. Ceci concerne les savoir-faire techniques (ex ASG), et les autres (ex resucrage d'une hypoglycémie)

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

**Critère 7 - L'évolution des acquis et savoir-faire du patient au cours du programme sont évalués**

*Source : Dossier Patient*

Répondre **OUI** si un (ou plusieurs) document(s) écrits du dossier rapportent l'évolution (entrée/sortie) des compétences du patient à l'égard de ses savoir-faire et comportements au quotidien, au cours du programme. Ceci concerne les savoir-faire techniques (ex ASG), et les autres (ex resucrage d'une hypoglycémie)

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

Répondre **NR** si un tel document support de l'entretien figure dans le dossier, mais non rempli. NR => NON

**Critère 8 - L'emploi du temps est remis au patient avant ou en début de stage. Tél OK**

*Source : Classeur pédagogique + équipe soignante*

Répondre **OUI** si : un emploi du temps lui a été remis au plus tard au cours du 1<sup>er</sup> jour. La modalité d'organisation pour sa remise au patient est systématisée, et vérifiable.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

**Critère 9 - Toutes les séances pédagogiques annoncées sur l'emploi du temps se sont effectivement déroulées. Tél OK**

*Source : Equipe soignante*

Répondre **OUI** si : il est vérifiable auprès d'un responsable du programme que l'ensemble des séances pédagogiques annoncées sur l'emploi du temps ont eu effectivement lieu.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

→ Colonnes Si NON : indiquez le nombre n de séances qui ne se sont pas déroulées, et le motif (ex intervenant absent, salle en travaux ...) + Lors de la visite sur site : les conséquences de l'absence d'un intervenant sont analysées (planning, système d'annonce des absences, modalités prévues en cas d'absence d'un intervenant ...)

**Critère 10 - Des supports pédagogiques ont été remis au patient. Tél OK**

*Source : Equipe soignante + Classeur pédagogique*

Répondre **OUI** si : Des supports pédagogiques aide-mémoire pour les patients existent et sont consultables (Un grand nombre d'équipes du groupe a construit tout un panel d'aide-mémoire thématiques, travail Formuhdiab-DIAMIP). Il est vérifiable auprès d'un responsable du programme que ces supports pédagogiques ont été remis au patient : Au minimum, 2 supports. Les supports "basiques" sont,

- qu'est ce que le diabète
- l'alimentation
- l'activité physique
- le traitement.

+ La modalité de remise est précisée. + Les modèles figurent dans le classeur pédagogique (ces 2 données sont à recueillir mais non validantes pour l'EPP) .

Répondre **NON** dans le cas contraire : supports non distribués en nombre suffisant

→ Colonne : n de supports distribués (n de supports distribués à chaque patient par stage)

Répondre **NR (non répertorié)** si ces supports ne sont pas consultables. NR => NON

**Critère 11 - Il existe un document décrivant le déroulement des séances pédagogiques (outils, méthodes, déroulement). *Evaluation globale lors visite sur site***

*Source : Classeur pédagogique*

Répondre **OUI** si : Des supports pédagogiques destinés aux soignants pour l'animation de chaque séance d'ETP existent et sont consultables. Ces "fiches pédagogiques" décrivent les outils et méthodes employées pour le déroulement de la séance ou de l'atelier, ainsi que le déroulement lui-même au long de la durée prévue. Cette durée est énoncée, ainsi que l'identification de l'intervenant. Ce descriptif est écrit pour la majorité des séances

+ Ces supports figurent dans le classeur pédagogique.

Répondre **NON** dans le cas contraire : supports non existants, ou en quantité insuffisante

→ Colonne : Pour combien de séances trouve-t-on une fiche pédagogique rédigée

**Critère 12 - Le patient a participé à toutes les séances d'ETP le concernant. *Tél + Evaluation globale lors visite sur site***

*Source : Dossier Patient, équipe soignante*

Répondre **OUI** si : Il existe une traçabilité de la participation du patient à l'ensemble des séances d'ETP qui le concernent, dans le dossier patient. Ou bien, l'équipe peut expliciter de façon rigoureuse la participation de chaque patient aux séances.

Répondre **NON** dans le cas contraire : trace non existante, ou incertitude de cette participation de la part de l'équipe.

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

**Critère 13 - Les intervenants de chaque séance d'éducation sont identifiés. Tél OK**

*Source : Equipe soignante*

Répondre **OUI** si : il est vérifiable auprès d'un responsable du programme que les intervenants pour l'ensemble des séances pédagogiques sont identifiables. Si le stage a lieu en leur absence, ils sont remplaçables par un intervenant ayant la compétence requise pour assurer un déroulement comparable de la séance.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

**Critère 14 - Un responsable de l'organisation et du déroulement des séances d'éducation collective est identifié (Gestion emploi du temps, présence intervenants, participation des patients aux séances ...). Evaluation globale lors visite sur site**

*Source : Equipe soignante + Classeur pédagogique*

Répondre **OUI** si : L'identité de ce responsable peut être clairement énoncée par l'équipe.

→ Colonne : oui (coder 1) si son nom figure sur un doc de référence, par exemple le classeur pédagogique.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

**Critère 15 - Des réunions d'équipe sont planifiées et animées par un responsable pédagogique. Evaluation globale lors visite sur site**

*Source : Equipe soignante ± Classeur pédagogique*

Répondre **OUI** si : Une traçabilité de ces réunions de fonctionnement est vérifiable : rythme et calendrier (date de la précédente, de la prochaine, par ex ...), comptes-rendus, suivi des actions décidées ... Le responsable de ces réunions (responsable pédagogique) est identifié. L'identité de ce responsable est repérable. Son nom figure sur un doc de référence, par exemple le classeur pédagogique. Utile : quantifier les réunions.

→ Colonne : nb de réunions par an.

Répondre **NON** dans le cas contraire.

**Critère 16 - Une synthèse du diagnostic éducatif figure dans le courrier adressé au médecin traitant**

*Source : Dossier Patient (double du rapport de sortie)*

Répondre **OUI** si des éléments de la synthèse rédigée de l'entretien éducatif (diagnostic éducatif) sont rapportés dans le courrier au médecin traitant. Au moins 2 éléments.

Rappel critère 2 : la synthèse rend compte d'éléments concernant le patient et son environnement pouvant être déterminants pour le projet d'éducation tels que :

- des représentations à prendre en compte,
- les atouts, ses ressources et celles de son environnement
- ses difficultés, ses contraintes et celles de son environnement
- les compétences à acquérir ou développer,
- ses attentes, craintes, projets ...

→ Colonne : n d'éléments renseignés

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

**Critère 17 - Les objectifs éducatifs décidés en fin de programme figurent dans le courrier de sortie** *Source : Dossier Patient (double du rapport de sortie)*

Répondre **OUI** si les objectifs essentiels à la sortie sont énoncés dans le courrier au médecin traitant. Ces objectifs sont précis et doivent être en nombre  $\geq 2$ .

→ Colonne : n d'objectifs

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

**Critère 18 - Les objectifs éducatifs que se donne le patient à la sortie figurent dans le courrier.** *Dossier Patient (double du rapport de sortie)*

Répondre **OUI** si les objectifs essentiels que le patient a formulé pour lui même en fin de séjour sont énoncés dans le courrier au médecin traitant. Ces objectifs sont précis (voir critère 4 : "A mon retour, je vais ...")

→ Colonne : n d'objectifs

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aiguë, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

**Critère 19 - Des modalités pour le suivi éducatif sont prévues dans le courrier adressé au médecin traitant** *Source : Dossier Patient (double du rapport de sortie)*

Répondre **OUI** si le suivi prévu concernant l'éducation est clairement énoncé dans le courrier au médecin traitant : suivi par MT, MT + spé, RDV ultérieur en groupe ...

Répondre **NON** dans le cas contraire.

Répondre **NA** en cas de pathologie aigue, ou d'altération de l'état général, ou de pathologie psychiatrique non prévisible le compromettant, de barrière linguistique importante.

ANNEXE 3

**EPP : Qualité d'un programme d'éducation thérapeutique  
en groupe et en hospitalisation pour patients diabétiques  
de type 2**

Sites orientés vers la diabétologie et pôle de référence du réseau  
DIAMIP

- Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visite (V..) d'analyse des pratiques : Cibles d'amélioration des  
pratiques

Critère ciblé : n° (titre.....)

Méthode/Action envisagée :

## EXEMPLE DE TRAME DE COURRIER DE SORTIE N°1

-Votre patient a participé à un stage d'éducation thérapeutique concernant son diabète de type 2.

-Contexte pouvant interférer avec le diagnostic éducatif: ancienneté, équilibre (dernière Hba1c), retentissement, traitement (dont changement récent ces 6 derniers mois), autres ATCD...

-Le diagnostic éducatif en faisant apparaître certains mots-clés:

- .représentation/croyance
- .atout/difficulté
- .acquis et compétence à acquérir
- .....

-En appui sur le diagnostic éducatif et l'évaluation des acquis, les principaux objectifs décidés par le patient parmi ceux partagés avec l'équipe sont:.....

-Autres objectifs éducatifs identifiés par l'équipe à travailler dans le suivi éducatif:.....

-Examen clinique

-Bilan biologique (Hba1c, EAL, microalbuminurie, créat....)

-Modalités de suivi =>Cs diabéto, suivi de l'équilibre, autres rdv à planifier.....

## EXEMPLE DE TRAME DE COURRIER DE SORTIE N°2

-Votre patient a participé à un stage d'éducation thérapeutique concernant son diabète de type 2.

-Contexte pouvant interférer avec le diagnostic éducatif: ancienneté, équilibre (dernière HbA1c), retentissement, traitement (dont changement récent ces 6 derniers mois), autres ATCD...

-Le diagnostic éducatif en faisant apparaître certains mots-clés:

- .représentation/croyance
- .atout/difficulté
- .acquis et compétence à acquérir
- .....

-Examen clinique

-Bilan biologique (HbA1c, EAL, microalbuminurie, créat....)

-En appui sur le diagnostic éducatif, l'évaluation des acquis et la situation bio-clinique actuelle les principaux objectifs décidés par le patient parmi ceux partagés avec l'équipe sont:.....

-Autres objectifs éducatifs identifiés par l'équipe à travailler dans le suivi éducatif:.....

-Modalités de suivi =>Cs diabéto, suivi de l'équilibre, autres rdv à planifier.....

## ANNEXE 6

Guide d'entretien du Diagnostic Educatif /Bilan éducatif partagé	NOM Prénom : _____	Date: _____
--	--------------------	-------------

**Ce guide est une aide pour l'entretien du diagnostic éducatif, 1<sup>er</sup> temps pédagogique pour le patient : il vise à favoriser sa réflexion sur sa vie avec sa maladie. Lisez-le préalablement pour l'adapter à chaque patient.** Notez essentiellement les mots du patient.

Liens avec le suivi en amont : **Quel est le médecin qui vous suit pour le diabète? Qui vous a adressé à ce séjour?**

Depuis quand avez vous le diabète ? Comment cela a t-il été découvert ?

**Avez-vous déjà participé à un programme d'éducation thérapeutique ? Préférez-vous les activités individuelles ou de groupe ?**

Quelles sont vos attentes pour ce stage ?

**Pouvez vous me parler de votre vie au quotidien ?** (marié, enfants, habitat, personne à charge)  
Y a t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter ? (*important si personne âgée ou ayant un handicap*)

**Pouvez vous me parler de votre travail ?** satisfaction professionnelle, horaire, trajets, relation /collègues, hiérarchie, repas

**Si patient retraité :** quelles sont vos occupations ?

**Loisirs :** Quelles sont vos activités? Pouvez vous me dire ce que vous aimez ou aimeriez faire?

**Avez vous des projets** qui vous tiennent à cœur ? personnels/familiaux/professionnels/ou par rapport au diabète.

**Pratique d'activité physique** : Pour les patients diabétiques de type2, s'appuyer sur l'enquête apportée par le patient.

**Nombre et durée des séances/semaine ?**

Permanence au long de l'année ?

*Régularité d'une semaine à l'autre ?*

Semaine dernière représentative / autre semaines ?

**Vous faites des activités car:** (plusieurs réponses possibles)

On vous a dit que c'était bon pour la santé

Cela fait baisser le taux de sucre dans le sang

Cela vous apporte autre chose que les bénéfices pour le diabète

Vous avez plaisir à le faire

C'est plutôt contraignant pour vous

**Commentaires** : (mots du patient)

En ce moment **quel est pour vous votre principal problème de santé ?**



**Vous diriez de votre état de santé qu'il est :**

**Selon vous, qu'est ce qui pour vous pourrait contribuer à l'amélioration de votre santé ?**



Si patient <b>non traité par insuline</b> : Avez-vous entendu parler de l'insuline ?	Quelle idée en avez-vous ?
Si patient <b>traité par insuline</b> : Pouvez vous me dire le nom de vos insulines ?	oui :
non :	
Vous a t'on déjà expliqué leur durée d'action, vous en souvenez vous ?	oui :
non :	
Avez-vous des craintes vis à vis de l'insuline ?	oui :
non :	
Vous arrive t-il de ne pas réaliser une injection	
Si difficulté à faire les injections: Pour quelle raison ? (oubli, douleur, regard des autres, horaires)	

**Auto surveillance Glycémique :**

Les contrôles glycémiques sont-ils contraignants pour vous ?

	Très
Pas du tout .....	
Si oui: Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous ?	
Vous a t-on parlé de l' <b>HBAIC</b> ?.....	

<b>Allergies :</b>		<b>Conduites addictives :</b>	
<b>INFORMATIONS AU PATIENT</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Le patient est informé de sa pathologie par le corps médical</b>			
<b>L'entourage professionnel et social est informé de la pathologie</b>			
<b>Le patient a désigné une personne de confiance</b>			
<b>Le patient souhaite la confidentialité de son hospitalisation</b>			
<b>Renseignement obtenus auprès de</b>	<b>Patient</b>	<b>Famille</b>	<b>Autre</b>

Nom Signature, du ou des soignant (s) :

NOM, Prénom, DN :

**Synthèse de l'entretien éducatif** (réalisé en équipe). Date :

**Contexte médical** : Type de diabète, ancienneté, traitement, équilibre, complications patentées, handicaps. Autre pathologie à prendre en compte.

**Contexte de vie** (environnement, famille, vie sociale, professionnelle ...)

***Principales représentations et croyances en matière de santé, et de traitement :***

**Attentes du patient :**

**Motivations :**

***Atouts/Ressources (ce qui est facilitant pour la prise en charge de la maladie) :***

**Difficultés/Freins (ce qui est difficile pour vous) :**

**Compétences à acquérir, ou à développer :**

**Positionnement actuel par rapport à un changement (stade de Prochaska) – peut cibler 1 changement, à préciser ds ce cas là :**

**Locus de contrôle :**

**Déroulement de l'entretien :** (Relation soignant / soigné ; attitude active/passive ; ouverture/demande)

ANNEXE 7

**Objectifs éducatifs convenus ENTRE PATIENT ET SOIGNANTS  
pour le retour à domicile**

**Objectifs prioritaires partagés à l'issue  
de l'entretien entre le patient et l'équipe :**

**Objectifs confirmés par le patient à sa sortie  
(Je ferais....) :**

**A faire par le patient :**

Ex : Apporter tel CP rendu d'examen pour la prochaine consultation, prendre RDV chez l'ophtalmo etc....

**A faire par les soignants :**

Ex : prescrire tel médicament, expliquer action de son insuline, appeler médecin traitant ou IDE libérale etc....

Suivi prévu

## ANNEXE 8

### Evaluation des acquisitions pour l'auto-contrôle et le traitement du diabète

**Positionner la progression des acquisitions** avec un trait sur la ligne de score, et y noter la date de prise en compte, comme suit :



Etiquette patient

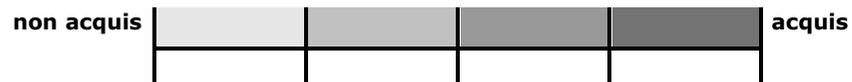
**Pour évaluer la qualité des gestes, se référer à une grille commune à l'équipe,** consignée dans un classeur pédagogique pour les soignants

#### Auto surveillance de la glycémie capillaire:

Objectifs glycémiques du pt: avant repas: .....après repas:.....

Pt satisfait de son équilibre actuel.....oui.....non

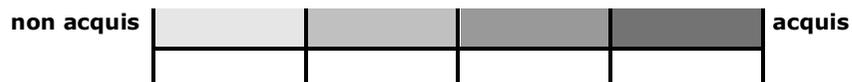
Manipulation de l'Autopiqueur



Non de l'Auto piqueur:

Convient-il au patient ?

Manipulation du Lecteur de glycémie

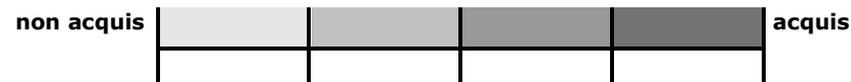


#### Hypoglycémie : le patient en fait-il ?

**Connaissance du chiffre de l'hypoglycémie ?**

**Le patient a t-il du sucre sur lui ?**

Reconnaît ses signes d'hypoglycémie



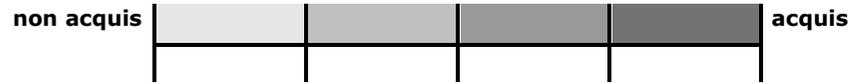
**Apporte un resucrage adapté**



Non du lecteur :  
convient-il au patient :

Etat de marche :

Qualité du report sur document patient ou famille



Nombre de glycémies/j en moyenne:  
post prandiales /jour ou par semaine :

### Insuline : matériel utilisé :

Ce matériel convient – il au patient ?    oui     non

Aiguilles adaptée ?    oui     non     longueur:

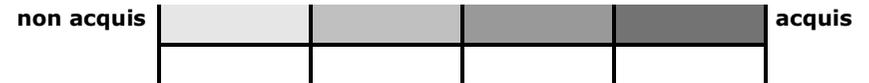
Variation des sites d'injections ?    oui     non

Lypodystrophies ?    oui     non

Manipulation stylo injecteur



Analyse les causes de survenue

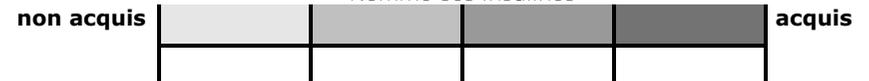


### Connaissance du traitement

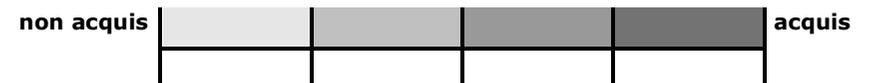
cite ses médicaments



Nomme ses insulines



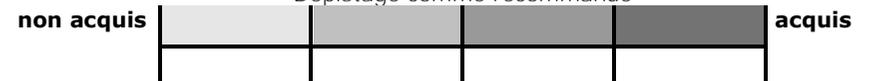
Adaptation des doses d'insuline



### Si patient diabétique de type1

#### Acétone :

Dépistage comme recommandé



acquis



Technique injection

non acquis



Acquis

**surveillance des pieds**

*Pense important d'examiner tous les jours ses pieds*      oui         non  

*Peut sans difficultés réaliser cette surveillance*      oui         non  

Conduite adaptée en cas d'acétonurie

non acquis



acquis

Analyse les causes de survenue

non acquis



acquis

## ANNEXE 9

# DOCUMENT A REMETTRE AU PATIENT

## A SA SORTIE

### **.MES OBJECTIFS EDUCATIFS**

### **.MON TRAITEMENT DU DIABETE**

### **.MON SUIVI A PLANIFIER**

-prochaine Hba1c:.....

-prochain rdv avec le cardiologue:.....

-prochain rdv avec l'ophtalmologue:.....

-et je n'oublie pas aussi mon poids, ma Tension Artérielle et mes pieds....

## **EVALUATION DES PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE POUR PATIENTS DIABETIQUES DE TYPE 2 EN MIDI-PYRENEES**

Toulouse, le 18 juin 2013

---

En Midi-Pyrénées, le réseau DIAMIP propose des programmes d'éducation thérapeutique pour patient diabétique de type 2 en échec thérapeutique, en hospitalisation. Dans un souci d'amélioration de leurs pratiques, quinze équipes de ce réseau ont voulu évaluer la qualité de ces programmes. Elles ont choisi une méthodologie validée par la Haute Autorité de Santé : une Evaluation de Pratiques Professionnelles de type audit clinique ciblé. Trois catégories de critères ont été évaluées: la démarche éducative auprès du patient, l'organisation du programme et la qualité du courrier de sortie adressé au médecin traitant. Deux visites sur chaque site ont été réalisées à 1 an d'intervalle. Au total 400 dossiers-patients sur 95 stages ont été traités. A l'issue de la visite 1, 11 critères sur 19 étaient satisfaits dans plus de la moitié des dossiers alors qu'à l'issue de la visite 2, 17 critères sur 19 sont satisfaits dans plus de trois-quarts des dossiers traités. Ce qui montre une nette amélioration des résultats. Cette progression est liée avec la mise en place d'actions d'amélioration dont la création de nouveaux outils. La qualité du courrier de sortie adressé au médecin traitant a été l'un des points défailants révélés par ce travail. Ce courrier est essentiel pour la continuité des soins et la pérennisation de la démarche éducative auprès du patient.

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

**Mots-clés :** Education thérapeutique- Diabète de type 2- Réseau- Evaluation des Pratiques professionnels- Audit clinique- Courrier de sortie adressé au médecin traitant

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133, Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

---

**Directeur de thèse :** Docteur LEMOZY Sylvie