



Éducation thérapeutique du patient diabétique

Christine Martre

► To cite this version:

| Christine Martre. Éducation thérapeutique du patient diabétique. Chirurgie. 2019. dumas-02472359

HAL Id: dumas-02472359

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02472359>

Submitted on 10 Feb 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Administratrice provisoire : Madame le Professeur Simone BONNAFOUS)

Education thérapeutique du patient diabétique

Présentée par

MARTRE Christine

Née le 07/12/78

A Châlons en Champagne

Thèse soutenue le **Lundi 02 décembre 2019**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Professeur FOTI Bruno

Professeur TARDIVO Delphine

Docteur GHALEB Valérie

Invité : Docteur BRUN Jean-Philippe

THESE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

Aix-Marseille Université
(Administratrice provisoire : Madame le Professeur Simone BONNAFOUS)

Education thérapeutique du patient diabétique

Présentée par

MARTRE Christine

Née le 07/12/78
A Châlons en Champagne

Thèse soutenue le **Lundi 02 décembre 2019**

Devant le jury composé de

Président : Professeur RASKIN Anne

Assesseurs : Professeur FOTI Bruno

Professeur TARDIVO Delphine

Docteur GHALEB Valérie

Invité : Docteur BRUN Jean-Philippe

ADMINISTRATION

Mise à jour : novembre 2019

DOYENS HONORAIRES

PROFESSEUR	RAYMOND SANGIUOLO†
PROFESSEUR	HENRY ZATTARA
PROFESSEUR	ANDRE SALVADORI
PROFESSEUR	JACQUES DEJOU

DOYEN ASSESEURS

PROFESSEUR	BRUNO FOTI
PROFESSEUR	MICHEL RUQUET
PROFESSEUR	ANNE RASKIN

DIRECTEURS DE DEPARTEMENTS

FORMATION INITIALE	PROFESSEUR	MICHEL RUQUET
RECHERCHE	PROFESSEUR	ANNE RASKIN
FORMATION CONTINUE	PROFESSEUR	FREDERIC BUKIET

CHARGES DE MISSIONS

RELATIONS INTERNATIONALES	PROFESSEUR	HERVE TASSERY
INTERNAT ET DIPLOMES D'ETUDES SPECIALISEES	PROFESSEUR	VIRGINIE MONNET-CORTI
AFFAIRES GENERALES	DOCTEUR	PATRICK TAVITIAN

RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES

MADAME	KATIA LEONI
--------	-------------

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET FREDERIC (58-01)
DEJOU JACQUES (58-01)
FOTI BRUNO (56-02)
MONNET-CORTI VIRGINIE (57-01)
ORTHLIEB JEAN-DANIEL (58-01)
RASKIN ANNE (58-01)
RUQUET MICHEL (58-01)
TARDIEU CORINNE (56-01)
TARDIVO DELPHINE (56-02)
TASSERY HERVE (58-01)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ABOUT Imad (65)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM GERARD (58-01)	LAURENT MICHEL (58-01)
BANDON DANIEL (56-01)	LAURENT PATRICK (57-01)
BELLONI DIDIER (57-01)	LE GALL MICHEL (56-01)
BOHAR JACQUES (56-01)	MAILLE GERALD (58-01)
CAMOIN ARIANE (56-01)	PHILIP-ALLIEZ CAMILLE (56-01)
CAMPANA FABRICE (57-01)	PIGNOLY CHRISTIAN (58-01)
CATHERINE JEAN-HUGUES (57-01)	POMMEL LUDOVIC (58-01)
ERARD-MAGNO ELISABETH (56-01)	PRECKEL BERNARD-ÉRIC (58-01)
GAUBERT JACQUES (56-01)	RÉ JEAN-PHILIPPE (58-01)
GIRAUD THOMAS (58-01)	ROCHE-POGGI PHILIPPE (57-01)
GIRAudeau ANNE (58-01)	STEPHAN GREGORY (58-01)
GUIVARC'H MAUD (58-01)	TAVITIAN PATRICK (58-01)
JACQUOT BRUNO (58-01)	TERRER ELODIE (58-01)
LABORDE GILLES (58-01)	TOSELLO ALAIN (58-01)
LAN ROMAIN (57-01)	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BLANCHET ISABELLE (56-01)
MENSE CHLOE (58-01)

ASSISTANTS HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES

AL AZAWI HALA (56-01)	HAHN-GOLETTI LARISSA (58-01)
ANTEZACK ANGELINE (57-01)	LIOTARD ALICA (58-01)
BACHET-DORISON DAMIENNE (56-01)	MANSUY CHARLOTTE (58-01)
BALLESTER BENOIT (58-01)	MARTIN WILLIAM (56-01)
BARBERO MAGALI (56-01)	MATTERA REMI (56-01)
BOYER ALEXANDRA (57-01)	MELLOUL SEBASTIEN (57-01)
CAMBON ISABELLE (56-01)	PARFU ANNE (58-01)
CASAZZA ESTELLE (56-01)	PASCHEL LAURA (58-01)
CASTRO ROMAIN (57-01)	PILLIOL VIRGINIE (58-01)
DAVID LAURA (56-01)	REPETTO ANDREA (58-01)
DEVICTOR ALIX (58-01)	ROMANET YVAN (57-01)
DODDS MELINA (58-01)	SANTUNIONE CHARLOTTE (58-01)
DRAUSSIN THIERRY (56-02)	SILVESTRI FREDERIC (58-01)
DUMAS CATHY (57-01)	VINAÏ MICHAEL (56-01)
HADJ-SAID MEDHI (57-01)	

ASSISTANT ASSOCIE DES UNIVERSITES

LE FOURNIS CHLOE (57-01)

Intitulés des sections CNU :

- 56^{ème} section : Développement, croissance et prévention
 - 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale
 - 56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
- 57^{ème} section : Chirurgie orale ; Parodontologie ; Biologie Orale
 - 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale
- 58^{ème} section : Réhabilitation orale
 - 58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Anne RASKIN

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Je garderai un très bon souvenir de tous les moments passés dans votre service.

Que votre humanité guide encore longtemps vos étudiants.

A Monsieur le Professeur Bruno FOTI

Vous avez accepté de me soutenir sur un sujet qui me tenait à cœur.
Cela m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'éducation
thérapeutique du patient.

Recevez ma sincère gratitude.

A Madame le Professeur Delphine TARDIVO

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Vous m'avez soutenue et accompagnée tout au long de ce travail, un grand merci pour votre enthousiasme, votre patience et vos conseils.

Recevez ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame le Docteur Valérie GHALEB

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.
Votre rapport bienveillant au patient est un exemple, merci de m'avoir
accompagnée dans l'élaboration et la mise en place des ateliers collectifs.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Philippe BRUN

Merci d'avoir accepté mon invitation. Votre optimisme a été très motivant et m'a confortée dans mes convictions. J'ai apprécié nos nombreux moments d'échanges.

Veillez recevoir l'expression de mon profond respect.

SOMMAIRE

<u>1</u>	<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>1</u>
<u>2</u>	<u>L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT: PRESENTATION.....</u>	<u>2</u>
2.1	EDUQUER N'EST PAS INFORMER	2
2.2	PHASE 1: CONSTRUIRE LA MOTIVATION INTRINSÈQUE AU CHANGEMENT	4
2.3	PHASE 2 : RENFORCER L'ENGAGEMENT AU CHANGEMENT	7
<u>3</u>	<u>DEMARCHE EDUCATIVE.....</u>	<u>8</u>
3.1	BILAN ÉDUCATIF	8
3.2	FORMULATION DES OBJECTIFS	11
3.3	LA MISE ŒUVRE DU PROGRAMME	11
3.4	ÉVALUATION DES COMPÉTENCES	11
3.5	ERREURS À ÉVITER	12
<u>4</u>	<u>ETAPES DE LA CONCEPTION DU PROGRAMME</u>	<u>13</u>
<u>5</u>	<u>PLANNING EDUCATIONNEL.....</u>	<u>15</u>
5.1	PHASE DE SENSIBILISATION	15
5.2	PHASE D'ACTION	21
5.3	PHASE DE MAINTIEN	27
<u>6</u>	<u>EVALUATION DU PROGRAMME</u>	<u>28</u>
<u>7</u>	<u>RETOUR D'EXPERIENCE</u>	<u>29</u>
<u>8</u>	<u>CONCLUSION.....</u>	<u>32</u>
	<u>ANNEXES</u>	<u>33</u>
	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>I</u>

1 INTRODUCTION

Dans le cadre de la réalisation de cette thèse, il a été proposé d'ajouter une composante odontologique au programme ETP (Education Thérapeutique du Patient) du patient diabétique de l'unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du centre pénitentiaire de Marseille - Les Baumettes.

Il existe une relation avérée entre santé bucco-dentaire, maladie parodontale et diabète. La maladie parodontale peut déséquilibrer un diabète, lequel peut, à son tour, entraîner une maladie parodontale. Des essais cliniques tendent, par ailleurs à montrer qu'un traitement parodontal peut contribuer à améliorer l'équilibre du diabète ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Pourtant, aucune composante odontologique n'est réalisée dans les programmes d'ETP sur le diabète en France, en Belgique et au Canada.

Un essai, non officiel, a été entrepris au centre pénitentiaire des Baumettes de janvier à novembre 2019. Il a été réalisé en collaboration avec le Dr Ghaleb Valérie, Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier APHM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille) et coordonnatrice du programme ETP. Cet essai a été réalisé en suivant les protocoles d'ETP définis par l'ARS (Agence Régionale de Santé).

2 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT: PRESENTATION

L'ETP fait partie de la **prévention tertiaire**, elle vise à réduire la prévalence des incapacités chroniques ou les rechutes. Les enjeux de la prévention tertiaire sont d'améliorer la qualité de vie des patients et l'efficacité des soins et de diminuer les coûts de prise en charge (nombre et durée d'hospitalisations, arrêts de travail, nombre de complications).

Dans le guide méthodologique de la HAS (Haute Autorité de Santé) ⁽³⁾, la **définition** suivante est donnée: " L'ETP du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique."

Elle fait partie intégrante de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur entourage) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

2.1 Eduquer n'est pas informer

Selon la HAS: " Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient" ⁽³⁾.

En effet, la relation d'information est unidirectionnelle c'est-à-dire que le soignant délivre des informations selon ses références et prend peu en compte ce que croit le patient, il veut "faire le bien du patient". Dans ce cas, le patient est censé n'être qu'un « réceptacle » des envies du soignant aussi légitimes soient-elles, il est contraint à une attitude passive, l'apprentissage est très bref et exclut tant le savoir-faire que le savoir être.

L'information est bien sûr indispensable mais n'est pas suffisante. Il y a un échec de l'information à faire changer les comportements en matière de santé car savoir n'est pas faire.

L'éducation est une transmission reposant sur une relation innovante, dépassant l'intention d'informer.

Dans ce cas, le soignant interroge au départ le patient sur ses croyances et ses connaissances, il respecte ce que le patient dit. Il délivre des informations adaptées au contexte de la vie du patient et vérifie ce que le patient a retenu. Il apprend aussi de son patient. Le patient questionne les informations qu'il reçoit. Sa participation est active. Il y a un apprentissage de compétences (incluant savoir être et savoir-faire). C'est un processus continu et progressif. Son apprentissage prend en compte ses émotions.

Ainsi, l'information est centrée sur les contenus, le conseil est centré sur celui qui le donne ("si j'étais à votre place, voilà ce que je ferais..."), l'éducation est centrée sur le patient.

Les composantes de l'éducation thérapeutique sont : information, apprentissage, motivation et support psycho-social. Il s'agit d'un processus permanent centré intégralement sur le patient.

La notion d'**équipe** en ETP est essentielle. L'équipe se définit comme un groupe de professionnels de catégories différentes, devant se compléter, s'articuler et dépendre des uns des autres pour réaliser un objectif. En matière d'ETP, l'efficacité de l'équipe demande une clarification de l'organisation, le partage d'une stratégie, une définition des rôles de chacun et une description des processus de feedback. Il n'en demeure pas moins que la tâche à accomplir confère à cette communauté une unité socio-affective ⁽⁴⁾ : ainsi la proximité entre les partenaires, la connaissance mutuelle et les échanges intensifs sont au service de cette volonté partagée de développer les prises en charge éducatives.

L'éducation se pratique donc en équipe, rassemblant médecins, soignants et autres partenaires (assistantes sociales, éducateurs sportifs, représentants d'associations...). Le fonctionnement peut relever de divers concepts, comme la pluri-, l'inter- ou la transdisciplinarité. Si la pluridisciplinarité implique une juxtaposition des tâches, l'interdisciplinarité suggère des interactions fortes entre les acteurs. Le terme d'interdisciplinarité paraît convenir le mieux pour qualifier le fonctionnement d'une équipe dans le domaine de l'éducation thérapeutique ⁽⁵⁾.

Selon Hébert ⁽⁶⁾ : Une équipe **interdisciplinaire** consiste en un regroupement de plusieurs intervenants, ayant une formation, une compétence et une expérience spécifique, qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne, en vue d'une intervention concentrée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches.

L'interdisciplinarité exige une synthèse et une harmonisation entre les points de vue qui s'intègrent en un tout cohérent et coordonné".

On parle d'interdisciplinarité plutôt que d'interprofessionnalité car, dans une équipe d'ETP, se côtoient plusieurs disciplines : sciences médicales mais également humaines, sociales, pédagogiques, administratives,...De plus, bien qu'ils ne soient pas des professionnels, des associations de patients s'associent au processus de développement de l'ETP et y jouent souvent un rôle majeur.

Soulignons à ce propos que l'interdisciplinarité relève d'une véritable " philosophie de vie professionnelle", pourvoyeuse de sens, d'ouverture et de bienveillance vis-à-vis de soi-même et des autres.

Le processus d'ETP est donc fondé sur la coopération entre le professionnel et son patient. Il vise notamment à accroître le pouvoir d'agir, l'autonomie et la santé du patient. Dans le domaine bucco-dentaire, les professionnels soignants utilisent peu l'éducation du patient faute de culture, de temps, de structures et de prise en charge adéquates.

L'ETP s'inscrit dans une **approche motivationnelle**. Les deux phases dans l'approche motivationnelle sont de construire la motivation intrinsèque au changement et de renforcer l'engagement au changement.

2.2 Phase 1: Construire la motivation intrinsèque au changement

Les questions posées doivent-être ouvertes. C'est au patient de s'exprimer. Des questions fermées sont possibles mais doivent-être rares. On ne doit pas poser plus de 3 questions à la suite même si elles sont ouvertes.

Les **questions ouvertes** doivent clarifier l'ambivalence, les sentiments, les valeurs, les réactions des autres. Elles doivent s'intéresser à ce qui vient après et ouvrir sur ce que le patient ne dit pas.

Une **écoute réfléchie (reflet/reformulation)** consiste à écouter précisément ce que nous dit le patient, à décoder ce qui a voulu être dit et à énoncer cette supposition/hypothèse par une affirmation. Ainsi l'écoute réfléchie permet de s'assurer qu'on comprend ce que le patient veut dire, elle contribue au sentiment du patient d'être écouté et compris, elle permet au patient de s'entendre (il entend ce qu'il a formulé) et diminue les résistances du patient.

Cette écoute réfléchie est permise par les reflets et les reformulations.

Le reflet simple: Il n'apporte rien de plus et ne déforme rien. Il est en général centré sur le contenu. Il peut refléter un sentiment s'il a été déjà nommé et peut-être partiel.

Le reflet de clarification: Il va un peu plus loin que ce qui est dit. Il est à proposer avec délicatesse et parcimonie à des moments clés de l'entretien.

Le reflet sous-jacent: Il met en lumière ce qui était dans l'ombre.

Ainsi les reflets permettent de la même façon que les questions ouvertes de clarifier l'ambivalence, les sentiments, les valeurs, les réactions des autres, s'intéressent à ce qui vient après et ouvrent sur ce que le patient ne dit pas.

Dans l'approche motivationnelle il est aussi nécessaire de **résumer**. Ainsi de courtes et fréquentes récapitulations ponctuant l'entretien, permettent de: travailler les 2 versants de l'ambivalence, de sélectionner les éléments motivationnels et de les faire réentendre au patient. Elles autorisent celui-ci à corriger ou développer des arguments "Est-ce que j'ai oublié quelque chose?", "Qu'est-ce que vous voyez d'autre?", "Voyez-vous autre chose?".

Il faut résumer les sentiments, les pensées et valeurs, sa relation avec le problème et ses sentiments sur la solution.

Il est indispensable de **valoriser**. Cela permet de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle. Il faut valoriser les luttes ou les difficultés, les succès déjà obtenus et les ressources ou les compétences perçues.

On peut utiliser une échelle de confiance: "Comment évalueriez-vous la confiance que vous avez en vous de réussir à améliorer votre HBD (Hygiène Bucco-Dentaire) si vous décidiez de le faire aujourd'hui?", "Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait aucune confiance et 10 extrêmement confiant, où vous situeriez-vous?", "Pourquoi x et pas 0?", "Comment passer de x à 10 (ou à x+2)?".

La stratégie motivationnelle c'est aussi **susciter le changement**.

Dans une première méthode, la sollicitation se fait par des questions ouvertes et utilise la règle de l'importance ("Comment évalueriez-vous l'importance pour vous d'améliorer votre HBD?", "Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait sans importance et 10 extrêmement important, où vous situeriez-vous?", "Pourquoi x et pas x-2?", "Comment passer de x à 10 (ou à x+2)?".

Susciter les changements, c'est aussi explorer la balance décisionnelle. Il faut faire s'exprimer la reconnaissance des inconvénients du statu quo ("Qu'est-ce qui vous inquiète dans votre situation buccale actuelle?"), la reconnaissance des avantages du changement

(Quels pourraient-être les avantages d'une amélioration de votre HBD?"), l'optimisme concernant le changement ("Quels avantages voyez-vous à ce changement?"), et l'intention de changer ("Que pensez-vous pouvoir faire?").

Dans une deuxième méthode, pour susciter le discours au changement, on va demander au patient de préciser en demandant des éclaircissements ("de quelles manières?") et des exemples, en faisant décrire et développer l'idée ("quoi d'autre?"). Ensuite on va questionner les extrêmes (en particulier lorsque le désir de changement est faible). On va ainsi faire imaginer et décrire les inquiétudes et conséquences les plus extrêmes ("Quelle est la pire chose qui puisse arriver à votre avis si votre HBD n'évolue pas?") et faire imaginer et décrire les conséquences les plus favorables au changement.

Dans une troisième méthode, on va faire regarder en arrière c'est-à-dire faire se rappeler l'époque d'avant le problème et comparer avec la situation présente ("Comment ça se passait dans votre vie avant d'avoir des problèmes dentaires?", "Comment la douleur a changé ce que vous êtes?"). On va ensuite faire se projeter le patient dans l'avenir c'est-à-dire imaginer un futur meilleur après un changement réussi ("Si vous décidiez de prendre en charge votre santé buccale, qu'est ce qui serait mieux dans votre vie ?), et imaginer un futur sans changement ("Supposons que vous ne fassiez aucun changement. Comment voyez-vous la situation dans 10 ans ?"). On va enfin explorer les objectifs et les valeurs les plus précieux pour lui, c'est-à-dire définir un point de repère pour comparer le statu quo ("A quoi le patient attache t'il le plus d'importance dans sa vie ?").

Pour finir, la stratégie motivationnelle c'est aussi **développer la divergence**. Il faudra identifier les désavantages du statu quo et les avantages du changement, identifier les choses les plus importantes dans sa vie. La divergence permet de mettre en lumière et amplifier les contradictions entre le comportement actuel et les valeurs importantes ou les objectifs futurs. C'est la prise de conscience de cette contradiction qui est le moteur du changement. Exemple de divergence "Vous avez dit que ce qui était important c'était de pouvoir mieux vous nourrir, que cela redevienne un plaisir. Comment ces éléments peuvent s'accorder avec le fait de demander ou refuser des prothèses dentaires?"

Pour résumer, il faut essentiellement: Poser des questions ouvertes (explorer la balance décisionnelle et faire repréciser), reformuler les faits et les sentiments, résumer et valoriser les efforts et les réussites.

2.3 Phase 2 : Renforcer l'engagement au changement

On note une disposition au changement chez le patient lorsqu'il y a une diminution de la résistance à ce changement. On va noter qu'il discute moins l'impossibilité du changement et qu'au contraire il l'évoque de façon positive. Ainsi, les signes de cette disposition à changer peuvent-être des questions sur la mise en œuvre du changement et sur le déroulé des étapes qui y mènent, jusqu'à aboutir à une projection du patient de sa vie telle qu'il l'imagine après le changement.

Pour reconnaître la disposition au changement, on mesure l'intention de changer ("Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous aujourd'hui le sentiment d'être prêt à améliorer votre HBD?", "Pourquoi x et pas 0?"), "Comment imaginez-vous que ce sentiment d'être prêt pourrait passer de x à 10 (ou à x+2)?".

Pour passer de la phase 1 à la phase 2, la méthode est la suivante. Il faut récapituler la situation (ambivalence, discours, changement, éléments témoignant de la confiance et de l'intention, notre évaluation), la question clé est "Quelle est la prochaine étape?"(Que pensez-vous faire? Quelles sont les possibilités? Que va-t-il se passer maintenant? Quelle décision prenons-nous? Que souhaiteriez-vous faire maintenant?). Il faut aussi informer, conseiller, partager notre expertise (après l'expression des idées personnelles du patient) et proposer plusieurs options. Il faut donc négocier un plan de changement.

Négocier un plan de changement, c'est fixer ensemble des objectifs, les hiérarchiser, réfléchir aux moyens de les atteindre, faire un plan concret, préciser les indicateurs de réussite ("Je saurai que mon plan a réussi quand je verrai que...") et vérifier l'assentiment du patient sur ce plan.

3 DEMARCHE EDUCATIVE

3.1 Bilan éducatif

Le bilan éducatif est évolutif et actualisé régulièrement systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.

Il permet de connaître le patient, d'identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité à la proposition de l'ETP. Il permet aussi d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, évaluer ses potentialités, prendre en compte ses demandes et son projet et d'appréhender la manière de réagir du patient face à sa situation et ses ressources personnelles, sociales, environnementales.

Les composantes du bilan éducatif sont: Qu'est-ce qu'il **a** ? (Etat de la maladie, évolution, traitement actuel), qu'est-ce qu'il **fait** ? (contexte professionnel, social, familial) c'est le diagnostic comportemental, qu'est-ce qu'il **sait** ? (appréciation des connaissances, construction du raisonnement, acquis intellectuels et culturels), qui **est-il** ? (condition psychologique, acceptation de la maladie), quels sont ses **projets** ? (repérer les sources de motivations), comment **vit-il** sa maladie ? (ce que le patient pense et ressent, comment il interprète ce qu'il sait ou fait, comment il perçoit sa relation avec les soignants et son propre rôle).

Le bilan éducatif est donc bien plus que "cognitif", il est aussi "psycho-social".

C'est l'ensemble des facteurs qui influencent la manière dont le patient appréhende son traitement, sa gestion de la maladie...etc.

Ces diagnostics, comportemental et éducatif-psychosocial, permettent ainsi de comprendre les éléments favorisant ou défavorisant la collaboration du patient, ou mieux encore, sa participation active à ses soins et à ses traitements. Ils apportent des informations indispensables, pour les soignants et les patients, à un meilleur accompagnement au long cours.

Le bilan éducatif est un **entretien semi-directif**, il cherche à évaluer la place que le patient donne à sa maladie, le degré de confiance qu'il a dans son traitement, le poids que représente le traitement; les attentes vis-à-vis du médecin/de l'équipe et les capacités et difficultés à se prendre en charge.

Ce n'est donc pas un interrogatoire à questions fermées.

Il a été ainsi proposé l'**ajout des questions suivantes** au bilan éducatif actuellement proposé:

Quelles représentations avez-vous à l'égard de votre bouche et de vos dents?

Que vous apporterait l'amélioration de votre santé bucco-dentaire?

Quelles sont vos attentes concernant votre santé dentaire et comment pourriez-vous y contribuer?

Quels sont les freins à la réalisation d'une HBD adaptée ?

Dans quelle mesure pensez-vous que votre diabète puisse être mieux stabilisé par une hygiène bucco-dentaire plus adaptée?

Comment pensez-vous que le diabète puisse influencer votre santé buccale?

On relèvera des **mots-clés** dans les discussions relatives aux questions précédemment posées, ils seront répertoriés, au fur et à mesure de l'entretien, dans le **tableau d'évaluation des connaissances** (Tableau 1).

On peut noter par exemple les mots-clés suivants : bactéries, brosse à dents souple, soda, carie, hémoglobine glyquée...

TABLEAU D'EVALUATION DES CONNAISSANCES

Tableau 1 : évaluation des connaissances (HBD, maladie parodontale, déséquilibre du diabète)

Connaissances acquises	HBD	Maladie parodontale	Déséquilibre du diabète
Connaissances acquises			
Erreurs/omissions préjudiciables			

Les techniques de communication dans le bilan éducatif sont: L'écoute, les questions ouvertes, la reformulation, faire repréciser, la valorisation et le renforcement positif.

Le bilan éducatif figure dans le dossier ETP du patient.

3.2 Formulation des objectifs

Il faut définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage. Pour cela, on doit: Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique, négocier avec lui les compétences afin de planifier un programme individuel et communiquer les priorités au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient sans équivoque.

Dans le cadre de l'ETP odontologique, les objectifs sont de découvrir ou de mieux connaître les liens entre l'hygiène bucco-dentaire, la maladie parodontale et le déséquilibre du diabète et de savoir adapter son hygiène bucco-dentaire en fonction de ceux-ci.

3.3 La mise œuvre du programme

Il faudra planifier avec le patient et mettre en œuvre des séances d'ETP individuelles ou/ et collectives.

Au centre pénitenciaire des Baumettes, le programme suivant a été choisi : deux séances collectives suivies d'une séance individuelle, puis une 3ème séance collective suivie d'une séance individuelle.

Ce programme peut cependant être modulé en fonction des besoins d'ETP du patient (objectifs et besoins particuliers).

3.4 Evaluation des compétences

Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir et sur la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.

Cette évaluation des compétences a lieu à chaque étape du programme. Elle est clairement identifiée dans le bilan éducationnel et dans les séances individuelles. Lors des séances collectives, elle peut être relevée avant, pendant et en fin de séances à chaque prise de parole et intervention du patient. Elle doit être alors reportée dans le dossier du patient par des annotations sur des tableaux d'évaluation de connaissances datés.

Il faut aussi proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tienne compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

3.5 Erreurs à éviter

Pour la mise en place des séances collectives, les erreurs à éviter sont de se retrouver sans participants, de transformer son atelier en conférence magistrale, de se noyer dans des explications magistrales trop complexes, de décourager les patients avec l'ampleur des informations à acquérir et des changements à effectuer. Il vaudra veiller à ne pas transformer son atelier en une succession de consultations individuelles, être en dehors des attentes, des besoins et du niveau des participants et ne pas se laisser déborder par le temps.

En co-animation, il ne faut pas s'interrompre, se contredire, prendre tout le temps de l'autre. Il ne faut pas avoir le syndrome " je suis le maître du monde" en étant le seul à pouvoir animer l'atelier.

Il ne faut évidemment pas avoir peur d'animer un atelier et éviter les galères logistiques (pas de salle, matériel défectueux ou introuvable..).

Une des limites de l'ETP est qu'elle n'est pas une psychothérapie, et si elle s'attache à aider le patient à apprendre ses possibilités, ses forces et ses faiblesses, elle ne peut agir sur ce qui serait de nature psychopathologique et qui nécessite des compétences particulières. C'est ainsi le cas dans l'acceptation (nécessaire) de la maladie, quand le patient passe d'une phase de déni ou de révolte à du marchandage ou de la résignation, avant d'accepter son état et de devenir capable de vivre avec.

L'éducation peut y contribuer, mais parfois le déni est tel que des interventions psychologiques doivent-être mises place pour un résultat satisfaisant ⁽⁷⁾.

4 ETAPES DE LA CONCEPTION DU PROGRAMME

Dans le cadre de cette thèse, il a été décidé de mener une nouvelle proposition d'ETP au sein du programme existant dans l'unité de consultations et de soins ambulatoires du centre pénitentiaire de Marseille-Les Baumettes.

Tous les patients atteints de diabète type 1 et 2 du centre pénitentiaire ont été inclus dans le programme.

Les objectifs du programme actuel sont les suivants:

Objectifs généraux

- Améliorer la qualité de vie des personnes incarcérées atteintes de diabète
- Éviter l'apparition de complications liées au diabète

Objectifs opérationnels

- Comprendre les mécanismes physiopathologiques du diabète
- Comprendre les actions physiologiques des traitements
- Connaître les risques liés aux traitements et ainsi adapter leur comportement selon des situations données
- Développer des compétences d'autonomie, d'auto-soins, psychosociales et des capacités d'adaptation
- Apprendre à faire face à des situations spécifiques et personnalisées à chaque patient en détention

Les séquences pédagogiques sont adaptées aux objectifs pédagogiques (contenus, méthodes, outils), il existe aussi des outils de liaison, de transmission, de traçabilité (fiche de liaison, courriers aux soignants, importance du dossier d'ETP).

Il existe deux autres programmes ETP diabète adulte dépendant de l'APHM (Services ETP adulte Diabète type 1 et 2, Centre Hospitalier Universitaire de La Conception) ⁽⁸⁾.

L'évaluation du dispositif inclura l'évaluation des compétences acquises mais aussi le programme en lui-même (par les patients et selon un protocole de recherche).

Les moyens identifiés sont le local destiné à l'ETP diabète comprenant une grande table, des chaises, un tableau et le matériel nécessaire spécifique pour l'animation des ateliers (cf. fiches pédagogiques), un local équipé d'un fauteuil et du matériel nécessaire pour effectuer la motivation à l'HBD.

Au niveau de ressources humaines, des médecins, un chirurgien-dentiste, une diététicienne, une psychologue et des infirmiers animent actuellement l'ETP. On espère, prochainement, pouvoir utiliser les compétences d'étudiants en odontologie effectuant leur service civique sanitaire ou d'étudiants en 6^{ème} année odontologie choisissant une spécialité santé publique (non existante à ce jour).

5 PLANNING EDUCATIONNEL

Dans la conception de la composante odontologique de l'ETP Diabète, il a été souhaité des séances individuelles et collectives.

Le collectif permet de se détacher de la problématique de souffrance individuelle, de socialiser les propos du chirurgien-dentiste, de les inscrire donc dans un quotidien assumé par le patient. Ceci, tout en maintenant, grâce à la convivialité, une dédramatisation voire une dose d'humour, favorisant le recul et la prise de distance.

5.1 Phase de sensibilisation

Fiche pédagogique de la séance collective 1

Explorer le rapport HBD/déséquilibre du diabète/maladie parodontale.

Au minimum 4 participants sont requis.

Intitulé de la séance: Liens hygiène bucco- dentaire/ maladie parodontale/diabète.

Animateurs requis: un diététicien et un chirurgien-dentiste.

Objectifs pédagogiques: Apprendre que la maladie parodontale déséquilibre le diabète et inversement, que les soins dentaires et l'HBD contribuent à l'équilibre du diabète et à la guérison de la maladie parodontale.

En effet, de nombreuses études cliniques ont montré la relation bi-directionnelle entre maladie parodontale et diabète ⁽⁹⁾, laissant penser que la prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre glycémique ⁽¹⁰⁾. L'hyperglycémie favorise la croissance des bactéries de la plaque dentaire mais induit aussi une réponse inflammatoire détruisant du tissu conjonctif et favorisant les parodontites. En même temps, l'inflammation chronique induite par une maladie parodontale contribue au mécanisme d'insulino-résistance et donc à une hyperglycémie.

Message clé: La maladie parodontale participe au déséquilibre du diabète et inversement.

Déroulement:

Atelier d'**une heure** utilisant des cartes représentant des éléments clés (bactéries en multiplication larguant de l'acide, brosse à dent usée, gencives gonflées, carie, hémoglobine

glyquée élevée, tartre et plaque dentaire, soda, confiseries, dentifrice, dent atteinte par la maladie parodontale, des flèches simple/double sens) (Figure 2).

Chaque groupe d'au moins deux participants doit créer "une histoire" représentant les liens HBD/ maladie parodontale/diabète à l'aide des cartes "éléments" et des cartes "flèches".

Découpage dans le temps de la séance:

Noter le timing au tableau et l'expliquer.

Préciser quand les patients peuvent parler (bien le définir dès le début de la séance).

15 minutes de présentation des cartes:

Chaque carte représente une image et il existe des cartes flèches simple et double sens. Il est demandé aux participants, à partir des cartes, de bâtir une hypothèse sur le lien entre la santé bucco-dentaire et le diabète.

Exemple d'un atelier avec 6 participants:

Chaque groupe de deux participants dispose d'une carte "diabète déséquilibré", d'une carte "bactéries" et de cartes "flèche simple/ double sens".

Cartes supplémentaires pour chacun des trois groupes (G1, G2, G3):

G1 : une carte "soda" et une carte "gencives gonflées"

G2 : une carte "confiseries" et une carte "carie"

G3 : une carte "brosse à dent usée" et une carte "tartre et plaque"

Les cartes supplémentaires sont réparties en fonction du nombre de groupes formés si le nombre de participant n'est pas de 6.

15 minutes de préparation et de discussion pour chaque groupe de patient et mise en place d'un schéma sur la table. Les patients sont autorisés à discuter à l'intérieur du groupe mais pas entre les groupes. Il faut insister sur le fait qu'il s'agit d'un jeu amenant à la discussion et qu'il n'y a pas de schéma juste ou faux.

15 minutes d'exposé :

Chacun des groupes vient exposer son schéma au tableau et explique pendant 5 minutes l'ordre dans lequel il a placé les cartes.

Toutes les cartes sont ainsi placées sur le tableau de telle sorte que le schéma suivant peut apparaître (Figure 1). D'autres formes de schéma peuvent être réalisées en fonction du déroulement de l'atelier.

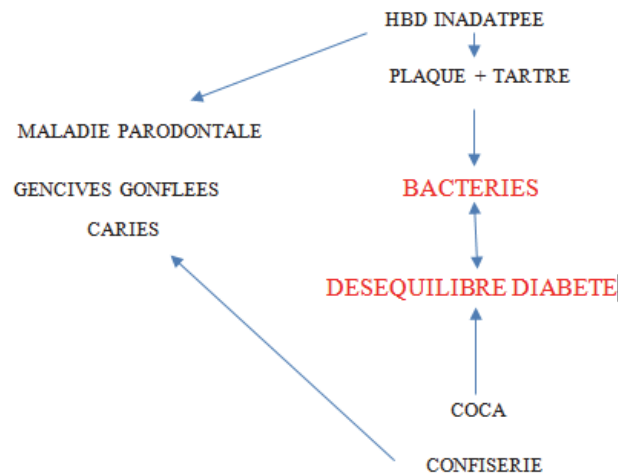


Figure 1 : schéma élaboré en fin de séance collective 1

15 minutes de reformulation par les soignants:

L'intervenant explique que les patients peuvent interrompre à tout moment la discussion pour poser des questions et faire des remarques.

A partir des cartes affichées au tableau, le soignant reformule verbalement les liens établis par les participants entre le diabète et la maladie parodontale. Les informations sont notées au fur et à mesure sous les cartes. Il utilise les moyens de communication de l'ETP pour ajouter les points manquants et corriger les inexactitudes.

Evaluation de la séance par les patients:

Une fiche d'évaluation non nominative est remplie par le patient et remise au centre de la table en fin de séance (cf. annexes, tableau 4).

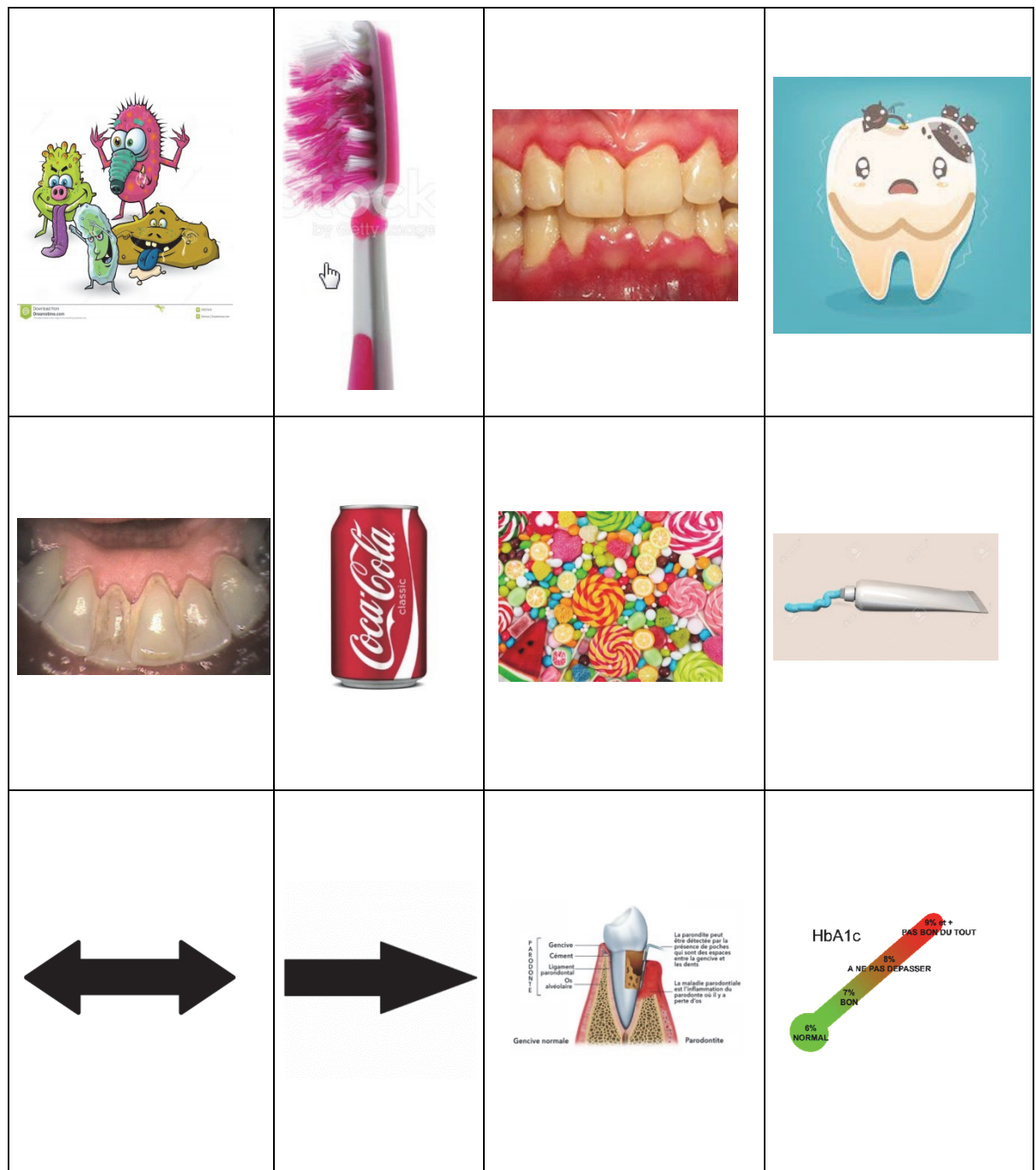


Figure 2 : iconographie des cartes utilisées pour la séance collective 1

Fiche pédagogique de la séance collective 2

Intitulé de la séance : Moyens de se traiter (atelier HBD, technique et matériel).

Animateurs requis: un chirurgien-dentiste et un infirmier.

Objectifs pédagogiques: Améliorer son HBD (Technique et intérêt), quand et pourquoi consulter son chirurgien-dentiste.

Message clé: HBD, du rose vers le blanc, toutes les faces, trois fois par jour, deux minutes

Déroulement et découpage dans le temps:

Durée: 1h30

Explication du timing et du temps de parole.

10 minutes: Faire un tour de table pour reposer le lien diabète/maladie parodontale à partir du schéma, élaboré lors de la première séance collective, qui est replacé au tableau.

10 minutes: Présenter le **matériel sur la table** : cure dent en bois, brossettes inter-dentaires, brosse à dents électrique, brosses à dents manuelles (dure, souple), citron, bains de bouche avec et sans Chlorhexidine, carte "appel au chirurgien-dentiste ", sablier.

50 minutes: Chaque participant prend un objet. A l'oral, il présente des avantages, des inconvénients, des techniques, son vécu.

Ensuite chaque participant ajoute des informations supplémentaires. La discussion se fait donc à tour de rôle.

Un modèle dentaire est à disposition pour démonstration par les patients et les animateurs.

L'animateur consigne au tableau les informations données par les patients, encourage à développer et ajoute les points manquants.

Tous les objets sont analysés.

En fonction des participants, d'autres types de matériels peuvent-être étudiés (brosse spéciale pour la prothèse, hydrojets, bicarbonate de soude...).

10 minutes : Présentation du récapitulatif en 2 colonnes à la fin de la séance **amis/ennemis** des dents.

10 minutes: questions éventuelles et remise de la fiche d'**évaluation** non nominative à remplir par chaque participant et remettre au centre de la table (cf. annexes, tableau 4).



Figure 3 : Matériel utilisé pour la séance collective 2

5.2 Phase d'action

Séance individuelle 1: Motivation à l'HBD

Durée: 30 minutes, découpage dans le temps:

10 minutes: Le chirurgien-dentiste demande au patient ce qu'il a appris des 2 séances collectives, évalue ses apprentissages (tableau d'évaluation des connaissances à remplir et dater) et constate comment il les a mis en pratique.

5 minutes : Déterminer les facteurs de risques (révélateur et indice de plaque).

A l'aide de **révélateur de plaque** et d'un **miroir**, le patient définit les zones où l'HBD peut-être améliorée.

5 minutes : Le chirurgien-dentiste relève la présence ou l'absence de plaque sur les différentes surfaces des dents. Il consigne les résultats obtenus sur une fiche prévue à cet effet (cf. annexe, figure 5) en y notant la date, permettant ainsi de scorer l'**indice de plaque** sous forme d'un pourcentage.

Il est expliqué au patient que le score sera réévalué au terme de l'ETP afin de constater l'évolution du pourcentage.

10 minutes: Il est ensuite présenté un **film** (actuellement déjà utilisé par les chirurgiens-dentistes praticiens hospitaliers qui exercent aux Baumettes) montrant comment effectuer un brossage efficace .

Il est demandé au patient de définir quels sont les points qu'il pense réaliser correctement, ceux qu'il pense pouvoir améliorer (matériel, technique, temps), quels sont les freins éventuels à son HBD (temps, douleur, image de soi, préjugés...) et comment il pense pouvoir les lever. Le chirurgien-dentiste annote le **dossier** ETP du patient au fur et à mesure de la discussion.

La fiche de relevé d'indice de plaque datée est ajoutée au dossier.

Fiche pédagogique de la séance collective 3

Intitulé de la séance: Elaboration de **panneaux**.

Animateurs requis: un chirurgien-dentiste et un psychologue.

Objectifs pédagogiques: Reformuler les connaissances acquises sur HBD/déséquilibre du diabète/maladie parodontale et exprimer ses **ressentis**.

Durée: 1h30, découpage dans le temps:

10 minutes: L'animateur énonce et écrit au tableau les intitulés des 2 dernières séances collectives et incite les participants à les résumer et formuler les éventuelles questions en lien. A l'aide du groupe et des animateurs, les réponses aux questions sont apportées.

5 minutes: Présentation de la séance aux participants: On explique que l'objectif de la séance est de **réaliser des panneaux** en lien avec l'HBD, la maladie parodontale et le diabète qui peuvent être exposés au sein de la maison d'arrêt si le groupe le souhaite.

Il est proposé de diviser le groupe en 2, chacun des 2 groupes intervenant sur la réalisation d'un panneau : le premier panneau portera sur le lien entre HBD et déséquilibre du diabète et le second sur l'HBD. La réalisation est totalement **libre** et non guidée par les animateurs.

Matériel mis à disposition: des grandes feuilles blanches et de couleurs, des ciseaux, de l'adhésif double face, de la colle, des marqueurs, des crayons de couleurs et des feutres.

Les cartes images des 2 premiers ateliers sont aussi placées sur la table et peuvent-être utilisées.

20 minutes: Chacun des 2 groupes élabore un panneau. Chaque groupe est libre de réalisation (écriture, collage, couleurs...).

10 minutes: le premier groupe expose son panneau et explique ce qu'il a voulu y exprimer.

10 minutes: Le second groupe apporte une critique au travail du premier. Les animateurs valorisent et font émerger d'éventuelles problématiques. Ils interrogent aussi sur la forme et les couleurs apportant ainsi une ouverture à la discussion (estime de soi, place de la maladie dans la vie...).

10 minutes: Le second groupe expose son panneau et explique ce qu'il a voulu y exprimer.

10 minutes: Le premier groupe apporte une critique au travail du second. Les animateurs valorisent et font émerger d'éventuelles problématiques. Ils interrogent aussi sur la forme et les couleurs apportant ainsi une ouverture à la discussion (estime de soi, place de la maladie dans la vie...).

15 minutes: Les animateurs présentent les 2 panneaux côte à côte (Figure 4). Les participants sont amenés, chacun à leur tour, à exprimer les liens entre les 2 panneaux et leur ressenti.

Les animateurs apportent des précisions sur les points théoriques et matériels en utilisant les moyens de l'ETP et ouvrent le débat sur les aspects psycho-sociaux.

Evaluation de la séance par les patients: Une fiche d'évaluation non nominative est remplie par le patient et remise au centre de la table en fin de séance (cf. annexes, tableau 4)

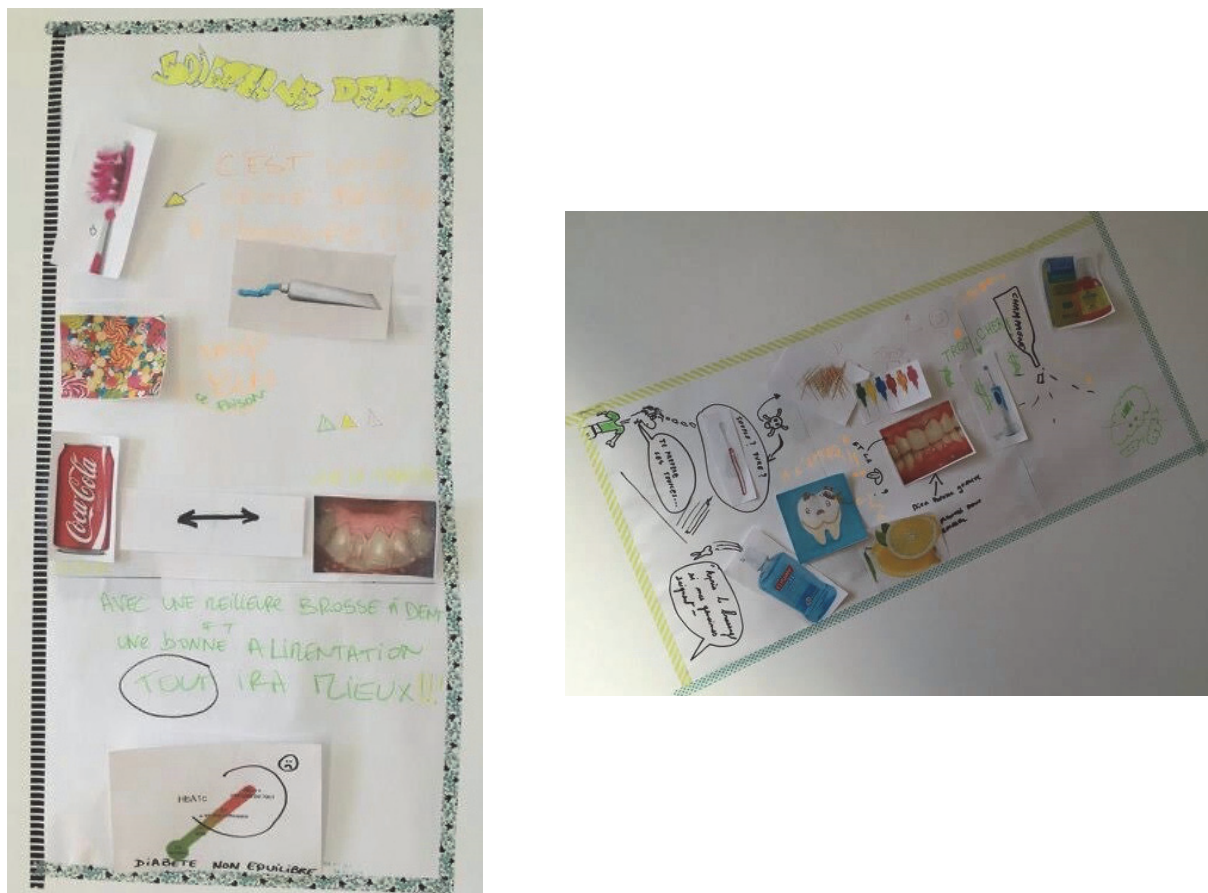


Figure 4 : Exemple de panneaux réalisés par des patients lors de la séance collective 3

Séance individuelle 2: Evaluation des compétences acquises

Le but est de réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme. Elle permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qui lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive. Elle permet de proposer au patient une nouvelle offre d'ETP qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la démarche éducative. Elle est proposée à la fin de chaque offre d'ETP (initiale, de suivi ou de reprise). Elle est aussi proposée à tout moment de la prise en charge (si le professionnel le juge nécessaire pour s'adapter au rythme du patient, anticiper ses difficultés, si le patient le sollicite).

Cette séance se déroule dans un cabinet dentaire de l'unité, il aura été demandé au préalable au patient d'amener son **matériel d'HBD**.

5 minutes: Il est expliqué au patient le déroulé de la séance comprenant un échange guidé par des questions au cours duquel l'animateur prendra des notes pour pouvoir constater l'évolution des connaissances, suivi d'une séance d'évaluation du geste d'HBD.

10 minutes: Les **questions** initialement posées lors du bilan éducationnel sont à nouveau posées et confrontées aux premières. On demandera ainsi au patient:

Quelles représentations avez-vous à l'égard de votre bouche et de vos dents ?

Que vous apporterait l'amélioration de votre santé bucco-dentaire ?

Quelles sont vos attentes concernant votre santé dentaire et comment pourriez-vous y contribuer ?

Quels sont les freins à la réalisation d'une HBD adaptée ?

Dans quelle mesure pensez-vous que votre diabète puisse être mieux stabilisé par une hygiène bucco-dentaire plus adaptée ?

Comment pensez-vous que le diabète puisse influencer votre santé buccale ?

On relèvera des **mots-clés** dans les discussions relatives aux questions précédemment posées, ils seront répertoriés au fur et à mesure de l'entretien dans le tableau d'évaluation des connaissances (Tableau 2). On peut noter par exemple les mots-clés suivants : bactéries, brosse souple, soda, carie, hémoglobine glyquée...

A l'aide des moyens de communication de l'ETP, le chirurgien-dentiste échange avec le patient sur les points partiellement ou non acquis.

EVALUATION DES CONNAISSANCES

Tableau 2 : évaluation des connaissances (HBD, maladie parodontale, déséquilibre du diabète)

	HBD	Maladie parodontale	Déséquilibre du diabète
Connaissances acquises			
Erreurs/omissions préjudiciables			

EVALUATION DES GESTES

Il est demandé au patient la réalisation de son HBD avec son propre matériel.

Le chirurgien-dentiste observe les gestes et complète le **tableau d'évaluation des gestes** (Tableau 3). Actuellement, les brosses à dents électriques ne sont pas admises au sein du centre pénitentiaire, la grille d'évaluation correspond donc à celle d'une HBD effectuée à la brosse à dents manuelle ± brossettes interdentaires ou fil dentaire.

		ACQUIS	PARTIELLEMENT ACQUIS	NON ACQUIS
DENTS	Cadran par cadran			
	Durée du brossage			
	Surfaces:			
	Vestibulaires Linguales Occlusales			
GENCIVES	Du rose vers le blanc			
	Mouvement de rouleau			
	Brossage des gencives inflammées			
BROSSETTES / FIL DENTAIRE	Type de matériel			
	Efficacité interdentaire/Passage dans le sulcus			

Tableau 3 : évaluation de l'HBD du patient.

Ensuite, le chirurgien-dentiste réalise un **relevé d'indice de plaque** daté (cf. annexes, figure 5).

Le pourcentage est mis en relation avec le pourcentage obtenu lors de la première séance individuelle. En fonction de son évolution, le chirurgien-dentiste échange avec le patient sur les causes, les conséquences et le ressenti liés à cette évolution. Il note la **motivation au changement** et répond aux questions du patient.

Le chirurgien-dentiste met en évidence les points à améliorer en confrontant son analyse de l'indice de plaque et des tableaux d'évaluation des gestes et des connaissances.

Le chirurgien-dentiste évoque la possibilité et l'intérêt de donner suite au programme pédagogique initial.

Afin de proposer une ETP de suivi adaptée, il interroge le patient sur ses besoins: " Qu'auriez-vous envie d'approfondir, qu'est ce qui pourrait être amélioré ? Avez-vous des idées, des souhaits ? Les réponses sont notées dans le dossier ETP.

En fonction de la volonté du patient, on pourra aussi prendre rendez-vous pour réaliser un bilan dentaire et parodontal à l'issue desquels un plan de traitement sera proposé.

5.3 Phase de maintien

Le suivi éducatif doit faire l'objet de **consultations spécifiques** de la part des chirurgiens-dentistes, détachées du soin et des actes, pour se donner le temps et la disponibilité d'esprit nécessaires. Malheureusement, de telles consultations ne sont pas encore prises en compte par la nomenclature de la sécurité sociale ⁽¹¹⁾.

Séance individuelle avec le chirurgien-dentiste praticien hospitalier ou libéral s'il y a eu levée d'écrou:

Une **transmission** du contenu et des évaluations du dossier ETP du patient aura été adressé au préalable au chirurgien-dentiste du patient.

Le chirurgien-dentiste échange avec le patient sur son ressenti concernant l'ETP qu'il a reçue, ce qu'il a appris et ce qu'il souhaite préciser.

Il réalise une **évaluation** des connaissances (Tableau 4) et des gestes (Tableau 5) ainsi qu'un indice de plaque (Figure 4).

Les notes des 2 tableaux et le score de plaque sont mis en rapport avec ceux relevés lors des séances individuelles effectuées au sein du service ETP, permettant ainsi de poursuivre l'éducation thérapeutique en reprécisant les points partiellement ou non acquis

Le chirurgien-dentiste doit effectuer un suivi dans la durée, comprenant évaluations partagées de l'évolution, renégociation d'objectifs thérapeutiques et d'apprentissage (progression, évolution), soutien lors d'échecs et renforcement des réussites. Cela nécessite une dose de patience, le temps que le patient apprenne et intègre ce qui lui arrive et ce qu'il peut encore.

Ainsi il peut être proposé au patient de reprendre un nouveau programme d'ETP au sein du service des Baumettes ou de l'orienter vers un autre service hospitalier d'ETP en fonction de sa situation. La nouvelle proposition doit-être étudiée en lien avec le médecin généraliste et le médecin endocrinologue.

6 EVALUATION DU PROGRAMME

La santé est devenue un bien collectif dont l'accès est le plus souvent garanti sur un plan collectif, et cette garantie n'est théoriquement accordée ou maintenue par les organismes payeurs que si l'on peut montrer que la stratégie de santé est efficiente dans "la vie réelle". Ces exigences ne s'appliquent pas uniquement aux traitements pharmacologiques ou aux dispositifs médicaux. Elles concernent également les actes diagnostiques ou thérapeutiques, les programmes de prévention et toutes les interventions dans le champ de la santé, ETP comprise.

Soit l'ETP développée a un intérêt déjà établi et il s'agit d'étudier son application dans un contexte particulier : c'est l'"évaluation de base" la plus habituelle; soit, plus rarement, il s'agit d'établir l'intérêt d'une nouvelle méthode d'ETP et cela relève du domaine de la **recherche**.

Dans le cadre de la mise en place de l'ETP à visée odontologique des Baumettes, une évaluation de base reposant sur **comparaison "avant-après"** devra être complétée dans un cadre de recherche par une comparaison avec un groupe de référence, avec affectation par tirage au sort à l'un ou l'autre des 2 groupes: on parle d'**essai contrôlé** (avec un groupe de référence), "randomisé" en français. On séparera donc l'ensemble des sujets "bons pour l'essai", c'est-à-dire, acceptant d'être soumis à l'ETP, en 2 groupes : le groupe "traité" recevra l'ETP nouvelle incluant les séances collectives et individuelles à visée odontologique, objet de l'étude, et le groupe témoin recevra l'ETP sans les séances à visée odontologique.

Comme dans les essais thérapeutiques, il faudra veiller à respecter la clause d'ambivalence en ne procédant au tirage au sort qu'après avoir vérifié que la patient pouvait indifféremment être affecté à un groupe ou à un autre et était d'accord pour participer à l'étude après avoir été dûment informé. Une variante est possible, l'étude dite "ici et d'ailleurs".

Ces différents points méthodologiques incitent très fortement à recourir si possible au soutien d'un **statisticien**, idéalement intéressé par le thème éducatif étudié et ayant compris ce qu'est l'ETP. Il faudra le solliciter non pas au moment de l'analyse des données mais dès la réflexion sur les modalités de l'évaluation.

7 RETOUR D'EXPERIENCE

L'expérience menée au centre pénitentiaire Les Baumettes confirme que l'ajout des séances odontologiques a toute sa place au sein des services ETP diabète.

La problématique de la cavité buccale peut tout à fait être considérée dans des ateliers de groupe au même titre que le sont l'éducation à la nutrition, aux médicaments, à l'observance ou au sport par exemple.

Le chirurgien-dentiste est souvent amené à déculpabiliser le patient vis-à-vis de sa situation et à le mettre en confiance pour qu'il livre toutes ses gênes. On peut donc penser, à tort, que la cavité buccale est un sujet sensible que le patient ne souhaiterait pas aborder autrement que dans un entretien individuel avec un chirurgien-dentiste.

Pourtant on constate que ce sujet est abordé très librement dans les séances collectives, chacun se reconnaissant dans les problématiques de l'autre, ce qui libère très rapidement la parole.

Beaucoup de préjugés tombent et à l'issue des séances, les patients évoquent toujours le fait « d'avoir énormément appris ». On retient par exemple le changement de considération concernant le fait de réaliser un brossage sur des gencives présentant une gingivite, l'importance d'éviter les boissons sucrées aussi pour leur composante acide, l'effet délétère des brosses à dents à poils durs.

Les séances odontologiques dans le cadre d'un programme ETP diabète ont des liens évidents avec celles encadrées par les médecins, les pharmaciens, les infirmiers, les diététiciens et les psychologues. Chacun de ces intervenants trouverait d'ailleurs facilement sa place dans chacune des séances collectives en co-animation.

Elles sont une réelle valeur ajoutée au programme de base.

Le seul frein relatif à cette ETP menée en milieu carcéral, en rapport aux protocoles d'ETP définis par l'ARS, réside dans la difficulté à avoir le même groupe de personne pour l'ensemble des ateliers ETP.

En effet, classiquement, l'ETP est apporté à un même groupe de patient sur la période initiale et sur les séances de suivi, ces personnes évoluant **ensemble** dans le temps. Les séances s'enrichissent alors des expériences précédemment vécues ensemble et chacun peut faire référence à une anecdote de l'autre.

Au centre pénitentiaire Les Baumettes, pour des raisons administratives, médicales ou autres, il est fréquent que l'ensemble du groupe ne puisse être réuni, de nouveaux arrivants y sont donc inclus.

Cependant, on peut signaler que ce frein n'altère pas réellement la qualité du programme car les nouveaux participants, intégrant le groupe, sont informés des points particuliers par ceux ayant suivi les précédents ateliers. On peut même noter une valorisation des personnes qui transmettent les informations pendant la séance et pour le nouvel arrivant, le constat de noter l'implication des "anciens".

D'autre part, le programme d'ETP diabète des Baumettes ne fait intervenir ni association de patient ni "patients experts", intervention essentielle selon les principes mêmes de l'ETP.

Ensuite, le manque de disponibilité du psychologue se révèle aussi problématique.

Pour finir, les ateliers d'HDB ont permis de mettre en évidence que l'accès au matériel d'HBD est limité comme par exemple les brosses à dents électriques. Une demande à l'administration pénitentiaire doit d'ailleurs être formulée afin que ce matériel puisse figurer sur les "bons de cantinage".

Les liens entre diabète et problématiques de la cavité buccale étant clairement identifiés, il paraît évident que l'ETP diabète doit aussi comprendre une composante odontologique en lien avec les autres thématiques habituellement proposées.

Ainsi, elle aurait facilement sa place dans des séances collectives ou individuelles dans les services proposant une ETP diabète adulte ou enfant en dehors du cadre pénitentiaire.

Il existe aussi d'autres programmes d'ETP comme par exemple à destination de patients Sans Domicile Fixe, de patients souffrant d'addiction (toxicomanie, alcoolisme) ou de troubles alimentaires dans lesquels l'intégration d'ateliers odontologiques supplémentaires adaptés seraient bénéfiques tant d'un point de vue médical qu'en terme d'estime de soi.

La création d'ateliers au sein de différents services proposant une ETP serait aussi très **enrichissante** pour la profession de chirurgien-dentiste. En effet, la création d'atelier fait intervenir l'imagination, la communication, la psychologie et le lien avec les autres professionnels.

L'ETP apporte des compétences supplémentaires et complémentaires aux autres compétences du chirurgien-dentiste.

Faire de l'ETP est un **choix** tant **pratique** (efficacité) que **social** (droit à l'autodétermination) qu'**éthique** (respect de l'autonomie des personnes).

Sur un plan philosophique le concept d'**autonomie** s'enracine dans celui de **réciprocité**. "La relation humaine fondamentale, écrit Jean-François Malherbe, est celle de l'accouchement mutuel. Un enfant ne devient lui-même qu'avec l'aide de son père et de sa mère. Une femme ne devient mère qu'avec l'aide d'un homme et la présence d'un enfant. Un homme ne devient père qu'avec l'aide d'une femme et la présence d'un enfant. Plus généralement, nous ne devenons nous-mêmes qu'à partir de l'évocation d'autrui et de son appui. L'être humain est essentiellement maïeutique, tour à tour obstétricien et accouché (...). Nous sommes toujours insérés dans une structure de réciprocité. C'est sans doute là le fait humain le plus fondamental".

A partir de ce principe, l'auteur formule ainsi l'éthique fondamentale : "Agis en toutes circonstances de façon à cultiver l'autonomie d'autrui et la tienne se développera par surcroît". Ainsi l'éducation se fait dans les deux sens.

Les soignants qui s'investissent dans l'ETP s'enrichissent des expériences vécues auprès des patients et des autres soignants. Cette implication va souvent au-delà de l'exercice de l'ETP car elle constitue souvent un changement radical dans l'exercice professionnel du soignant et dans sa relation aux autres en général.

Les retours d'expériences des patients ayant suivi les séances collectives et individuelles sont les suivantes: ils se sentent " compris, aidés, écoutés, pris en compte" et ont " découvert des outils pour se soigner".

C'est là une **reconnaissance** évidente en tant que soignant.

Inversement, pour les soignants, il est valorisant d'**accompagner** les patients vers des compétences nouvelles, une autonomie, une capacité de décider de leur vie avec la maladie et de respecter les choix thérapeutiques faits ensemble ⁽⁴⁾.

La profession de chirurgien-dentiste est centrée sur la cavité buccale et évolue vers des spécialisations (prothèse, esthétique, parodontologie, chirurgie,...) ce qui est paradoxal lorsqu'on a affaire à un être humain forcément complexe.

Cette approche multidisciplinaire de l'ETP peut aussi renforcer, chez le chirurgien-dentiste, la conscience de l'importance d'une prise en charge globale du patient et de la relation en **réseau** avec les autres professionnels de santé.

8 CONCLUSION

A l'inverse des maladies aiguës où les traitements sont courts et peuvent être contrôlés par les soignants, le diabète est une maladie **chronique**. Par conséquent, les patients ont le choix de pouvoir **choisir** si et comment ils vont poursuivre les recommandations reçues.

L'utilité de l'ETP est donc indispensable pour le patient atteint de diabète car elle permet un transfert de savoirs et de pouvoirs du soignant vers le patient, c'est un véritable **partenariat**, le patient acquiert un rôle **actif**, de façon **libre** et **autonome**.

Dans la mesure où les liens entre HBD/maladie parodontale et déséquilibre du diabète ont été scientifiquement prouvés, il est indispensable que l'ETP à visée odontologique soit développée.

Mais, "éduquer c'est d'abord être éduqué soi-même à l'ETP".

Le **CRES (Comité Régional d'Education pour la Santé)** est le principal **formateur** et propose aussi une **bibliothèque** importante sur différents sujets touchant à l'ETP. Il est nécessaire que les chirurgiens-dentistes puissent- être mieux informés des apports du CRES et en bénéficier.

Dans ce sens, on peut aussi souhaiter une intervention du CRES pendant le cursus des étudiants en odontologie et imaginer l'intervention d'étudiants dans des programmes d'ETP Diabète ou autres.

ANNEXES

Annexe 1: FICHE D'EVALUATION DES SEANCES PAR LE PATIENT

Merci de nous donner votre AVIS sur:	SATISFAIT	PEU SATISFAIT	PAS DU TOUT SATISFAIT
Le confort de la salle			
Le matériel utilisé			
La durée de l'atelier			
Le thème de l'atelier			
Les connaissances acquises			
Les échanges avec les animateurs			
Les échanges avec les participants			

Tableau 4 : évaluation des séances par le patient pour le confort, le matériel utilisé, la durée et le thème de l'atelier, les connaissances acquises, les échanges avec les animateurs et les participants.

Annexe 2: TABLEAU D'EVALUATION DES GESTES

Tableau d'évaluation des gestes:		ACQUIS	PARTIELLEMENT ACQUIS	NON ACQUIS
DENTS	Cadran par cadran Durée du brossage Surfaces: Vestibulaires Linguales Occlusales			
GENCIVES	Du rose vers le blanc Mouvement de rouleau Brossage des gencives inflammées			
BROSSETTES/FIL DENTAIRE	Type de matériel Efficacité interdentaire/Passage dans le sulcus			

Tableau 5 : tableau d'évaluation des gestes d'HBD

Annexe 3: INDICE DE PLAQUE

PLAQUE-CONTROLE (O'Leary et coll., 1972)

Examiner les 4 faces de chaque dent. Mettre une croix dans le triangle correspondant si la plaque est visible après coloration.

Exemple : plaque côté mésial et lingual



INDICE D'INFLAMMATION GINGIVALE (Lindhe et Nyman, 1977)

Mettre une croix s'il existe un saignement au sondage, qu'il soit immédiat ou retardé (attendre 40 secondes). Sonder les 4 faces de chaque dent.

Plaque-contrôle																date			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	SCORE			
X																			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
X																			
Indice d'inflammation gingivale																			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
X																			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
X																			

Plaque-contrôle																date			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
X																			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
X																			
Indice d'inflammation gingivale																			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
X																			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
X																			

$$\text{SCORE} = \frac{\text{Nombre de faces ayant de la plaque}}{\text{Nombre total de faces examinées}} \times 100 = \quad \times \%$$

Figure 5 : Fiche de relevé d'indice de plaque

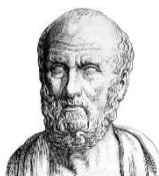
BIBLIOGRAPHIE

- (1) Stewart JE, Wagner KA, Friedlander AH, Zadeh HH. The effect of periodontal treatment on glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Clin Periodontol*; **2001**, 28:306-310.
- (2) Sandberg GE, Sundberg HE, Fjellstrom CA, Wikblad KF. Type 2 diabetes and oral health: a comparison between diabetics and non-diabetics subjects. *Diabetes Res. Clin. Pract.*; **2000** ; 50:27-34
- (3) Recommandations HAS **2007**: ETP comment la proposer et la réaliser? Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique? Définitions, finalités et organisation.
- (4) Fournier C. Travailler en équipe autour du patient: Table ronde. Congrès de l'AFDET; **2012**
- (5) De la Tribonière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient: du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Thérapeutique Patient-Their Patient Educ* **2013**;5:163-76
- (6) Hébert R. Définition du concept de l'interdisciplinarité. Communication au colloque "de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité" 4 avril **1997**. Québec .
- (7) Pr Alain Deccache, Dr Frédéric Sanguignol
- (8) www.paca.ars.sante.fr
- (9) Manfredi et al.,**2004**; Tsai et al., **2002**, Preshaw et al, **2001**; bascones-Martinez et al.**2011**
- (10) Azogui-Lévy et al., **2009**
- (11) ETP en santé bucco-dentaire (Stéphane Tessier, médecin de santé publique et Sylvie Azogui-Lévy CD maître de conférences des universités, Paris 7 Denis-Diderot;

L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. W. Miller et S. Rollnick. InterEditions, **2006**

CRES: Dossier documentaire **2016**: Mettre en place une démarche d'ETP

CRES: Formation ETP CH de Digne-CH de Martigues, **2010**



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

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

MARTRE Christine – Education thérapeutique du patient diabétique

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : santé publique

Résumé: Il existe une relation avérée entre santé bucco-dentaire, maladie parodontale et diabète. L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) odontologique fait partie de la prévention tertiaire et à ce titre devrait être mise en place dans les services d'ETP des patients diabétiques. Les Chirurgiens- Dentistes (CD) doivent acquérir cette compétence et la développer également dans leur exercice libéral. Les moyens de communication permettant d'éduquer vont permettre de négocier le changement avec le patient, de le motiver et le valoriser dans ses apprentissages. Un bilan diagnostic permet d'évaluer les connaissances et les besoins du patient, des séances individuelles et collectives sont alors proposées. Les objectifs et les compétences sont régulièrement réévalués. Le dossier d'ETP est un support pour juger de l'évolution du patient et permettre la transmission aux différents professionnels de santé. Au terme de l'ETP, un suivi est réalisé afin de compléter les apprentissages. La notion d'équipe inter disciplinaire est essentielle pour permettre au patient d'évoluer globalement face à sa maladie et se révèle formatrice pour les soignants prenant part à l'ETP. L'ETP est peu présente dans le cursus des étudiants en odontologie et le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES) est une source d'informations et de formation encore trop méconnu des CD. Une évolution est attendue dans ce domaine en regard du problème de santé publique que représente le diabète.

Mots clés : Education thérapeutique, hygiène bucco-dentaire, maladie parodontale, diabète, prévention, interdisciplinarité

MARTRE Christine – Therapeutical education of the diabetic patient

Abstract: There is a proven relationship between oral health, periodontal disease and diabetes. Dental Patient Therapeutic Education (PTE) is part of tertiary prevention and should be implemented in the PTE services of diabetic patients. Dentist must acquire this educational skill and develop it also in the liberal exercise. The means of communication used in order to educate will enable dentists to generate a stimulus regarding the willing to change of the patient and will also enable patients to better understand their diseases. A diagnostic assessment makes it possible to evaluate the knowledge and the needs of the patient. After this diagnostic, individual and collective sessions are proposed. Objectives and skills are regularly reevaluated. The PTE file is a support for judging the evolution of the patient and it allows the transmission to different health professionals. At the end of the PTE, a follow-up is done to complete the learning. The notion of inter-disciplinary team is essential to enable the patient to evolve generally and can generate a motivation improvement for the health staff taking part in the PTE. PTE is not much present in the curriculum of students in dentistry. Regional Committee on Health Education (RCHE) should be a source of informations and training dentists must be aware of. Yet this committee is still unknown by dentists. An evolution is expected in this area with regards to the public health problem of diabetes.

MeSH: Therapeutic education, oral hygiene, periodontal disease, diabetes, prevention, interdisciplinarity

Adresse de l'auteur :

Christine MARTRE

Le clos

04290 SOURRIBES