



HAL
open science

Valorisation des activités de pharmacie clinique et coordination en éducation thérapeutique du patient

Élise Labbé

► **To cite this version:**

Élise Labbé. Valorisation des activités de pharmacie clinique et coordination en éducation thérapeutique du patient. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03925428

HAL Id: dumas-03925428

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03925428>

Submitted on 5 Jan 2023

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.



THESE

(Spécialité DES Pharmacie Hospitalière)

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 octobre 2019

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Valorisation des activités de Pharmacie Clinique et coordination en Education Thérapeutique du Patient

Présentée par
Elise LABBE

**Soutenue publiquement le 3 juin 2022
devant le jury composé de**

Mme le Docteur Virginie PREVOST	Maitre de Conférences des Universités (HDR) - Pharmacien – Grade / Fonction / Statut / Lieu d'exercice	Président du jury – Co- directrice
Mme le Docteur Agathe PERDRIEL	Praticien Hospitalier – Pharmacien Hospitalier – Centre Hospitalier de Falaise	Co-directrice
Mr le Docteur Hubert BENOIST	Praticien Hospitalier - Pharmacien Hospitalier – Centre Hospitalier de Falaise	Examineur
Mme le Docteur Emilie DEBERLES	Praticien Hospitalier - Diabétologue - Centre Hospitalier de Falaise	Examineur
Mr le Professeur Yves REZNIK	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier – Diabétologue – Centre Hospitalo-Universitaire Régional de Caen	Examineur

Thèse dirigée par Dr Agathe PERDRIEL et Dr Virginie PREVOST

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directrice de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Assesseurs

Professeur MALZERT-FREON Aurélie
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe
Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie

CAILLY Thomas – HDR Chimie bio-inorganique, Chimie organique

DENOYELLE Christophe – HDR Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie

DHALLUIN Anne Bactériologie, Virologie, Immunologie

DUBOST Emmanuelle Chimie organique

ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR Parasitologie, Mycologie médicale

GROO Anne-Claire Pharmacie galénique

KIEFFER Charline Chimie médicinale

KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – **HDR** Biologie clinique

LAPORTE-WOJCIK Catherine Chimie bio-inorganique

LEBAILLY Pierre – HDR Santé publique

LECHEVREL Mathilde – HDR Toxicologie

LEGER Marianne Physiologie, Pharmacologie

LEPAILLEUR Alban – HDR Modélisation moléculaire

N'DIAYE Monique Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique

PAIZANIS Eleni Physiologie, Pharmacologie

POTTIER Ivannah Chimie et toxicologie analytiques

PREVOST Virginie – HDR Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient

QUINTIN Jérôme Pharmacognosie

RIOULT Jean-Philippe Botanique, Mycologie, Biotechnologies

SAINT-LORANT Guillaume (Praticien hospitalier) Pharmacie clinique

SINCE Marc – HDR Chimie analytique

THEAULT BRYERE Joséphine Biostatistiques

VILLEDIEU Marie – HDR Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie Anglais

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SEDILLO Patrick Pharmacie officinale
SEGONZAC Virginie Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Remerciements

A Madame la Docteur Virginie PREVOST, pour avoir accepté d'être le président de ce jury et sa relecture. Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

A Madame le Docteur Agathe PERDRIEL, pour m'avoir encadrée tout au long de mon parcours et de ce travail. Merci pour tes conseils, la confiance que tu m'as accordée et ta bienveillance.

A Monsieur le Docteur Hubert BENOIST, pour m'avoir encadrée et accompagnée durant de longues années, de mon externat à mon doctorat et encore après.

A Madame le Docteur Emilie DEBERLES, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour ta disponibilité et de m'avoir offert la chance de travailler sur ce projet.

A Monsieur le Professeur Yves REZNIK, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A l'équipe de la pharmacie et du service d'ETP de diabétologie du CH de Falaise, merci pour tout ce que vous m'avez transmis, au niveau professionnel et humain. Merci de m'avoir laissé la chance de travailler sur les projets autour de la pharmacie clinique et particulièrement sur l'ETP.

A l'équipe de la pharmacie du CHU de Caen, merci pour votre accueil, votre convivialité et votre gentillesse durant tous ses semestres. Merci de m'avoir accompagné, transmis vos connaissances.

A mes parents, mes grands-parents et mes frères, merci pour votre soutien, de votre compréhension pendant toutes ces années. Sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui.

A Martin, pour m'avoir supporté et soutenu durant ces 8 années. Et de continuer à être présent.

A mes amis, Ophélie, Morgan, Hayat, Marion et Marianne, merci d'avoir toujours été à mes côtés et d'y rester.

A Robin, Cora et Marie, merci d'avoir toujours été à mes côtés depuis la première année de pharmacie à la dernière, merci pour ces beaux moments ensemble.

A mes amis de pharmacie, Claire, Léa, Mélissa, Fanny, merci d'avoir rendu ses premières années d'étude si amusantes.

A mes amis et co-internes, Clémence, Charles, Emilie, Typhanie, Julia, Baptiste, Raphael, Hortense, Lucile, Corentin, Boris, Céline, Claire, merci d'avoir fait passer aussi vite ses quatre années d'internat et pour tous les moments passés et à venir ensemble.

Contenu

Liste des abréviations	1
Liste des Figures et Tableaux	2
Introduction	3
Partie I : Généralité sur l'Éducation Thérapeutique du Patient.....	4
1. Définition de l'Éducation Thérapeutique du Patient.....	5
2. Histoire de l'ETP	5
a) Première période	6
b) Deuxième période	6
c) Troisième période	7
3. Maladie chronique et ETP	7
4. Apport de l'ETP	8
a) Efficacité.....	9
b) Efficience	9
5. Place du pharmacien dans ETP	10
a) Le pharmacien et l'ETP	10
b) Etat des lieux : Participation du pharmacien dans l'ETP.....	11
c) Apport du pharmacien dans l'ETP.....	12
d) Place du préparateur en pharmacie	14
6. Structure d'un programme d'ETP	14
a) L'équipe d'ETP.....	14
b) Compétences requises	15
c) Rôle du coordonnateur d'ETP.....	16
d) Le programme.....	16
e) Les étapes.....	18
f) La confidentialité	18
g) Autorisation des programmes par l'ARS	19
7. Financement	21
a) Financements publics.....	21
b) Financements privés.....	22
8. Ateliers et outils éducatifs	23
a) Ateliers.....	23

b) Outils d'intervention	24
9. L'évolution de l'ETP vers l'e-ETP	26
Bibliographie – Partie 1 :	27
Partie 2 : Retour d'expérience de l'ETP en région Normandie durant la COVID-19.....	32
Bibliographie - Partie 2 :	43
Partie 3 : Valorisation de l'activité du pharmacien clinicien en ETP	44
1. Article.....	45
Bibliographie - Partie 3 :	56
2. Outils d'ETP et supports de coordination à l'hôpital de Falaise.....	58
a) Communication autour d'un programme d'ETP	58
b) Outils et supports de la séance d'ETP.....	58
c) Outils et supports de coordination	59
3. Retour patient	60
Partie 4 : Discussion – Conclusion.....	63
1. Discussion	64
2. Conclusion.....	66
Bibliographie – Partie 4.....	68
Annexes	70

Liste des abréviations

AFDET : Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

COMEDIMS : Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles

COVID-19 : *CO*rona*VI*rus *D*isease-19

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

DESG : *Defence Engineering and Science Group*

DIM : Département d'Information Médicale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIQS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNPEI : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information

FPI : Forfait Prestation Intermédiaire

GHS : Groupe Homogène de Séjour

GHT : Groupe Homogène de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation de Jour

HDJP : Hospitalisation de Jour Pluridisciplinaire

HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OQN : Objectifs Quantifiés Nationaux

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SETE : Société d'Education Thérapeutique Européenne

T2A : Tarification A l'Activité

UTEP : Unités Transversales d'Education du Patient

Liste des Figures et Tableaux

Partie 1 :

Figure 1 : Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique (2)	17
Figure 2 : Processus d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) d'après la Haute Autorité de santé (36).....	20
Figure 3 : Du présentiel au tout numérique (40)	24

Partie 2 :

Figure 1 : Questionnaire sur l'adaptation des professionnels de l'ETP à la crise sanitaire en région Normandie.....	44
Figure 2 : Questionnaire sur l'adaptation des professionnels de l'ETP à la crise sanitaire à l'hôpital de Falaise.	38
Figure 3 : Raison du maintien de l'arrêt des ateliers d'ETP	39
Figure 4 : Avantages des ateliers à distance pour les patients et les professionnels	40
Figure 5 : Inconvénients des ateliers à distance pour les patients et les professionnels	40

Partie 3 :

Figure 1 : Prix de facturation en fonction du nombre d'intervenants	49
Figure 2 : Tableau Excel® croisé dynamique	50
Figure 3 : Questionnaire de satisfaction des séances HDJP.....	51
Tableau 1 : Comparaison des périodes de janvier à décembre 2019 et 2021 des deux modèles organisationnels.....	59
Figure 4 : Questionnaire de satisfaction patient (1)	62
Figure 5 : Questionnaire de satisfaction patient (2)	62

Introduction

L'Education thérapeutique du patient (ETP) fait partie du parcours de soin du patient depuis 2009. Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique en les impliquant dans leur prise en charge. L'ETP peut être réalisée par l'ensemble des professionnels de santé et des patients experts formés à l'ETP en ville ou à l'hôpital.

Les équipes pluridisciplinaires sont la norme pour apporter l'ensemble des connaissances nécessaires à la prise en charge de la maladie chronique des patients. Depuis 2019, l'ETP fait partie intégrante des missions du pharmacien clinicien. L'intervention d'un pharmacien clinicien va dans le sens de l'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse pour sécuriser l'ensemble du circuit du médicament, de la dispensation à l'administration par le patient lui-même.

Le changement de coordination de l'ETP et l'intégration d'un pharmacien clinicien dans l'équipe pluri-professionnelle permet la refonte de l'organisation de l'ETP au sein du centre hospitalier de Falaise. Des difficultés ont été identifiées dont le manque de professionnel de l'ETP, la réquisition des professionnels et des salles de l'ETP pour d'autres activités, le manque de financement, les difficultés de coordination de l'équipe pluridisciplinaire et le manque de corrélation entre les différentes activités d'ETP. Pour faire face à ces difficultés, des actions sont mises en place et seront exposées dans cette thèse.

L'objectif principal de cette thèse est de valoriser l'activité de l'ETP à la fois sur un plan financier mais aussi institutionnel pour permettre la pérennisation du travail pluridisciplinaire autour du patient et, à travers cela, de valoriser l'activité de pharmacie clinique.

Le premier chapitre de cette thèse correspond à un état des lieux de l'ETP, de la réglementation, de l'apport et du financement ainsi que la place du pharmacien dans l'équipe pluridisciplinaire. Le deuxième chapitre décrit l'impact et l'adaptation des programmes d'ETP face à la crise sanitaire du *COronaVirus Disease-19* (COVID-19). Le troisième chapitre compare deux modèles organisationnels et financiers sur deux périodes similaires de six mois : un ancien modèle constitué d'une équipe pluri-professionnel sans l'intervention d'un pharmacien clinicien et financé via l'Agence Régionale de la Santé par le Fonds d'Intervention Régional et le Forfait Prestation Intermédiaire, et un nouveau modèle intégrant et coordonné par un pharmacien clinicien et basé sur les Hospitalisations De Jour Pluridisciplinaire.

Partie I : Généralité sur l'Éducation Thérapeutique du Patient

1. Définition de l'Éducation Thérapeutique du Patient

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) comme une activité visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (1).

L'ETP est destinée aux patients atteints de maladie chronique et peut être proposée à tout moment de la maladie : à l'annonce, lors de l'expression d'un besoin ou toute autre moment de l'évolution de la maladie, mais toujours avec l'accord du patient. L'ETP est un outil de prévention tertiaire, permettant d'éviter les complications et les rechutes des patients atteints de maladie chronique. Il s'agit d'un processus centré sur le patient. Elle implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion, de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement, les soins, le cadre hospitalier, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle est donc à différencier des informations orales ou écrites ou autres conseils délivrés par un professionnel de santé même si ces informations sont données durant les séances. La finalité de l'ETP est le maintien des compétences d'autosoins par le patient et la mobilisation ou l'acquisition des compétences d'adaptation. Elle vise à aider les patients et leur famille à comprendre : la maladie, le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie (2).

2. Histoire de l'ETP

L'ETP a été influencée par l'évolution des théories et des concepts en médecine, en psychologie et en pédagogie. Le Pr Grimaldi définit trois périodes de l'histoire de l'ETP (3) :

- La première période officieuse entre 1922 et 1972 avec le développement de l'éducation dans le cadre du diabète.
- La deuxième période de 1972 aux années 2000 avec l'officialisation de l'ETP et la création des associations dédiées.
- La troisième période, actuelle, avec l'encadrement de l'ETP et l'importance de la place dédiée au patient.

a) Première période

L'éducation a toujours existé mais sous la forme des conseils. Le début de l'ETP est daté, par le Pr Grimaldi, au moment de l'avènement des traitements par insuline dans le diabète de type I dès 1922. En effet, le diabète insulino-dépendant est passé d'une maladie considérée comme subaiguë mortelle à une maladie chronique. Le patient et/ou son entourage ont dû apprendre à injecter l'insuline, à mesurer la glycémie et l'acétonurie, à équilibrer l'alimentation et la glycémie aux activités quotidiennes du patient diabétique. L'éducation à cette époque était verticale et autoritaire. En 1954, le pédiatre H. Lestrade et ses élèves, développent une médecine centrée sur l'enfant diabétique en s'adaptant aux problématiques de l'enfant et en étant moins restrictif. Cela était contraire à la majorité des diabétologues qui prônaient la médecine centrée sur la maladie pour éviter les complications. Cette première période dura jusqu'à 1972 (3).

b) Deuxième période

La deuxième période débute avec les mouvements de 1968 et la remise en cause de l'autorité et de la hiérarchisation, du travail, de l'école, de la famille et du patriarcat. On observe le développement de l'autogestion et de la participation. Ce questionnement touche aussi le rapport entre les médecins et les patients qui change radicalement avec le développement de l'éducation thérapeutique. En 1972, la diabétologue américaine L. Miller est la première à démontrer l'intérêt des démarches éducatives dans la prise en charge du diabète (4). La naissance de l'ETP moderne est datée de 1975 avec l'ouverture de l'unité de traitement et d'enseignement du diabète du professeur J.-Ph. Assal, au sein de l'Hôpital Universitaire de Genève.

En 1988, la section française du *Defence Engineering and Science Group* (DESG) est créée, composée de médecins et professionnels paramédicaux se formant régionalement. Son objectif est de former les professionnels, d'aider à construire des outils pédagogiques, d'organiser des colloques, de promouvoir l'ETP auprès des praticiens et des institutions. En 1996, l'OMS propose une définition de l'ETP qui permet d'officialiser sa pratique (1). En 2002, est créée la Société d'Education Thérapeutique Européenne (SETE). En 2011, le DESG français devient l'Association Française pour le Développement de l'Éducation Thérapeutique (AFDET) décidant de s'intéresser à l'ensemble des pathologies chroniques.

En parallèle du développement de l'ETP en milieu hospitalier, les réseaux ville-hôpital visant à transposer l'ETP et le travail d'équipe de l'hôpital à la ville voient le jour. Cependant, des limites apparaissent à la fois structurelles, par la spécificité des domaines d'expertise qui ne correspondent pas aux médecins généralistes, et financières, avec le manque de reconnaissance de l'acte d'éducation (3).

c) Troisième période

La troisième période de l'ETP commence au début des années 2000, avec le « néolibéralisme » qui a pour dogme la concurrence sur le marché auquel la santé n'échappe pas. En mars 2002, la loi sur les droits des patients a légiféré sur la nécessité du développement des actions d'ETP (5). Le patient devient un « consommateur de santé » et donc un client. Le patient formé devient un producteur de santé et, grâce à une formation, peut devenir expert pour les autres patients. La Fédération Française du Diabète se propose de former au nouveau métier de « patient expert ». Il sera alors un professionnel de santé spécialiste du vécu avec la maladie. Suite à l'approche pédagogique des compétences et la modélisation de l'ETP en quatre étapes distinctes, la Haute Autorité de Santé (HAS) a fini par reconnaître institutionnellement l'ETP en 2007 (2). En 2009, l'ETP est inscrite dans la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HSPT), cela permet de légaliser sa pratique (6). Cette reconnaissance législative donne aux Agences Régionales de la Santé (ARS) la possibilité de gérer les programmes d'ETP (3)(7).

3. Maladie chronique et ETP

D'après la HAS, « les maladies chroniques sont définies comme des maladies – ou affections - qui sont rarement guérissables (le suivi permet de corriger une anomalie biologique, compenser un déficit, etc.), et qui nécessitent des soins prolongés, le plus souvent à vie. [...] La prise en charge de ces maladies se fait donc dans la durée, avec des stratégies au long cours parfois complexes, nécessitant l'intervention de nombreux professionnels, tant dans le champ de la santé que dans celui de l'action sociale, avec une intervention qui peut être très importante des aidants de proximité. » (2). Les 60 maladies chroniques comprennent des maladies transmissibles persistantes, non transmissibles ou certaines maladies mentales. Elles concernent 37% des plus de 15 ans, soit 19 millions de personnes en 2012 en France (8) et ce chiffre ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population. Cette catégorie de patients a été choisie comme population de choix pour l'ETP compte tenu des risques médicaux associés à

une décompensation de leur maladie tel que le risque d'hospitalisation pouvant causer une saturation du système de santé avec un impact sur les coûts de santé et sur la santé individuelle du patient (stress, mal-être, etc..). De plus, l'OMS a estimé que 50% des patients atteints de maladie chronique ne respectent pas leur traitement dans les pays développés (9). L'observance thérapeutique est définie comme la capacité à prendre correctement son traitement, comme prescrit par le médecin. La mauvaise observance des traitements chroniques peut conduire à un mauvais contrôle des symptômes avec un risque accru de complications, ce qui représente un coût important pour le système de santé (10,11).

4. Apport de l'ETP

En 1972, une étude menée par L. Miller et J. Goldstein publiée dans le *New England Journal of Medicine*, montre les bénéfices d'une éducation minimale dans la population pauvre de Los Angeles (USA). Cette éducation comprenait une aide téléphonique, une consultation systématique au service des urgences par une infirmière spécialisée et d'un interne du service de diabétologie. L'étude a permis de montrer que cette éducation minimale avait diminué par trois les hospitalisations et par deux tiers les comas, avec une estimation du bénéfice économique entre 1,7 et 3,4 millions de dollars (3).

En 2008, la HAS a réalisé un rapport d'orientation, ainsi qu'une analyse économique et organisationnelle de l'ETP, l'objectif étant de documenter l'hypothèse selon laquelle l'ETP : « en renforçant les capacités d'adaptation à la maladie par la mise en œuvre de compétences et de processus adéquats, permettrait : d'une part, de réduire à court ou moyen terme le recours aux soins lié à la prise en charge ordinaire de la maladie ; et d'autre part, de limiter ou de retarder les incidents et complications liés à la maladie, avec pour conséquence une réduction à long terme des recours associés. » (12).

Une actualisation de la littérature, ainsi qu'un nouveau rapport d'orientation et une synthèse de la revue de la littérature ont été réalisés en 2018 par la HAS. Ces travaux ont montré que l'impact de l'ETP dans la stratégie de prise en charge globale est complexe à mesurer et multifactorielle. En effet, il faut avoir un regard global sur l'ensemble de la stratégie de la prise en charge du patient pour identifier les éléments imputables à l'ETP (13).

a) Efficacité

L'efficacité de l'ETP est déterminée en fonction de l'amélioration de la qualité de vie du patient avec sa maladie chronique et de la diminution des complications entraînant des hospitalisations. Les études mesurant l'efficacité sont nombreuses mais leur qualité méthodologique est insuffisante et limite la reproductibilité et la généralisation des interventions éducatives selon la HAS (13).

Des revues de littérature anglo-saxonnes, de bonne qualité méthodologique, sous l'égide du *National Institute for health Research* au Royaume-Uni (NIHR) et du *Health Information and Quality Authority* (HIQA) aux États-Unis, publiées respectivement en 2014 et 2015, ont permis de montrer l'efficacité et l'efficacité des interventions éducatives dans les maladies chroniques tels que l'asthme, le diabète et l'insuffisance cardiaque (13). Leur synthèse de la littérature a été réalisée à partir d'études randomisées comparant une prise en charge habituelle à une prise en charge comprenant de l'ETP. Elles ont démontré l'intérêt de programmes structurés d'ETP, intégrés à une stratégie thérapeutique. Les études se sont basées sur des recommandations de prise en charge médicale sur des paramètres limités en terme pour évaluer l'efficacité de l'ETP tels que la réduction des hospitalisations et des séjours aux urgences, des visites médicales non programmées, des épisodes d'asthme nocturne, et d'absentéisme professionnel et scolaire du fait de l'asthme, l'amélioration du contrôle métabolique et des complications dues au diabète de type 1. Ces études ont aussi mis en avant la nécessité d'adapter l'ETP à chaque patient mais toujours dans une démarche structurée et planifiée. Le maintien des connaissances dans le temps n'a pas pu être étudié au vu de la durée des études (13).

De plus, la littérature portant sur l'expérience des patients est sous utilisée alors qu'elle permet d'enrichir le contenu et les modalités d'intervention dans les programmes d'ETP en permettant aux professionnels de comprendre la complexité de la gestion quotidienne de la maladie ainsi que la charge émotionnelle et mentale (14).

b) Efficience

L'efficience peut être définie comme un rapport acceptable entre les coûts générés et les résultats de l'action éducative. Les conclusions de l'analyse économique sont identiques à celles de l'efficacité, du fait de la faible qualité méthodologique, de l'hétérogénéité des études et du manque de conclusions (14). Une des difficultés est celle de la définition précise des

interventions à comparer, du contexte et du choix des interventions en fonction de l'orientation choisie du programme.

Les travaux d'évaluation économique disponibles montrent que les résultats en terme de gains de santé et de réduction des coûts ne sont que partiellement atteints par rapport aux objectifs définis (15). Les études disponibles n'ont pas pu valider ni infirmer l'hypothèse d'efficacité de l'ETP (13).

Des résultats cliniques et économiques ont pu être démontrés dans l'asthme pédiatrique avec l'amélioration des fonctions pulmonaires, la réduction des jours d'activité limitée et du recours aux urgences, ainsi que dans le diabète de type 1 avec l'amélioration du contrôle du diabète, la réduction des hospitalisations, de l'incidence et du coût des complications à long terme et enfin en cardiologie (hors traitement par anticoagulant) avec la réalisation de programmes courts et peu coûteux et la réduction importante de ré hospitalisation. Dans les autres programmes, l'impact clinique et économique est encore à démontrer (12).

L'analyse de la qualité de la stratégie thérapeutique et du processus de mise en œuvre des interventions éducatives sur l'impact de l'ETP est rarement mesurée. Pour une méthodologie de qualité dans les essais de traitements non médicamenteux, le groupe CONSORT (*Consolidates Standards of Reporting Trials*) a réalisé une check-list permettant de sélectionner et d'analyser ou de construire un protocole pour évaluer de manière quantitative et qualitative les études avec des traitements non médicamenteux comme l'ETP (14,16).

5. Place du pharmacien dans ETP

Depuis le décret Pharmacie à Usage Intérieur du 21 mai 2019, l'ETP fait partie intégrante des missions du pharmacien clinicien (17).

a) Le pharmacien et l'ETP

L'éducation thérapeutique rentre dans les projets de pharmacie clinique, à l'hôpital comme à la ville. Elle peut s'intégrer en complément d'autres activités telles que la conciliation médicamenteuse ou l'analyse pharmaceutique pour permettre une sécurisation du parcours de soins (4).

L'ETP se veut une activité pluridisciplinaire, tout professionnel peut y participer, le pharmacien a donc sa place au sein d'une équipe éducative, qu'il exerce en pharmacie d'officine

ou hospitalière. Il est considéré comme un médiateur au carrefour de la chaîne de santé (18). Le pharmacien va apporter à l'équipe pluridisciplinaire son expertise du médicament. En effet pour que le patient adhère à sa prise en charge thérapeutique il doit comprendre dans quels buts sont prescrits les médicaments, quels sont leur rôle ainsi que les bénéfices et risques dont l'iatrogénie. Le pharmacien a pour mission de faire le lien entre la maladie dont souffre le patient et les traitements médicamenteux ou non médicamenteux. Il va expliquer l'origine de la maladie et comment les traitements vont agir sur celle-ci ainsi que les complications possibles en cas d'inobservance. Le pharmacien peut aussi être un appui dans l'explication des particularités d'administration ou dans la pratique d'administration d'un médicament. Il peut aider à adapter le traitement en fonction des contraintes quotidiennes et exceptionnelles du patient mais aussi du médicament à la fois sur les modalités de prise mais aussi de conservation du produit. Un rôle d'informateur sur le dépistage et sur les préventions des maladies peut être confié au pharmacien. Comme les autres professionnels de l'ETP, le pharmacien doit être disponible et à l'écoute du patient (18,19).

Les besoins accrus dans le suivi des patients au long cours, font que tous les acteurs de santé peuvent intervenir dans l'ETP, le but étant d'intervenir au plus près du patient. Les pharmaciens hospitaliers vont avoir un rôle à jouer durant l'hospitalisation et le suivi à l'hôpital. Les pharmacies de ville étant les lieux de santé les plus représentés et de proximité, elles constituent un atout dans la prise en charge du patient atteint de maladie chronique. Les pharmaciens sont la sentinelle qui fait le lien entre tous les professionnels de santé du patient. En effet, l'ensemble des ordonnances se retrouvent chez le pharmacien. Il a depuis la loi HPST, la possibilité de dispenser des traitements à domicile et par la même occasion de s'adapter au mieux aux besoins des patients (20).

Le pharmacien industriel peut aussi avoir un rôle dans l'ETP. L'industrie pharmaceutique peut aider à financer des projets mais ne doit pas participer à un programme. Cependant, l'industrie peut intervenir dans la création d'outils pour l'ETP (21).

b) Etat des lieux : Participation du pharmacien dans l'ETP

En 2016, un état des lieux de la place du pharmacien au sein des programmes sur le territoire français a été effectué (22). Sur 228 actions éducatives dont 125 autorisées par leur ARS correspondante, 177 impliquent des pharmaciens dont 26% de pharmaciens d'officine (n=46). Dans 65% (n=148) des cas, les ateliers éducatifs ont lieu en établissements de santé public, dans 17% (n= 39) en officine, 16% (n=37) dans les réseaux de santé et dans 7,5% (n=17)

des cas, directement au domicile du patient. Parmi ces programmes, le pharmacien déclare être à l'initiative dans 38%. D'après cette enquête, les pharmaciens interviennent au moment du diagnostic éducatif (54%, n=124), de la synthèse des objectifs éducatifs (53%, n=121), de l'évaluation des compétences acquises (57%, n=129) et lors de la mise en œuvre des séances éducatives (86%, n=196).

Pour 38% (n=86) des pharmaciens, le temps consacré à l'activité d'éducation thérapeutique est officiellement prévu dans le temps de travail dont 77% pour les pharmaciens hospitaliers et 23% pour les pharmaciens exerçants en ville. Le nombre d'heures moyen par mois dédié aux actions d'éducation par le pharmacien est de 7 heures avec une médiane à 4 heures.

Dans 71% (n=162) des programmes, les pharmaciens ont suivi la formation requise en ETP (> 40 H, DU, Master ou thèse de science) : 37 sont des pharmaciens exerçant en ville et 125 des pharmaciens hospitaliers (22).

c) Apport du pharmacien dans l'ETP

De nombreuses études montrent l'impact positif du pharmacien lors de sa participation dans l'ETP (23,24,25,26,27,28). En effet, une étude rétrospective a été menée, sur des patients sous anticoagulant, à partir d'un questionnaire comparant les réponses de patient n'ayant pas reçu d'ETP par un pharmacien *versus* des patients ayant reçu le programme d'ETP. Le questionnaire comprenait des questions sur la satisfaction vis-à-vis des soins, la quantité d'information reçue sur les médicaments, la clarté de ces informations et la qualité des réponses données sur les questions que les patients avaient sur leur traitement. La comparaison des questions avant et après la mise en place d'atelier pharmaceutique a montré une amélioration de 37,2% de la quantité d'information sur le médicament, de 35,2% sur la clarté de l'information, de 29,5% sur la qualité des réponses aux questions des patients et de 10,6% sur la satisfaction aux soins ($p < 0,001$) (23).

Le pharmacien peut être un vrai atout dans une équipe pluridisciplinaire. Comme le montre l'étude prospective randomisée contrôlée en simple aveugle réalisée au CHU de Liège ayant pour but de déterminer l'apport d'une éducation thérapeutique menée par un pharmacien hospitalier sur l'inflammation bronchique des patients asthmatiques (24). Cette étude a été menée sur 3 mois, elle a comparé deux populations de 34 adultes asthmatiques recevant des corticoïdes inhalés et ayant une valeur de Fraction Exhalée du Monoxyde d'Oxygène (FENO) supérieure à 25ppb avec un groupe intervention bénéficiant d'une ETP par un pharmacien au groupe contrôle recevant des soins habituels. Cette étude a montré que l'inflammation

bronchique a diminué chez les patients recevant l'ETP par le pharmacien hospitalier. Un effet positif a été retrouvé sur les connaissances de l'asthme et des médicaments, sur la technique d'inhalation ainsi qu'un début ou une reprise d'une activité physique (24). D'autres études sur la BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) ont eu des conclusions similaires sur l'impact du pharmacien d'officine comme celle de l'Université de Kingston de Londres avec un effet positif sur la technique d'inhalation, l'adhésion à ces traitements et une possible diminution des hospitalisations et des exacerbations sévères (25). Une étude prospective contrôlée et randomisée, a été réalisée en République Démocratique de Chine, avec la participation de trois pharmaciens ayant chacun leur rôle sur des patients atteints de BPCO : explication de la physiopathologie de la BPCO, l'adhésion au traitement et l'impact du tabac pour le premier pharmacien, aide à la technique d'utilisation des traitements, des règles hygiéno-diététiques et l'impact sur la maladie pour le second et le dernier pharmacien permet le suivi du patient, ce dernier peut contacter le pharmacien en cas de nécessité et le pharmacien en retour le contacte pour faire le point sur ses traitements et sur le suivi. Les patients bénéficiant du suivi par les pharmaciens cliniciens ont été comparé à un groupe similaire non suivi. Cette étude a montré un impact du pharmacien clinicien sur l'adhésion au médicament et sur le score du questionnaire respiratoire du *St George's Hospital* sur les symptômes dans le groupe participant à l'ETP par les pharmaciens cliniciens ainsi que sur la qualité de vie des patients. Dans un deuxième temps, les exacerbations, l'hospitalisation et le tabac ont été réduits pour ce groupe de patient (26).

L'impact positif du pharmacien sur une autre pathologie telle que l'exacerbation de l'insuffisance cardiaque systolique a été mis en avant lors d'une étude menée par l'*Oregon Health and Science University* sur les patients hospitalisés. En effet, une augmentation significative de l'adhésion du traitement par le patient, une diminution des hospitalisations de réadmission dans les 30 jours après la sortie (toutes causes confondues) et un effet positif sur la satisfaction des patients lors de la participation d'un pharmacien clinicien dans une équipe pluridisciplinaire ont été mis en évidence. Le pharmacien dans cette étude participe à toutes les étapes de l'hospitalisation du patient, il formule des recommandations de traitement et de suivi, avec à la sortie la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments ainsi que des recommandations et des instructions. En plus, le pharmacien a répondu aux questions spécifiques des patients et fournit une liste complète de médicaments à la sortie au patient (27).

En Nouvelle Ecosse, Etats-Unis, un programme gratuit a été mené en pharmacie de ville sur le dépistage des risques d'ostéoporose des patientes par la réalisation de la densité minérale

osseuse. Après réalisation de l'examen, les patientes avaient un entretien éducatif pour expliquer les résultats et avoir des conseils appropriés. Sur les 140 femmes, 82% ont estimé le dépistage très utile, 91% des patientes ont pensé que ça les encourageait à parler de l'ostéoporose avec leur médecin. Un questionnaire à 3 mois a été réalisé avec 11% des patientes ayant amélioré leur activité physique, 30% ont augmenté leur apport en calcium et en vitamine D et 41% qui étaient prêtes à payer pour ce service (28).

Ces différentes études montrent l'importance du pharmacien tout au long du parcours du soin du patient.

d) Place du préparateur en pharmacie

Le pharmacien n'est pas le seul professionnel pharmaceutique à avoir une place dans l'ETP. En effet les préparateurs formés, sous la responsabilité du pharmacien, peuvent participer et prendre en charge les patients dans le contexte de l'ETP. Ils sont un véritable appui dans toutes les activités de la pharmacie clinique (29).

6. Structure d'un programme d'ETP

L'arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP détermine un cahier des charges à suivre dans la mise en place d'un programme d'ETP. Ce cahier des charges comprend les parties suivantes (30) :

- L'équipe
- La coordination
- Le programme
- L'évaluation du programme
- La confidentialité
- Le financement

a) L'équipe d'ETP

Pour la mise en œuvre d'un programme d'ETP, au moins deux professionnels de santé de professions différentes doivent être intégrés. Si le coordonnateur n'est pas un médecin, il doit y avoir un médecin dans l'équipe. Les programmes doivent être construits avec une équipe multi professionnelle et pluridisciplinaire en rapport avec la maladie, permettant d'accompagner le patient dans sa globalité. La dispensation de l'ETP peut être réalisée par tous

les professionnels de santé formés à l'ETP ainsi que par des patients dits « experts », c'est-à-dire ayant la maladie ou l'ayant eu, qui peuvent apporter leur vécu lors de séances collectives.

Il existe quatre niveaux de formation pour pouvoir dispenser de l'ETP :

- la sensibilisation à l'éducation thérapeutique via la participation à des congrès, des enseignements post universitaires
- la sensibilisation intensive à l'ETP par un module de formation de 30 à 50h permettant de faire partie d'un programme d'ETP autorisé par l'ARS
- la réalisation d'un Diplôme Universitaire de 120 à 200h obligatoire pour le responsable d'ETP
- la réalisation d'une formation spécialisée pour devenir expert en ETP

Une attestation de formation doit être délivrée par un organisme de formation pour chaque membre de l'équipe avec la mention du nombre d'heures et du contenu du programme de la formation suivie. Si le professionnel ne peut justifier d'une formation, une expérience rapportée d'au moins deux ans d'un programme d'ETP autorisé sera acceptée sur une période transitoire de deux ans après la parution de l'arrêté du 30 décembre 2020 (30,31,32).

b) Compétences requises

Les professionnels de l'ETP pour dispenser de l'ETP doivent avoir acquis des compétences en se formant (32,33), notamment les compétences sont :

- Compétences techniques : pour permettre d'informer le patient avec des informations utiles et correctes. Le professionnel devra être formé sur le thème concerné par le programme d'ETP : connaissance de la maladie chronique, les stratégies de prise en charge thérapeutique ainsi que les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.
- Compétences relationnelles et pédagogiques : pour permettre le développement du partenariat c'est-à-dire, travailler avec le patient et l'accompagner dans ses motivations et ses besoins. Le professionnel devra avoir une posture éducative. Il devra choisir des outils ou techniques pédagogiques de manière adéquate qui facilitera l'adhésion, l'adaptation et l'acquisition du patient aux compétences requises.
- Compétences organisationnelles : pour planifier les actions et conduire le projet du patient jusqu'à la fin.

c) Rôle du coordonnateur d'ETP

La coordination d'un programme peut être confiée à : un médecin, un autre professionnel de santé ou un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée. Pour cela, le professionnel de l'ETP doit avoir réalisé, au minima, un Diplôme Universitaire spécialisé dans l'ETP.

Celui-ci lui permettra d'acquérir des compétences supplémentaires par rapport à celles de l'équipe d'ETP (32,33) :

- Compétences relationnelles : permet de s'adapter aux échanges au sein de l'équipe et avec les partenaires et les institutions ainsi qu'au développement des apprentissages.
- Compétences méthodologiques et organisationnelles : son rôle est de planifier les étapes de la démarche d'ETP, de la conception à l'organisation d'un programme personnalisé, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation du patient et du programme. Il doit coordonner les actions entre services ou secteurs et les professionnels de santé.
- Compétences techniques : en plus, des connaissances sur la maladie chronique pour dispenser les informations utiles, le coordonnateur doit connaître les dispositifs d'intervention et les stratégies d'animation. Il doit savoir analyser les données.

De plus, le coordinateur réalise des procédures de coordination sur les échanges d'informations entre les intervenants au sein du programme et avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, toujours avec l'accord du patient (30).

d) Le programme

Pour élaborer un programme d'ETP, il faut déterminer la population cible atteinte de maladie chronique comprise dans la liste des affections de longue durée exonérant du ticket modérateur telles que les maladies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, ...), le diabète de type 1 et 2, les maladies respiratoires (asthme, BPCO, ...), la polyarthrite rhumatoïde, la maladie rénale, etc en fonction des priorités régionales. La population cible doit être définie en terme d'âge, de gravité de la maladie ainsi que de critères de vulnérabilité et de particularités géographiques. Les programmes d'ETP peuvent être réalisés à la fois en hôpitaux publics ou privées ainsi qu'en libéral.

Le programme doit décrire un processus permettant à chaque patient d'avoir des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé. Chaque patient a un

dossier (papier ou informatique) dans lequel les modalités du programme sont décrites ainsi que les outils pédagogiques (figure 1).

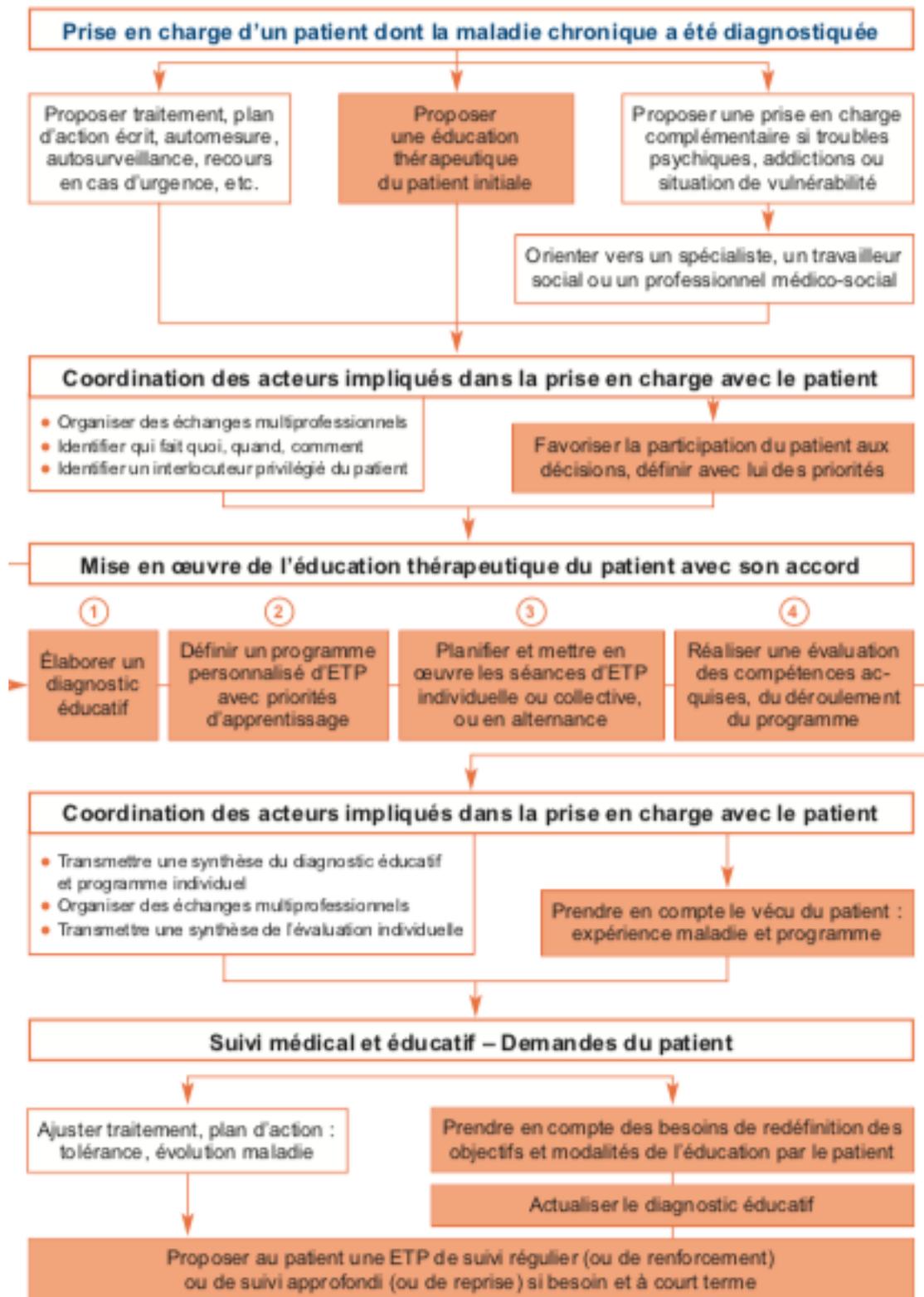


Figure 1 : Intégration de l'ETP à la stratégie thérapeutique (2)

e) Les étapes

Le programme d'ETP doit être élaboré en fonction d'un plan prédéfini et est constitué de certains éléments recommandés par l'ARS :

- Un bilan éducatif : il consiste en une évaluation individuelle des besoins éducatifs du patient, il permet de déterminer avec le patient les compétences à acquérir par rapport aux connaissances déjà acquises par le patient en fonction de son vécu, de sa maladie, de ses symptômes et de ses traitements.
- Un programme personnalisé avec des priorités d'apprentissage : le programme est adapté au besoin du patient avec priorisation sur les compétences d'autosoins. Les compétences à acquérir ont été préalablement négociées avec le patient et acceptées.
- La réalisation de séances individuelles et/ou collectives : lors de ses séances, il faut sélectionner des contenus et des besoins éducatifs adaptés à chaque patient et à chaque situation ainsi que le personnel d'ETP intervenant, pour permettre un meilleur apprentissage. Les séances collectives ou individuelles peuvent être proposées en fonction des souhaits du patient.
- L'évaluation des compétences acquises : cette étape permet de faire le bilan sur le programme éducatif pour le patient et de déterminer les compétences acquises. Elle peut être réalisée via un questionnaire ou par de la mise en pratique en fonction de la maladie chronique et des compétences à acquérir. Elle permet aussi de faire un bilan sur le programme d'ETP par la réalisation d'un questionnaire de satisfaction.

A la fin du programme, une évaluation des objectifs du patient doit être réalisée. Les objectifs du programme sont définis sur les critères cliniques dont la qualité de vie, l'autonomie, les critères psycho-sociaux, le recours au système de soins et biologiques.

Un suivi régulier doit être poursuivi pour accompagner le patient dans le maintien des compétences qu'il a acquies, et renforcer ou actualiser ses compétences en fonction de l'évolution de sa maladie (34).

f) La confidentialité

Le patient doit être informé de sa participation à un programme d'ETP et doit avoir émis un consentement éclairé à l'entrée dans le programme. Il est informé de la possibilité de quitter le programme s'il le souhaite sans aucune forme de préjudice. De même, les informations du

patient ne pourront être partagées sans son accord, même avec d'autres intervenants du programme.

Le responsable du programme est aussi le responsable du traitement des données de confidentialité, il doit respecter un certain nombre d'obligations, notamment :

- Tenir un registre interne qui décrit les traitements mis en œuvre avec l'identité du responsable ainsi que les éléments du traitement
- Assurer le droit à l'information des personnes dont les données sont traitées
- Réaliser une étude d'impact relative à chaque traitement de données susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes physiques
- Désigner un Délégué à la Protection des Données (DPD ou DPO)
- Porter une attention particulière à l'encadrement contractuel des prestations des tiers fournisseurs de service (sous-traitants article 28 du RGPD)
- Mettre en place des procédures permettant de garantir la sécurité et la confidentialité des données

Une charte d'engagement est prévue et est à signer par les intervenants. Elle est adressée à l'ARS (30).

g) Autorisation des programmes par l'ARS

Avant le 1^{er} janvier 2021, les programmes d'ETP étaient soumis à autorisation de l'ARS pour pouvoir être dispensé. Depuis le décret n°2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient, les programmes d'ETP doivent se déclarer, ce qui se substitue au régime d'autorisation précédent (30).

Le dossier de déclaration comporte en annexe I, le cahier des charges national applicable aux programmes d'ETP ; en annexe II, le modèle-type de dossier de déclaration de programme.

Il existe deux procédures de déclaration soit la déclaration initiale pour un nouveau programme soit la déclaration de modification de programme pour les programmes déjà connus. Toutes ces démarches se font désormais de manière dématérialisée.

Les programmes déclarés à l'ARS ou précédemment autorisés par l'ARS s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue et leurs coordonnateurs doivent réaliser des rapports annuels d'activité ainsi que des auto-évaluations annuelles et une évaluation quadriennale (*figure 2*). Tous ces rapports et évaluations sont réalisés avec l'ensemble de l'équipe d'ETP sous la conduite du coordonnateur.

- Le rapport d'activité annuel a pour but de vérifier les modalités de mise en œuvre en conformité avec la déclaration ainsi que la justification de l'utilisation des éventuels financements alloués à la structure. Le coordonnateur fait un retour de l'année venant de s'écouler et le retour est transmis à l'ARS et tout autre financeur pour le 1^{er} mars de l'année suivante (n+1). Ce rapport est un questionnaire en ligne avec différentes rubriques contenant des indicateurs relatifs au programme, à l'équipe, à l'activité, à la population cible, au financement, à la coordination et à la démarche d'évaluation du programme.
- L'auto-évaluation annuelle est destinée à l'équipe du programme pour améliorer les pratiques et n'est pas transmise à l'ARS mais doit être mise à disposition des bénéficiaires du programme ainsi que les éventuelles actions d'amélioration. Elle permet de déterminer les atouts ainsi que les faiblesses du programme. L'évaluation repose sur différents indicateurs relatifs à l'activité, aux processus et aux résultats. Ces indicateurs sont choisis librement par l'équipe au moment de l'élaboration du programme, en lien avec les objectifs fixés. Un panel d'indicateurs existe dans les guides HAS ou dans le rapport annuel d'activité.
- L'évaluation quadriennale comporte une synthèse des conclusions des évaluations annuelles et des évolutions mises en œuvre depuis l'autorisation initiale ou la déclaration, ainsi qu'un bilan des effets positifs et négatifs du programme sur les bénéficiaires, l'équipe et l'intégration dans l'offre de soins. Elle est transmise à l'ARS au plus tard 3 mois avant l'issue de la 4^{ème} année de mise en œuvre d'un programme par la voie dématérialisée (35).

Il est préconisé avant d'évaluer l'efficacité et l'efficience d'un programme d'ETP d'entreprendre une méthode d'évaluation de la qualité (14).

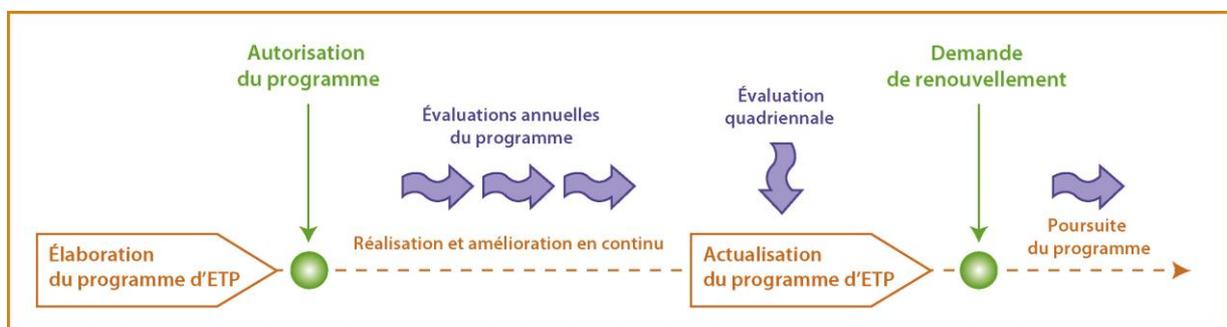


Figure 2 : Processus d'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) d'après la Haute Autorité de santé (36)

7. Financement

Des financements publics ou privés peuvent être demandés pour permettre la réalisation des programmes d'ETP. Dans l'état des lieux de la place du pharmacien au sein des programmes sur le territoire français (22), environ la moitié des programmes (47,5%, soit 95 sur 200), n'a bénéficié d'aucun moyen financier supplémentaire pour réaliser des activités d'ETP, 79 programmes concernent les pharmaciens hospitaliers et 16 ceux de ville. Pour les autres programmes, le financement est permis par des subventions du secteur public (33/200, soit 16,5 %), par des subventions privées (29/200, soit 14,5 %), par le budget hospitalier de la Tarification à l'activité (T2A) (8/200, soit 4 %) ou Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation (MIGAC) (32/200 données disponibles, soit 16 %) et le budget hospitalier de recherche clinique (3/200, soit 1,5 %).

a) Financements publics

Selon le ministère des solidarités et de la santé, il appartient aux pouvoirs publics tels que l'ARS et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de financer les programmes d'ETP en fonction des financements qu'ils leur sont octroyés. Pour cela le programme doit répondre aux priorités régionales ou ciblées par le cahier des charges des programmes d'ETP défini par l'ARS. Les fonds disponibles au sein de ces instances permettant de financer l'ETP comme les MIGAC, les Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), les Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information (FNPEI) ainsi que les crédits de prévention provenant des fonds nationaux de l'assurance maladie, sont directement fusionnés dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Le FIR permet aux ARS d'adapter leurs financements en fonction des priorités régionales en terme d'offre de soins sanitaire et médico-sociale et de prévention ou facilitation de l'accès aux soins ainsi que le développement de la démocratie sanitaire (37).

Dans le cas de l'ETP, ces crédits sont versés aux structures porteuses d'un programme d'ETP autorisé par l'ARS et doivent s'inscrire dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de l'ARS. Les structures comprennent : les établissements de santé publics et privés ou maisons ou pôles de santé, les réseaux de santé, les pôles de ressources en ETP, les Unités Transversales d'Education du Patient (UTEP), les plateformes de ressources en ETP ou les associations de ce secteur, les collectivités territoriales et les personnels ou professionnels de santé qui travaillent dans ce type de structure (38). Cependant, une autorisation de l'ARS ne

donne pas systématique le droit de bénéficier du financement. Les programmes d'ETP bénéficiant de ce fond sont majoritairement ceux destinés aux maladies chroniques.

Seuls les programmes réalisés en ambulatoire strict (hors hôpital de jour (HDJ) et consultations) peuvent être financés par le FIR. Les programmes d'ETP dispensés durant le séjour hospitalier MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dont les court, moyen et long séjours ou HDJ sont valorisés par les Groupes Homogènes de Séjour (GHS) et ceux destinées aux soins de suite et psychiatrie sont valorisés par les prix de journée et la Direction Administrative et Financière au sein de la structure d'exercice.

Le crédit octroyé aux programmes bénéficiant du FIR est calculé à l'aide de forfaits par patient, sur la base de l'activité de l'année antérieure (n-1) grâce au retour sur l'activité réalisé tous les ans par ces programmes d'ETP auprès de leur ARS. Ces forfaits incluent : un bilan éducatif partagé, des ateliers d'ETP individuels et/ou collectifs et l'évaluation des compétences acquises. Le montant du forfait par patient est de 250€ si le patient a réalisé 3 à 4 ateliers et de 300€ s'il a fait 5 à 6 séances. En cas d'abandon du programme après au moins un atelier, le forfait de 100€ est alloué. Le poste de coordonnateur de programme est valorisé par ce forfait (35).

Les appels à projet dans le domaine récent de l'ETP permettent un financement sur une période définie par l'ARS, les bénéficiaires peuvent être des établissements publics et privés.

Les associations de malades sont aussi une source de financement d'un programme en fonction de leur champ d'expertise.

b) Financements privés

Les industries pharmaceutiques n'ont pas le droit ni de concevoir ni de mettre en œuvre un programme mais peuvent en financer.

D'autres financement par des fondations d'entreprise telles que les industries pharmaceutiques ou des assurances peuvent soutenir des programmes d'ETP et être à l'origine d'appels à projet (39).

8. Ateliers et outils éducatifs

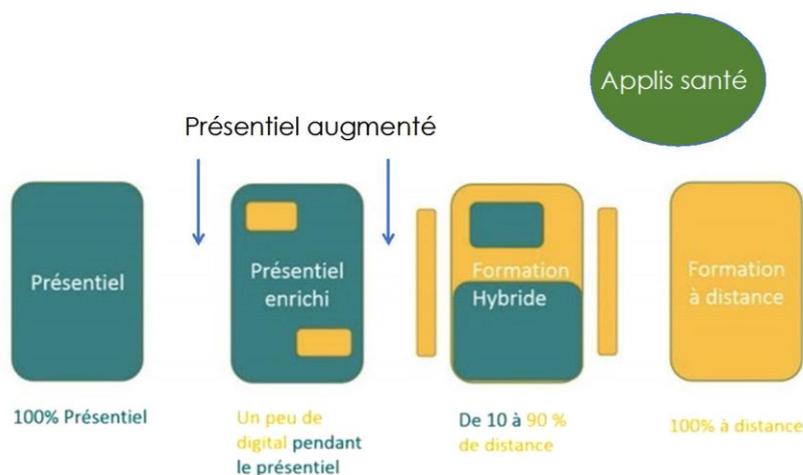
a) Ateliers

Les ateliers doivent être conçus avec et pour le patient. La transmission d'informations ne doit pas être dans le sens descendant c'est-à-dire : professionnel vers patient. Le patient doit pouvoir acquérir les informations qu'il estime nécessaire. Pour cela, différents types d'atelier peuvent exister allant du tout au présentiel à tout au distanciel.

On peut distinguer cinq sortes de construction de programme (40) (*figure 3*) :

- Le présentiel tend à disparaître du fait du développement des supports numériques. Pour faire du tout présentiel sans numérique, les ateliers sont constitués de travaux de groupes, collaboratif actifs ou interactifs avec l'utilisation d'affiches ou de productions.
- Le présentiel enrichi : cela comprend une formation enrichie de ressources multimédias en ligne, des diaporamas, des films, de la vidéoconférence, des classes virtuelles.
- Le présentiel augmenté : il s'agit de mettre à disposition avant ou après la séance en présentiel de ressources ou d'activités tels qu'un résumé, des fiches, des exercices, etc qui seront ensuite utilisés pendant la séance en présentiel. Le patient devra s'approprier le support avant d'aller en séance et cela permettra un échange entre le professionnel et le patient.
- La formation hybride : comprenant un présentiel allégé ou réduit avec un ratio entre le présentiel et le distanciel équilibré ou majoritaire du distanciel. Les informations données habituellement pendant le présentiel, deviennent dans le distanciel des contenus, des activités d'apprentissage, des exercices autocorrectifs mis en ligne sur une plateforme.
- *E-learning* : 100% distanciel avec l'accès à distant aux ressources. Le suivi se réalise à distance ainsi que les interactions patients – professionnels.

Du présentiel au « tout à distance »



MC LLORCA 2019

Figure 3 : Du présentiel au tout numérique (40)

Dans les programmes d'ETP, le patient a la possibilité de participer à des ateliers individuels ou collectifs. Les deux apportent des informations et des compétences différentes. En effet, dans les ateliers individuels, le patient est seul avec le ou les professionnels de santé, la séance sera donc concentrée sur lui et ses besoins. *A contrario*, les ateliers collectifs sont réalisés avec plusieurs patients, la séance est donc orientée sur les besoins de tous les patients présents, chaque patient pourra aussi apporter son vécu et ses solutions. Les professionnels seront là pour animer et encourager les échanges entre patients, pour permettre aux patients de s'entraider et de voir qu'ils ne sont pas seuls face à leur maladie chronique.

b) Outils d'intervention

Pour permettre une communication adaptée et une compréhension simplifiée des compétences à transmettre, il est recommandé d'utiliser des outils adaptés. L'outil d'intervention est une ressource à la disposition de l'intervenant permettant de travailler sur les savoirs, savoir-faire et savoir-être. Ils permettent l'interaction entre l'intervenant et le participant ou les participants à l'atelier ainsi que la réflexion. Les objectifs éducatifs d'un outil sont de transmettre des connaissances, d'analyser, de synthétiser des informations, d'évaluer des connaissances, de prendre conscience d'un problème, de s'exprimer, de débattre et de développer les compétences (41). L'apprentissage actif permet de retenir plus d'information que l'apprentissage passif.

De nombreux outils sont disponibles, il faut les adapter en fonction de l'âge du patient, sa maturité, ses capacités et connaissances antérieures, son contexte de vie et les objectifs fixés. Les capacités d'écoute varient en fonction de l'âge du patient, cela peut aller de deux à trois minutes chez un petit enfant, à 10 à 15 minutes chez un enfant d'âge scolaire et de 20 à 30 minutes chez les adolescents et les adultes (42).

Des outils existent comme sur les sites des Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS). Des boites à outils peuvent être fournies dans certains programmes multicentriques, ou encore fournies par les industries pharmaceutiques. Il y a une multitude de possibilité. Cependant ils peuvent aussi être créés par les professionnels de l'ETP. Cela peut être pertinent de s'appropriier des outils existants et de les adapter à la population de patient cible. Pour qu'un outil fonctionne, il faut qu'il soit facile à utiliser et à expliquer, permettant l'interaction avec le patient et son apprentissage.

Pour la création et la mise en place d'outils, il peut être utile de suivre quelques étapes (43) :

- Réaliser une pré-enquête permettant de recenser et d'analyser les outils existants et disponibles pour le programme d'ETP souhaité.
- Choisir des outils à concevoir et la possibilité de les reproduire ou de les modifier en fonction des besoins.
- Elaborer un mode d'emploi, permettant à toute personne voulant l'utiliser de connaître le scénario.
- Tester les prototypes et les modes d'emploi des outils auprès de soignants et de patients.
- Former les personnes susceptibles d'utiliser les outils créés.
- Si souhait de le développer et de le partager, contacter une entreprise pharmaceutique ou autre organisme en rapport avec le programme d'ETP.

Les supports d'intervention sont très variés tels que les classeurs imagiers, le photo langage, le planning thérapeutique, les jeux de plateau, les livrets vrai/faux, etc. On peut aussi voir se développer les supports dits numériques, accessibles de n'importe où. Tous ces supports sont à adapter aux patients, à leur âge et à leurs besoins.

Les supports numériques permettent au patient de créer un environnement numérique composé d'informations adaptées, de pratiques commentées, d'avis de pairs, de tutoriels (40). Les supports numériques peuvent être des QCM, des vidéos, des fiches à contenu, des diaporamas partagés, des applications d'aide pour gérer son traitement ou pour l'administration

des traitements, des applications connectées entre le soignant et le patient pour permettre le suivi, etc. La majorité des outils numériques vont se concentrer sur la transmission d'informations et la télésurveillance. Les dimensions socio-professionnelle, psycho-affective et motivationnelle des outils numériques sont très rarement évaluées (44).

Pour permettre l'usage des supports numériques en présentiel comme en distanciel, les professionnels de l'ETP comme les patients doivent disposer du matériel approprié tels que le matériel informatique et la connexion internet. De plus, pour pallier aux difficultés d'utilisation du numérique, des formations sont nécessaires aux professionnels de santé et aux patients (40).

9. L'évolution de l'ETP vers l'e-ETP

La télémédecine se développe en France depuis une vingtaine d'année, elle consiste en l'utilisation d'outils numériques d'information et de communication pour la pratique de la médecine. Le but est de permettre de réduire les inégalités d'accessibilité.

Concernant les ateliers d'ETP à distance, il n'y a pour l'heure pas de cadre spécifique. Des « web-ateliers » sont réalisés depuis 2014 à Montpellier en parallèle du présentiel sur le programme « Mieux vivre les rhumatismes inflammatoires chroniques » (45). Cette équipe a développé cette activité suite au constat qu'environ la moitié des patients de leur file active ne pouvait pas participer en présentiel au programme dû à des difficultés de déplacement et de proximité, d'activités professionnelles et personnelles. L'e-ETP permet donc d'adapter la pratique de l'ETP à leurs besoins spécifiques. Pour cela, il a fallu ajuster toutes les étapes du cycle éducatif de leur programme au distanciel. Les avantages qui en ressortent sont : pour les professionnels, un sentiment de satisfaction de pouvoir ouvrir l'offre éducatif à ceux qui n'avaient pas accès au présentiel et pour les patients, une satisfaction supérieure à la moyenne quelque soient les items abordés (45). Ce modèle permet de mettre en évidence l'importance de développer l'ETP en distanciel tout en gardant du présentiel, ces deux modèles sont complémentaires et permettent de donner la possibilité aux patients de choisir la méthode la plus adaptée à leurs problématiques sans compromettre l'apprentissage de leurs compétences.

Cette étude fait écho au besoin qui est apparu de manière brutale lors du premier confinement de mars 2020 suite à la crise sanitaire dû au *CORonaVirus Disease-19* (COVID-19). En effet, le système de santé a été bousculé dans ces pratiques avec la nécessité de développer rapidement des alternatives adaptées.

Bibliographie – Partie 1 :

1. Organisation mondiale de la santé. Education Thérapeutique du Patient - Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. 1998. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107997/E93849.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Haute autorité de santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. Obésité [Internet]. 2007;4(1):39-43. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4>
3. Nonnotte AC. L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient par le Professeur A.Grimaldi [Internet]. Elsevier Connect. 2017. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-par-le-professeur-a.grimaldi>
4. Ledroit M, Megne Wabo M, Berroneau A, Xuereb F. Place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique. Actual Pharm [Internet]. 2017;56(566):45-8. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370017301258>
5. Sénat. Projet de loi relatif à la politique de santé publique : tome 1, rapport [Internet]. 2002. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/103-138-1/103-138-122.html>
6. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>
7. Educther. Les évènements marquants le domaine de l'ETP [Internet]. 2015. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : http://www.educther.com/pdf/Evenements_marquants_ETP_Mars2015.pdf
8. Ministère des solidarités et de la santé. Vivre avec une maladie chronique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
9. Organisation mondiale de la santé. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Sabaté E, éditeur. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
10. Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance. Risques liés à une

mauvaise observance thérapeutique [Internet]. 2019. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>

11. Académie nationale de pharmacie. Observance des traitements médicaments en France [Internet]. 2015. [Consulté le 12 nov. 2021] Disponible sur : https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamenteuse_VF_CORR_DGS_2016.02.09.pdf

12. Haute autorité de santé. L'Education Thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle [Internet]. 2008. [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_analyse_economique_et_organisationnelle_education_therapeutique.pdf

13. Haute autorité de santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Actualisation de l'analyse de la littérature [Internet]. 2018. [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_actualisation_litterature_etp_vf.pdf

14. Haute autorité de santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Orientations pour les pratiques et repères pour l'évaluation [Internet]. 2018. [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/orientations_etp_v4_191118_vf.pdf

15. Haute autorité de santé. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Synthèse de la littérature et orientations [Internet]. 2018. [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-11/mc_238_synthese_litterature_etp_vf.pdf

16. Boutron I, Altman DG, Moher D, Schulz KF, Ravaud P, CONSORT NPT Group. CONSORT Statement for Randomized Trials of Nonpharmacologic Treatments: A 2017 Update and a CONSORT Extension for Nonpharmacologic Trial Abstracts. *Ann Intern Med.* 2017;167(1):40-7.

17. Legifrance. Décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. 2019-489 [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038496476>

18. Baudrant M, Rouprêt J, Trout H, Certain A, Tissot E, et al. Réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. *J Pharm Clin.* 2008;27:4.

19. Guillard P, Lebegue A-S, Rousseau É, Truet S, Lemoine D. Éducation thérapeutique en

- diabétologie : la place du pharmacien hospitalier. *Pharm Hosp Clin* [Internet]. 2014;49(4):308-9. [Consulté le 17 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104214005189>
20. Bedhomme S, Roche B, Ramin M, I. Tauveron, Vennat B. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. *Médecine Mal Métaboliques* [Internet]. 2012;6(5):435-40. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255712704509>
21. Deloison K. Place du pharmacien dans l'Education Thérapeutique en oncologie [Thèse d'exercice : pharmacie]. [Toulouse]: Université Toulouse III Paul Sabatier; 2016.
22. Leshmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? *Pharm Hosp Clin* [Internet]. 2016;51(1):9-16. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104215002167>
23. Makowski CT, Jennings DL, Nemerovski CW, Szandzik EG, Kalus JS. The impact of pharmacist-directed patient education and anticoagulant care coordination on patient satisfaction. *Ann Pharmacother*. 2013;47(6):805-10.
24. Cornia. Evaluation de l'apport d'une éducation thérapeutique menée par un pharmacien hospitalier sur l'inflammation bronchique des patients asthmatiques vus en consultation ambulatoire dans un centre hospitalier [Internet]. Association Francophone des Pharmaciens Hospitaliers de Belgi; 2018. [[Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2268/221787>
25. Hesso I, Gebara SN, Kayyali R. Impact of community pharmacists in COPD management: Inhalation technique and medication adherence. *Respir Med*. 2016;118:22-30.
26. Xin C, Xia Z, Jiang C, Lin M, Li G. The impact of pharmacist-managed clinic on medication adherence and health-related quality of life in patients with COPD: a randomized controlled study. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:1197-203.
27. Warden BA, Freels JP, Furuno JP, Mackay J. Pharmacy-managed program for providing education and discharge instructions for patients with heart failure. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*. 2014;71(2):134-9.
28. Cerulli J, Zeolla MM. Impact and feasibility of a community pharmacy bone mineral density screening and education program. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. 2004;44(2):161-7.
29. Eynard M, Courtin C, Fortin C, Greder-Belan A, Samdjeer F. Éducation thérapeutique du patient : et si c'était un préparateur en pharmacie ? *Pharm Hosp Clin* [Internet].

2019;54(1):94-5. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104218301668>

30. Legifrance. Article - Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2020. [[Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042845783

31. Agence régionale de la santé. Déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient auprès de l'Agence Régionale de Santé Normandie [Internet]. 2021. [Consulté le 19 nov 2021] Disponible sur : <https://www.normandie.ars.sante.fr/quest-ce-que-leducation-therapeutique-du-patient>

32. Legifrance. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2013-449 mai 31, 2013. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027482083/>

33. Haute autorité de santé. Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique [Internet]. 2013. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-02/mise_en_oeuvre_education_therapeutique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

34. Haute autorité de santé. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015. [Consulté le 19 nov 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi

35. Ministère des solidarités et de la sante. Procédures de déclaration et d'évaluation des programmes d'ETP [Internet]. 2021 [Consulté le 14 nov. 2021]. Disponible sur : <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/procedures-de-declaration-et-devaluation-des-programmes-detp>

36. Haute autorité de santé. Education thérapeutique du patient - évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]. 2014. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf

37. Ministère des solidarités et de la sante. Education thérapeutique du patient : questions/réponses relative aux programmes d'éducation [Internet]. 2021. [Consulté le 19 nov.

- 2021] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/education-therapeutique-du-patient-questions-reponses-relative-aux-programmes-d/>
38. Ministère des solidarités et de la sante. Le fonds d'intervention régional [Internet]. 2019. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-d-intervention-regional>
39. Plateforme ETP TS4. Programme ETP : Le financement [Internet]. 2017. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-bretagne4.org/wp-content/uploads/2019/12/Programme-ETP-Le-financement-Fiche-3.pdf>
40. Llorca M-C. Pédagogie et numérique. Médecine Mal Métaboliques [Internet]. 2020;14(3):218-29. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720000826>
41. ETP Grand-Ouest. Comment choisir, construire un outil en ETP? [Internet]. 2019. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-grandest.org/wp-content/uploads/2019/10/Comment-choisir-construire-un-outil-en-ETP.pdf>
42. Castelain-Hacquet C, Anton M, Bocquel N, Cordebar V, David V, et al. Éducation thérapeutique en allergie alimentaire : les outils éducatifs. Rev Fr Allergol [Internet]. 2011;51(8):664-8. [Consulté le 19 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877032011001370>
43. Iguenane J, Sawadogo I, Marchand C, Beugny A. Concevoir et évaluer des outils d'éducation thérapeutique pour les personnes vivant avec le VIH. Sante Publique (Bucur) [Internet]. 2018;30(2):263-71. [Consulté le 23 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-263.htm>
44. Vitale E, Vion Génovese V, Allenet B. Les outils numériques au service de l'éducation thérapeutique : leurre ou pertinence ? revue narrative de la littérature [Internet]. 2021. [Consulté le 23 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-journal.org/10.1051/tpe/2021007>
45. Langlume L, Nadal N, Brault W, Pers Y-M, de la Tribonnière X, Fabre S. Éducation thérapeutique en distanciel : expérimentation de web-ateliers dans un programme pour les rhumatismes inflammatoires chroniques. Médecine Mal Métaboliques [Internet]. 2021;15(6):605-11. [Consulté le 23 nov. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S195725572100167X>

Partie 2 : Retour d'expérience de l'ETP en région Normandie durant
la COVID-19

Retour d'expérience sur l'adaptation des programmes d'éducation thérapeutique à la crise sanitaire provoquée par la COVID-19

Feedback on the adaptation of therapeutic education programs to the health crisis caused by
COVID-19

E.LABBE¹, C.GRASMUCK¹, V.LOISON², E.DEBERLES², S.GENDERA², A.PERDRIEL¹,
H.BENOIST¹

1- Service Pharmacie - Centre hospitalier de Falaise, Boulevard des Bercagnes, 14700
FALAISE

2- Service de Diabétologie, Centre hospitalier de Falaise, Boulevard des Bercagnes, 14700
FALAISE

Auteur correspondant :

LABBE Elise,

Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Phone : +33 [REDACTED] Email : [REDACTED]

Mots clés : Education pour la santé, Education thérapeutique du patient, Pharmacie clinique
Therapeutic patient education, Educational intervention ; Clinical Pharmacy

Manuscrit : 1847 mots

Références : 9

Nombre de figures : 4

Liste des auteurs :

LABBE Elise, Interne en pharmacie hospitalière

GRASMUCK Coralie, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier contractuel

LOISON Véronique, Infirmière diplômée d'état

DEBERLES Emilie, Docteur en médecine spécialité diabétologie – Praticien hospitalier

GENDERA Sylvie, Diététicien

PERDRIEL Agathe, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier

BENOIST Hubert, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier

Nom des services et de l'institution :

Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Service de Pharmacie - Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Service de Diabétologie Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Résumé

Introduction : En 2020, l'ensemble des structures hospitalières ont dû faire face à la crise sanitaire et aux confinements successifs de la population. Certaines activités de pharmacie clinique, telle que l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), ont dû s'adapter à cette situation inédite. L'objectif principal de cette étude est de dresser un retour d'expérience de l'adaptation des programmes d'ETP à la crise sanitaire à l'échelle d'une région.

Matériel et méthode : Un questionnaire en ligne de 21 questions a été envoyé en février 2021 aux coordonnateurs des 180 programmes d'ETP de la région Normandie. Un questionnaire complémentaire de neuf questions a été soumis aux professionnels de santé de l'ETP de notre établissement en mars 2021. Une analyse descriptive des données a été réalisée.

Résultat : Sur les 62 coordinateurs d'ETP ayant répondu au questionnaire en ligne, 49 ont arrêté leur programme durant le premier confinement dont 37% (n=16) ne l'ont pas repris au moment du questionnaire. Les 13 encore actifs ont continué leurs activités en utilisant des outils éducatifs numériques. Ces téléconsultations ont été maintenues pour six programmes d'ETP en parallèle du présentiel après le premier confinement de la population.

Conclusion : Ce retour d'expérience montre que les nouveaux soins numériques en santé, comme l'e-Education Thérapeutique du Patient (e-ETP) a permis de maintenir la continuité de la prise en charge de patients porteurs de maladies chroniques durant la crise sanitaire.

***Introduction:** In 2020, all hospitals had to adapt with the health crisis and the successive population lockdown. Some clinical pharmacy activities, like Therapeutic Patient Education (TPE), had to change in front of this unprecedented situation. The main objective of this study is to provide feedback of the adaptation of TPE programs to the health crisis from a region.*

***Material and method:** An online survey of 21 questions send in February 2021 to the persons in charge of the 180 TPE programs in the Normandy region. Another with nine questions was submitted to TPE healthcare workers in our institution's in March 2021. A descriptive analysis of the data was performed.*

***Results:** Of the 62 TPE professionals who answered the questionnaires, 49 stopped their program during the first lockdown, of which 37% (n = 16) did not resume it at the time of the survey. The 13 still active continued their activities using digital educational tools. These teleconsultations were maintained for six TPE programs with the meeting after the first population lockdown.*

Conclusion: *This feedback shows that new digital healthcare, such as e-Therapeutic Patient Education (e-TPE) has made it possible to maintain the continuity of care for patients with chronic diseases during sanitary crisis.*

Introduction

En mars 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qualifie la *CO*ronavirus *Vir*us *Disease* 19 (COVID-19) de pandémie compte tenu des niveaux inquiétants de gravité et de transmission de la maladie. Au même moment, le gouvernement français décrète l'état d'urgence sanitaire avec l'instauration d'un premier confinement de la population d'une durée de deux mois. Durant ce premier confinement, les services de soins de santé ont été désorganisés. En effet, selon la Directrice de la Division des maladies non transmissibles de l'OMS, dans 69% des cas, le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles ont été perturbé (1). Le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques a donc été impacté depuis le début de cette crise sanitaire. Pourtant, leur prise en charge est d'autant plus importante que les maladies chroniques représentent, à elles seules, sept décès sur dix dans le monde selon l'OMS (2).

L'enquête de l'Institut Politique de Sondage et d'Opinions Sociales (IPSOS) France, sur l'accès aux soins et aux traitements des maladies chroniques en période de confinement, montre que 30% (n=5001) des patients interrogés considèrent que l'épidémie a eu des impacts importants sur la prise en charge de leur pathologie (3). En effet, 51% des patients disent avoir renoncé à une consultation médicale en ville ou à l'hôpital prévue pour la prise en charge de leur maladie chronique, 8% ont eu un retard ou un arrêt de traitement et 3% ont renoncé à tout soin. En parallèle, l'enquête de Fibromyalgie France sur le vécu des patients fibromyalgiques concernant le confinement et la continuité des soins montre que 42% (n=100) des répondants craignent d'être contaminés à l'hôpital et de contaminer ensuite leurs proches (4). Selon l'Association des Paralysés de France (APF), cette peur de la contamination persiste encore après la fin du confinement (5). La peur n'est pas le seul facteur à avoir eu un impact sur la prise en charge des patients. En effet, l'enquête de Fibromyalgie France montre que 43% des patients interrogés exprimaient un sentiment de ne pas être prioritaires face à l'urgence sanitaire. En parallèle, 51% des patients ont subi des annulations de leur rendez-vous chez des spécialistes, ce qui pouvait accroître ce sentiment d'illégitimité (5).

Cependant, des alternatives en matière de soins ont été mises en place pour permettre une continuité de la prise en charge des maladies chroniques. En effet, entre 15 et 20% des patients

interrogés dans l'enquête de Fibromyalgie France et d'IPSOS, ont bénéficié d'un nouveau dispositif de suivi par téléconsultation ou télésurveillance avec leur professionnel de santé (3,4). Environ 20% des répondants se sont renseignés sur leur pathologie à partir de sites internet tels que doctissimo® ou encore ont trouvé des informations sur des blogs ou via des associations de patients (6). Cependant, la majorité des patients atteints de maladies chroniques se sont tout de même retrouvés en rupture de suivi et/ou de prise en charge montrant ainsi le besoin d'étendre ces alternatives de soins au plus grand nombre.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP), qui fait partie intégrante du parcours de soins du patient, a également été mise au second plan face à l'urgence sanitaire. L'ETP est définie par l'OMS comme une activité visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.² L'ETP est une activité éducative, pluri professionnelle et fait pleinement partie des missions du pharmacien clinicien depuis le décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur. Parmi les différents rôles du pharmacien, on retrouve : l'explication de la maladie et des traitements au patient, la promotion du bon usage du médicament, la vigilance sur l'iatrogénie médicamenteuse ainsi que sur l'observance thérapeutique, s'ajoutant à cela l'information sur le dépistage et la prévention des maladies ainsi que le soutien et l'accompagnement des patients (7).

L'objectif de notre étude est de réaliser une enquête régionale sur l'adaptation des programmes d'ETP consécutive à la crise sanitaire ainsi que de partager le retour d'expérience des professionnels de santé impliqués.

Matériels et méthodes

Une enquête a été réalisée sur la région Normandie auprès des 180 coordinateurs des 158 programmes d'ETP autorisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie. Un questionnaire portant sur l'adaptation des pratiques d'ETP pendant la crise sanitaire a été créé sur la plateforme Google Form® et transmis aux coordonnateurs par e-mail. Il comportait 21 questions à réponse obligatoire dont neuf questions fermées et douze ouvertes (*figure 1*). Les questions étaient orientées différemment en fonction des conditions du répondant sur la mise en place d'activité adaptée à la crise sanitaire et d'atelier d'ETP à distance. Ce questionnaire portait sur l'adaptation des programmes d'ETP à la crise sanitaire. Il s'intéressait notamment à la mise en place de séances d'ETP à distance. Les données ont été recueillies du 22 janvier au 28 février 2021.



QUESTIONNAIRE SUR L'ADAPTATION DE VOS PRATIQUES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT PENDANT LA CRISE SANITAIRE

Partie 1 : Données épidémiologiques

Question 1 : Quel est votre type d'établissement ?

Question 2 : Quel est l'intitulé de votre(vos) programme(s) d'ETP ?

Question 3 : Quel est le nombre approximatif de patient participant à vos programmes d'ETP ?

Pendant le premier confinement :

Question 4 : Avez-vous pu réaliser des séances d'ETP dans votre établissement ?

- Si oui : **Partie 2 : ETP pendant le confinement**
- Si non : **Question 5a :** Avez-vous repris votre activité d'ETP ?
 - o **Question 5b :** Si non, pourquoi n'avez-vous pas repris ?
 - **Question 6 :** Aviez-vous développé des séances à distance avant la crise sanitaire type Skype[®], Zoom[®], téléconsultation ?
 - o Si oui : **Question 6**
 - Si non : fin du questionnaire
 - Si oui : **Partie sur les séances d'ETP à distance**

Partie 2 : ETP pendant le confinement

Question 7a : Avez-vous dû adapter vos séances au contexte sanitaire ?

- o Si non : **Question 6**
 - Si non : fin du questionnaire
 - Si oui : **Partie sur les séances d'ETP à distance**
- o Si oui : **Question 7b :** Comment vous-êtes-vous adapté ?

Partie 3 : Séance d'ETP à distance

Question 8 : Avez-vous développé des séances à distance type Skype[®], Zoom[®], téléconsultation ?

- Si oui : **Question 9a :** Dans ces ateliers distanciels avez-vous utilisé des dispositifs adaptés (type numérique, jeu...) à cette nouvelle pratique ?
 - o **Question 9b :** Si oui, précisez par quel moyen
 - o Si non : **Question 10**

Question 10 : Selon vous, quels sont les avantages des séances d'ETP en distanciel ?

Question 11 : Selon vous, quels sont les inconvénients des séances d'ETP en distanciel ?

Question 12 : Quel a été votre ressenti face à ce nouveau mode de séance d'ETP à distance ?

Question 13 : Les patients ont-ils adhéré à ce nouveau type de séance ? (Echelle de 1 à 5 : 1 = Pas du tout adhéré)

Question 14 : Selon vous, quels sont les avantages rencontrés par les patients ?

Question 15 : Selon vous, quels sont les inconvénients rencontrés par les patients ?

Question 16 : Avez-vous continué les séances distancielles après la fin du confinement ?

Question 17 : Pour quelles raisons ?

Figure 1 : Questionnaire sur l'adaptation des professionnels de l'ETP à la crise sanitaire en région Normandie

Dans un second temps, un entretien a été réalisé avec deux professionnels du programme diabétologie d'ETP de l'hôpital de Falaise, une infirmière diplômée d'état et une diététicienne, ayant pratiqué des consultations à distance durant le premier confinement. Un autre questionnaire comportant neuf questions ouvertes concernant la mise en place de cette nouvelle activité et leur retour d'expérience leur a été soumis le 9 mars 2021 (figure 2).



QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PROFESIONNELS DE L'ETP DE FALAISE SUR L'ADAPTATION A LA CRISE SANITAIRE DE L'ETP

Question 1 : En combien de temps avez-vous mis en place les séances d'ETP à distance ?

Question 2 : Quels ont été les difficultés de mise en place ?

Question 3 : Avec quel type d'outils informatiques avez-vous pratiqué l'e-ETP ?

Question 4 : Comment avez-vous priorisé les patients nécessitant de suivre les séances à distance ?

Question 5 : Quels sont les inconvénients de l'ETP à distance ?

Question 6 : Quels sont les avantages de l'ETP à distance ?

Question 7 : Comment avez-vous ressenti ce type d'atelier ?

Question 8 : Les séances à distance ont été arrêtées en diabétologie, pour quelle raison ?

Question 9 : Avez-vous eu un retour des patients par rapport à ce type d'atelier ?

Figure 2 : Questionnaire sur l'adaptation des professionnels de l'ETP à la crise sanitaire à l'hôpital de Falaise.

Résultats :

Le taux de participation à l'enquête a été de 39,2% (n = 62). Sur les questionnaires retournés, la majorité des répondants exerçait en établissements de santé publique 84% (n=52). L'activité d'ETP a été arrêtée pour 79% (n=49) des programmes durant le premier confinement. Parmi ces programmes interrompus, 37% (n=16) ne l'ont pas repris au moment du questionnaire. Les

raisons évoquées étaient : le manque d'effectif (n=7), le manque de temps (n=2), l'absence d'autorisation (n=5), la difficulté d'organisation (peur des patients des hôpitaux, contraintes du respect des mesures sanitaires) (n=3), les problèmes de financement (n=2) (figure 3).

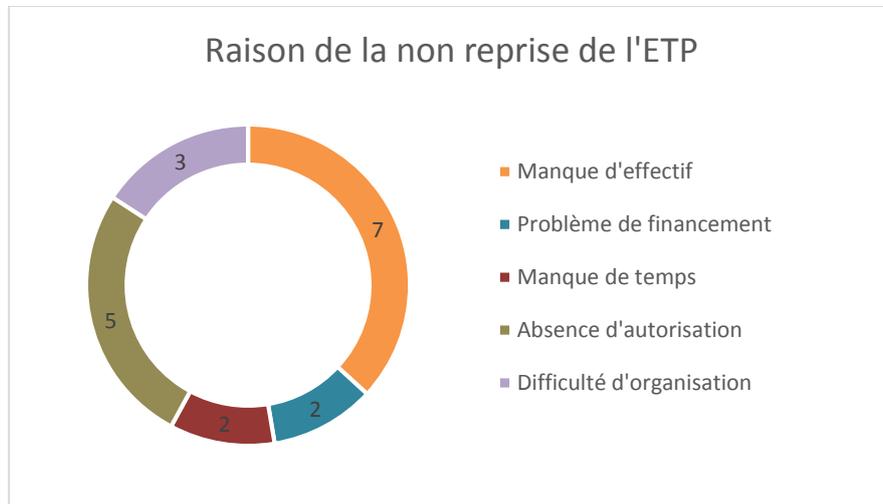


Figure 3 : Raison du maintien de l'arrêt des ateliers d'ETP

*(Lecture du diagramme dans le sens des aiguilles d'une montre à partie du haut)

Les 21% (n =13) des programmes restés actifs durant le premier confinement ont adapté leurs séances au contexte sanitaire. Le nombre de participants a été réduit et les séances collectives ont été remplacées par des séances individuelles (n=5) en présentiel. De plus la téléconsultation et l'e-ETP (n= 10) ont été développées avec l'utilisation d'outils tels que : des e-mails, des jeux envoyés en amont et utilisés lors de visioconférences, des plateformes d'échange et de communication type Libreview®, Zoom®, Team® ou l'application e-santé fournie par l'ARS, des PowerPoint® sonores, des fiches MyDiabby® et des tutoriels YouTube®.

Les séances à distance ont été maintenues dans 46% (n=6) des programmes actifs après la fin du premier confinement. Ces programmes allient maintenant le présentiel et le distanciel dans les activités de suivi, de télésurveillance, d'évaluation des programmes et d'actes d'accompagnement thérapeutique. Le maintien du distanciel s'explique par les avantages organisationnels, l'accessibilité et l'élargissement possible de la cohorte de patients. Les programmes actifs (n=7), ayant arrêté le distanciel post-confinement, le justifient par le manque de temps et la préférence d'entretiens en présentiel.

Les avantages évoqués des séances à distance à la fois pour les patients et les professionnels de l'ETP sont : la facilité d'accès, la diminution des déplacements, la continuité de la prise en charge, le maintien du lien entre les professionnels et les patients durant le

confinement et l'adaptabilité aux problématiques du patient (flexibilité d'horaire, de lieu) (figure 4).

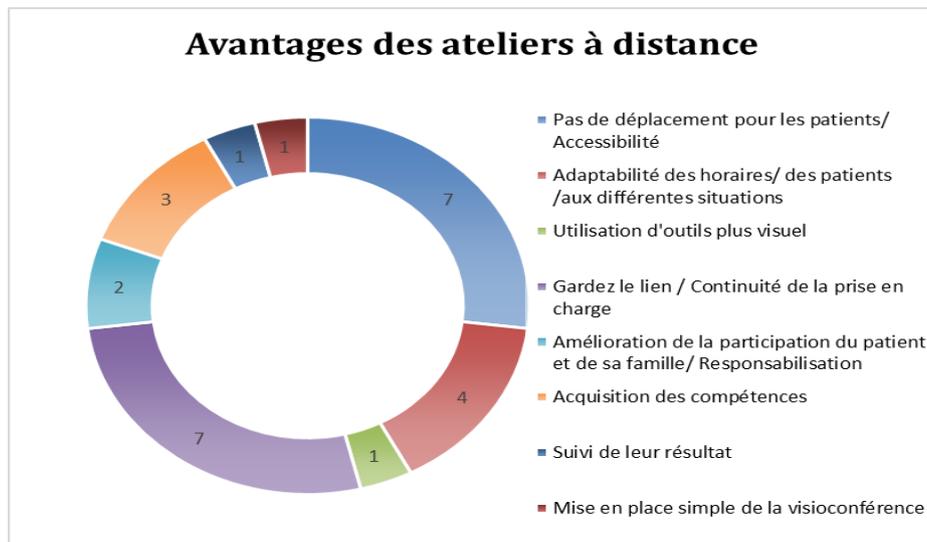


Figure 4 : Avantages des ateliers à distance pour les patients et les professionnels*
 *(Lecture du diagramme dans le sens des aiguilles d'une montre à partie du haut)

Les inconvénients retrouvés sont liés à l'outil informatique tels que : le manque d'équipement et de formation, la difficulté de connexion, de communication devant les écrans, la difficulté d'expliquer et d'évaluer des manœuvres techniques, le manque d'interaction sociale et l'organisation plus chronophage pour les professionnels de santé (figure 5).

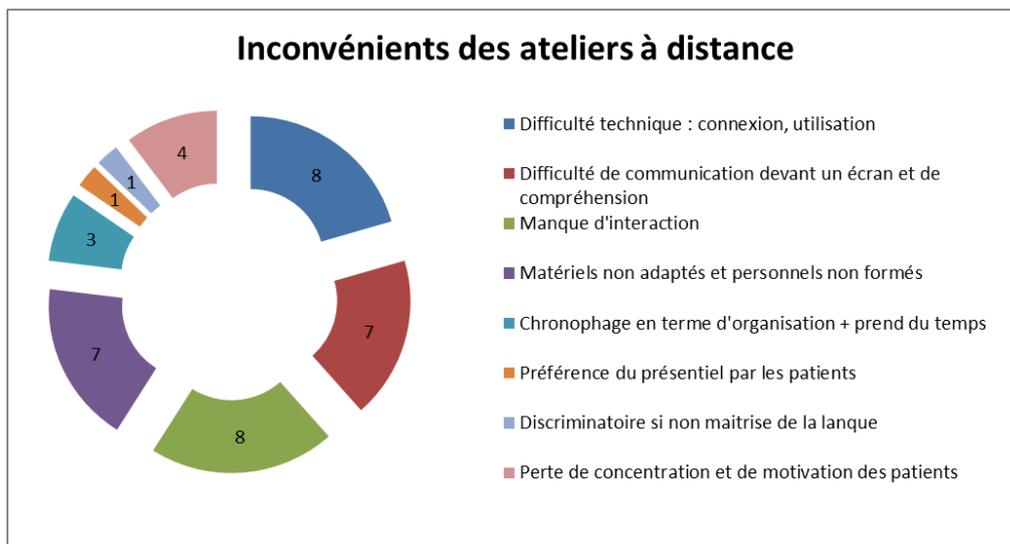


Figure 5 : Inconvénients des ateliers à distance pour les patients et les professionnels*
 *(Lecture du diagramme dans le sens des aiguilles d'une montre à partie du haut)

La mise en place de ces séances à distance au sein du Centre Hospitalier de Falaise a pris deux semaines. Les séances ont été réalisées avec l'aide du logiciel e-ETP® sur ordinateur, sur téléphone, ou par mail en fonction des possibilités du patient et ceci sous le même format et avec les mêmes supports qu'en présentiel. La mise en place de la visioconférence a été simple grâce à l'accompagnement des informaticiens dans cette démarche. Les patients bénéficiaires de l'e-ETP ont été ceux ayant eu une consultation déjà programmée avant le confinement ou appelant l'équipe ETP pour un rendez-vous. L'horaire était fixe en cas de visioconférence et flexible lors des séances téléphoniques. Selon le besoin des patients, les séances avaient une durée de 30 min à 1h 30. L'enquête de satisfaction a montré une pleine adhésion des patients et de l'équipe ETP.

Discussion

L'objectif de cette enquête était d'évaluer l'adaptation et l'acceptabilité des professionnels de l'ETP à la crise sanitaire et de recueillir le retour d'expérience d'une région. L'état des lieux des programmes Normands montre que la majorité des programmes (79%) se sont arrêtés suite à la crise sanitaire correspondant à autant de patients impactés dans la prise en charge de leur maladie chronique. Les chiffres de l'enquête du Journal de l'Education thérapeutique réalisé auprès des professionnels de l'ETP dans la région de la Nouvelle-Aquitaine confortent nos résultats avec 68% de leur programme interrompu (3). Les 21% des programmes restants actifs en Normandie se sont adaptés en développant des ateliers à distance avec comme objectif de répondre aux besoins et maintenir la prise en charge des patients.

En Nouvelle-Aquitaine, de nouveaux outils de suivi connecté ont été mis en place dont la surveillance rythmique et l'insuffisance cardiaque par CareLine® ou encore le suivi de la fonction pulmonaire dans le programme de Mucoviscidose via une application (8).

Les ateliers à distance ont été mis en place dans l'urgence suite à l'annonce du confinement, mais seulement une partie des programmes actifs (46%) ont maintenu cette activité post-confinement. Au Centre Hospitalier de Falaise, en plus du souhait de maintenir ces ateliers, les équipes ont voulu les développer dans le suivi du programme de diabète gestationnel grâce à l'application MyDiabby®. Le Pôle de ressource Ile de France en ETP souhaite également garder le distanciel en complément du présentiel au vu de la réinscription : importante après les séances et du fait que 33% des patients qui se connectent depuis la visioconférence ne participaient pas avant aux séances en présentiel (9).

Cette enquête montre la capacité de l'ETP à évoluer et à s'adapter à une crise sanitaire en partie grâce à l'ETP à distance. Les retours positifs sur les ateliers à distance sont encourageants pour leur mise en place dans le parcours d'ETP, en complément du présentiel. Une simplification des outils est encore à réaliser pour le rendre accessibles à tous. Sachant qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de cadre spécifique concernant les ateliers d'ETP réalisés à distance par le biais de l'audio- ou de la visioconférence. Néanmoins, l'activité de téléconsultation, telle que décrite dans les textes, semble être la plus proche de la mise en œuvre d'ateliers à distance (web-ateliers).

Conclusion :

Le développement de l'e-ETP a permis de décloisonner la réalisation des soins en santé à destination des patients en ambulatoire durant la crise sanitaire. L'e-ETP est un outil numérique au service du Pharmacien Clinicien pour réaliser sa mission de promotion de la santé. En effet, le programme de diabétologie de Falaise a intégré depuis septembre 2020, une séance pharmaceutique réalisée par un pharmacien clinicien, également coordinateur de l'ETP sur l'établissement. Il fait partie intégrante de l'équipe d'ETP et peut être amené à réaliser des séances d'e-ETP.

Conflits d'intérêts : Aucun

Bibliographie - Partie 2 :

1. Organisation Mondiale de la Santé. Impact massif de la Covid-19 sur le traitement des maladies chroniques. [Consulté le 15 mai 2021] Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2020/09/1076612>
2. Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé- Europe. Therapeutic Patient Education - Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the fields of Chronic Disease. 1996
3. IPSOS (Institut Politique de Sondage et d'Opinions Sociales) France. Enquête sur l'accès aux soins et aux traitements des maladies chronique en période de confinement. 2020
4. Fibromyalgie France. Enquête : « Confinement et continuité des soins des douloureux chroniques fibromyalgiques » : ressenti des patients. 2020.
5. APF France Handicap. Impact du confinement : une charge supplémentaire pour les aidants 2020
6. AFA Crohn-RCH. Enquête MICI et COVID 19 : comment le vivez-vous ? 2020
7. Journal Pharmacien Clinicien. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient - Part of the pharmacist in Therapeutic Education of Patient 2010; 29 (2) : 90-2
8. Journal de l'Education thérapeutique - Filière ETP GHT 33. Alliance de Gironde. 2020
9. Pôle de ressource Ile de France en éducation thérapeutique du patient. E-Book COVID et accompagnement des personnes malades chroniques. Récupéré sur poletp.fr .2020. [Consulté le 15 mai 2021] Disponible : <https://cdn.eu.yapla.com/company/CPYIKyLkI3Yjpv0BHi5n1dfoD/asset/files/2-Ebook-Covid-PoleETP.pdf> Consulté le 15/05/2022

Valorisation de l'article sur le retour d'expérience de l'adaptation des programmes d'ETP au COVID-19 au congrès *European Association of Hospital Pharmacists* (Annexe 1)

Partie 3 : Valorisation de l'activité du pharmacien clinicien en ETP

1. Article

Soumis au journal du Le Pharmacien Hospitalier Clinicien

Retour d'expérience à 6 mois d'un nouveau modèle de valorisation de l'activité de Pharmacie clinique en éducation thérapeutique du patient

Feedback at 6 months of new valuation model for clinical pharmacist activity in Therapeutic Education of Patient

LABBE.E¹, GRASMUCK.C¹, LOISON.V², GENDERA.S², DEBERLES.E², PERDRIEL.A¹, BENOIST.H¹

1- Service Pharmacie - Centre hospitalier de Falaise, Boulevard des Bercagnes, 14700 FALAISE

2- Service de Diabétologie, Centre hospitalier de Falaise, Boulevard des Bercagnes, 14700 FALAISE

Auteur correspondant :

LABBE Elise,

Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Phone : +33 [REDACTED] Email : [REDACTED]

Mots clés : Education thérapeutique du patient, Pharmacie clinique, Hospitalisation

Therapeutic patient education, Clinical Pharmacy, Hospitalisation

Manuscrit : 2290 mots

Références : 13

Nombre de figures : 3

Nombre de tableau : 1

Liste des auteurs :

LABBE Elise, Interne en pharmacie hospitalière

GRASMUCK Coralie, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier contractuel

LOISON Véronique, Infirmière diplômée d'état

DEBERLES Emilie, Docteur en médecine spécialité diabétologie – Praticien hospitalier

GENDERA Sylvie, Diététicien

PERDRIEL Agathe, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier

BENOIST Hubert, Docteur en pharmacie hospitalière – Praticien hospitalier

Nom des services et de l'institution :

Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Service de Pharmacie - Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Service de Diabétologie Centre Hospitalier de Falaise, boulevard des Bercagnes, 14700

Résumé

Introduction : Depuis 2019, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) fait partie des missions du pharmacien clinicien (PC). Suite à l'arrêté de février 2020, des hospitalisations de jour pluridisciplinaires (HDJP) sont mises en place. L'objectif principal de cette étude est de réaliser un retour d'expérience suite à l'intégration du PC dans une équipe pluri-professionnelle d'ETP en diabétologie. Les objectifs secondaires sont d'évaluer le modèle de financement le plus adapté à la pratique de l'ETP ainsi que de déterminer les avantages et inconvénients pour les patients des consultations pluridisciplinaires d'HDJP.

Matériel et méthode : Comparaison d'un ancien modèle organisationnel et financier comprenant le Fonds d'Intervention Régional (FIR) et Forfait Prestation Intermédiaire (FPI) avec un nouveau modèle sous forme d'HDJP intégrant le PC sur deux périodes similaires de 6 mois. Analyse via un questionnaire de satisfaction de l'adhésion des patients aux HDJP.

Résultat : Suite à la mise en place des HDJP, un écart de 30 420€ est observé en leur faveur avec un gain net de 12 297€ dû à l'intégration d'un PC. La mise à jour et la création de documents ont permis de faciliter le travail de l'équipe d'ETP. Les HDJP intégrant un PC ont été positivement perçues par les patients avec de nombreux avantages tels que la pluridisciplinarité et la diminution des déplacements.

Conclusion : Le PC apporte son expertise sur le bon usage des médicaments et la prévention des complications du diabète. Le modèle d'HDJP permet de pérenniser les activités d'ETP et de valoriser les activités de pharmacie clinique. Ce modèle a permis de recruter des professionnels d'ETP et de créer une unité transversale d'ETP.

***Introduction:** Since 2019, Therapeutic Patient Education (TPE) is part of the clinical pharmacist (CP) missions. Following the February 2020 decree, Multidisciplinary Day Hospitalizations (MDH) are implemented. The main objective of this study is to provide feedback following the integration of the CP into a multiprofessional diabetes TPE team. The secondary objectives are to evaluate the financing model best suited to the practice of TPE and to determine the advantages and disadvantages for patients of multidisciplinary MDH consultations.*

***Material and method:** Comparison of an old organizational and financial model including the Regional Intervention Fund (RIF) and Intermediate Service Package (ISP) with a new model*

in the form of MDH integrating the CP over two similar periods of 6 months. Analysis via a satisfaction questionnaire of the patient's adherence to the MDH.

Result: *Following the implementation of the MDH, a difference of €30,420 is observed in their favor with a net gain of €12,297 due to the integration of a CP. The updating and creation of documents have facilitated the work of the TPE team. The MDH integrating a CP were positively received by the patients with many advantages such as multidisciplinary and less travel.*

Conclusion: *The CP provides expertise on the proper use of medication and the prevention of diabetes complications. The MDH model makes it possible to perpetuate TPE activities and to enhance the value of clinical pharmacy activities. This model has made it possible to recruit TPE professionals and create a transverse TPE unit.*

Introduction :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comme une activité visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [1]. L'ETP est inscrite dans le parcours de soins du patient depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 et est centrée sur le patient atteint de maladie chronique. Les maladies chroniques (transmissibles persistantes, non transmissibles ou certaines maladies mentales) sont au nombre de 60 et concernent 37% des français en 2015 [2]. L'OMS estime que 50% des patients atteints de maladies chroniques respectent leur traitement dans les pays développés [3]. L'observance thérapeutique est définie comme la capacité à prendre correctement le traitement prescrit. La mauvaise observance peut conduire à une perte de contrôle des symptômes avec un risque accru de complications qui représentent un coût important pour le système de santé [4]. L'impact médico-économique de l'ETP est basé sur l'hypothèse que renforcer les capacités d'adaptation des patients face à la maladie permettrait de limiter ou de retarder les incidents et complications et de réduire au long cours les soins associés [5].

Depuis le premier janvier 2021, l'ETP n'est plus soumise à autorisation par l'Agence Régionale de Santé (ARS) mais à déclaration [6]. Néanmoins, les programmes doivent respecter le cahier des charges défini par l'ARS. Les programmes d'ETP sont réalisés par tous professionnels de santé et patients ressources formés à l'ETP. Les équipes pluridisciplinaires permettent d'accompagner les patients dans leur globalité, elles sont la norme dans les programmes d'ETP. Depuis le décret Pharmacie à Usage Intérieur du 21 mai 2019, l'ETP fait

partie intégrante des missions du Pharmacien Clinicien (PC). Les rôles du pharmacien dans l'ETP sont l'explication de la maladie et des traitements au patient, la promotion du bon usage du médicament, la vigilance sur l'iatrogénie médicamenteuse ainsi que sur l'observance thérapeutique, qui est un des enjeux majeurs de l'OMS, s'ajoutant à cela l'information sur le dépistage et la prévention des maladies ainsi que le soutien et l'accompagnement des patients [7].

Le financement des activités d'ETP est hétérogène en fonction des programmes. Elles sont principalement financées, dans les établissements de santé, par l'ARS à travers un Fonds d'Intervention Régional (FIR) [8]. Dans le cadre du Projet Régional de Santé, l'ARS finance les dispositifs et actions de prévention et promotion de la santé dont fait partie l'ETP. En plus de ce financement, peut s'ajouter, depuis 2017, le Forfait Prestation Intermédiaire (FPI) permettant de facturer une nouvelle prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation. Il correspond au besoin de facturer certaines prestations intermédiaires entre l'Acte, la Consultation Externe et l'Hospitalisation De Jour (HDJ) [9]. Il est conçu comme un complément de rémunération destiné à financer les coûts aujourd'hui non valorisés dans le cadre d'une facturation externe. L'arrêté du 6 mars 2020, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, fixe le nouveau financement d'Hospitalisation De Jour Pluridisciplinaire (HDJP) remplaçant le FPI [10].

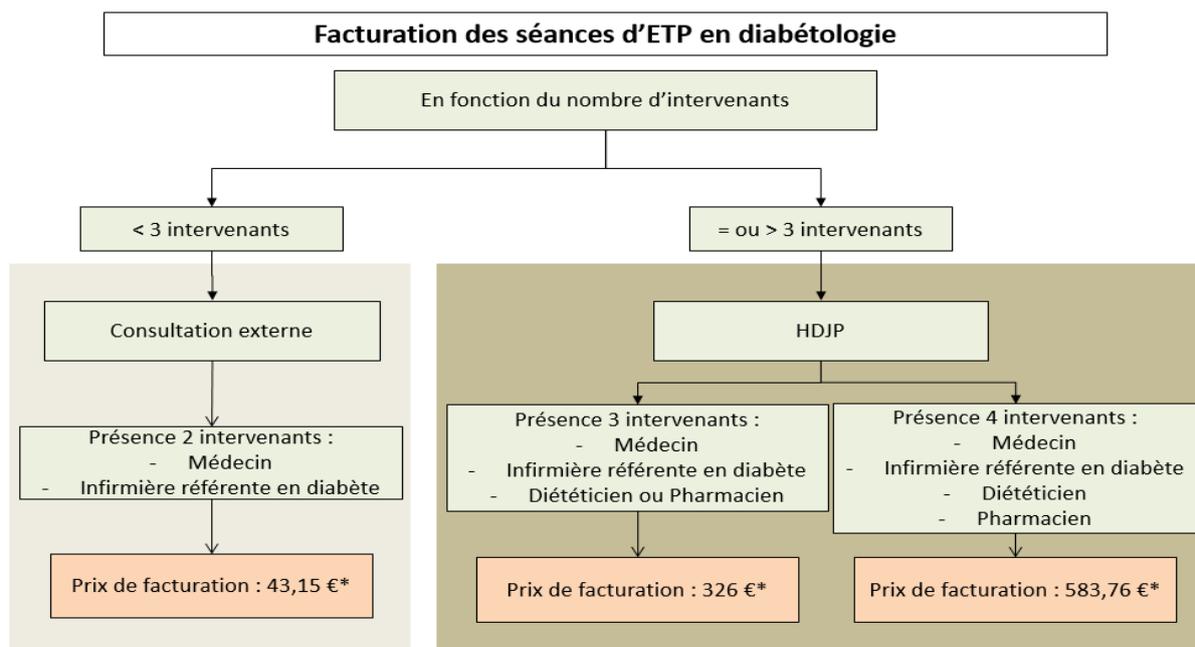
L'objectif principal de cette étude est de réaliser un retour d'expérience (REX) sur l'intégration du PC dans une équipe pluri-professionnelle d'ETP en diabétologie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le modèle de financement le plus adapté à la pratique de l'ETP ainsi que de déterminer les avantages et inconvénients pour les patients des consultations pluridisciplinaires sous forme d'HDJP.

Matériel et Méthode :

Suite à l'arrêté du 6 mars 2020, des HDJP ont été mis en place dans le cadre de l'ETP en remplacement des FPI et du FIR pour financer les séances.

Le FIR est alloué à un programme d'ETP sur une durée de quatre ans et dépend de l'activité de l'année écoulée en comptabilisant le nombre de patients ayant bénéficié d'au moins un diagnostic éducatif et de deux séances d'ETP minimum. Le FIR englobe des patients qui ont eu une prise en charge durant une hospitalisation, une consultation externe ou en programme mixte (hospitalisations et soins externes).

Les conditions organisationnelles des FPI et des HDJP sont similaires : consultation pluridisciplinaire et/ou pluri professionnelle avec l'intervention d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et avec réalisation d'une synthèse médicale. Cependant, le prix de facturation des consultations diffère d'un financement à l'autre. En effet, le financement des consultations par le FPI est fixé à 111.18 € pour les cinq pathologies pouvant en bénéficier (diabète de type I ou II, polyarthrite rhumatoïde évolutive, spondylarthrite grave et diabète gestationnel) en 2019 [11]. A contrario, la facturation des HDJP dépend du nombre d'intervenant (n=3 ou 4) et de la pathologie (n=5563) défini par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [12]. Dans le cas du diabète de type II, en 2020, le prix de facturation pour trois intervenants est de 326 € (GHS intermédiaire) et de 583,76 € (GHS taux plein) pour quatre intervenants [12], (figure 1).



* (12)

Figure 1 : Prix de facturation en fonction du nombre d'intervenants

Le recueil des données des séances d'ETP financées par le FIR et celles réalisées dans le cadre d'HDJP est fait dans un tableau Excel® croisé dynamique incrémenté au fil des séances par l'IDE référente du programme de diabétologie, permettant de suivre en temps réels les indicateurs cliniques et financiers (figure 2).



EDUCATION THERAPEUTIQUE

Questionnaire de satisfaction

Madame, Monsieur

Date :

Vous venez de participer à des ateliers d'ETP, votre avis nous intéresse

Vous avez participé à des ateliers :

- individuels
- collectifs

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
1. Avez-vous été intéressé par cette (ces) séance(s) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le contenu de la (des) séance(s) a-t-il répondu à vos attentes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'organisation de(s) séance(s) vous a-t-elle convenu ? (accueil, horaires, durée, le lieu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous pu vous exprimer facilement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous êtes-vous senti écouté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Qu'allez-vous changer dans votre pratique quotidienne après vos séances éducatives ?

7. Avez-vous appris des nouvelles choses ? OUI / NON

8. Y-a-t'il un point qui n'a pas à votre avis été suffisamment abordé ?

9. Pensez-vous pouvoir mieux maîtriser votre maladie suite à ce(s) séance(s) ? OUI / NON

10. Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de cette demi-journée d'ETP pluridisciplinaire ?

- Avantages :

- Inconvénients :

11. Auriez-vous préféré voir les différents professionnels sur des jours séparés ? OUI / NON

PAPA.DA.045 V3-09/2020

Figure 3 : Questionnaire de satisfaction des séances HDJP

Résultat :

Pour l'ancien modèle de financement, le FIR alloué à l'ETP de diabétologie est de 5 333 € pour une année, et de 2 667 € sur la période de janvier à juin 2019. Sur cette période, 113 séances sont réalisées par l'équipe d'ETP de diabétologie, dont 72 FPI correspondant à un montant de 8 005 €. Le montant total associant FPI et FIR sur les six mois est de 11 338 € pour une équipe d'ETP constituée de trois personnes formées à l'ETP : une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) équivalent temps plein, une diététicienne à 0,38 équivalent temps plein et une diabétologue à 0,5 équivalent temps plein. Pour le nouveau modèle intégrant un PC à l'équipe d'ETP à 0.2 équivalent temps plein, sur les 273 séances réalisées sur la même période de six mois en 2021, 102 séances sont considérées comme des HDJP dont 69 séances à trois intervenants et 33 à quatre intervenants. Ces HDJP financent l'ETP à hauteur de 41 758 €. Parmi ces HDJP, l'équipe pharmaceutique a réalisé 44 HDJP dont 14 séances à trois intervenants et 30 séances à quatre intervenants ce qui correspond à un gain financier sur cette période de 12 297 € suite à l'intégration d'un PC (*tableau 1*).

Tableau 1 : Comparaison des périodes de janvier à décembre 2019 et 2021 des deux modèles organisationnels

	2019	2021
Nombre d'intervenant par séance	3	3 / 4
Nombre de séances	113	273
Modèle de financement	FIR : 2 667 € FPI : 72 séances -8 005 €	HDJP : 102 séances (63 / 44) - 41 758 €
Total gain financier de l'équipe d'ETP :	11 332 €	41 758 €
Partie : Pharmacien clinicien	0	44 séances (14/30) - 12 297€
Total gain financier pharmaceutique :	0	12 297 €

Pour le versant qualitatif en 2019, un tableau d'activité a été utilisé pour le rendu ARS permettant le report des identités des personnes bénéficiaires d'ETP et du type de séance (mixte, hospitalisation ou externe). La majorité des documents était sous format papier et non informatisée. Les données pour le retour d'activité de l'ARS étaient récoltées en fin d'année prenant plusieurs semaines aux professionnels de l'ETP. Suite à la prise de fonction d'un PC

pour coordonner l'ETP en 2020, des modifications organisationnelles ont été réalisées et des outils ont été conçus par les PC et l'interne en pharmacie participants à l'ETP. Les outils et supports tels que les questionnaires de satisfaction, les consentements (selon le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) - 25 mai 2018 [13]), les fiches d'acquis sécuritaires, les fiches d'atteintes des objectifs, les bilans éducatifs et les supports d'ETP ont été créés ou mis à jour et adaptés aux recommandations de l'ARS. Certains documents ont été informatisés et intégrés dans le dossier patient du logiciel informatique EASILY® (version 5.12.0.16, Hospices Civils de Lyon) par le service informatique ; parmi ces documents, on retrouve : le bilan éducatif, les objectifs de séance par patient, les comptes-rendus spécifiques aux HDJP ou aux consultations. Ceci permet un accès à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. Un dossier commun avec accès restreint à l'ensemble des professionnels de l'équipe d'ETP a été créé par le service informatique permettant la mise en commun de l'ensemble des supports de l'ETP. Le tableau de rendu de l'activité annuelle et quadriennale a été repensé, prenant en compte les différents critères demandés par l'ARS et permettant les calculs automatiques de ces critères après remplissage journalier par l'IDE référente de diabétologie (*figure 2*).

Les séances pharmaceutiques mises en place consistent, dans un premier temps, à déterminer la connaissance et l'observance du traitement médicamenteux du patient à l'aide de cartes identifiants les traitements habituels du patient. Dans un deuxième temps, grâce à l'utilisation d'un schéma ludique représentant la physiopathologie du diabète de type II et l'utilisation de transparents montrant les mécanismes d'action se calquant sur ce schéma, le patient peut avoir une compréhension à la fois de sa maladie ainsi que de l'intérêt de ses traitements et des potentiels effets indésirables. La partie pharmaceutique est réalisée conjointement avec l'infirmière et/ou la diététicienne.

Des enquêtes de satisfaction anonymes sont réalisées depuis janvier 2021 pour permettre d'évaluer la satisfaction des patients aux HDJP. Les patients préfèrent à 95,4% (n=63) les consultations pluri-professionnelles. Les avantages rapportés par les patients vis-à-vis des HDJP sont de bénéficier d'informations utiles sur les médicaments, les injections d'insuline et l'alimentation (n=13), de regrouper le tout dans une même consultation (n=8), de gagner du temps et de diminuer leurs déplacements (n=4), d'avoir une meilleure connaissance et gestion de leur diabète (n=6), d'être écoutés, d'échanger (n=5) et être suivis (n=3) par les professionnels de santé de l'ETP. Aucun inconvénient n'a été rapporté par les patients.

Discussion :

Cette étude compare dans un premier temps, l'ancien et le nouveau modèle sur le versant financier. L'écart entre les deux modèles est de 30 420 € sur une même période de six mois en faveur du nouveau modèle avec une équipe renforcée par les PC et l'interne en pharmacie à la fois en tant que coordinateur et intervenant. L'équipe pharmaceutique s'est investie dans la mise en place des HDJP avec la réalisation de 44 HDJP sur les 102 réalisées par l'équipe d'ETP (43%). Cette nouvelle activité doit s'ajouter à l'activité de pharmacie hospitalière déjà présente. Ces nouvelles consultations pluridisciplinaires en ETP ont été bien accueillies par les patients, en effet, seuls des avantages ont été retrouvés, notamment la diminution des déplacements et la pluridisciplinarité des informations reçues. Cependant, cela n'est pas en accord avec les demandes de l'ARS par rapport à l'organisation de l'ETP. En effet, le pluri-professionnel est recherché mais à des moments et séances différents. Le PC dans l'ETP, spécialiste du médicament, a un rôle complémentaire et s'intègre parfaitement dans la prise en charge globale de la pathologie chronique.

La mise à jour et la simplification des outils utilisés ont permis un gain de temps pour le personnel de l'ETP. La documentation et l'évaluation des patients tels que l'évaluation des acquis sécuritaires, le consentement et le contrat pédagogique sont en cours de création, elles font partie du cahier des charges de l'ARS. Les nombreux documents à fournir au patient sont importants pour la transparence entre le professionnel et le patient mais aussi pour l'engagement du patient dans les programmes personnalisés d'ETP. La création et le remplissage des documents sont chronophages à la fois pour les professionnels de santé et pour le patient.

Suite à la mise en place du modèle d'HDJP et l'avantage financier qui en ressort, des propositions modifiant l'équipe d'ETP ont pu être soumises à la direction de l'établissement à la fois pour la formation de personnel soignant à l'ETP ainsi que pour l'agrandissement de l'équipe d'ETP. En effet, un PC hospitalier, une IDE et une préparatrice en pharmacie hospitalière vont être formés à l'ETP et une IDE à temps plein ainsi qu'un temps diététicien ont été demandés pour le programme de diabétologie, ce qui permettra de développer et de pérenniser de nouveaux projets, dont le diabète gestationnel et l'ETP à distance. Ce nouveau modèle pourrait s'étendre à d'autres programmes déjà existants sur l'établissement (cardiologie, asthme et diabète en pédiatrie) et à de futurs programmes comme l'endocrinologie, qui n'ont pas encore vu le jour par manque de temps dédié, ainsi que la création d'une unité transversale d'ETP. De plus, d'autres établissements de notre Groupe Hospitalier de Territoire

sont intéressés par le format HDJP ainsi que par le partage de notre expérience et de nos outils et séances pharmaceutiques mises en place.

Conclusion :

Les HDJP permettent de donner un second souffle à l'ETP avec la possibilité d'innover et de se développer tout en intégrant de nouveaux professionnels, dont le PC, au bénéfice du patient atteint de pathologie chronique. Ce REX permet de valoriser l'activité de pharmacie clinique et montre que le PC a toute sa place dans les services de soins tels que les unités transversales d'éducation thérapeutique. Plus récemment, la Société Française de Pharmacie Clinique a soutenu le développement des HDJP pour permettre le déploiement de projet de pharmacie clinique.

Conflits d'intérêts : aucun

Bibliographie - Partie 3 :

1. Organisation mondiale de la sante. Education Thérapeutique du Patient - Programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1998. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107997/E93849.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Consulté le 01/01/22
2. Ministère des solidarités et de la sante. Vivre avec une maladie chronique. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
3. Organisation mondiale de la sante. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Sabaté E, éditeur. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
4. Réseau français des centres régionaux de pharmacovigilance. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique. 2019. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>
5. Haute autorité de santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle. Haute Autorité de Santé. 2008. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499485/fr/1-education-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-analyse-economique-et-organisationnelle
6. Legifrance. Article - Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2020. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042845783
7. Brunie V, Roupret-Serzec J, Rieutord A. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. J Pharm Clin. 2010;29:3.
8. Agence régionale de la sante. Campagne de financement 2021 des projets liés à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). 2021. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/campagne-de-financement-2021-des-projets-lies-leducation-therapeutique-du-patient-etp>
9. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Campagne tarifaire et budgétaire 2017 Nouveautés « financement ». 2017. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur :

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3134/notice_technique_n_cim-mf-239-3-2017_nouveautes_financement_2017_republication_mai2017.pdf Consulté le 01/01/22

10. Legifrance. Arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041661407/>

11. Le blog de tous les PMSI. Le forfait FPI. 2019. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.lespmsi.com/le-forfait-fpi/>

12. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Formats PMSI 2020 | Publication ATIH. 2020. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2020>

13. Ministère de l'économie, des finances et de la relance. Le règlement général sur la protection des données (RGPD), mode d'emploi. 2019. [Consulté le 01 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/reglement-general-sur-protection-des-donnees-rgpd>

2. Outils d'ETP et supports de coordination à l'hôpital de Falaise

Comme décrit dans l'étude précédente, des supports et des outils ont été mis à jour pour correspondre au mieux au cahier des charges de l'ARS.

a) Communication autour d'un programme d'ETP

Tout d'abord, pour dynamiser et augmenter la visibilité de l'ETP dans le centre hospitalier de Falaise auprès des professionnels de santé, le coordinateur de l'ETP a communiqué lors de réunions institutionnelles de l'établissement telles que la CME (Commission Médical d'Etablissement), la COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles), ainsi que sur le site internet de l'hôpital.

Suite au constat que la majorité des patients n'ont pas d'informations sur l'ETP avant leur première séance, un flyer a été créé permettant d'expliquer l'objectif de l'ETP, de donner les axes éducatifs ainsi que d'ouvrir le patient à un questionnement sur sa prise en charge thérapeutique (annexe 2). Durant une consultation ou une hospitalisation, ce flyer est remis par les professionnels de santé aux patients pouvant bénéficier d'un programme d'ETP en diabétologie. De plus, les coordonnées des professionnels de l'ETP y sont inscrites.

b) Outils et supports de la séance d'ETP

Dans le programme d'ETP de diabétologie, le premier entretien est réalisé en équipe pluridisciplinaire avec un diabétologue, une diététicienne et une infirmière diplômé d'état (IDE) référente du programme. Lors de cette première séance, conformément aux recommandations de l'ARS, un consentement est lu et signé par le patient (annexe 3). Un bilan diagnostique est réalisé par l'IDE, permettant de recueillir les éléments sur la vie du patient mais aussi sur sa santé (annexe 4). Suite au bilan éducatif, un aperçu des habitudes et des contraintes entourant la prise en charge du patient permettra d'adapter le programme personnalisé. A la fin de cette séance, des objectifs d'ETP sont définis de manière conjointe avec le patient (annexe 5). Et enfin, des supports sont proposés aux patients sur les traitements ainsi que sur l'alimentation (annexes 6 et 7). A l'heure du tout numérique, les documents sont informatisés : le consentement est scanné après signature, le bilan éducatif et les objectifs sont remplis dans le dossier informatisé du patient.

Pour les séances suivantes, les professionnels de l'ETP vont intervenir en fonction des besoins du patient avec au moins une séance pharmaceutique. Les intervenants pharmaceutiques pouvant variés (pharmaciens, internes ou préparateurs en pharmacie), un « mode d'emploi » a été mis en place pour permettre une harmonisation des pratiques (annexe 8). L'utilisation des supports et des outils y est aussi détaillée ainsi que le déroulement des séances. De plus, pour que chaque intervenant ait les mêmes connaissances sur les médicaments, des fiches traitements sont disponibles (annexe 9).

Les outils utilisés dans le cadre des séances d'ETP sur le diabète ont pour but d'être interactifs tels que (annexe 8) :

- des cartes de médicament questionnant le patient sur l'ensemble de ses traitements médicamenteux et sur leurs indications,
- un schéma expliquant le diabète, le mécanisme d'action des médicaments et les différents effets indésirables en résultant,
- une fiche sur les complications du diabète,
- un graphique illustrant les schémas posologiques des insulines lentes, intermédiaires et rapides.

D'autres outils sont en cours de création pour s'adapter aux patients et aux séances pluridisciplinaires proposées.

Durant le programme, un questionnaire de satisfaction anonyme est rempli par le patient permettant d'évaluer son appréciation par rapport aux séances d'ETP, de déterminer l'impact des séances sur sa prise en charge et la mise en place d'HDJP (*figure 3*). Un questionnaire d'acquis sécuritaire est en cours de création pour permettre de quantifier les connaissances avant et après la séance et d'évaluer l'apport de l'ETP aux patients.

c) Outils et supports de coordination

Pour permettre la coordination des différents professionnels de l'ETP et l'organisation des séances pluridisciplinaires, un planning commun a été créé, accessible par tous les intervenants. Sur chaque séance prévue, les intervenants conviés sont indiqués par l'IDE référente du programme d'ETP en fonction des besoins du patient. Un support commun, pour les consultations pluridisciplinaires, de lettre de liaison pré remplie facilite la prise de note au niveau du secrétariat et permet la facturation des HDJP par le Département d'Information Médicale (DIM) (annexe 10). Chaque intervenant envoie la partie à ajouter par mail ou par

dictaphone. La lettre de liaison est ensuite envoyée au médecin traitant, tout comme l'inclusion du patient dans le programme d'ETP.

La dernière étape est constituée par la restitution et l'analyse des informations sur les séances à la fois pour le rendu annuel et quadriennal à l'ARS mais aussi pour permettre un suivi de l'activité en interne. Pour cela, un tableau de rendu annuel a été créé et rempli au fur et à mesure des séances par l'IDE référente. Dans ce tableau, les informations suivantes sont recensées (*figure 2*) :

- Type de séance : externe, hospitalisation, mixte, HDJP, HPDD et téléconsultation
- Données patients telles que le nom, l'âge, le sexe, le lieu d'habitation et la situation professionnelle (retraité, actif, autre), la précarité et les données de suivi du diabète (hémoglobine glyquée, Indice de Masse Corporelle)
- Date et le type de la séance d'ETP : initiation, renforcement, reprise
- Informations sur l'atelier : individuel ou collectif, les intervenants ainsi que la réalisation du bilan éducatif, de l'évaluation des compétences et d'un programme personnalisé, la transmission au médecin traitant de l'inclusion du patient au programme et de la lettre de liaison
- La réalisation d'un programme complet ou incomplet.

Une fiche synthèse peut être remplie manuellement pour être saisie ultérieurement avec les informations nécessaires au remplissage du tableau de rendu annuel (annexe 11).

Un ensemble de calcul permet d'automatiser les résultats pour le rendu ARS.

Des modes d'emploi sont disponibles à la fois pour remplir le tableau de rendu annuel par l'équipe d'ETP et quadriennal par le coordinateur, permettant à tout intervenant et gestionnaire du tableau de pouvoir manipuler les outils (annexe 12 et 13).

3. Retour patient

L'évaluation continue d'un programme est essentielle pour évoluer et permettre aux patients de toujours être au cœur de ce programme. Comme indiqué, un questionnaire de satisfaction est réalisé au moins une fois dans le programme personnalisé. Le contenu des séances, l'organisation, la communication, les acquis et les modifications apportées par les patients dans leur quotidien suite aux séances d'ETP ainsi qu'un retour sur les HDJP leurs sont demandés. Voici les résultats sur 6 mois, du 1^{er} janvier au 30 juin 2021 (*figures 4 et 5*) :

- Les patients ont été très satisfaits des séances dans 80% des cas et 20% satisfait (n=73)
- Le contenu est très satisfaisant pour 72% des patients et satisfaisant pour 28% (n= 70)

- L'organisation est jugée très satisfaisante pour 73% des patients et satisfaisant pour 27% (n= 72)
- Les patients sont très satisfaits de leur facilité à s'exprimer dans 76% des cas et 24% sont satisfaits (n=74)
- Les patients sont très satisfaits de l'écoute dans 84% des cas et satisfait pour 17% (n=74)
- Les séances ont permis à 95% (n=73) des patients d'apprendre des choses en rapport avec les maladies. Selon les patients, il n'y a pas de points qui n'ont pas été abordé.
- Tous les patients pensent pouvoir mieux maîtriser leur maladie suite aux séances.
- Les séances pluri-professionnelles sur une demi-journée sont préférées pour 95% des patients (n=65). Ils n'ont pas trouvé d'inconvénients aux HDJP. Les patients ont retrouvé comme avantages :
 - La consolidation de leur connaissance et l'acquis de nouvelles connaissances par l'apport des différents professionnels ainsi que l'acceptation de leur diabète et la remotivation
 - Le gain de temps et de transport ainsi que la facilité d'organisation et de la planification,
 - L'écoute et l'échange d'informations multiples
 - Le regroupement des différents professionnels et les conseils groupés

Le retour global des patients à la mise en place des HDJP et de l'activité de l'ETP est très satisfaisant.

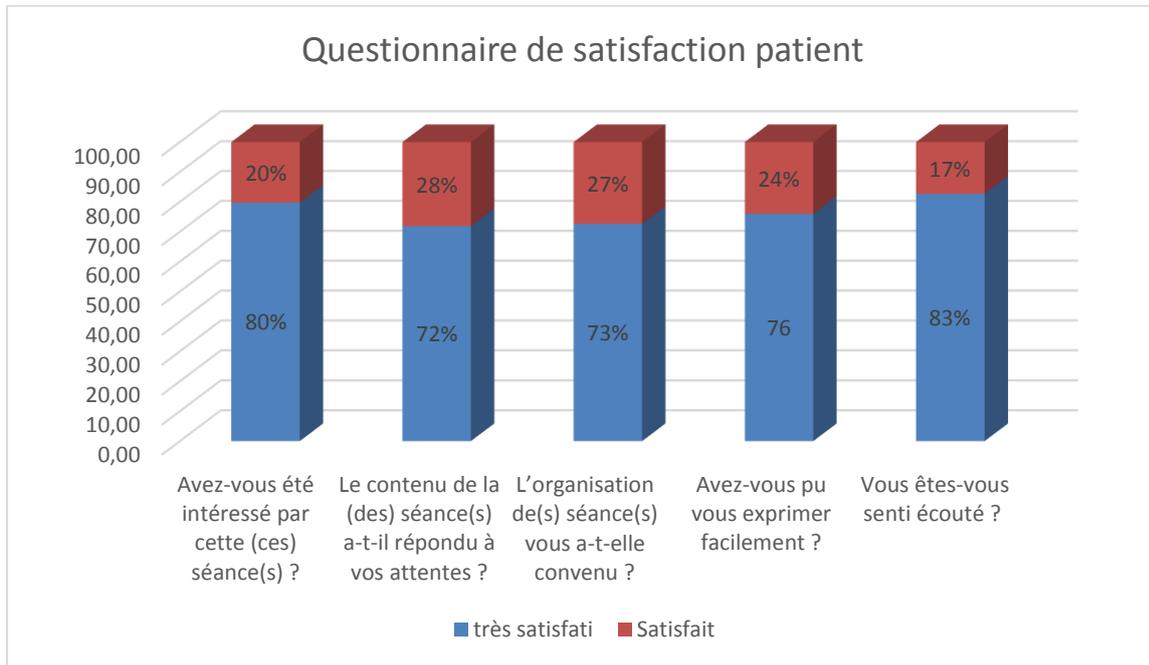


Figure 4 : Questionnaire de satisfaction patient (1)

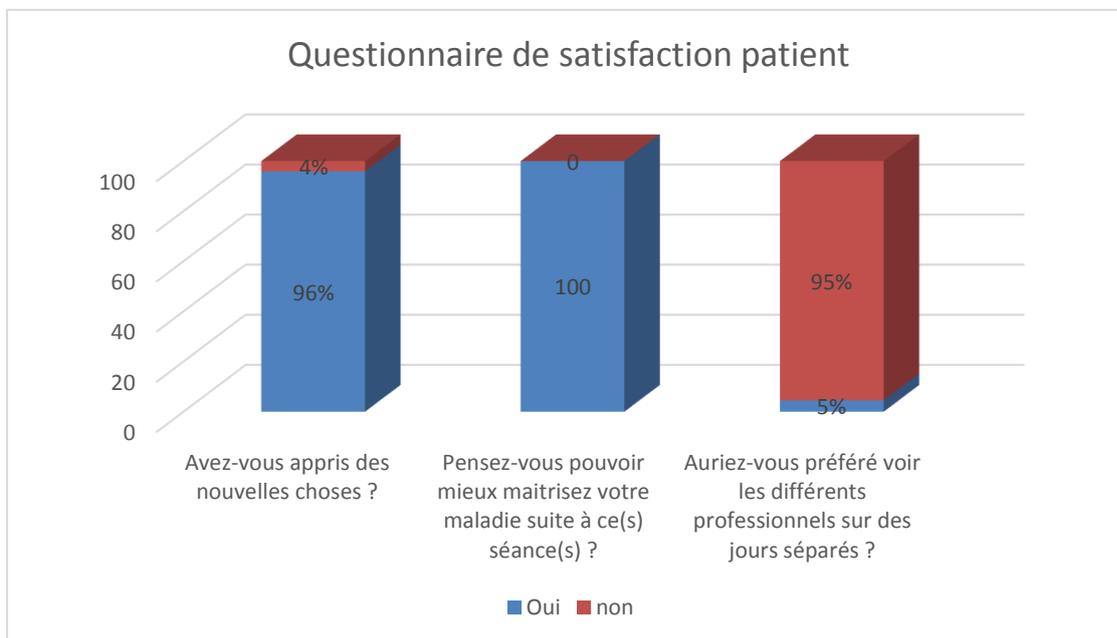


Figure 5 : Questionnaire de satisfaction patient (2)

Partie 4 : Discussion – Conclusion

1. Discussion

D'une manière générale, l'ETP est investie par les acteurs de l'ETP au vu du nombre et de la diversité des programmes, des patients éduqués ainsi que par la variété de professionnels de l'ETP mobilisés.

Toutefois, il existe une hétérogénéité entre les programmes, dans la répartition des maladies, des territoires, du public bénéficiaire et des structures de soins mais aussi dans la construction et dans le financement des programmes (1).

En effet, comme l'a montrée l'étude sur la valorisation de l'activité pharmaceutique en ETP, le financement de l'ARS à travers le FIR ne permet de pérenniser l'ETP, ayant pour conséquence un manque de reconnaissance au niveau institutionnel. De plus, les freins sont nombreux dans l'ETP tels que le manque de moyens humains, matériels, financiers, le manque de temps dédié à l'ETP ainsi que la méconnaissance des programmes par les établissements en réalisant (2). Cela a été démontré suite à la crise sanitaire, avec l'arrêt de nombreux programmes non repris par la suite. La mise en place des HDJP permet une valorisation de l'activité d'ETP avec une mise à disposition au sein du CH de Falaise de locaux dédiés, d'une mise à disposition d'outils numériques pour s'adapter, d'un personnel dédié en constante évolution avec l'intégration d'un poste temps plein infirmier en diabétologie et d'un demi-temps plein diététicien pour la cardiologie et la diabétologie. A cela s'ajoute, une envie commune avec la direction de grandir et de pouvoir proposer d'autres programmes aux patients tel qu'un programme sur la corticothérapie ou sur les troubles thyroïdiens en associant les ressources dans une Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient (UTEP). Ce travail de coordination et de financement est essentiel pour valoriser, pérenniser et développer les activités de l'équipe d'ETP. D'autres travaux pluridisciplinaires en rapport avec la pharmacie clinique vont être développés et pourront bénéficier de la stabilité qu'apportent les HDJP. Les avantages des HDJP pour le patient ont été précédemment soulignés : la pluridisciplinarité des interventions, la prise en charge globale, la diminution des déplacements, etc... A cela s'ajoute, un avantage financier avec la prise en charge de la totalité des consultations grâce aux HDJP. En effet, les consultations réalisées par un diététicien ne sont pas prises en charge lors de consultation externe, ce qui n'est pas le cas en cas d'HDJP.

Le lien ville-hôpital est un enjeu de stratégie de refonte du système de santé. Le tissage du lien ville-hôpital a pour objectif de mieux organiser le maillage territorial en renforçant la collaboration entre l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et en particulier entre hospitaliers et libéraux (3). Actuellement, les programmes d'ETP sont en majorité conduits par les établissements de santé. L'ETP doit continuellement s'adapter aux besoins dans sa pratique, à la fois par la mise en place d'atelier en distanciel mais aussi en proposant des ateliers d'ETP au plus près des patients.

Des programmes d'ETP mixte, c'est-à-dire, faisant intervenir à la fois des professionnels hospitaliers et libéraux voient le jour tel que le programme Educ Ton Park dans le Finistère Nord et Edu'Pol à Nancy. La construction de ces programmes se basent sur la demande des patients de pouvoir poursuivre leur programme d'ETP en ville (4). Pour cela, les équipes de l'hôpital et de la ville, ont dû se réunir pour coordonner l'offre de soin et déterminer les séances pouvant être réalisées en ville et celles à l'hôpital. Pour le programme Educ Ton Park, une plateforme d'appui permet le soutien logistique entre les différents intervenants et l'organisation des séances (5). Les avantages affichés des programmes mixtes sont nombreux et concernent notamment la diversité des thématiques abordées et la volonté d'éviter les abandons par l'intégration de l'ETP dans le parcours de soins et de vie du patient. Cependant, des difficultés sont encore à surmonter tel que le recrutement de nouveaux patients, les impératifs de sécurité informatique hospitalière compliquant la coordination ville et hôpital et la mobilisation d'une grande équipe pluridisciplinaire et mixte du fait des contraintes de planning et de rémunération ainsi que de l'absence de reconnaissance institutionnelle (5).

De plus, au sein d'un territoire, le développement des UTEP pourrait s'envisager dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) permettant la collaboration entre différents établissements publics, à la fois sur le partage des ressources documentaires mais aussi humaines (6). Une UTEP de GHT permettrait aussi d'étendre la coordination à l'extérieur des murs d'établissements publics. Celle-ci pourrait rendre accessible et claire les offres d'ETP pour le patient mais aussi pour les professionnels de santé du territoire (6). Un tel projet demande des moyens financiers et humains et d'adaptation des établissements, comme a pu le montrer le programme EFFADOL de la région Normandie. Ce programme sur la douleur liée au cancer a été développé et mis en place dans 10 structures « douleurs chroniques » au sein de la région, permettant d'harmoniser l'offre d'ETP (7).

De plus, comme l'organisation de l'ETP, les financements de celle-ci ne cessent d'évoluer et de prendre des formes différentes tels que l'HDJP, le FIR, etc. En effet, de

nouveaux forfaits de pathologie chronique vont voir le jour, suite au constat que la tarification actuelle (T2A), centrée sur l'acte et le séjour, finance la prise en charge aiguë et les complications de la maladie au détriment de la prévention et du suivi. En effet, le forfait de pathologie chronique est en développement pour les patients atteints de maladies rénales chroniques au stade 4 ou 5. Il a pour objectif d'inciter à la prévention, à l'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire et au suivi au long cours du patient avec une valorisation des résultats de santé obtenus ainsi que l'expérience patient (8). Pour être éligible à ce type de financement, l'établissement de santé doit prendre en charge annuellement au moins 220 patients adultes. Cependant des dérogations peuvent être données par l'ARS pour des raisons d'accessibilité territoriale. De plus, l'établissement doit s'engager à monter une équipe pluri-professionnelle. Le paiement sera annualisé par patient. Pour les établissements ex-Dotation Globale (DG), le financement est de 375 euros en stade 4 de la maladie rénale et 575 euros en stade 5, par patient. Pour les ex-objectifs quantifiés nationaux (OQN), le financement est respectivement de 270 euros et 370 euros. Le projet de financement des pathologies chroniques devait être développé pour le diabète en janvier 2020.

Pour finir, comme vu, les programmes doivent suivre un cahier des charges lorsqu'ils se déclarent à l'ARS. Cependant, ce cahier des charges peut rendre la mise en place de programme et la pratique compliquées et chronophages. Les documents sont réalisés par chaque programme de manière hétérogène. Pour aider les programmes dans ces démarches de qualité, un kit comprenant l'ensemble des documents et facilitant le retour ARS, permettrait de soulager le travail de coordination de chaque programme. Des groupes de travail au sein d'un GHT coordonné par l'ARS permettraient d'harmoniser les pratiques.

2. Conclusion

Ces études ont permis de montrer à la fois les limites de l'ETP tels que les limites financières et humaines mais aussi l'importance de cette activité dans le parcours de soin du patient et la nécessité de sa pérennisation. En effet, l'ETP doit s'adapter d'avantage au patient par des ateliers modulables selon les impératifs du patient, par la création d'ateliers en distanciel ou d'ateliers de proximité avec les professionnels de ville, et aux besoins du patient par la diversification des intervenants. Pour cela, une valorisation de cette activité est nécessaire sur

le plan financier et sur sa visibilité au sein de la société, permettant sa pérennisation et son développement pour aboutir à une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité.

Ces activités de pharmacie clinique permettent de valoriser le travail du pharmacien, hospitalier et de ville, et le mettent au cœur de manière durable dans le parcours de soin pluridisciplinaire du patient.

Bibliographie – Partie 4

1. Margat A, Giacomelli M, Hemon Y, Lombrail P, Gagnayre R. Évaluation quadriennale des programmes d'ETP en Île-de-France : un moyen de pilotage régional. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* [Internet]. 2018;10(2):20205. [Consulté le 10 déc. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2018/02/tpe180005/tpe180005.html>
2. Cohen J-D, Derzko F-X, Tribonnière X de la, Verdaguer V, Morin A. Enquêtes sur un état des lieux de la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans un CHU : pour une dynamisation de l'ETP. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* [Internet]. 2020;12(1):10201. [Consulté le 10 déc. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2020/01/tpe200015/tpe200015.html>
3. Lavenu. L'optimisation du lien Ville-Hôpital et la coordination des parcours de santé. L'exemple du CH de Fécamp [Internet]. 2018. [Consulté le 10 dec. 2021] Disponible sur : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/edh/Gilles%20LAVENU.pdf>
4. Ayav C, Simon A, Kessler M. Parcours mixte ville-hôpital pour un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie rénale polykystique héréditaire (Edu'Pol) : une approche innovante. *Néphrologie Thérapeutique* [Internet]. 2019;15(5):352. [Consulté le 10 dec. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S176972551930389X>
5. Desbureaux B, Gaultier S, Moysan L, Monguillon P, Leblanc A. Retour sur les premières années d'existence d'un programme d'Éducation Thérapeutique de Patients parkinsoniens de novo (Educ Ton Park) : avantages et inconvénients d'une collaboration ville-hôpital. *Rev Neurol (Paris)* [Internet]. 2020;176:S92-3. [Consulté le 10 dec. 2021] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378720302678>
6. Lafitte P, Scarlatescu M, Baillet C, Tribonnière X de la. Pertinence de la création d'une unité transversale d'éducation du patient au sein d'un GHT. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* [Internet]. 2020;12(1):10501. [Consulté le 10 dec. 2021] Disponible sur : <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2020/01/tpe180020/tpe180020.html>
7. Le Chevalier A, Delorme C, Clarisse B, Bignon R, Bisson C, et al. Éducation thérapeutique et douleur liée au cancer, l'expérience régionale du programme EFFADOL : stratégie, déploiement, freins et leviers. *Douleurs Éval - Diagn - Trait* [Internet]. 2021;22(3):117-27. [Consulté le 15 janv. 2022] Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568721000603>

8. Ministère des solidarités et de la sante. Mise en œuvre des premiers forfaits « pathologies chroniques » et impact sur les systèmes d'information hospitaliers [Internet]. 2019. [Consulté le 10 dec. 2021] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2019-10-08_reunion_editeurs_-_presentation_paiement_au_suivi.pdf

Annexes

Annexe 1 :



Feedback from a French region on the use of e - Therapeutic Patient Education during the health crisis: high-speed interviews!

Labbe. E¹; Grasmuck. C¹; Perdriel. A¹; Benoist. H¹
¹ Pharmacie, CH Falaise, 14700 Boulevard des Bercagnes, France



4CPS-227

Introduction



Coronavirus Disease-19 (COVID-19) pandemic impact:

- Not regular follow-ups for patients with chronic diseases
- Strongly impacted organization of cares



New digital health care such as e-Therapeutic Patient Education (e-TPE), allowed to maintain the continuity of these patients care.

Objective

- Assess how TPE programs have adapted during the lockdown due to COVID 19 pandemic
- Evaluate the establishment of e-TPE

Method

A online survey was conducted in a French region : Normandy



February 2021



180 TPE program coordinators



21 questions

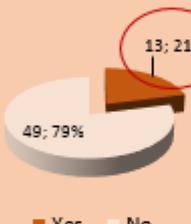


- ✓ Information of TPE programs
- ✓ Adaptation of the sessions
- ✓ The implementation of the e-TPE

Results

A total of 62 questionnaires were collected corresponding to 80 TPE programs

ETP programs during 1st lockdown



49; 79%
13; 21%

■ Yes ■ No

Advantages stated by healthcare professionals



- Easy access - limited travel
- Maintenance of link
- Adaptation of patients' organizational

Adaptation of TPE programs

↓

e-TPE sessions

↓

Tools ?

↓

Video-conferences

↓

Internet platforms

"app'e-sante" / "Mydiabby"

Drawbacks stated by healthcare professionals



- The lack of interaction between healthcare professionals and the patient
- Internet connection issues

Conclusion

Development of e-TPE :

- Allow the decompartmentalization of the ambulatory patients care
- Satisfy the patients and healthcare professionals
- Provide a digital tool at the service of the Clinical Pharmacist to achieve his mission of health promotion

26th EAHP Congress, Vienna, Austria, 23-25 march 2022

Annexe 2 :

Pour contacter l'hôpital de Falaise

Accueil de l'hôpital de Falaise :
[REDACTED]

Service d'éducation thérapeutique de :
[REDACTED]

Cardiologie
[REDACTED]

Diabétologie
[REDACTED]

Votre séance est prévue le
.../.../... à ...h...

Durée : 1h – 1h30

Avant de vous rendre à votre séance :
Passez vous enregistrer au bureau des entrées de l'hôpital

Pour votre séance, merci d'apporter :

- Ordonnance(s) des médicaments
- Derniers bilans sanguins
- Carnet de suivi glycémique
- Lecteur glycémique

Education thérapeutique du patient

Qu'est que c'est ?
Une démarche, des besoins, des attentes

Pourquoi y participer ?
Etre plus autonome , apprendre à mieux vivre avec sa maladie

Comment ça marche ?
Rencontre avec un soignant éducateur et réalisation d'un bilan des besoins

Par qui ?
Des professionnels de santé, des patients intervenants et des acteurs associatifs formés à l'ETP

Comprendre sa maladie	Comprendre son traitement	Comprendre son hygiène de vie
<p>D'où vient ma maladie ? </p> <p>Pourquoi dois-je prendre des médicaments ?</p> <p>Ai-je un rôle à jouer ?</p> <p>Que dois-je faire ?</p>	<p>A quoi sert-il ? </p> <p>Quels sont les effets indésirables ?</p> <p>Quand dois-je le prendre ?</p> <p>Existe-t-il des interactions avec mon traitement et/ou mon alimentation ?</p> <p>Si j'oublie mon traitement , que dois-je faire ?</p>	<p>Ai-je le droit de manger de tout ? </p> <p>C'est quoi un régime ?</p> <p>C'est quoi l'intérêt pour ma santé ?</p> <p>Mes activités physiques sont-elles adaptées à ma santé ?</p> <p>Combien de fois par semaine dois-je faire de l'activité physique ?</p>



Centre Hospitalier de Falaise

Boulevard des Bercagnes – CS 60038 – 14700 FALAISE
Tel : 02.31.40.40.40 – Fax : 02.31.40.41.40

PAPA.DA.032 V3- 12/2020

CONSENTEMENT A L'ENGAGEMENT DANS UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Ce document vous informe des modalités de votre prise en charge pendant le programme d'éducation thérapeutique que vous allez définir avec l'équipe d'éducation thérapeutique du Centre Hospitalier de Falaise.

La mise en œuvre de ce programme d'éducation thérapeutique ne se fera qu'avec votre consentement libre et éclairé, et vous aurez à tout moment la possibilité d'interrompre la prise en charge ou de la différer si vous le souhaitez.

Madame, Monsieur,

Notre équipe vous propose de participer à un programme d'éducation thérapeutique.

Au cours de ce programme, nous vous accorderons des temps d'échanges et de rencontre privilégiés, au cours desquels nous aborderons votre parcours de vie, vos attentes, vos interrogations et votre ressenti face à la maladie chronique.

La confidentialité des informations vous concernant est garantie par l'ensemble des intervenants.

Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement, à l'oubli et le droit à la portabilité des données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Ensemble nous élaborerons un programme personnalisé d'actions portant sur les connaissances prioritaires à acquérir et sur votre participation aux activités proposées qui pourront comprendre les rencontres individuelles et / ou des ateliers collectifs.

Au cours de ce partenariat, notre objectif est de vous aider à mieux appréhender votre état global de santé et d'améliorer votre qualité de vie.

Nous sommes à votre écoute pour mieux répondre à vos besoins, n'hésitez pas à rencontrer les membres de notre équipe et à les solliciter.

Je soussigné(e) (Nom et prénom du participant)

accepte librement et volontairement de participer à un Programme d'Education Thérapeutique après avoir lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que mes données personnelles qui se rapportent au programme puissent être accessibles aux responsables du programme et éventuellement aux autorités de santé. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

Fait à

Le

Signature du participant

Annexe 4 :



CENTRE HOSPITALIER DE FALAISE
 Boulevard des Bercagnes, BP59, 14700 FALAISE
 Téléphone : 02 31 40 40 40
 Code FINESS : 140000118



BILAN EDUCATIF

Date :

Patient : Date de naissance : Adresse : Téléphone : Adresse mail : Plage horaires souhaitée pour contact :	Personne à prévenir : Médecin Traitant : IDE : Cardiologue : Diabétologue : Autre :
Prise en charge : <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Sécurité Sociale <input type="checkbox"/> Mutuelle <input type="checkbox"/> Tutelle ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
DIMENSION SOCIO-PROFESSIONNELLE	
Profession : <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Sans profession Horaires de travail :	Loisirs : Activité physique : Autonome : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moyens de transport : <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Famille / Ami <input type="checkbox"/> En commun Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf Nombre d'enfants : Enfants à charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Plain-pied <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Etage <input type="checkbox"/> Chez les enfants <input type="checkbox"/> Milieu urbain <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Maison de retraite <input type="checkbox"/> Milieu rural <input type="checkbox"/> Intérieur <input type="checkbox"/> Foyer Logement <input type="checkbox"/> Extérieur <input type="checkbox"/> Autre :	Personnes ressources <input type="checkbox"/> Familiales / Amis <input type="checkbox"/> Soignantes : <input type="checkbox"/> Service à domicile : <input type="checkbox"/> Téléalarmes : <input type="checkbox"/> IDE Libéral : <input type="checkbox"/> Pharmacie de référence : <input type="checkbox"/> Autres :
Entourage :	



CENTRE HOSPITALIER DE FALAISE
 Boulevard des Bercagnes, BP59, 14700 FALAISE
 Téléphone : 02 31 40 40 40
 Code FINESS : 140000118



<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Animaux	
DIMENSION BIOLOGIQUE	
Adressé par : Motif : Pathologie : <input type="checkbox"/> Intervention cardiaque. Date : <input type="checkbox"/> Pontage. Date : <input type="checkbox"/> Stent. Date : <input type="checkbox"/> Diabète Type 1. Depuis : <input type="checkbox"/> Diabète Type 2. Depuis : <input type="checkbox"/> Diabète cortico-induit. Depuis : <input type="checkbox"/> DIR. Depuis : Antécédents : Allergies :	Facteurs de risques : <input type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/> Diabète familial <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Sédentarité <input type="checkbox"/> Insulinorésistance <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Contraception orale <input type="checkbox"/> Bébé > 4 kg <input type="checkbox"/> Alcoolisme <input type="checkbox"/> Alimentation déséquilibrée Traitements : Handicaps : <input type="checkbox"/> Moteur <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Visuel



PARAMETRES	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat
Poids					
Taille					
IMC					
TA					
Pouls					
Cédèmes					
SUIVI MEDICAL	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat
- Cardiologue					
- Néphrologue					
- Ophtalmologue					
- Pneumologue					
- Podologue					
- Doppler artériel des MI					
- Doppler veineux des MI					
- Doppler des TSA					
- ECG					
- Echographie cardiaque					
- Epreuve d'effort					
BILAN BIOLOGIQUE	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat	Date/résultat
- INR					
- Créat					
- MDRD					
- FDG					
- Cholestérol total					
- HDL					
- LDL					
- Rapport cholestérol/HDL					
- Triglycérides					
- Glycémie					
- HbA1c					
- Microalbuminurie					



- Ferritine					
- GCT					
- GOT					
- GPT					
- Vit D					
- TSH					
DIMENSION DIETETIQUE					
Diététique / Restriction alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans sucre <input type="checkbox"/> Sans graisses saturée <input type="checkbox"/> Sans sel <input type="checkbox"/> Autres :			Qui prépare les repas à la maison ? <input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre :		
Avez-vous déjà eu des informations diététiques ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Qui fait les courses ? <input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre :		
DIMENSION PSYCHO-AFFECTIVE					
Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre :			Acquisitions : <input type="checkbox"/> Lecture <input type="checkbox"/> Ecriture		
Connaissances : Sur la maladie : Sur la thérapeutique : Qui prépare les médicaments ? <input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre : Qui réalise les injections ? <input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre : Qui va chercher les médicaments à la pharmacie ?			Stade d'acceptation de la maladie : <input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Déné <input type="checkbox"/> Révolte <input type="checkbox"/> Résignation <input type="checkbox"/> Marchandage <input type="checkbox"/> Acceptation Motivations pour l'ETP : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Refus		



CENTRE HOSPITALIER DE FALAISE
Boulevard des Bercagnes, BP59, 14700 FALAISE
Téléphone : 02 31 40 40 40
Code FINESS : 140000118



<input type="checkbox"/> Patient(e) <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre :			
Utilisation d'un pilulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Type d'éducation actuelle : Autre éducation souhaitée (tabaco, cardio, diététique...) : IDE référente : Souhait suivi par Planeth Patient : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Commentaire :	
Projet personnel :			
DATE :		Intervenants :	Date :
			Signature :

Annexe 5 :

	PARCOURS PATIENT	PAPA.ENR.009
EDUCATION THERAPEUTIQUE	Fiche d'atteinte des objectifs Atelier d'éducation thérapeutique DIABETE	Version 2 03/12/2020
		Page 1/1

DIABETE

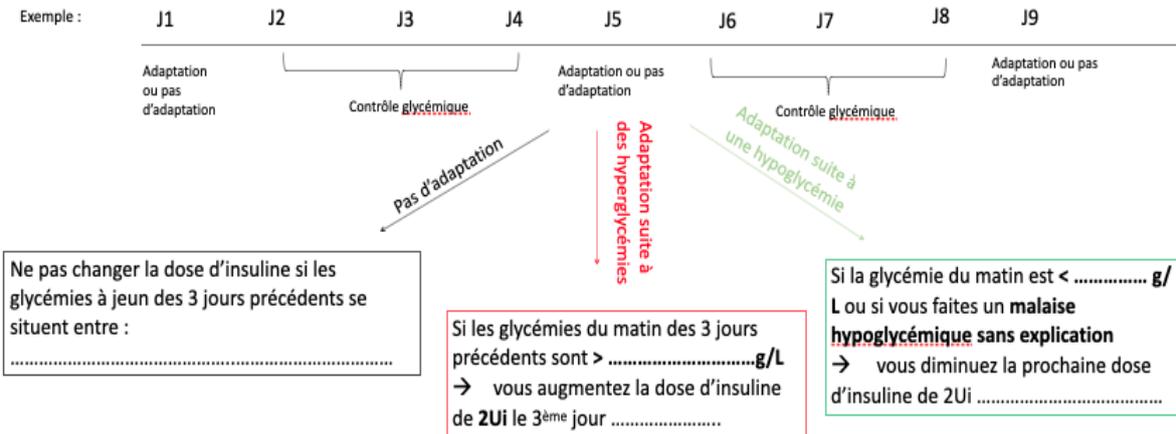
OBJECTIFS	Avant éducation	Après éducation	Non applicable	Observations
Connaitre le nom du médicament	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre le schéma thérapeutique (dose, heure)	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre l'indication du médicament	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre le suivi biologique (glycémie, Hb1Ac)	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre le rôle du médicament	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre les signes d'hypoglycémie	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre le signe d'acidose lactique	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Conduite à tenir en cas de signes d'alertes	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre la conduite à tenir en cas d'oubli	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre le risque des interactions médicamenteuses en cas d'automédication et avec les autres traitements	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	
Connaitre les interactions alimentaires	Choisissez un élément.	Choisissez un élément.	<input type="checkbox"/>	

Annexe 6 :

Comment adapter votre dose d'insuline ?

Votre insuline est une lente 🍷 appelée

- L'adaptation de la dose d'insuline se fait sur :
les glycémies à jeun ~~de~~ des trois jours précédents, tous les 3 jours



Comment adapter votre dose d'insuline ?

Votre insuline est une lente, appelée

- L'adaptation de la dose d'insuline se fait sur les glycémies à jeun des trois jours précédents, tous les 3 jours
- Vous ne changez pas la dose d'insuline si les glycémies à jeun des 3 jours précédents se situent entre :
.....

En revanche :

- Si les glycémies du matin des 3 jours précédents sont supérieures àg/L, vous augmentez la dose d'insuline de 2Ui le 3^{ème} jour
- Si la glycémie du matin est inférieure à g/L ou si vous faites un malaise hypoglycémique sans explication : vous diminuez la prochaine dose d'insuline de 2Ui

Annexe 7 :

JE PEUX AGIR SUR MON DIABETE !

UN TRAITEMENT QUI S'ADAPTE

- Le traitement unique n'existe pas !
- Faire un bilan régulier avec un médecin permet de réévaluer les traitements pour adapter et renforcer leur efficacité
- Des conseils de bon usage adaptés permettent d'organiser le traitement en fonction de mon mode de vie
 - En parler à mon médecin ou pharmacien

Mon objectif glycémique :

Mon objectif d'hémoglobine glyquée(HbA1c)

EN PLUS DE MON ANTIDIABÉTIQUE ORAL JE PEUX :

Pratiquer une activité physique :

- ✓ Régulière : au moins 30 minutes de marche rapide par jour
- ✓ Adaptée à mon profil
- ✓ En respectant quelques règles simples

➤ Demander conseil à mon médecin afin d'effectuer un bilan de santé

Agir sur mon alimentation :

- ✓ Aucun aliment n'est strictement interdit
- ✓ L'alimentation doit être variée, équilibrée et régulière
- ✓ Les menus doivent être composés avec des aliments de chaque groupe (eau, fruits et légumes, féculents...)

ATTENTION AUX INTERACTIONS !

Certains médicaments peuvent perturber le contrôle de la glycémie et interagir avec les antidiabétiques oraux :

- Des médicaments peuvent augmenter la glycémie
- D'autres médicaments peuvent au contraire diminuer la glycémie

➤ En règle générale, ne pas prendre de nouveaux médicaments sans en informer mon médecin, pharmacien ou infirmier.

MESSAGE POUR LES AIDANTS ET/OU SOIGNANTS

- ✓ Surveillez les signes d'hypo ou d'hyperglycémie (fatigue, fréquence des mictions, soif, chutes, déshydratation).
- ✓ Redoublez de vigilance avec les personnes âgées qui ressentent moins la soif par exemple.

MES NOTES

Je parle à mon médecin, pharmacien ou infirmier, de mon traitement et des effets indésirables.

Version 1.0 janvier 2020

MON MÉDECIN M'A PRESCRIT UN ANTIDIABÉTIQUE ORAL

COMMENT BIEN PRENDRE MON TRAITEMENT ?

	Famille	Exemples	Conseils de prise
Lequel ? <small>*liste non exhaustive</small>	<input type="checkbox"/> Biguanides	Metformine	En milieu ou fin de repas
	<input type="checkbox"/> Sulfamides hypoglycémiant	Glibenclamide Gliclazide Glimépiride	Au début du repas → Je ne prends pas ce traitement si je saute un repas
	<input type="checkbox"/> Glinides	Répaglinide	
	<input type="checkbox"/> Gliptines	Sitagliptine Vildagliptine	Au cours ou en dehors d'un repas
	<input type="checkbox"/> Inhibiteurs d'alpha-glucosidase	Acarbose	Au début du repas

Je me renseigne auprès de mon médecin pour intégrer un programme d'éducation thérapeutique

Je n'arrête pas et je ne modifie pas mon traitement sans en avoir informé un professionnel de santé.

MON TRAITEMENT PEUT ENTRAINER LES EFFETS INDÉSIRABLES SUIVANTS :

Famille	Hypo-glycémie	Troubles digestifs (diarrhée, ballonnements, mal d'estomac, nausées...)	Autres
<input type="checkbox"/> Biguanides	+ (rare)	+++ (fréquent) En début de traitement	Acidose lactique
<input type="checkbox"/> Sulfamides hypoglycémiant	+++ (fréquent)		
<input type="checkbox"/> Glinides	+++ (fréquent)	+ (rare)	
<input type="checkbox"/> Gliptines	+ (rare)		Maux d'estomac, œdèmes périphériques
<input type="checkbox"/> Inhibiteurs d'alpha-glucosidase	+ (rare)	+++ (rare) En début de traitement	

Hypoglycémie

Les symptômes diffèrent selon la personne, l'âge, le médicament :

sueurs, tremblements, palpitations, fringale, troubles de la vision, vertiges, troubles de la concentration, fatigue/faiblesse, confusion...

- ✓ J'ai toujours du sucre sur moi.
- ✓ Je connais la conduite à tenir et je traite immédiatement : avec 1 verre de jus de fruit par exemple, glucagon
- ✓ Je comprends les causes et les circonstances de survenue.

Acidose lactique

Fatigue, nausées, vomissements, douleurs abdominales, perte de poids soudaine...

Si j'éprouve ces symptômes sans amélioration apparente: j'en informe immédiatement mon médecin.

Annexe 8 :

ETP Diabétologie – MODE D'EMPLOI

Documents ETP diabétologie :

L'ensemble des documents pour la pratique de l'ETP est présents dans le dossier commun ETP → ETP diabéto. Ce dossier est uniquement accessible par les personnes pratiquant de l'ETP (accès restreint).

Ce dossier doit être présent sur le bureau Easily – si ce n'est pas le cas : appeler l'informatique ou faire un blue medi.

- Les relevés de données annuels/quadriennaux, les rendus ARS et les dossiers ARS sont rangés dans les années correspondantes (cf mode emploi tableau d'activité). Ces tableaux permettent de calculer et de rendre le compte rendu de nos activités d'ETP à l'ARS (obligatoire).
- Le dossier « Outils – Supports » comporte tous les supports ou outils pouvant être utilisés durant les ateliers d'ETP.

Le consentement du patient et le questionnaire de satisfaction sont commun à tous les programmes et sont disponibles dans le Dossier commun ETP.

Outils et Supports

La « fiche pour remplir le tableau des données ETP » permet de remplir à posteriori le tableau d'activité.

Supports

- Evaluation des acquis sécuritaires à faire remplir par le patient avant et après la séance. Elle permet de déterminer les compétences acquises et celles à approfondir (en cours de rédaction).
- Fiche d'atteinte des objectifs. (en cours et sera informatisée sur easily)

Outils

- « 50 petites astuces pour manger mieux et plus bouger » : il s'agit d'un livret donné aux patients par les diététiciens. Disponible en PDF mais il est aussi possible de le commander sur Santé Publique France quand le stock est épuisé : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/50-petites-astuces-pour-manger-mieux-et-bouger-plus>

Possibilité de commander 100 livrets à chaque fois – gratuitement – livrés en moins d'une semaine directement à la pharmacie pour [REDACTED].

Chemin : Cliquer sur le lien → commander → mettre les identifiants → sélectionner [REDACTED] → pour trouver les fascicules : dans catalogue produits (à gauche) choisir Nutrition puis Brochure → dans quantité en face du « 50 petites astuces pour manger mieux et plus bouger » indiquer 100 puis ajouter au panier. Les coordonnées de livraison sont normalement pré-remplies si ce n'est pas le cas :

Revoir

The screenshot shows a patient information form with the following fields:

Nom	EDMON
Prénom	HERBERT
Adresse	123 RUE DE LA PAIX
Code postal	75001
Ville	PARIS
Pays	FRANCE
Téléphone	01 23 45 67 89
Email	herbert@edmon.fr
Sexe	M
Service	DIABÈTE
Service Contact	DIABÈTE

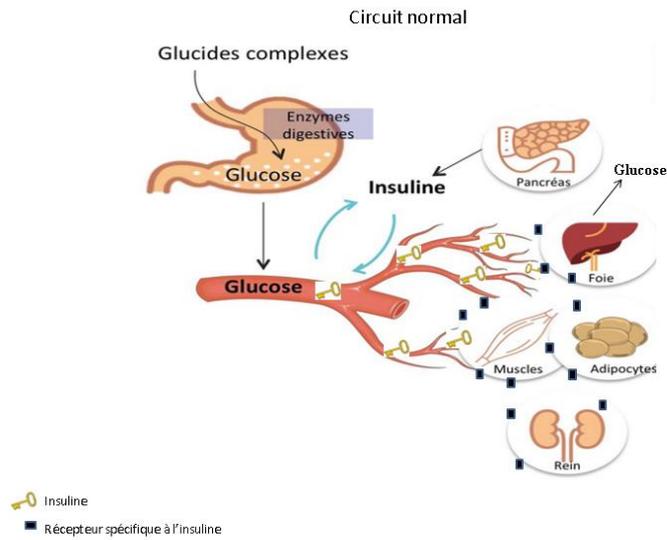
Buttons: [Retour](#) [Imprimer](#)

Une fois, les fiches reçues, les transmettre à l'IDE ou au diététicien.

- « Comment adapter la dose d'insuline – ETP Diabète » est une fiche utilisée par l'IDE pour expliquer aux patients les adaptations à faire par rapport à leur glycémie. *Possibilité de l'imprimer en couleur si besoin.* *
- Fiche patient « ADO » et « diabète gestationnel » sont données par l'IDE à la fin d'une séance en fonction des besoins du patient. *Impression en couleur.* *
- Flyer ETP : Brochure faite pour être donnée par le médecin ou par le secrétariat au moment de la prise du rendez-vous, permettant d'expliquer au patient les grandes lignes de l'ETP et de se poser des questions auxquelles l'ETP répondra. *Impression en couleur.* *

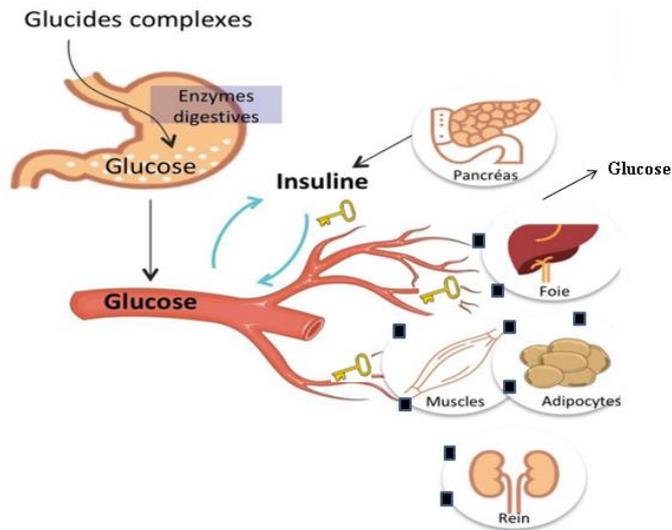
Documents présents dans le classeur ETP – diabétologie (et dans le Dossier-Commun-ETP) :

- Supports ETP Diabète ADO – Insuline : ils reprennent toutes les informations sur les familles de traitement du diabète. Il sert de support pour l'entretien pharmaceutique. *Ils ne sont pas à lire pendant l'atelier mais sert d'aide, ce ne sont que des feuilles de route.*
- Tableaux des insulines
- Outils « circuit glycémique » : (plastifié et en couleur) :
 - o Recto : circuit glycémique normal – il permet d'expliquer de manière très simplifiée le fonctionnement du circuit glycémique dans le corps.
 - « Lors d'un repas, il y a des glucides complexes dans nos aliments qui sont grâce aux enzymes digestives transformés en glucose. Le glucose/sucre va être absorbé dans le sang. Les clés représentent l'insuline. Elle est produite par le pancréas. L'insuline va permettre de faire rentrer le glucose dans les différents organes en se connectant aux récepteurs (ou portes). Car les organes tel que le cerveau, les reins, le cœur, (donner des exemples) ont besoins de sucre pour fonctionner correctement. »



- Verso : circuit glycémique en cas de diabète – il permet d’illustrer les conséquences du diabète et sera le support pour les transparents des mécanismes d’actions des médicaments.
 - « Dans le cas du diabète de type II, le problème est que le pancréas fournit moins d’insuline et il y a aussi moins de récepteurs au niveau des différents organes. Donc le sucre au lieu d’aller dans les organes va s’accumuler au niveau du sang. Une des conséquences que vous avez pu ressentir lors de la découverte de votre diabète est le besoin d’uriner fréquemment et la soif. Notre corps a besoin d’un certain équilibre et vu que le sucre s’accumule au niveau de la circulation sanguine, il a besoin de l’éliminer donc il va l’éliminer par les reins mais pour l’éliminer il a aussi besoin d’eau. Donc vous perdez à la fois du sucre mais aussi de l’eau et donc vous avez soif. (Possibilité de prendre d’autres exemples : comme les complications au niveau des yeux dues à la saturation en glucose, ou autre...)

En cas de diabète de type II

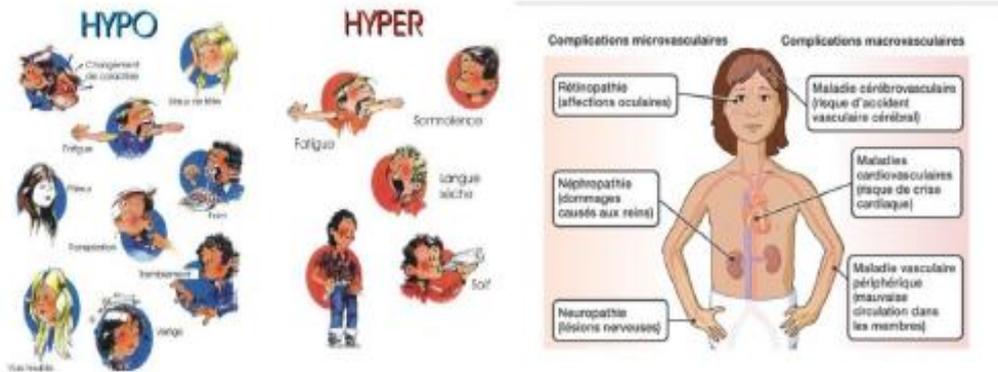


■ Récepteur spécifique à l'insuline

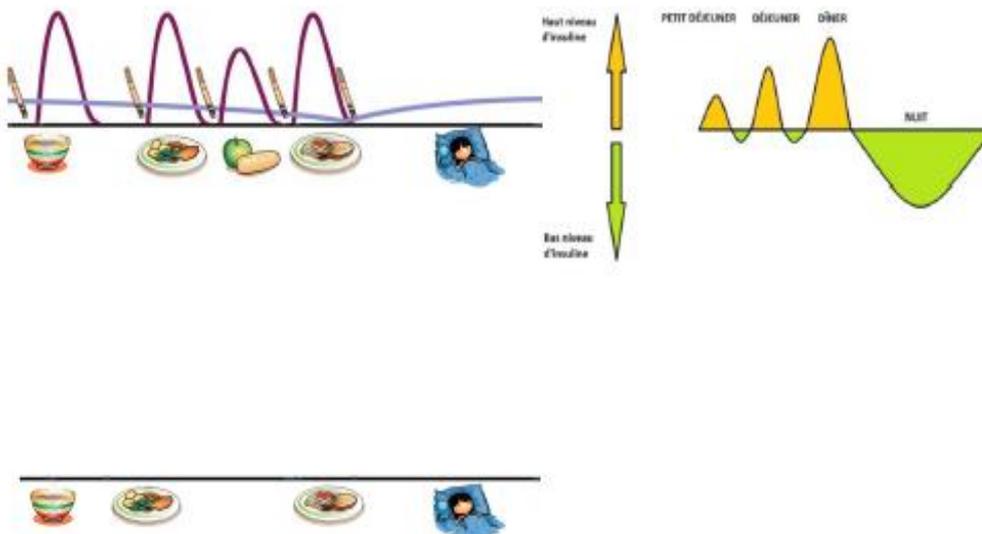
- Chaque classe de médicament est représentée par un transparent et permet de manière simplifiée de montrer leur mécanisme d'action. Sélectionner ceux que le patient a.
 - Biguanides : « action sur la production du glucose par le foie qui permet de diminuer le sucre dans le corps et d'augmenter du nombre de récepteur et donc d'augmenter la sensibilité des organes à l'insuline. Il n'y a pas de risque d'hypoglycémie avec ce médicament mais il est quand même conseillé de le prendre en mangeant pour éviter les troubles digestifs [...] »
 - Sulfamide-Glinide : « ils vont stimuler le pancréas et permettre la production d'insuline. Un trop plein d'insuline sans manger peut causer des hypoglycémies, il est donc impératif de manger quand il y a une prise de (nom de leur médicament) [...] »
 - Incrétinomimétiques : « ils vont stimuler le pancréas et permettre la production d'insuline. Ils vont aussi diminuer l'absorption du glucose lors de repas et donc engendre une diminution de glucose dans le sang. Ils vont avoir une action au niveau cérébral, vous pourrez ressentir une sensation de satiété plus rapidement et une diminution de la faim [...] »
 - Alpha-glucosidases : « ils vont diminuer le passage des glucides complexes au glucose et diminuer l'absorption du glucose, ils sont donc à prendre en mangeant. [...] »
 - Gliflozines : « Ils vont diminuer le glucose dans le sang par diminution de la réabsorption du glucose et par une augmentation de l'élimination du glucose dans les urines. Avec ce médicament, vous irez sûrement un peu plus aux toilettes mais c'est normal. Et il y aussi des risques de mycose ou d'infection urinaire car les bactéries aiment le sucre. Il faut juste être vigilant. [...] »
 - Insulines : « avec les injections d'insuline vous allez tout simplement ajouter de l'insuline dans votre corps. Les différentes insulines sont dues à la durée

d'action lente, rapide, intermédiaire (normalement cela a déjà été expliqué par l'IDE). [...] »

- o A la fin de l'explication du mécanisme d'action de chaque médicament de manière individuelle, vous pouvez les rassembler pour montrer les avantages, la complémentarité de l'association des médicaments.
- Fiche plastifiée en couleur : Hypo-Hyperglycémie et Complications. Permet d'illustrer les propos pour les patients qui viennent de commencer l'ETP.



- Schéma thérapeutique de l'insuline : différents types de schéma. Peuvent être utilisés pour expliquer l'insuline lente/rapide/intermédiaire. Mais aussi un vierge pour tester si le patient a bien compris la différence en écrivant dessus.



- Jeu indication-médicament : pour ce jeu, il faut récupérer la liste des médicaments du patient avant la séance (soit par cristal net soit par Easily**). Puis prendre les cartes médicaments représentées par les boîtes et les cartes indications représentées par des images. Tous les médicaments ne sont pas présents. Vous pouvez retrouver le tableau du jeu dans « Documentation pharmacie – ETP – A imprimer en couleur – Image médicament indication jeu ». Ce fichier est à agrémenter au fur et à mesure des ateliers d’ETP. Pour éviter de gaspiller : *Imprimer en couleur seulement quand les pages sont pleines*/ Si besoin de nouveau médicament imprimer en noir-blanc à la pharmacie en attendant.*

Séance pharmacie ETP diabétologie.

Identification des patients en HDJ :

Définition de HDJ Pluridisciplinaire : nous proposons aux patients des séances d’HDJ pluridisciplinaire c’est-à-dire, que sur une demi-journée, le patient voit plusieurs professionnels de santé. Ils doivent au moins rester 3h sur site.

Pour être considérée comme une HDJ Pluridisciplinaire (HDJP), il faut que le patient soit vu par au moins 3 intervenants. Pour une HDJP à 3, le prix de facturation pour l’hôpital est de 326 € et 583 € si HDJ à 4. De plus, le patient dans une HDJ ne paie pas le diététicien (hors HDJ coût entre 15-23 €)

En diabétologie : le patient voit le diabétologue et l’infirmière à chaque fois. Le lundi, mardi et jeudi, le diététicien est présent.

Les pharmaciens peuvent aussi être appelés à participer aux séances en fonction des besoins du patient.

Les patients en HDJP sont identifiés sur le planning easily de l’IDE en Rose et il est indiqué s’il y a besoin de la présence du pharmacien. Cependant cela peut être amené à changer en cours de séance. En effet, un patient prévu pour être vu par un pharmacien peut ne pas l’être (manque de temps ou autre) et un patient non prévu peut être vu en cas de besoin → la pharmacie s’adapte

Pour remplir le CR de la séance : Noter sur une feuille, les points abordés pendant la séance et le transmettre à l’IDE. *Nb : les phrases types sont pré remplies dans le CR et la secrétaire de diabétologie sélectionnera celles indiquées : Partie pharmacie*

Choisissez un élément. a pu bénéficier d’une éducation thérapeutique pharmaceutique avec
Choisissez un élément. Choisissez un élément. sur :

Les points vus sont :

- Connaissances et indications de ses traitements personnels à partir d’un jeu éducatif
- Représentation schématique du circuit normal de la glycémie et mécanisme d’action du traitement par ADO/analogues du GLP1/ insuline et intérêt d’associations de médicament.
- Représentation schématique des différences entre insuline rapide et lente
- Information sur le bon usage de ses médicaments
- Bilan sur la compréhension de son traitement et l’observance du patient :

Déroulement

En général, l'IDE appelle à la fin de leur séance (5-10minutes avant), laissant le temps de se renseigner sur le patient. Ce qui permet de venir juste pour faire sa séance. Elle dure en moyenne 30minutes.

La majorité des patients sont au moins sous insuline.

Séance atelier pharmacie :

- « Bonjour, je me présente je m'appelle (prénom), je suis interne/préparateur/pharmacien et je viens vous parler de vos médicaments. Est-ce que vous avez votre ordonnance sur vous ? (Permet de comparer avec les médicaments préalablement récupérés dans le dossier patient)
- « Pouvez-vous m'indiquer à quoi sert chaque médicament ? Soit à partir du jeu des indications-médicaments soit directement à partir de l'ordonnance (s'il vous manque des cartes). Cela peut aussi permettre de parler des schémas de prise et de voir si le patient est observant.
- « Vous a-t-on déjà expliqué comment marche la glycémie ? La raison de votre diabète ? (souvent la réponse est non ou oui mais ne s'en souvient plus) → présenter l'outil circuit glycémique (cf- mode emploi)
- « Comment conservez-vous vos insulines ? En fonction de la réponse rappel sur la conservation et expliquer :
 - Pour les insulines non ouvertes : « Jamais dans la porte du frigo car à force d'ouvrir et de fermer, il y a des variations de température. Pas dans le bac à légume car la température risque d'être trop haute ni dans l'étagère la plus en hauteur car risque d'être trop froid. Il faut mieux le conserver au milieu du frigo au niveau de la 2-3^{ème} étagère.
 - Pour les insulines ouvertes : « capuchon remis et à l'abri de la lumière – à température ambiante
 - Petit rappel : toujours sortir en avance les insulines du frigo, ne pas les injecter froides car douloureux
 - En fonction de l'insuline ou incrétinomimétique ; rappeler le temps de conservation à l'extérieur du frigo et bien préciser que si supérieur → à jeter dans les poubelles DASRI jaune fournies par la pharmacie de ville.

Une séance d'ETP n'est jamais identique d'un patient à l'autre. Cela est juste un fils conducteur à adapter aux besoins des patients.

Insuline

Connaitre son médicament.

(voir tableau Insuline)

A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications liées aux diabètes

Mécanisme d'action :

Mécanisme d'action identique. La vitesse est dépendante de la résorption.
Insuline injectée → liaison aux récepteurs spécifiques → action habituelle de l'insuline

Type d'insuline dépend : Vitesse de résorption après injection sous-cutanée

- Rapide (aide l'organisme à assimiler un repas)
- Lente (constitue un plateau d'insulinémie à faible concentration tout au long du nycthémère)

Variabilité inter-individuelle

Association possible :

- Metformine

Utilisation :

- Diabète de type 1 et gestationnel
- Diabète de type 2 en complément des ADO ou des analogues de GLP1

La surveillance :

- Glycémique capillaire
- Pluri-quotidienne
- Effectuée par le patient lui-même
- Modifications instantanées de la posologie de l'insuline si besoin par le patient lui-même

Effets indésirables :

- Hypoglycémie modérée ou sévère
- Lipodystrophie
- Hypokaliémie
- Prise de poids
- Allergie à un des constituants (exceptionnel)

Situations à risque ou déconseillées

Contre-indications : AUCUN

Interaction médicamenteuse

- Médicaments hypoglycémiants (posologie de l'insuline à adapter) :
 - o Majeur : autres antidiabétiques (sulfamides hypoglycémiants, metformine, thiazolidinediones), corticoïdes, autres immunosuppresseurs (cyclosporine, tacrolimus,...)
 - o Mineur : thiazidique, inhibiteurs calciques, oestroprogestatifs, b2-mimétiques
- B-bloquants, salicylates, éthanol, IED, lithium, théophylline, bromocriptine, pentamidine (posologie de l'insuline à adapter parfois)

Règles d'injection :

- Site d'injection : à changer à chaque moment de la journée, à chaque injection (risque de lipodystrophie)
 - Abdomen ; résorption très rapide
 - Bras, épaules : résorption rapide
 - Cuisses, fesses : résorption plus lente
- o Un horaire = un site.
- o Si même site = décaler l'injection de quelques centimètres d'un jour à l'autre
- Flux sanguin augmente : chaleur (soleil, sauna, bain chaud, exercice physique,..)
- Injection intradermique : douleur, mauvaise résorption
- Injection intramusculaire : douleur, résorption accélérée
- SC avec une aiguille de taille adaptée à l'épaisseur du tissu adipeux perpendiculairement à la peau

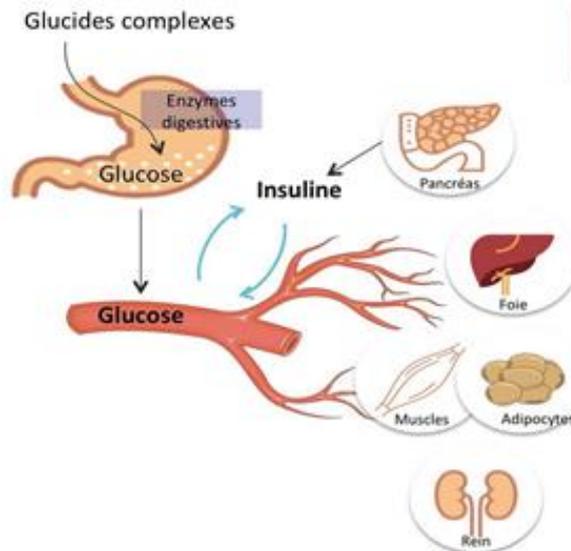
Stockage :

- Si non entamé : au réfrigérateur, au niveau du 1-2^{ème} étage (pas dans le porte ni dans le bac à légume)
- Si entamé : conserver à l'air ambiant <1mois (dépend de la molécule)

Précaution :

- Hypoglycémie :
 - o resucrage (sans excès, un verre de jus de fruit par exemple dans le cas d'une hypoglycémie banale)
 - à l'analyse de la cause de l'hypoglycémie pour la corriger s'il y a lieu
 - puis reprendre le traitement par insuline

SUPPORT ETP DIABETE – INSULINOTHERAPIE



Incrétines (GLP-1, glucagon like peptide et GIP, glucose dependent insulinotropic polypeptide) = hormones intestinales

Action :

- Effets directs sur le pancréas : augmentation de l'insulinosécrétion gluco-dépendante et réduction de la sécrétion de glucagon → diminution de la glycémie post-prandiale
- diminution de la prise alimentaire et ralentissement de la vidange gastrique par une action centrale
- A l'état physiologique, ces incrétines sont très rapidement métabolisées (demi-vie de quelques minutes) par la DPP4.

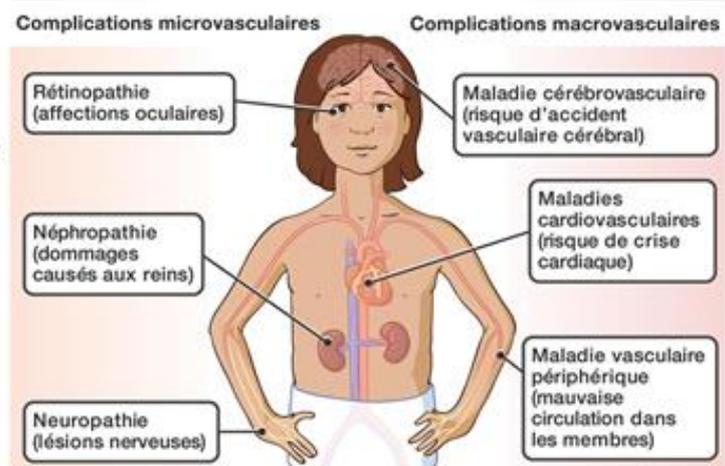
Insulinorésistance = diminution de réponse cellulaire et tissulaire à l'insuline chez les patients diabétiques de type 2 ayant une obésité.

Hb1Ac = Hémoglobine glyquée reflète le niveau glycémique sur les trois derniers mois.

Complication

Microvasculaire (petits vaisseaux)

Macrovasculaire (grands vaisseaux)



Biguanide

Connaitre son médicament.

Metformine (Glucophage, Stagid)

A quoi sert un antidiabétique ?

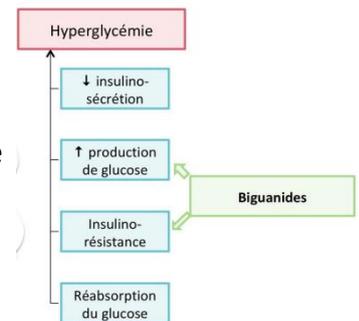
Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

- Améliore la sensibilité à l'insuline = réduction de l'insulinorésistance
- Diminue la production hépatique du glucose.

Association possible :

- + Sulfamides hypoglycémiantes → améliore la sécrétion d'insuline.
- Insuline → action de la metformine est d'améliorer la sensibilité à l'insuline injectée chez les patients insulinorésistants (diabétiques de type 2 obèses), et de diminuer les doses d'insuline nécessaires.



Avantage :

- Diminution de la glycémie
- Réduction de l'HbA1c de l'ordre de 1-2%
- Diminution des complications liées au diabète
- Pas de prise de poids
- Pas d'hypoglycémie

Utilisation :

A privilégier : insulinorésistance, notamment chez les sujets obèses ou en surpoids.

Prise :

2-3 fois par jour – posologie en fonction de la réponse glycémique. Après 10-15 jours de traitement réadaptation de la posologie

Administrée par voie orale au cours ou à la fin d'un repas

La surveillance :

- Hb1Ac : 2-6% (personne âgée : 7-8%)
- Glycémie : 0,7-1g/L

+ Fonction rénale car élimination par voie rénale → risque EI → adaptation de la posologie

Effets indésirables :

- Acidose lactique (rare (si les contre-indications sont respectées) mais potentiellement fatale) → risque d'hospitalisation en unité de soins intensif + épuration extra-rénale
- Troubles gastro-intestinaux (diarrhée, anorexie, nausées, vomissements...) = doses dépendants et peuvent être prévenus par l'augmentation progressive des doses.
- Dysgueusie
- Malabsorption de la vitamine B12 (après un traitement de plusieurs années)

Situations à risque ou déconseillées

Contre-indications : anoxie car risque d'acidose lactique

- Insuffisance rénale terminale (débit de filtration glomérulaire < 30ml/min)
- Pathologie aiguë ou chronique susceptible d'entraîner une hypoxie tissulaire (insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique, infarctus myocardique récent, déshydratation, fièvre, maladie infectieuse évolutive),
- Grossesse
- Alcoolisme chronique
- Anesthésie générale ou opacification intravasculaire

Interaction médicamenteuse

Interruption du traitement :

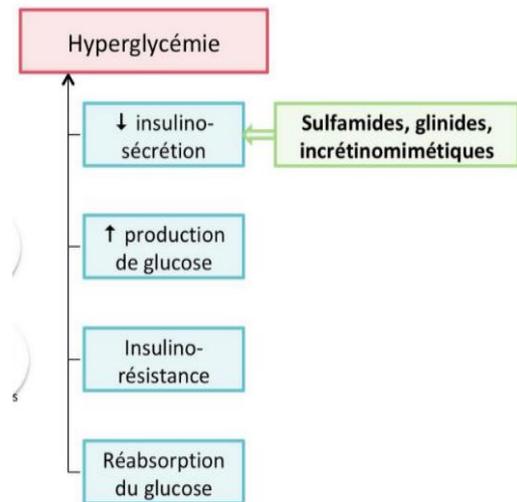
- intervention chirurgicale,
- injection de produits de contraste
- toute autre affection intercurrente susceptible de favoriser la survenue d'une acidose lactique (déshydratation, fièvre ...).

Arrêt du traitement avant ou au moment de l'examen puis repris 48h après à condition que la fonction rénale ait été évaluée et jugée stable.

Sulfamides hypoglycémiantes

Connaitre son médicament.

- Gliclazide
- Glimepiride
- Glipizide
- Glibenclamide



A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

- Stimule la sécrétion d'insuline par les cellules β -pancréatiques.

Association possible :

- + Metformine → améliore la sensibilité.

Avantage :

- Diminution de la glycémie
- Réduction de l'HbA1c de l'ordre de 1%
- Diminution des complications microvasculaires (en particulier rénales)

Utilisation :

- diabète de type 2 en deuxième intention après échec des biguanides, sous forme de bithérapie (metformine+sulfamide hypoglycémiant) ou en monothérapie en cas de contre-indication/intolérance à la metformine.

Pas indiqué : dans les situations où une insulinosécrétion résiduelle est présente (aucun intérêt pour le diabète de type 2 insulino-requerant ou le diabète de type 1 qui nécessitent donc une insulinothérapie).

Prise :

- Gliclazide, Glimepiride, Glipizide : au moment du petit déjeuner, une fois par jour
- Glibenclamide : 2-3 prises par jours avant les principaux repas

Administré par voie orale

En cas d'oubli d'une dose, la dose du lendemain ne doit pas être doublée

Précaution : ne pas sauter de repas

La surveillance :

- Hb1Ac : 2-6% (personne âgée : 7-8%)
- Glycémie : 0,7-1g/L

Effets indésirables :

- Hypoglycémie, en particulier chez les personnes âgées ou dans les situations de jeûne, d'exercice physique important, d'interaction médicamenteuse ou d'association à un autre hypoglycémiant.
- Prise de poids de 2 à 5 kg en moyenne
- Troubles digestifs
- Toxicité hépatique, cytopénies, manifestations cutanées allergiques.

Contre-indications :

- Insuffisances hépatique ou rénale terminales, et en cas d'hypersensibilité.

Interaction médicamenteuse

- Traitement car métabolisation par foie CYP3A4 : Miconazole (voie générale, gel buccal), alcool,...

Automédication : toujours demandez conseil à son médecin ou pharmacien avant prise d'un nouveau médicament, plantes, homéopathie,....

Population à risque de surdosage :

- insuffisants rénaux et hépatiques : en cas d'insuffisance modérée, l'utilisation des sulfamides hypoglycémiants est possible mais doit être prudente
- sujets âgés
- jeûn
- effort physique intense
- association à d'autres hypoglycémiants.

GLINIDES

Connaitre son médicament.

- Repaglinide (apparentés aux sulfamides hypoglycémiantes)

A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

- Stimule la sécrétion d'insuline par les cellules β -pancréatiques.

Association possible :

- + Metformine → améliore la sensibilité.

Avantage :

- amélioration de la glycémie (particulièrement en période post-prandiale)
- baisse d'HbA1c d'environ 1%

Manque de preuve sur la réduction des événements cliniques (tant microvasculaire, que macrovasculaire que sur la survie).

- Métabolisé par le foie → utilisation en cas d'insuffisance rénale sévère 15 à 30 ml/min (en baissant cependant la posologie unitaire)

Utilisation :

- Diabète de type 2 en deuxième intention après échec des biguanides en monothérapie, toujours sous forme de bithérapie (metformine+glinide) notamment en cas de prise alimentaire irrégulière.

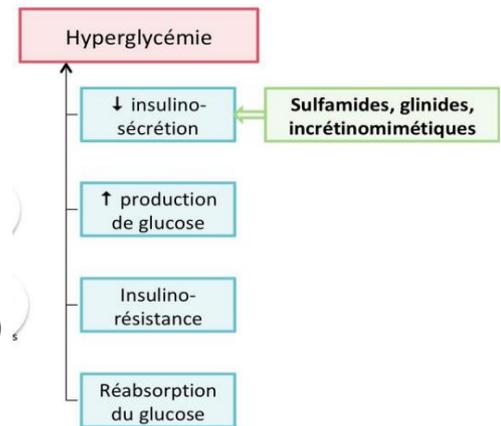
Pas indiqué : dans les situations où une insulinosécrétion résiduelle est présente (aucun intérêt pour le diabète de type 2 insulino-réquant ou le diabète de type 1 qui nécessitent donc une insulinothérapie). Pas en cas de grossesse.

Prise :

Administration par voie orale, à raison de 1 à 3 prises par jour pris avant les repas (15 min avant) pour une action dans les 60 minutes qui suivent.

La surveillance :

- Hb1Ac : 2-6% (personne âgée : 7-8%)
- Glycémie : 0,7-1g/L



Effets indésirables :

- Prudence chez les patients coronariens, car il existe un doute sur une augmentation des accidents coronariens avec cette classe pharmacologique.
- troubles digestifs

Contre-indications :

- Insuffisances hépatiques terminales, et en cas d'hypersensibilité.

Interaction médicamenteuse

- Avec triméthoprim et le gemfibrozil, tous deux étant des inhibiteurs du CYP2C8.

Automédication : toujours demandez conseil à son médecin ou pharmacien avant prise d'un nouveau médicament, plantes, homéopathie,....

Incrétinomimétiques

Connaitre son médicament.

- Agonistes du récepteur au GLP1 (ou analogues au GLP1) : exenatide, liraglutide, dulaglutide
- Inhibiteurs de dipeptidylpeptidase-4 (DPP4), ou « gliptines » : sitagliptine, vildagliptine, saxagliptine, linagliptine

A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

Actions directes sur le pancréas, en augmentant l'insulinosécrétion et en diminuant la sécrétion de glucagon (aboutissant à une baisse de la glycémie post prandiale) et ralentissent d'autre part la vidange gastrique et la prise alimentaire.

Deux approches pharmacologiques différentes :

- agonistes des récepteurs aux incrétones, en particulier du GLP-1
- inhibition de la DPP4 (enzyme responsable de la dégradation des incrétones)

Association possible :

- Avec ADO ou insuline

Avantage :

- Diminue la glycémie et l'HbA1c (environ -1%)
- Réduction des complications micro ou macrovasculaire

Avantages supplémentaires pour l'analogue GLP1 :

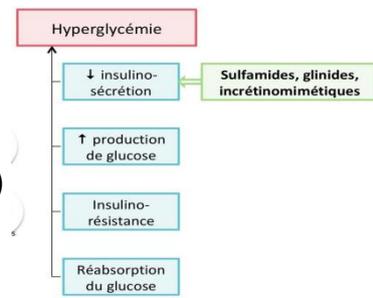
- Perte de poids
- Réduction des évènements et de la mortalité cardiovasculaires (notamment pour le liraglutide)

Prise :

Analogue GLP1 : administration par voie sous-cutanée

- Trulicity (Dulaglutide) : 0.75-1.5mg x1/semaine
- Victoza (Liraglutide) / Xultophy (Liraglutide) : 1x/j
- Exenatide : 2x/j

Gliptines : Administration par voie orale à raison d'une ou deux prises journalières, pendant ou au dehors des repas.



La surveillance :

- Surveillance de la glycémie (0.7-1g/L) et de l'HbA1c (2-6%)
- Surveillance des enzymes hépatiques pour la vildagliptine. (EI)

Effets indésirables :

- Troubles digestifs (particulièrement en début de traitement),
- Pancréatites
- Majoration du risque d'hypoglycémies en cas d'association avec d'autres antidiabétiques oraux insulinosécréteurs (sulfamides hypoglycémiants et glinides).
- + pour les gliptines : anomalies hépatiques, affections cutanées

Conservation :

- Xultophy : Avant la première ouverture : à conserver au frigo

Après l'ouverture : à conserver maximum 21 jours à <30°C (frigo ou extérieur). A l'abri de la lumière

- Tulicity : Avant la première ouverture : à conserver au frigo

Après l'ouverture : à conserver maximum 14 jours à <30°C (frigo ou extérieur). A l'abri de la lumière

- Victoza : Avant la première ouverture : à conserver au frigo

Après l'ouverture : à conserver maximum 1 mois à <30°C (frigo ou extérieur). A l'abri de la lumière

- Exenatide : Avant la première ouverture : à conserver au frigo

Après l'ouverture : à conserver maximum 1 mois à <30°C (frigo ou extérieur). A l'abri de la lumière

Inhibiteur des alpha-glucosidases

Connaitre son médicament.

- Ascarbose
- Miglitol

A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

- Inhibent de façon compétitive l'hydrolyse des glucides complexes en monosaccharides absorbables
- Retarde l'absorption des glucides et aboutit à une réduction des glycémies postprandiales.

Avantage :

- Efficacité modeste (baisse de l'HbA1c de 0,5 à 1%)
- Bénignité de ses effets indésirables (troubles digestifs).
- L'ascarbose est métabolisé au niveau intestinal et seule 1% de la dose est absorbée, et le miglitol est absorbé à plus de 90% et éliminé sous forme inchangé par voie rénale.

Utilisation :

- En complément des autres antidiabétiques oraux pour le traitement du diabète type 2, mal contrôlé, ou lors de contre-indication aux autres traitements.

Prise :

- Administration en début de repas

La surveillance :

- Surveillance de la glycémie (0.7-1g/L) et de l'HbA1c (2-6%)

Effets indésirables :

- Troubles digestifs essentiellement en début de traitement (flatulences, diarrhées, douleurs abdominales) provoquées par la stagnation et fermentation des glucides non digérés. Dose-dépendant, instauration de manière progressive

Contre-indications/déconseillés :

- Insuffisance rénale sévère (pour le miglitol)
- Pathologies chroniques de l'appareil digestif

Précautions d'emploi

En cas d'association à un sulfamide hypoglycémiant, le risque d'hypoglycémie est majoré. Aussi une diminution de la posologie du sulfamide hypoglycémiant peut s'avérer utile afin d'éviter une hypoglycémie.

Inhibiteur des SGLT2

Connaitre son médicament.

- Dapagliflozine
- Canagliflozine
- Empagliflozine

= « glifozines »

A quoi sert un antidiabétique ?

Equilibrer la glycémie et diminuer l'incidence des complications du diabète

Mécanisme d'action :

Inhibe la réabsorption tubulaire du glucose

Avantage :

- HbA1c environ de 0,7 %.
- Essai récent : diminution de la morbimortalité cardiovasculaire ainsi que la mortalité toutes causes confondues chez les diabétiques de type 2 à risque cardiovasculaire
- Pas d'hypoglycémie
- Effets utiles en clinique
- Glycosurie, augmentation de la diurèse et natriurèse
- baisse de la glycémie sans engendrer d'hypoglycémie
- perte de poids d'environ 2Kg
- Baisse de la pression artérielle augmentation de la diurèse et natriurèse

Indications :

- Place à préciser : pourrait être prescrit dans la population à haut risque cardiovasculaire, être proposé en première ligne de traitement comme la metformine.

Ne doivent pas être utilisés pendant la grossesse.

Prise :

Administration par voie orale en une prise orale unique, en cours ou au dehors des repas.

La surveillance :

- Surveillance de la glycémie (0.7-1g/L) et de l'HbA1c (2-6%)

Effets indésirables :

- Polyurie modérée
- Baisse de pression artérielle systolique de l'ordre de 4 mmHg
- Déplétion volémique
- Hypotension orthostatique
- Augmentation de risque d'infections urogénitales
- Acidocétose
- Arrêter le traitement avant une intervention chirurgicale

Contre-indications :

- Insuffisance rénale même modérée (DFG<60ml/mn) = inefficace

Annexe 10 :

Dr. [REDACTED]
CH de Falaise
Boulevard des Bercagnes
14700 Falaise

Cher Choisissez un élément,

Le 13/05/2022, votre patient(e) Choisissez un élément..... ,né le Cliquez ici pour entrer une date.
, ans, a pu bénéficier d'une HDJ avec l'équipe d'éducation thérapeutique de diabétologie, à ma
demande, afin de l'accompagner dans la prise en charge de son diabète.

Je rappelle qu'il/elle présente un Choisissez un élément., découvert en/le Cliquez ici pour entrer
une date., insulino-requérant depuis....

Autres antécédents personnels :

-
-

Traitement habituel :

-
-
-
-
-
-
-

Equilibre glycémique :

- Paramètres Free Style Libre sur les 30 derniers jours :
 - o GMI : %
 - o TIR : %
 - o Temps <0.70g/L : %
 - o Temps < 0.40g/L : %
 - o Nombre d'événements hypoglycémiques :
 - o Temps > 1.80/L : %
 - o Temps > 2.50g/L : %
 - o Variabilité : %
 - o Nombre moyen de scans quotidiens :
 - o % de données capturées

Examen clinique :

Poids : kg, Taille : , m, IMC : kg/m², tour de taille : cm

PA : / mmHg,

Pouls :

Carotides :

Pieds :

Lipodystrophies :

Complications chroniques du diabète :

- Suivi Cardiologique, Dr :
- Suivi Angiologique, Dr : Echo doppler des TSA et des MI
- Suivi Ophtalmologique, Dr : rétinopathie
- Microalbuminurie : mg/24h

Education thérapeutique :

Choisissez un élément. a pu bénéficier d'une éducation thérapeutique avec [REDACTED]
[REDACTED], Infirmière référente en diabétologie.

Les objectifs déterminés avec votre patient sont :

- o Comprendre la maladie diabète type 1, le rôle du pancréas et l'intérêt de l'insulinothérapie, le schéma basal/bolus, afin de mieux s'approprier sa maladie pour une meilleure prise en charge de celle-ci (traitement, contraintes, ...).
- o Comprendre la maladie diabète type 2 et le rôle du pancréas.
- o Comprendre l'intérêt du traitement Glinide = Novonorm et les précautions à prendre si pas de repas ou activité physique plus importante.
- o Comprendre l'intérêt du traitement Biguanide Metformine et les effets secondaires (troubles digestifs).
- o Comprendre l'intérêt du traitement Sulfamides hypoglycémiantes et ses effets secondaires (risque hypoglycémique).
- o Manipuler correctement son lecteur et son auto piqueur.
- o Réaliser correctement ses glycémies capillaires et interpréter son profil glycémique (glycémies pré et post prandiales) et connaître sa fourchette glycémique personnalisée : glycémie à jeun et glycémie post prandiale
- o Comprendre l'intérêt de l'insulinothérapie basale/bolus.
- o Réaliser correctement son injection d'insuline lente et/ou rapide en respectant la rotation des sites d'injection et longueur d'aiguille (.....).

- Adapter la dose d'insuline lente en fonction de sa glycémie capillaire du matin à jeun dont la glycémie doit se situer entre àg/l.
- Adapter la dose d'insuline rapide en fonction de sa ration glucidique du repas (IF) et de la correction de la glycémie pré prandiale si nécessaire en sachant que 1 Ui d'insuline fait baisser la glycémie de ...g/l.
- Comprendre le fonctionnement de la pompe à insuline et savoir la manipuler correctement.
- Utiliser l'assistant bolus.
- Utiliser la basale temporaire.
- Comprendre l'intérêt du traitement analogue GLP1 et reconnaître les effets secondaires de ce traitement temporaires d'une durée de 15 jours à la mise en place du traitement, (troubles digestifs). - Réaliser correctement son injection d'analogue GLP1 en respectant la rotation des sites d'injection - (.....) et la longueur d'aiguille demm.
- Corriger une hypoglycémie avec différents sucrages plaisirs.
- Adapter son resucrage si le débit de pompe est arrêté (capteur ENLITE/DEXCOM G6)
- Tenir correctement son carnet d'auto surveillance glycémique afin de pouvoir argumenter son profil glycémique et les modifications de doses du traitement.
- Faire la corrélation entre un diabète équilibré, une alimentation équilibrée et une reprise d'une activité physique (marche).

Les conseils donnés ce jour sont :

-
-
-

Les points acquis sont :

-
-
-

Choisissez un élément. a pu bénéficier d'une éducation thérapeutique pharmaceutique avec Choisissez un élément. Choisissez un élément. sur :

Les points vus sont :

- Connaissances et indications de ses traitements personnels à partir d'un jeu éducatif

- Représentation schématique du circuit normal de la glycémie et mécanisme d'action du traitement par ADO/analogue du GLP1/ insuline et intérêt d'associations de médicament.
- Représentation schématique des différences entre insuline rapide et lente
- Information sur le bon usage de ses médicaments et de la conservation
- Bilan sur la compréhension de son traitement et l'observance du patient :
- Gérer les situations particulières, (restaurant, fêtes, repas famille, voyages,)

Les conseils donnés ce jour sont :

-
-
-

Bilan biologique :

HbA1c :	SGOT : Ui/L
Créatinémie : $\mu\text{mol/L}$	SGPT : Ui/L
Clairance : ml/L	GGT : Ui/L
Cholestérol total : g/L	PAL : Ui/L
LDL : g/L	TSH : mUi/L
HDL : g/L	Vitamine D : ng/mL
Triglycérides : g/L	

Son traitement Choisissez un élément. alors :

-
-
-

Adhérent à l'éducation thérapeutique, nous aurons le plaisir de revoir Choisissez un élément.

OU

Choisissez un élément. ne ressent pas le besoin d'approfondir ultérieurement ses connaissances. Il n'a donc pas été donné de rendez-vous externe. Choisissez un élément. a les coordonnées de l'équipe d'éducation thérapeutique vers lui et sait qu'il peut nous appeler dès que besoin. Je lui ai remis

Bien fraternellement,

Docteur [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Choisissez un élément.

Annexe 11 :

Fiche pour remplir le tableau de donnée ETP

Date :

Nom – Prénom :

Indication :

(IMC : HbA1c :)

Réalisé en : Externe Hospitalisation Mixte HDJ HPDD Diabète
gestationnel Téléconsultation S.A.S

Lieu d'habitation : Calvados Orne Manche Autre

Situation : Retraité Actif Autre Précaire : Oui Non

Atelier : Individuel Collectif

Initiale Renforcement Reprise

Outils utilisés :

Si HDJ :

Professionnel de santé présent : IDE Pharmacien Diététicien

Diététicienne si présence : 23^{euros} 15e 0e

Diagnostic éducatif : Réalisé Non réalisé

Synthèse des compétences acquises fait :

- Avant : Non Oui
- Après : Non Oui

Programme personnalisé : Réalisé Non réalisé

Communication avec le médecin traitant

- Inclusion dans le programme transmise au MT : Oui Non
- Synthèse des compétences acquises : Oui Non

Programme complet fait : Non Oui

Si incomplet, la raison : Abandon Manque de motivation Refus

Commentaire :

Mode d'emploi pour remplir le tableau d'activité.

Pour permettre de remplir au mieux le tableau et pour que cela concorde avec les calculs préétablis voici le mode d'emploi du tableau d'activité :

Tableau annuel

Feuillet 1 : Recueil d'activité

Seules les informations indiquées dans ce document vont être nécessaires pour le rendu ARS. Les autres informations ajoutées sont en fonction de vos besoins et ne sont pas nécessaires au rendu ARS.

Partie Rendez-vous :

- Le type de rdv : dépendant du programme - liste déroulante

Partie Patient :

			Patient						
Nom Prénom	Sexe	Date de naissance	Age	Lieu d'habitation	Situation	Précaire	Indication	IMC	Hba1c en %
			121						
			121						
			121						
			121						

(Exemple tableau activité programme diabète)

- o Nom, Prénom
- o Date de naissance
- o Âge : calcul automatique (ne pas modifier la colonne)
- o Lieu d'habitation : liste déroulante avec comme choix : Calvados/Orne/Manche/Autre
- o Situation : liste déroulante avec comme choix : Activité/Retraité/Autre
- o Précarité : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non

NB : Possibilité de fusionner les lignes si le patient vient plusieurs fois

Partie séance ETP :

Séance ETP		
Date de ETP	Initiale / Renforcement / Reprise	commentaire de séance

- Séance Initiale/Renforcement/Reprise : liste déroulante

(Définition : Initiale : première séance d’ETP pour la pathologie du patient/ Renforcement : Séance visant à renforcer les connaissances du patient/ Reprise : reprise de l’ETP après un arrêt)

Partie atelier :

Atelier				
Individuel	Collectif	Outils utilisés	Professionnel de santé présent si HDJ	Coût atelier diététicien

(Exemple tableau activité programme diabète)

- Individuel : séance réalisée en individuel : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
- Collectif : séance réalisée en groupe : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
- Outils utilisés : case non obligatoire mais permettra à la fin de l’année de faire un bilan des outils utilisés (jeu, flyer,...)
- Professionnel de santé présent si HDJ : à remplir si réalisation d’une HDJ

Partie « Patient ayant bénéficié » :

Diagnostic éducatif individuel (ou actualisation en cas de suivi)	Patient ayant bénéficié		
	Evaluation des compétences acquises		Programme personnalisé
	Avant	Après	

- Diagnostic éducatif individuel : ou en cas d’actualisation – liste déroulante liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
- Evaluation des compétences acquises : Avant et Après – liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
 - En fonction du programme : ajout d’une colonne « score » si évaluation des acquis avec un questionnaire permettant un calcul (exemple cardiologie)
- Programme personnalisé : liste déroulante : Oui/Non
 - 1 réponse par patient

Partie communication avec le médecin traitant :

Communication avec le MT	
Inclusion dans le programme transmise au MT	synthèse des compétences acquises envoyée au médecin traitant

- Inclusion dans le programme transmis au médecin traitant : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
 - 1 réponse par patient
- Synthèse des compétences acquises envoyée au médecin traitant : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non

Partie réalisation du programme :

Programme complet	Programme incomplet

- Programme complet : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
 - 1 réponse par patient – à mettre dans la première ligne du patient
(permettra le calcul de la question de l'ARS : Nombre de nouveaux patients ayant un programme complet en externe, hospitalisation ou mixte.)
- Programme incomplet : cause - liste déroulante avec comme choix : Abandon/Refus/Manque de motivation
 - 1 réponse par patient

Partie finale :

Programme fait en (pour rendu ARS)

Permet de faire le bilan pour une personne qui a plusieurs rendez-vous de différents types : liste déroulante avec comme choix :

- Hospitalisation : le patient n'a été vu qu'en hospitalisation (comprenant hospitalisation classique, HDJ et HPDD)
- Consultation externe : le patient n'a été vu qu'en consultation externe
- Consultation mixte : le patient a été vu en consultation externe et en hospitalisation
 - 1 réponse par patient

Feuille 2 : Résultat

Ce feuille est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Cependant elle est accessible pour lecture : elle permet d'avoir les résultats des calculs de l'ensemble des données récupérées dans le feuille « recueil d'activité »

Feuille 3 : Résultat ARS

Ce feuille est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Cependant elle reste accessible pour lecture : elle permet d'avoir les résultats des calculs de l'ensemble des données récupérer dans le feuille recueil d'activité qui seront rendus à l'ARS, peuvent évoluer en fonction des années et des demandes de l'ARS.

Feuille 4 : Prix HDJ

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2	Montant en fonction du nombre d'intervenant							
3	2 intervenants = consult	100	0					
4	3 intervenants	326	0					
5	4 intervenants	583,76	0					
6								
7		Total	0					
8								
9								
10	Montant par intervenant							
11	IDE	0						
12	Pharmacien	0						
13	Dietéticienne	0						
14	IDE cardio	0						
15								
16	Montant supplémentaire reçu par ajout d'un nouvel intervenant (en plus du médecin et de l'IDE)							
17	3ème intervenant	0	Pharmacien	0				
18			Diabéticienn	0				
19			IDE Cardio	0				
20	4ème intervenant	0	Pharmacien	0				
21			Diabéticienn	0				
22			IDE Cardio	0				

Ce feuille est protégé, seule le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Cependant elle reste accessible pour lecture : elle permet d'avoir les résultats des HDJ. (A comparer aux résultats qui seront rendus par le DIM à la fin de l'année)

Feuillet 5 : Définition

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		Programme personnalisé : diagnostic éducatif individuel aboutissant à un programme personnalisé + séances collectives/individuelles + évaluation des compétences acquises						
3								
4								
5								
6								
7								
8		Mixte	Commencé en hospitalisation puis revu en consultation externe					
9		Hospitalisat	Séance ETP réalisée en totalité en hospitalisation dont HPDD - HDJ					
10		Externe	Séance réalisée en totalité en consultation externe					
11								
12		Initiale	Nouveau patient dans le programme					
13		Renforcement	Patient ayant les bases grâce aux séances initiales					
14		Reprise	Reprise de l'ETP après un arrêt					
15								
16			rendu ARS					
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

Rappel sur les quelques définitions permettant un remplissage homogène du tableau.

Tableau quadriennale

Ce tableau sera rempli par **le coordinateur**. Il comprend :

- Feuillet recueil qui sera rempli à partir du tableau annuel à la fin de chaque année en sélectionnant les informations utiles pour le rendu ARS quadriennal.
- Feuillet Réponse aux questionnaires de satisfaction qui peut être rempli aux cours de l'année par le coordinateur à partir des questionnaires de satisfaction. Cela permettra un état des lieux quadriennal et annuel de la satisfaction des patients.

Mode d'emploi pour rendu d'activité ARS

Pour permettre au mieux le rendu ARS annuel et quadriennal : deux tableaux d'activité ont été créés par programme :

- Relevés des données – 'nom du programme' – 'année'
- Relevés des données – quadriennale -'nom du programme' – 'année'

Pour chaque tableau, un tableau vierge existe dans chaque dossier, permettant de relancer une nouvelle année. (Tableau vierge doit être mis à jour si modification effectuée dans les calculs ou les colonnes)

Cette fiche a pour but d'expliquer les calculs et leur utilisation dans le rendu ARS, elle est donc faite pour le coordinateur d'ETP.

Pour le remplissage du tableau d'activité effectué par les professionnels d'ETP de chaque programme : voir mode d'emploi tableau d'activité

Rendu ARS annuel :

La fiche de calcul est protégée, c'est-à-dire, que seul le coordinateur détenteur du code peut supprimer un feuillet.

Code permettant d'enlever la protection de la fiche de calcul : 

Tableau annuel

Feuillet 1 : Recueil de l'activité

En plus des informations nécessaires aux rendus ARS annuels, des informations supplémentaires ont été ajoutées en fonction des besoins de chaque programme.

Les réponses ayant pour but un calcul sont remplis à partir d'une liste déroulante. Cela permet des réponses homogènes nécessaires aux calculs. Voir mode d'emploi tableau d'activité

Feuillet 2 : Résultat

Ce feuillet est protégé, seule le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Code permettant d'enlever la protection du feuillet : 

Sur ce feuillet, l'ensemble des données sont récoltées et calculées sans distinction des résultats rendu à l'ARS. Ce sont les résultats bruts de l'activité d'un programme.

Partie Patient :

11				
12	POPULATION			
13	Nb patients patients admis	0		
14	Initiale	0		
15	Renforcement	0	Situation	
16	Reprise	0	Retraité	0
17	Age		Actif	0
18	moyen	121,0	Autre	0
19	median	121,0		
20	max	121,0		
21	min	121,0	Précaire	
22	ecart-type	0,0	Oui	0
23			Non	0
24	Sexe			
25	Nombre hommes	0		
26	Nombre femmes	0		
27	Sexe ratio (H/F)	0/0/0/0		
28				
29	Calvados	0		
30	Orne	0		
31	Manche	0		
32	Autre	0		
33				

Les calculs suivants ont été faits sous le format : =NB.SI.ENS(critère1 ;critère2 ;...) (exemple : =NB.SI(Recueil!M:M;"Renforcement" ; Recueil!A:A;"Diabète gestationnel"))

- Initiale/Renforcement/Reprise
- Situation/ Précarité
- Lieu d'habitation
- Sexe

Pour l'âge :

- Dans le feuillet 1 : calcul : =DATEDIF(D20;AUJOURDUI();"Y")
 - o Dans la colonne : par défaut « 121 ans », se corrige automatique quand la date de naissance est rentrée.
- Pour les calculs de moyenne, médian, max , min et écart-type : penser à la fin de l'année (une fois que tous les patients ont été rentrés dans le tableau d'activité) de supprimer les « 121 » en trop sinon il y a le risque d'un calcul erroné.

Pour le nombre de patient admin :

- Le calcul est fait en fonction du sexe (car 1 sexe/personne)

Partie atelier :

46	Atelier		
47	Individuel	0	
48	Collectif	0	
49			
50			
51			
52			
53			
54	Nombre de séance	0	
55	Externe	0	
56	Hospitalisation	0	
57	Mixte	0	
58	HDI	0	
59	HPDD	0	
60	Diabète gestationnel	0	
61	SAS	0	
62	Téléconsultation	0	
63			

Les calculs suivants ont été faits sous le format : =NB.SI(critère1 ;critère2 ;...)

- Individuel/ Collectif
- Différents formats de séances en fonction du programme (ex : externe, mixte, HDJ, HPDD,...)

Partie HDJ :

Pour rappel : une HDJ doit comprendre le médecin et 2 ou 3 professionnels de santé. Le nombre d'intervenant permet de déterminer le prix des séances

Nombre d'intervenant si HDJ			
Médecin =			
		Pharmacien + IDE	0
2 intervenants	0	IDE + diététicienne	0
		Diététicienne + Pharmacien	0
		IDE + IDE cardio	0
3 intervenants	0	Pharmacien + IDE + Diététicienne	0
		IDE + diététicienne + IDE cardio	0
		IDE + IDE cardio + Pharmacien	0

Les calculs ont été faits sous le format : =NB.SI (critère1 ; critère2 ;...)

Les cases 2 intervenants et 3 intervenants sont la somme du nombre de séance ayant fait intervenir 2 ou 3 intervenants.

Partie patient « a bénéficié »

A bénéficié		Communication médecin traitant			
Diagnostic éducatif individuel	0		Inclusion dans le programme transmis au	0	
Programme personnalisé	0				
Évaluation des compétences avant		Évaluation des compétences après			
Total	0	Total	Non fait	0	Envoyé
Non fait	0			0	
Réalisation d'un programme complet		Programme incomplet :			
Total	0	Abandon		0	
Non réalisé	0	Refus		0	
		Manque de r		0	

Les calculs suivants ont été faits sous le format : =NB.SI (critère1 ; critère2 ;...):

- Diagnostic éducatif individuel
- Programme personnalisé
- Inclusion dans le programme transmis au médecin traitant
- Evaluation des compétences avant et après
- Réalisation d'un programme complet ou incomplet

Des informations en plus peuvent être présentes dans ce feuillet en fonction du programme pour permettre une analyse de l'ensemble de l'activité.

Feuillet 3 : Résultat ARS

Ce feuillet est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Code permettant d'enlever la protection du feuillet : XXXXXXXXXX

Dans ce feuillet de calcul, seules les données nécessaires au rendu ARS sont récoltées (exemple : sans le diabète gestationnel). Les informations dans les cases bleues claires ont été demandées par l'ARS les années précédentes.

(Attention : une ou deux questions peuvent varier en fonction des années → à adapter)

Questions posées et réponses :

- Nombre de patients suivis en ETP entre le 1er janvier et le 31 décembre, quelle que soit l'année du début du programme (NOMBRE TOTAL DE PATIENTS VUS EN ETP DANS L'ANNÉE)

2	POPULATION	
3	Nb patients patients vus sur l'année 01/01 au 31/12 quelque soit l'année de début	0

=Somme des Femmes et Hommes car 1 case est rempli par patient

- Nombre de patients ayant eu le diagnostic éducatif, au moins un atelier et l'évaluation des compétences acquises EN EXTERNE

5	Diagnostic éducatif + Evaluation des compétence ext	0
---	---	---

- Nombre de patients ayant eu le diagnostic éducatif, au moins un atelier et l'évaluation des compétences acquises EN HOSPITALISATION

6	Diagnostic éducatif + Evaluation des compétence hospitalisatic	0
---	--	---

- Nombre de patients ayant eu le diagnostic éducatif, au moins un atelier et l'évaluation des compétences acquises EN MIXTE

7	Diagnostic éducatif + Evaluation des compétence mixte	0
---	---	---

Nouveaux patients :

- Nombre de NOUVEAUX PATIENTS ayant bénéficié du diagnostic éducatif entre le 01/01/20 et le 31/12/20

4	Initiale (= Nouveau patient)	0
---	------------------------------	---

- Nombre de NOUVEAUX PATIENTS ayant bénéficié d'une évaluation des compétences acquises du patient entre le 01/01/20 et le 31/12/20

	Nouveau patient ayant eu une évalatuion des compétences	0
--	---	---

- Parmi les NOUVEAUX PATIENTS, nombre de patients ayant bénéficié d'un PROGRAMME PERSONNALISÉ COMPLET (diagnostic éducatif individuel aboutissant à un programme personnalisé + séances collectives/individuelles + évaluation des compétences acquises) du 01/01/20 au 31/12/20 EN EXTERNE

54	Réalisation d'un programme complet en externe	0	0
----	---	---	---

- Parmi les NOUVEAUX PATIENTS, nombre de patients ayant bénéficié d'un PROGRAMME PERSONNALISÉ COMPLET (diagnostic éducatif individuel aboutissant à un programme personnalisé + séances collectives/individuelles + évaluation des compétences acquises) du 01/01/20 au 31/12/20 EN HOSPITALISATION

55	Réalisation d'un programme complet en hospitalisation	0	0
----	---	---	---

- Parmi les NOUVEAUX PATIENTS, nombre de patients ayant bénéficié d'un PROGRAMME PERSONNALISÉ COMPLET (diagnostic éducatif individuel aboutissant à un programme personnalisé + séances collectives/individuelles + évaluation des compétences acquises) du 01/01/20 au 31/12/20 EN MIXTE

56	Réalisation d'un programme complet en mixte	0	0
----	---	---	---

- Nombre de patients pour lesquels l'inclusion dans un programme a été transmise au médecin traitant

Inclusion dans le programme transmise au MT	0
---	---

- Nombre de patients pour lesquels l'évaluation des compétences acquises a été transmise au médecin traitant

Synthèse compétence acquise	
Envoyé	0

- Nombre de patients pris en charge en E-ETP (spéciale 2020)

31	Téléconsultation	0
----	------------------	---

Feuillet 4 : Prix HDJ

Ce feuillet est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Code permettant d'enlever la protection du feuillet : XXXXXXXXXX

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2	Montant en fonction du nombre d'intervenant							
3	2 intervenants + consult.	100	0					
4	3 intervenants	325	0					
5	4 intervenants	583,75	0					
6								
7		Total	0					
8								
9								
10	Montant par intervenant							
11	IDE	0						
12	Pharmacien	0						
13	Diététicienne	0						
14	IDE cardio	0						
15								
16	Montant supplémentaire reçu par ajout d'un nouvel intervenant (en plus du médecin et de l'IDE)							
17	3ème intervenant	0	Pharmacien	0				
18			Diabéticien	0				
19			IDE Cardio	0				
20	4ème intervenant	0	Pharmacien	0				
21			Diabéticien	0				
22			IDE Cardio	0				

Les montants des séances sont déterminés à partir des prix de la grille de la graduation des soins PMSI (déterminés en fonction du nombre d'intervenants et du type de séance).

A partir du feuillet 2 (Partie HDJ) :

- Les prix sont multipliés par le nombre de séance réalisée avec 3 ou 4 intervenants
- Ce que rapporte chaque intervenant est calculé en fonction du nombre d'intervention qu'ils réalisent et du nombre d'intervenant lors de ses interventions
- Calcul du montant supplémentaire que rapporte la présence d'un 3 ou 4^{ème} intervenant. (Ces résultats sont à prendre avec recul et ne sont là que pour indication)

Cependant elle reste accessible pour lecture : elle permet d'avoir les résultats des HDJ (A comparer aux résultats qui seront rendus par le DIM à la fin de l'année)

Feuille 5 : Définition

Rappel sur les quelques définitions permettant un remplissage homogène

Tableau quadriennal

La fiche de calcul est protégée, c'est-à-dire, que seule le coordinateur détenteur du code peut supprimer un feuillet.

Code permettant d'enlever la protection de la fiche de calcul : XXXXXXXXXX

Feuille recueil d'activité

1	Patient								Séance ETP	Communication avec le MT	Programme personnalisé	Synthèse des compétences acquises envoyée au médecin traitant	Programme complet
2	Type de rôle	Nom Prénom	Sexe	Date de naissance	Age	Lieu d'habitation	Situation	Précare	Date de ETP	Programme personnalisé	Communication avec le MT	Synthèse des compétences acquises envoyée au médecin traitant	Programme complet
3													
4					121								

Les informations de ce feuillet seront à récupérer à partir de chaque tableau d'activité des 4 années de rendu ARS. Elles seront transférées par le coordinateur à partir du tableau annuel à la fin de chaque année (après que le tableau soit rempli en totalité).

Les informations nécessaires sont :

- Partie rendez-vous
- Partie Patient
- Partie séance : date de l'ETP
- Partie « Patient ayant bénéficié » : Programme personnalisé : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
- Partie communication avec le MT : synthèse des compétences acquises transmises : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non
- Partie réalisation du programme : Programme complet : liste déroulante avec comme choix : Oui/Non

Feuille résultat

Ce feuillet est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Code permettant d'enlever la protection du feuillet : XXXXXXXXXX

Dans ce feuillet de calcul, seules les données nécessaires au rendu ARS quadriennale sont récoltées. Les informations dans les **cases oranges** ont été demandées par l'ARS les années précédentes.

(Attention : une ou deux questions peuvent varier en fonction des années → à adapter)

Questions posées et réponses

- Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme complet

33	Programme complet	0
----	-------------------	---

- Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un programme personnalisé pour lesquels la synthèse de l'évaluation des compétences acquises a été transmise à leur médecin traitant.

31	Programme personnalisé + synthèse des compétences acquis transmis aux MT	0
----	---	---

Feuillet Réponse questionnaire de satisfaction

Permet de répondre aux questions de l'ARS par rapport aux effets de l'ETP.

Dans ce feuillet, sera transcrit l'ensemble des réponses des questionnaires de satisfaction, permettant de faire un bilan à la fin de chaque année et des 4 ans de l'impact et de l'avis des patients par rapport aux séances d'ETP.

2. Le contenu de la (des) séance(s) a-t-il répondu à vos attentes ?		
3. L'organisation de(s) séance(s) vous a-t-elle convenu ? (accueil, horaires, durée, le lieu)		
4. Avez-vous pu vous exprimer facilement ?		
5. Vous êtes-vous senti écouté ?		
6. Qu'allez-vous changer dans votre pratique quotidienne après vos séances éducatives ?		
7. Avez-vous appris des nouvelles choses ?		
8. Y-a-t'il un point qui n'a pas à votre avis été suffisamment abordé ?		
9. Pensez-vous pouvoir mieux maîtriser votre maladie suite à ce(s) séance(s) ?		
10. Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de cette demi-journée d'ETP pluridisciplinaire ?		
- Avantages :		
- Inconvénients :		
11. Auriez-vous préféré voir les différents professionnels sur des jours séparés ?		

L'ensemble des questions a été rapporté dans le questionnaire.

Les questions : 1-2-3-4-5-7-9-11 sont des questions fermées.

- Pour les questions 1 à 5 : Liste déroulante dans le tableau avec comme choix : Pas satisfait/ Peu satisfait/ Satisfait ou Très satisfait.
- Pour les questions : 7-9-11 : liste déroulante avec les choix : Oui/Non

Pour les autres questions (6-8-10) ce sont des réponses ouvertes qui seront directement à reporter dans le tableau.

Feuillet Résultat questionnaire de satisfaction

Ce feuillet est protégé, seul le coordinateur y a accès, pour éviter tout changement dans les calculs.

Code permettant d'enlever la protection du feuillet : 1234

	Pas satisf	peu satisf	satisfait	très satisfait	
1					
2	1	Avez-vous été intéressé par cette (ces) séance(s) ?	0	0	0
3	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
4	2	Le contenu de la (des) séance(s) a-t-il répondu à vos attentes ?	0	0	0
5	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
6	3	L'organisation de(s) séance(s) vous a-t-elle convenu ? (accueil, horaires, durée, le lieu)	0	0	0
7	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
8	4	Avez-vous pu vous exprimer facilement ?	0	0	0
9	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
10	5	Vous êtes-vous senti écouté ?	0	0	0
11	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
12	6	Qu'elles-vous changer dans votre pratique quotidienne après vos séances éducatives ?	Résumé des réponses		
13					
14	7	Avez-vous appris des nouvelles choses ?	Oui	0	Non
15	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
16	8	Y-a-t'il un point qui n'a pas à votre avis été suffisamment abordé ?	Résumé des réponses		
17					
18	9	Pensez-vous pouvoir mieux maîtriser votre maladie suite à ce(s) séance(s) ?	Oui	0	Non
19	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
20	10	Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients de cette demi-journée d'ETP handicap ?	Résumé des réponses		
21					
22	- Avantages :				
23					
24	- Inconvénients :				
25					
26	11	Avez-vous préféré voir les différents professionnels sur des jours séparés ?	Oui	0	Non
27	Pourcentage	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
28					
29					
30					

Pour les questions fermées : le nombre et le pourcentage pour chaque type de réponse est calculé.

Pour les questions ouvertes : il est proposé de faire un résumé des réponses données par le patient.



VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

VALORISATION DES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE ET COORDINATION
EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Résumé

L'Education Thérapeutique du patient (ETP) fait partie du parcours de soin du patient depuis 2009 et des missions du pharmacien clinicien depuis 2019. Des freins existent à la mise en place de l'ETP et à sa pérennisation telle que le manque de moyen financier, humain, d'outils et de temps. L'objectif principal de cette thèse est de valoriser l'activité de l'ETP à la fois sur un plan financier et institutionnel et, à travers cela, de valoriser l'activité de pharmacie clinique. Pour répondre aux besoins financiers, les hospitalisations de jour pluridisciplinaires ont été développées et ont permis l'agrandissement de l'équipe. L'intégration du pharmacien clinicien à l'équipe pluridisciplinaire, les modifications organisationnelles effectuées par le pharmacien coordinateur sur les supports d'ETP et sur le contenu des ateliers ont permis une valorisation institutionnelle de l'ETP au bénéfice du patient.

TITLE

Valuation of clinical pharmacy activities and coordination in patient therapeutic education

Summary

Therapeutic patient education (TPE) has been part of the patient's care pathway since 2009 and of the clinical pharmacist's missions since 2019. There are obstacles to the implementation of TPE and its sustainability, such as the lack of financial and human resources, tools and time. The main objective of this thesis is to enhance the value of the TPE activity both financially and institutionally and, through this, to enhance the clinical pharmacy activity. To meet financial needs, multidisciplinary day hospitalizations were developed and led to the expansion of the team. Clinical pharmacist's integration into the multidisciplinary team, the organizational changes made by the coordinating pharmacist on the TPE materials and on the content of the workshops have allowed an institutional valorization of the TPE for the benefit of the patient.

Mots-clés

Education thérapeutique du patient, Pharmacie, Valorisation