

UNIVERSITÉ DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 21 Avril 2015 à Poitiers
par Madame Aurélie BLANCKE

**Intérêt de la pratique de
l'Éducation Thérapeutique du Patient
en ambulatoire**

Étude du programme du Pôle de Santé de l'Envigne (Vienne)
s'adressant à un groupe de patients porteurs de facteurs de risque
cardio-vasculaire



COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

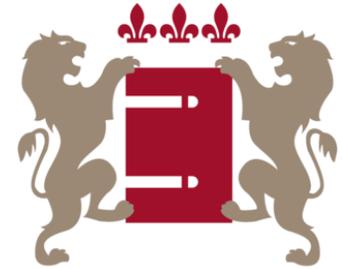
Membres : Monsieur le Professeur HERPIN Daniel
Madame le Docteur ALBOUY-LLATY Marion

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BOURCEAU Jack-Philippe



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Année universitaire 2014-2015

Professeurs des Universités-Praticiens hospitaliers

AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
ALLAL Joseph, thérapeutique
BATAILLE Benoît, neurochirurgie
BENSADOUN René-Jean, oncologie – radiothérapie (en disponibilité)
BRIDOUX Frank, néphrologie
BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
CARRETIER Michel, chirurgie générale
CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
CHRISTIAENS Luc, cardiologie
CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
DEBIAIS Françoise, rhumatologie
DROUOT Xavier, physiologie
DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
EUGENE Michel, physiologie (surnombre)
FAURE Jean-Pierre, anatomie
FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
GILBERT Brigitte, génétique
GOMBERT Jean-Marc, immunologie
GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
GUILLET Gérard, dermatologie
GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
HERPIN Daniel, cardiologie
HOUETO Jean-Luc, neurologie
INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
IRANI Jacques, urologie
JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
JABER Mohamed, cytologie et histologie
JAYLE Christophe, chirurgie thoracique cardio-vasculaire
KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
KITZIS Alain, biologie cellulaire
KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
MACCHI Laurent, hématologie

MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
MEURICE Jean-Claude, pneumologie
MIGEOT Virginie, santé publique
MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
NEAU Jean-Philippe, neurologie
ORIOU Denis, pédiatrie
PACCALIN Marc, gériatrie
PAQUEREAU Joël, physiologie
PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
POURRAT Olivier, médecine interne
PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
RICHER Jean-Pierre, anatomie
RIGOARD Philippe, neurochirurgie
ROBERT René, réanimation
ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
ROBLOT Pascal, médecine interne
RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre)
SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
TOUCHARD Guy, néphrologie
TOURANI Jean-Marc, oncologie
WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
BEN-BRIK Eric, médecine du travail
BILAN Frédéric, génétique
BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
DIAZ Véronique, physiologie
FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
HURET Jean-Loup, génétique
LAFAY Claire, pharmacologie clinique

MARECHAUD Richard, médecine interne
SAPANET Michel, médecine légale
SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
THILLE Arnaud, réanimation
TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des Universités de Médecine générale
GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de Médecine générale
BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale
BIRAULT François
FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard

GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langues étrangères

Professeurs émérites

DORE Bertrand, urologie
FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
GIL Roger, neurologie
MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique
MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie
MENU Paul, chirurgie thoracique et cardiovasculaire

 6, rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86 034 POITIERS CEDEX, France

 05.49.45.43.43  05.49.45.43.05  : doyen.medecine@univ-poitiers.fr

*A mes parents, Brigitte et Claude,
pour m'avoir offert la possibilité de ne jamais
abandonner. Merci pour votre amour, votre présence
et votre patience.*

*A ma sœur, Fanny, ma moitié, pour son soutien sans
faille et son amour sans limite.*

*A mes enfants, Lola et Hugo, pour le bonheur
immense qu'ils m'apportent chaque jour.*

A mes proches, vivants ou disparus.

*A mes amis rencontrés sur les bancs de la fac ou
ailleurs.*

*A ma coach, mon amie la plus fidèle, Aurélie, sans qui
tout ce travail n'aurait pas été possible.*

*Et, à mon Homme, Nicolas... A mes côtés depuis le
commencement, tu as enduré ces longues années
d'études, partagé mes doutes, mes peurs et aussi
mes plus grandes joies. Presque 17 ans d'amour et
pas une ride. Merci...*

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADO : **Anti Diabétiques Oraux**

AFSSAPS : **Agence Française de Sécurité SA**nitaire des **P**roduits de **S**anté

ALD : **Affection Longue Durée**

ANAES : **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation** en **S**anté

AOMI : **Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs**

ASALEE : **Action de SA**nté **Libérale En É**quipe

ARS : **Agence Régionale de Santé**

AVC : **Accident Vasculaire Cérébrale**

AVK : **AntiVitamine K**

BEP : **Bilan Educatif Partagé**

BPCO : **BronchoPneumopathie Chronique Obstructive**

EAL : **Évaluation des Anomalies Lipidiques**

EHPAD : **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**

ETP : **Éducation Thérapeutique du Patient**

FdR : **Facteur de Risque**

HAS : **Haute Autorité de Santé**

HDL : **Hight Density Lipoprotein**

HGPO : **Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale**

HPST : **Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires**

HTA : **HyperTension Artérielle**

IMC : **Indice de Masse Corporelle**

INSERM : **Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale**

IREPS : **Institut Régional d'Éducation et de la Promotion de la Santé**

LDL : **Low Density Lipoprotein**

MSA : **Mutualité Sociale Agricole**

OMS : **Organisation Mondiale de la Santé**

PSRS : **Plan Stratégique Régional de Santé**

RADIC : **Réseau d'Aide à Domicile de l'Insuffisance Cardiaque**

RCV : **R**isque **C**ardio-**V**asculaire

TAD : **T**ension **A**rtérielle **D**iaastolique

TAS : **T**ension **A**rtérielle **S**ystolique

TVP : **T**hrombose **V**eineuse **P**rofonde

SOMMAIRE

<u>1. INTRODUCTION</u>	9
<u>2. GÉNÉRALITÉS</u>	10
<u>2.1. L'Éducation Thérapeutique du Patient</u>	10
2.1.1. Définitions	11
2.1.2. Les origines de l'ETP	11
2.1.3. Finalités de l'Éducation Thérapeutique du Patient : l'acquisition de compétences	12
2.1.4. Déroulement de L'ETP	16
2.1.5. Qu'est-ce qu'une ETP de qualité ?	18
<u>2.2. Généralités sur les facteurs de risque cardio-vasculaire</u>	19
2.2.1. Quelques chiffres	19
2.2.2. Les maladies cardio-vasculaires	20
2.2.3. Les facteurs de risque cardio-vasculaire	21
2.2.4. Le risque cardio-vasculaire global	24
<u>2.3. Présentation du territoire</u>	24
2.3.1. Données géographiques et démographiques	24
2.3.2. État des lieux des programmes	25
2.3.3. Le Pôle de Santé de l'Envigne et son programme d'ETP	28
<u>3. MATÉRIEL ET MÉTHODE</u>	33
<u>3.1. Objectifs et hypothèse</u>	33
<u>3.2. Méthodologie</u>	34
3.2.1. Choix de la méthode	34
3.2.2. Élaboration du questionnaire à distance	35
<u>3.3. Population étudiée</u>	36
<u>3.4. Déroulement de l'étude</u>	36
<u>3.5. Analyse statistique</u>	37
3.5.1. Les logiciels utilisés	37
3.5.2. Analyse statistique	37
<u>4. RÉSULTATS</u>	38
<u>4.1. Caractéristiques de la population étudiée</u>	38
4.1.1. Participation	38
4.1.2. Description de l'échantillon	38
<u>4.2. État initial des patients par rapport au programme</u>	46
4.2.1. Les objectifs individuels	46
4.2.2. Les motivations des patients	49
4.2.3. Les attentes des patients avant leur participation	50
<u>4.3. Évolution des paramètres bio-cliniques</u>	51
<u>4.4. Évolution des patients au sein du parcours proposé</u>	65
<u>4.5. Satisfaction des participants sur l'organisation</u>	66

<u>4.6. Les apports du programme d'ETP</u>	70
4.6.1. La satisfaction globale	70
4.6.2. Acquisition et amélioration des savoirs	72
4.6.3. Acquisition des savoir-être et des savoir-faire	81
<u>4.7. Et après ?</u>	85
4.7.1. La communication autour du programme d'ETP	85
4.7.2. Le suivi éducatif à long terme	86
<u>5. DISCUSSION</u>	88
<u>5.1. Analyse et discussion des principaux résultats</u>	88
5.1.1. Le profil des patients inclus	88
5.1.2. Les objectifs individuels des participants	90
5.1.3. Adhésion des patients au projet	91
5.1.4. Les résultats bio-cliniques	94
5.1.5. Apport en autonomisation pour les patients	95
5.1.6. Satisfaction globale des participants	96
<u>5.2. Les objectifs et les limites de l'étude</u>	97
<u>5.2.1. Les limites de l'étude</u>	97
<u>5.2.2. Les objectifs principaux et secondaires</u>	98
5.2.2.1. Les bénéfices de l'Education thérapeutique du Patient en ambulatoire	98
5.2.2.2. Les limites de l'ETP en ambulatoire et les axes d'amélioration possibles	100
<u>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	102
<u>TABLEAUX ET FIGURES</u>	105
<u>ANNEXES</u>	109
<u>RESUME</u>	139
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	140

1. INTRODUCTION

Au cours du XX^{ème} siècle, nous avons assisté à une explosion des maladies chroniques au sein de la population française. En 2012, 15 millions de français sont atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, on estime que cela représente 80 % de toutes les consultations médicales.

Parmi ces maladies chroniques, les pathologies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité en France, avec 180 000 décès par an (32% des décès). En médecine générale, les maladies et facteurs de risque cardio-vasculaire représentent 31% de l'activité et concernent 29% des patients [1]. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge des patients hypertendus, diabétiques ou dyslipidémiques préconisent dans tous les cas des mesures non médicamenteuses. Dans la pratique, une minorité de patients adopte les mesures nécessitées par leur état de santé. Une évolution des pratiques de soins s'impose et cette réalité constitue un terreau favorable au développement de l'éducation thérapeutique.

Face à des pathologies cardio-vasculaires pour lesquelles il n'y a pas de guérison possible, une posture éducative qui positionne le patient au centre de sa prise en charge et vise la création d'une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant, va permettre d'améliorer la prise en soins de ces pathologies chroniques et d'amener le patient à être plus actif vis à vis de sa maladie.

Depuis de nombreuses années, cette démarche éducative est proposée aux patients au sein des grandes structures de soins. Cependant, le constat actuel dévoile l'inadéquation entre les besoins des patients et cette offre hospitalière. Dans ce contexte, des projets de structure éducative de proximité ont émergé. Ainsi, plusieurs questions se posent : l'ETP est-elle une réponse adaptée et efficace dans la prévention des maladies cardio-vasculaires ? Son développement dans une démarche éducative ambulatoire de proximité est-elle bénéfique pour les patients ?

Pour répondre à ces interrogations, nous nous sommes intéressés à un programme d'ETP, mis en place il y a plus de 2 ans, dans la Vienne, qui propose aux patients un projet éducatif sur la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire, dans un contexte de prévention secondaire. L'objectif principal de notre étude est alors d'évaluer les bénéfices et les limites de l'éducation thérapeutique en ambulatoire. Les objectifs secondaires sont de dégager des axes d'amélioration qui permettraient d'optimiser le programme afin que les patients en tirent un maximum de profits et puissent "vivre mieux avec leur maladie".

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. L'Éducation Thérapeutique du Patient

A ce jour, de nombreuses affections aiguës sont efficacement diagnostiquées et traitées. Mais cette médecine de l'aigu se révèle souvent impuissante face à la maladie chronique, qui nécessite une importante implication du patient au quotidien. Le vocabulaire de la médecine reflète toujours une situation soignant-actif avec un soigné-passif : on parle de médecin qui "intervient", "prescrit" une "ordonnance" au "patient" "bénéficiant" du soin, "traité", "passif" et "observant". Les soignants doivent dépasser l'idée souvent répandue qu'il suffirait de dire, d'expliquer, de répéter, pour que les patients apprennent. Apprendre, chez l'adulte, est un processus complexe consistant notamment à déconstruire, réorganiser des conceptions préexistantes chez l'apprenant. Pour cela, l'enseignant peut dire, montrer, mais surtout faire expérimenter ou ressentir, aider à prendre conscience ou interagir avec d'autres et susciter la motivation [2].

Afin d'obtenir cette implication du patient, il importe de le traiter dans sa globalité, et non pas seulement sa maladie : il faut tenir compte de la représentation de l'affection pour le patient, de sa perception des symptômes, de ses savoirs expérimentaux, de son projet de vie, du rôle de l'entourage et bien sûr des connaissances qu'il possède par rapport à sa maladie (mécanismes, causes, traitements, etc.). D'où le concept d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), action intégrée dans le traitement du patient, basée sur un modèle organisé, centré sur le patient.

Cette nouvelle pratique de l'Éducation Thérapeutique, avec un réel partage des connaissances et une co-élaboration de la thérapie entre une équipe de soignants aux professions complémentaires et des patients riches de leurs expériences au quotidien avec la maladie, apparaît alors comme un élément indispensable de la prise en charge de la maladie chronique. L'ETP se donne comme objectif de permettre au patient d'augmenter ses connaissances, ses compétences, de lui faire prendre conscience de son diagnostic et de ses facteurs de risque. Elle lui permet d'être réellement partenaire de soin pour la prise en charge de sa santé à long terme. La personne peut ainsi apprendre à reconnaître et interpréter ses symptômes, pratiquer une mesure physiologique, y répondre par un comportement adapté à l'urgence ou en prévention, se faire accompagner pour changer un comportement...

Cette approche combinée, à la fois médicale, psychologique et pédagogique nécessite un réel partenariat entre le soignant et le soigné. Elle permet ainsi des améliorations de l'état de santé, par une meilleure observance, une diminution des complications et une amélioration de la qualité de vie des patients.

2.1.1. Définitions

La première définition retenue pour l'ETP est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) - Europe en 1996 : "L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient.

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

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie." [3]

En 2008, le rapport Bertrand-Charbonnel-Saout définit l'ETP comme "un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événements intercurrents...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui." [4]

C'est sur cette base que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), est venue apporter une reconnaissance législative à l'Éducation Thérapeutique, qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

2.1.2. Les origines de l'ETP

L'émergence de l'ETP peut s'expliquer par des facteurs sociologiques, épidémiologiques et économiques [5].

Facteurs sociologiques

Sur le plan sociologique, différents événements médiatisés (« vache folle », amiante, sang contaminé) ont suscité une remise en question du « pouvoir médical ». Les patients désirent savoir, être informés ; les patients aspirent à connaître leur traitement, en discuter avec leur médecin. Ils recherchent des informations auprès des différentes sources de médias (presse écrite, radio, Internet, etc.), et veulent être associés aux décisions qui les concernent, tels un partenaire des soignants.

À ces volontés du patient, l'ETP peut apporter des réponses puisqu'elle consiste à écouter le patient, prendre en compte ses représentations, ses connaissances, son vécu, ses projets, puis à construire avec lui un projet thérapeutique qui lui soit adapté. La démarche d'ETP place le patient au centre de la prise en soins et celui-ci se retrouve dans une position d'acteur.

Facteurs épidémiologiques

Sur le plan épidémiologique, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie entraînent un accroissement de la durée d'évolution des pathologies chroniques, qui a conduit à la mise en place d'un Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [6]. De plus, les comportements à risque, comme le tabac et l'alcool, sont à l'origine d'un nombre très important de pathologies et de décès. De ce fait, les maladies chroniques et les comportements à risque, comme le tabagisme, sont au premier rang des préoccupations des professionnels de la santé publique, et les techniques « classiques », même sophistiquées, s'avèrent inefficaces si les patients ne modifient pas leurs comportements et leurs habitudes de vie à long terme.

Facteurs économiques

Enfin, le registre économique n'est pas absent de l'engouement vis-à-vis de l'éducation thérapeutique. Pour les patients atteints de pathologies chroniques, la littérature montre que l'ETP réduit le coût de leur prise en charge par une diminution du nombre de visites aux urgences, du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi que des arrêts de travail.

2.1.3. Finalités de l'Éducation Thérapeutique du Patient : l'acquisition de compétences

L'ETP a pour objectif d'aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes.

Certains soignants ont pris conscience que les patients atteints de pathologies chroniques ont de grandes difficultés à suivre les prescriptions et les conseils donnés. Le soignant est alors confronté au fait que, sans le concours du patient, il n'y aura pas d'ETP.

Le patient n'est plus l'objet mais le co-constructeur des soins ; l'objectif n'est plus de lutter contre la maladie, mais de vivre avec et de promouvoir la santé.

D'ailleurs, dans le langage, on passe d'un vocabulaire « guerrier » communément employé en cas de pathologie aiguë (combattre la maladie, lutter contre la maladie, trouver des stratégies de défense contre...) à un langage beaucoup plus pacifiste et apaisant en ETP (vivre avec la maladie, accompagner le patient, promouvoir la santé...).

La démarche de prescription laisse sa place à une démarche d'éducation. L'attitude du soignant change radicalement. D'un positionnement de « savoir et d'autorité », il passe à une attitude d'accompagnement, de co-constructeur.

L'Éducation Thérapeutique du Patient devrait alors, permettre au patient d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui l'aident à vivre de manière optimale sa vie avec sa maladie. Elle vise à aider le patient et sa famille, à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Les enjeux de l'Éducation Thérapeutique sont multiples et concernent les patients, les soignants et la société :

- Le patient : il devient partenaire des soignants dans la prise en charge de sa maladie au quotidien. Acteur, il acquiert des compétences pour s'impliquer dans la gestion de sa pathologie.
- Le soignant : il fait l'expérience d'une nouvelle relation d'adulte à adulte avec le patient. Expert à l'écoute du patient, il l'accompagne dans cette prise en charge au long cours.
- La société : l'éducation thérapeutique permet des économies de santé, via la réduction de fréquence et de durée des hospitalisations par exemple [7].

Concernant les patients, la définition de l'Éducation Thérapeutique de l'OMS débute ainsi : "L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique".

Une liste des catégories de compétences, qui a l'intérêt d'être valable pour l'ensemble des maladies chroniques, a été produite en 2002 par un groupe de travail sous l'égide du Ministère de la Santé :

COMPÉTENCES	OBJECTIFS
1. Intelligibilité de soi et de sa maladie <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre, s'expliquer - Savoir communiquer avec son entourage à propos de sa maladie 	Comprendre sa maladie, les principes du traitement Donner un sens à la prise en charge, faciliter son vécu de la maladie face à l'entourage, la société
2. Maîtrise de gestes techniques et d'utilisation d'outils <ul style="list-style-type: none"> - Pratiquer, faire 	Pratiquer avec une technique appropriée gestes d'autosurveillance glycémique, injections... Reporter correctement sur un carnet des données d'autosurveillance
3. Auto-diagnostic : Patient sentinelle <ul style="list-style-type: none"> - Repérer, analyser, interpréter 	Reconnaître des symptômes précoces, des signes d'alerte Analyser et repérer des situations à risque Interpréter des résultats des mesures
4. Auto-gestion d'une crise <ul style="list-style-type: none"> - Déclencher une procédure d'urgence, appliquer, décider 	Appliquer un protocole d'urgence en situation critique : objectifs de sécurité (hypo, acétone) Décider quand arrêter l'autogestion et recourir à un soignant

5. Auto-adaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie - Résoudre, adapter, prévenir au quotidien	Mettre en place des stratégies d'ajustement pour intégrer la maladie dans sa vie quotidienne Ex : ajuster une dose d'insuline, aménager la diététique, l'activité physique...
6. Auto-adaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques : sur le long terme - Adapter, réajuster, évoluer	Gérer les changements de contexte de vie (voyage, grossesse) Intégrer les nouvelles technologies médicales Abandonner les concepts obsolètes ou erronés
7. Utilisation des ressources d'aide du système de soin - Utiliser, planifier, s'organiser	Savoir où, quand consulter, qui appeler Connaître les associations de patients Faire valoir ses droits

Pour la plupart de ces compétences, la mise en application associe 3 registres d'acquisitions :

1. Acquisition d'un savoir :

Le soignant transmet au patient un niveau suffisant et nécessaire de connaissances pour un objectif.

2. Acquisition d'un savoir-faire (compétence) :

Le soignant montre puis fait faire au patient un geste, il s'agit d'un apprentissage. Celui-ci est souvent à répéter, en tâchant de se rapprocher des conditions dans lesquelles s'effectuera ce geste à domicile.

3. Acquisition d'un savoir-être :

Ce domaine est plus complexe, le patient met en pratique à bon escient les acquis du savoir et du savoir faire dans sa vie quotidienne, c'est la maîtrise des évènements. Elle met également en jeu des paramètres psycho-affectifs.

Modèle théorique d'un programme d'ETP



La Haute Autorité de Santé (HAS), en 2007, propose une nouvelle version des finalités de l'ETP [8] :

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

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

Les compétences d'autosoins :

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

Les compétences d'adaptation :

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

2.1.4. Déroulement de L'ETP

➔ *1^{ère} étape : le diagnostic éducatif (ou bilan éducatif partagé)*

Le but du diagnostic est pour le soignant, d'appréhender ce que comprend et ressent la personne soignée de sa situation de santé et comment il agit vis-à-vis d'elle.

Il a également comme objectif d'établir un programme personnalisé.

Pour cela, le formateur va chercher à mieux connaître le patient en l'interrogeant sur :

- ce qu'il a (état de santé, histoire de la maladie, traitement),
- ce qu'il fait (famille, loisirs, travail, condition de vie, ressources),
- ce qu'il sait (de sa maladie, de son traitement, des complications),
- ce qu'il croit (confiance en lui-même, pouvoir sur sa santé, avis sur la médecine/médicaments, à quoi il attribue sa maladie),
- ce qu'il ressent (vis à vis de sa maladie / son traitement / sa santé, révolte / inquiétude / confiance /...),
- ce dont il a envie (centre d'intérêts et projets).

La synthèse du diagnostic éducatif permet de dégager les difficultés à surmonter, les problèmes à résoudre et les points forts sur lesquels s'appuyer.

Elle consiste à identifier les apprentissages que pourrait développer le patient (acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation à la maladie) lui permettant de concilier le maintien de son projet personnel et l'intégration de la gestion de la maladie et de son traitement dans la vie

quotidienne. Cela nécessite un accord entre le patient et l'équipe soignante sur les apprentissages à réaliser.

➔ *2^{ème} étape : définition et planification d'un programme personnalisé et négocié d'ETP*

Pour permettre au patient d'acquérir les compétences identifiées, le suivi d'un programme ou d'activités d'éducation thérapeutique conçus à cet effet, est proposé. Il s'agit d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé organisé avec l'équipe soignante, à partir des informations recueillies au cours du diagnostic éducatif préalable.

En pratique, les méthodes actives et participatives individuelles ou en groupe sont fortement recommandées car elles permettent au patient de pratiquer et d'éprouver une connaissance : apprentissage par essais, expérimentations, exercices, analyses de situations vécues par les patients, méthodes de résolution de problèmes (voire actuellement de simulations), entraînements à transférer dans le quotidien et dans différentes situations de vie les apprentissages réalisés.

➔ *3^{ème} étape : la réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme*

L'évaluation de l'Éducation Thérapeutique du Patient est multiple :

- **L'évaluation de la transformation du patient :**

Il faut distinguer ce qui relève de l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire les apprentissages réalisés (compétences mobilisées dans le contexte pour lequel elle est envisagée) et que l'on estime être en étroite relation avec l'intervention d'éducation et les effets pouvant être constatés par la mobilisation de la compétence. Il est important de différencier ces deux aspects afin d'éviter de conclure que l'éducation thérapeutique est inutile parce qu'un paramètre clinique ne s'améliore pas. Une personne peut faire ce qui est nécessaire, alors que la maladie évolue.

À titre d'indications, on peut citer :

- *sur le plan pédagogique* : mesures quantitative et qualitative des représentations, de l'organisation des connaissances, des raisonnements, des savoir-faire et des savoir-être
- *sur le plan psychosocial* : mesures quantitative et qualitative concernant la mise en place de modes de vie compatibles avec la gestion de la maladie, qualité de vie, dynamique familiale, insertion professionnelle, engagement social, rapport à soi en termes de confiance en soi...
- *sur le plan biomédical* : mesure quantitative des paramètres biologiques et cliniques, incidents et accidents, types de recours aux soins.

C'est la présence d'une dynamique globale et non véritablement d'un « score » au travers de ces différentes évaluations qui montre que le patient « s'oriente » ou non vers une meilleure prise en charge de sa santé.

- **L'évaluation du programme et des activités d'éducation thérapeutique**

Cette évaluation vise à apporter des améliorations pédagogiques, organisationnelles sur le déroulement d'un programme ou des activités d'éducation thérapeutique. Pour cela, l'évaluation peut porter sur plusieurs aspects :

- les soignants éducateurs et le fonctionnement pédagogique de l'équipe
- les méthodes et les outils pédagogiques
- l'organisation du programme et des activités d'éducation thérapeutique
- les conditions éthiques du programme ou activités d'éducation thérapeutique
- la participation des patients dans la conception, l'animation et l'évaluation des programmes et activités d'éducation thérapeutique

- **L'évaluation de la transformation des pratiques soignantes et de l'organisation des soins**

Parmi les effets constatés, des changements s'opèrent dans le type de relation qu'établit le soignant avec le patient. Sa pratique de soignant change, influencée par sa pratique d'éducation pour dépasser l'influence d'un modèle biomédical et tenter d'asseoir une pratique associant les références de ce même modèle et celui centré sur un patient considéré comme un sujet autodéterminé.

De plus, l'inscription de temps d'éducation dans l'activité de soins tend à influencer son organisation, questionnant les prises en charges médicales et de soins actuelles.

2.1.5. Qu'est-ce qu'une ETP de qualité ?

L'Éducation Thérapeutique du Patient doit [6] :

- être centrée sur le patient : l'intérêt doit être porté à la personne dans son ensemble avec une prise de décision partagée et un respect des préférences,
- être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expériences des patients,
- faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge,
- concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux,
- être un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme,
- être réalisée par des professionnels de santé formés, engagés dans un travail en équipe,

- s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient, réalisée lors des Bilans Educatifs Partagés (BEP), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé,
- se construire avec le patient et impliquer autant que possible les proches du patient,
- s'adapter au profil éducatif et culturel du patient,
- être définie en termes d'activités et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :
 - utilisation de techniques de communication centrées sur le patient,
 - séances collectives ou individuelles,
 - accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique,
 - utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- être multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrant le travail en réseau,
- inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

2.2. Généralités sur les facteurs de risque cardio-vasculaire

2.2.1. Quelques chiffres

Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité dans le monde : on estime en 2012 à 14,1 millions le nombre de décès qui leur est imputable, soit 25% de la mortalité mondiale totale [15].

A l'échelle nationale, les maladies cardio-vasculaires représentent en France la deuxième cause de mortalité avec près de 150 000 décès annuels (soit 27,5% des décès), juste derrière les cancers (29,6%) [16].

Chez les femmes, en France, les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de décès (30,1%) [16].

Enfin, les maladies cardio-vasculaires représentent le poste le plus important de la consommation de soins et de biens médicaux dans notre pays [9]. Elles sont responsables de 11,5% des hospitalisations et d'un tiers des motifs d'exonération du ticket modérateur pour les ALD [17].

2.2.2. Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent un enjeu primordial en matière de santé publique. En effet, elles ne cessent de se développer dans les pays industrialisés, alors même que le mécanisme de ces affections est, aujourd'hui, connu : le point de départ de ces maladies est l'athérosclérose.

L'athérosclérose est une atteinte inflammatoire chronique de la paroi artérielle d'origine multifactorielle. Elle est d'installation lente et progressive.

Au stade de la plaque d'athérome qui infiltre et épaissit la paroi, la lésion reste silencieuse pendant de nombreuses années.

Ce n'est que lorsque survient la thrombose engendrée par l'instabilité de la plaque que la lésion passe de la quiescence à l'ischémie clinique.

Quand l'ischémie coronarienne ou cérébrale "parle" cliniquement, les lésions artérielles sont déjà très évoluées.

Il est indispensable d'agir en amont des accidents ischémiques et d'identifier tous les facteurs toxiques pour le système cardio-vasculaire.

Le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire sont donc primordiaux.

Les deux principales maladies cardio-vasculaires sont les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux.

La maladie coronarienne :

- les coronaropathies regroupent diverses entités : l'angor, l'infarctus du myocarde et la cardiopathie ischémique chronique [9].
- elle représente la manifestation la plus courante de la maladie cardio-vasculaire. Les coronaropathies ont été responsables en 2009 de près de 40 000 décès en France, représentant ainsi la deuxième cause de mortalité en France après les cancers.

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) :

- L'AVC est un déficit neurologique soudain, d'origine vasculaire, causé par un infarctus ou une hémorragie au niveau du cerveau.
- L'accident ischémique est la cause la plus fréquente d'AVC avec 80% des cas. Il touche chaque année environ 130 000 nouveaux patients en France, soit 1 AVC toutes les 4 minutes ; sa prévalence est estimée à 400 000 patients.
- Les AVC sont l'une des principales causes de mortalité en France, davantage chez la femme que chez l'homme ; l'AVC représente la troisième cause de mortalité pour les hommes (après les cancers et les cardiopathies ischémiques) et la première cause pour les femmes (avant les cardiopathies ischémiques et le cancer du sein).

- En 2010, les maladies cérébrovasculaires ont été responsables de 32 500 décès [14].
- Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), les AVC représentent la troisième cause de mortalité en France, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la première cause de handicap acquis de l'adulte.

La prévention en matière de maladies cardio-vasculaires a pour objectif d'empêcher la survenue ou l'évolution de l'athérosclérose. Pour ce faire, elle a nécessité l'identification de facteurs de risque cardio-vasculaire, afin d'évaluer le risque à l'échelle individuelle de morbi-mortalité et de mettre en place un dépistage précoce de ces facteurs.

2.2.3. Les facteurs de risque cardio-vasculaire

Un facteur de risque peut se définir comme un état physiologique, pathologique ou encore une habitude de vie, associés à une incidence accrue de la maladie.

➔ Remarque

Signalons dans un premier temps que les différentes recommandations en matière de dépistage et de prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire divergent sur un point important, à savoir la définition et le nombre de facteurs de risque à prendre en compte pour évaluer le risque cardio-vasculaire : la définition de la dyslipidémie dans la recommandation publiée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) [9] ne correspond pas à celle donnée dans la recommandation publiée par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) [10].

Les recommandations européennes et américaines identifient, quant à elles, trois groupes de facteurs de Risque Cardio-Vasculaire (RCV) classés selon leur degré d'imputabilité [11].

<p style="text-align: center;">Les Facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs</p> <p>(leur sont rattachés un effet multiplicateur du RCV indépendamment des autres facteurs de risque)</p>	<p><i>Modifiables :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'HyperTension Artérielle (HTA) - Les dyslipidémies - Le diabète - Le tabagisme <p><i>Non Modifiables :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'âge - L'hérédité cardio-vasculaire
<p style="text-align: center;">Les Facteurs de risque cardio-vasculaire prédisposants</p> <p>(présentent un effet potentialiseur quand ils sont associés à d'autres facteurs de risque)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'obésité androïde - La sédentarité - La ménopause - Les facteurs psychosociaux comme la précarité, l'origine géographique

<p>Les Facteurs de risque cardio-vasculaire discutés</p> <p>(associés à un risque augmenté de maladies cardio-vasculaires mais avec un degré d'imputabilité méconnu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'élévation des triglycérides - Les marqueurs de l'inflammation - Les facteurs infectieux - ...
---	--

➔ *Les facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs*

ÂGE ET SEXE

Le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge.

L'homme est plus exposé aux accidents cardio-vasculaires que la femme en période d'activité génitale ; mais le niveau de risque de cette dernière augmente après la ménopause.

Ainsi sont considérés comme facteur de risque :

- Âge > 50 ans pour l'homme
- Âge > 60 ans pour la femme ou ménopausée

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

La prédisposition familiale est un facteur de risque majeur.

On considère alors la survenue d'accidents cardio-vasculaires précoces chez un parent du premier degré :

- Infarctus du myocarde ou mort subite chez le père ou hommes du 1^{er} degré avant 55 ans
- Infarctus du myocarde ou mort subite chez la mère ou femmes du 1^{er} degré avant 65 ans
- Antécédents familiaux d'AVC précoces

Dans la population générale, on retrouve 14% d'antécédents familiaux [12].

TABAGISME

La France compte 15 millions de fumeurs. Un tiers des personnes de 12 à 75 ans fume, ne serait-ce que de temps en temps.

Tout fumeur, ou personne ayant arrêté de fumer il y a moins de trois ans est considéré à risque ; au bout de trois ans, le pronostic cardio-vasculaire rejoint celui des non-fumeurs.

Une consommation de 20 cigarettes par jour expose à un risque de coronaropathie multiplié par 3, un risque d'infarctus ou de mort subite multiplié par 5 et un risque d'Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs (AOMI) multiplié par 7 [13].

DYSLIPIDEMIE

Un taux élevé de Low Density Lipoprotein (LDL) ainsi qu'un taux abaissé de High Density Lipoprotein (HDL) s'accompagnent d'une augmentation de la morbi-mortalité.

Ainsi des seuils d'intervention ont été mis en place en matière de prévention primaire :

- L'intervention diététique est toujours de mise.
- En cas d'hypercholestérolémie, un traitement hypolipémiant est indiqué en fonction de l'association à d'autres Facteurs de Risque (FdR), selon le taux de LDL :
 - sans autre FdR, si le taux de LDL $\geq 2,2\text{g/L}$,
 - associé à 1 autre FdR, si le taux de LDL $\geq 1,9\text{g/L}$,
 - associé à 2 FdR, si le taux de LDL $\geq 1,60\text{g/L}$,
 - associé à 3 FdR ou plus, si le taux de LDL $\geq 1,30\text{g/L}$.

Concernant le HDL, une concentration élevée ($>0,60\text{g/L}$) est considérée comme protectrice, alors qu'une concentration basse ($<0,40\text{g/L}$) sera considérée comme un facteur de risque.

HYPERTENSION ARTERIELLE

Elle est définie par :

- une pression artérielle systolique $\geq 140\text{mmHg}$ et/ou
- une pression artérielle diastolique $\geq 90\text{mmHg}$

mesurées au cabinet médical, sur 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, en 3 à 6 mois.

En France, l'HTA touche environ 7 millions de personnes.

La prévention en matière d'hypertension artérielle repose sur les mesures hygiéno-diététiques d'une part et nécessite souvent la mise en place d'un traitement médicamenteux antihypertenseur.

DIABÈTE

Il est défini par :

- une glycémie $> 1,26\text{g/L}$ après un jeûne de 8 heures vérifiée à 2 reprises, ou
- un syndrome polyuro-polydypsique associé à un amaigrissement et une glycémie $> 2\text{g/L}$,
ou
- une glycémie $> 2\text{g/L}$ deux heures après l'ingestion de 75g de glucose HyperGlycémie Provoquée par voie Orale (HGPO).

En 2009, on estime à plus de 3,5 millions de personnes atteintes de diabète en France.

En presque 10 ans (de 2000 à 2009), le taux de prévalence est passé de 2,6% à 4,4% selon l'Institut de Veille Sanitaire.

Les principales raisons retrouvées à cette augmentation sont le vieillissement de la population, le surpoids et l'obésité, le type d'alimentation et la sédentarité.

2.2.4. Le risque cardio-vasculaire global

La notion de risque cardio-vasculaire global individuel est une notion assez récente (1998).

Il s'agit de tenir compte et d'intégrer la totalité des facteurs de risque cardio-vasculaire qui concernent un individu, de façon à en déduire une résultante qui établit un niveau de risque qui lui est personnel.

On peut ainsi définir le RCV global comme la probabilité individuelle de survenue d'un évènement cardio-vasculaire pour un patient, dans un délai donné.

Cette évaluation tiendra compte, outre la somme des facteurs de risque, de l'effet potentialisateur de certains d'entre eux sur l'impact des autres.

Le risque global ainsi établi, déterminera la stratégie de prise en charge.

Le RCV global peut être estimé, soit en additionnant un à un les facteurs de risque, soit grâce à des modèles de risque prenant en compte la valeur effective de certains facteurs de risque majeurs.

Deux grands modèles existants semblent rassembler un consensus professionnel : le modèle de FRAMINGHAM (modèle prédictif de morbidité cardio-vasculaire) et le modèle de SCORE (modèle prédictif de mortalité cardio-vasculaire).

2.3. Présentation du territoire

2.3.1. Données géographiques et démographiques

Le Poitou-Charentes est une des 22 régions administratives de la France métropolitaine. Elle regroupe quatre départements : Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne. Elle a pour préfecture Poitiers, plus grande ville et unité urbaine de la région.

Située dans le Grand Sud-Ouest français, elle regroupe une population de 1 783 991 habitants en 2012 [18], soit 2,70% de la population française. Cette population est répartie sur 25 809 km², soit une densité de 69 hab/km². Cette région est marquée par la ruralité mais il existe cependant d'importantes disparités entre les régions agricoles marquées par une certaine déprise démographique et les régions littorales en croissance constante.

Dans le cadre de la réforme territoriale, le Poitou-Charentes fusionnera avec les régions Aquitaine et Limousin dès le 1^{er} janvier 2016. Le nom provisoire de cette nouvelle région est Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.

La Vienne est le département le plus étendu de la région et le 16^{ème} plus grand département de la France métropolitaine ; il se caractérise cependant par un peuplement moyen. Il occupe le quart nord-est du Poitou-Charentes et offre une superficie de 6 990 km². Au dernier recensement, en 2012, le département compte 430 018 habitants [18], ce qui le classe en 2^{ème} position, loin derrière la Charente-Maritime. Sa densité de population s'élève à 61 hab/km². La concentration de population est établie majoritairement le long de la vallée du Clain sur l'axe Poitiers-Châtellerauld qui constitue l'épine dorsale de la Vienne et le foyer principal des activités humaines et économiques.

➔ La démographie médicale en région Poitou-Charentes

Les quatre départements de la région Poitou-Charentes recensent, en 2013, 6 533 médecins inscrits au tableau de l'Ordre, soit 2,4% de l'effectif national.

Parmi les 4 831 médecins en activité régulière, 50,3% exercent en secteur libéral exclusif. Dans la Vienne, 62% pratiquent la médecine générale.

La densité pour 100 000 habitants dans la région est de 286,4 médecins en activité régulière, toutes spécialités confondues [19]. La densité des médecins généralistes dans la Vienne pour 100 000 habitants est de 143, soit 1 médecin pour 700 habitants.

2.3.2. État des lieux des programmes

Dans la région Poitou-Charentes, l'ETP s'avère être une priorité régionale et s'inscrit dans :

- le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) Poitou-Charentes [20],
- le Schéma Régional de Prévention,
- des Contrats d'Objectifs et de Moyens avec le ministère, avec l'Institut Régional d'Éducation et de la Promotion de la Santé (IREPS).

Les principaux enjeux sont [21] :

- d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique,
- de développer les compétences du patient et son autonomie,
- d'éviter les complications des maladies chroniques,
- de diminuer le nombre des hospitalisations d'urgence,
- de contribuer à l'amélioration de l'efficacité du système de santé,
- de développer des programmes d'ETP en ambulatoire visant à intégrer plus largement les professionnels de santé de premier recours.

Des thématiques prioritaires ont été établies dans le cadre du PSRS ; elles représentent 82% des programmes autorisés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2013 :

- Diabète, Obésité, Insuffisance Rénale Chronique,
- Asthme et BronchoPneumopathie Chronique Obstructive (BPCO),
- Maladies cardio-vasculaires (HyperTension Artérielle (HTA), Insuffisance cardiaque, Coronaropathies et AntiVitamine K (AVK)),
- Santé mentale (Schizophrénie et Troubles Bipolaires)
- Maladie rares (Mucoviscidose, ...).

Au 1^{er} juillet 2014, 74 programmes locaux en ETP étaient autorisés par l'ARS Poitou-Charentes et mis en œuvre dans la région (*Annexe 1*).

On dénombre également 5 programmes nationaux déclinés dans la région (**MSA Maladies cardio-vasculaires**, **CNAMTS-CES Asthme/Insuffisance cardiaque/Diabète de type 2 ou SOPHIA**, **Régime Social des Indépendants Diabète de type 2**, **Mutualité Française HTA**, **La Caisse des Mines programme OPERA (Réseau de soins palliatifs à domicile)**)[22].

En Poitou-Charentes, on recense 573 professionnels impliqués dans les programmes d'ETP, dont 300 sont formés spécifiquement à l'ETP.

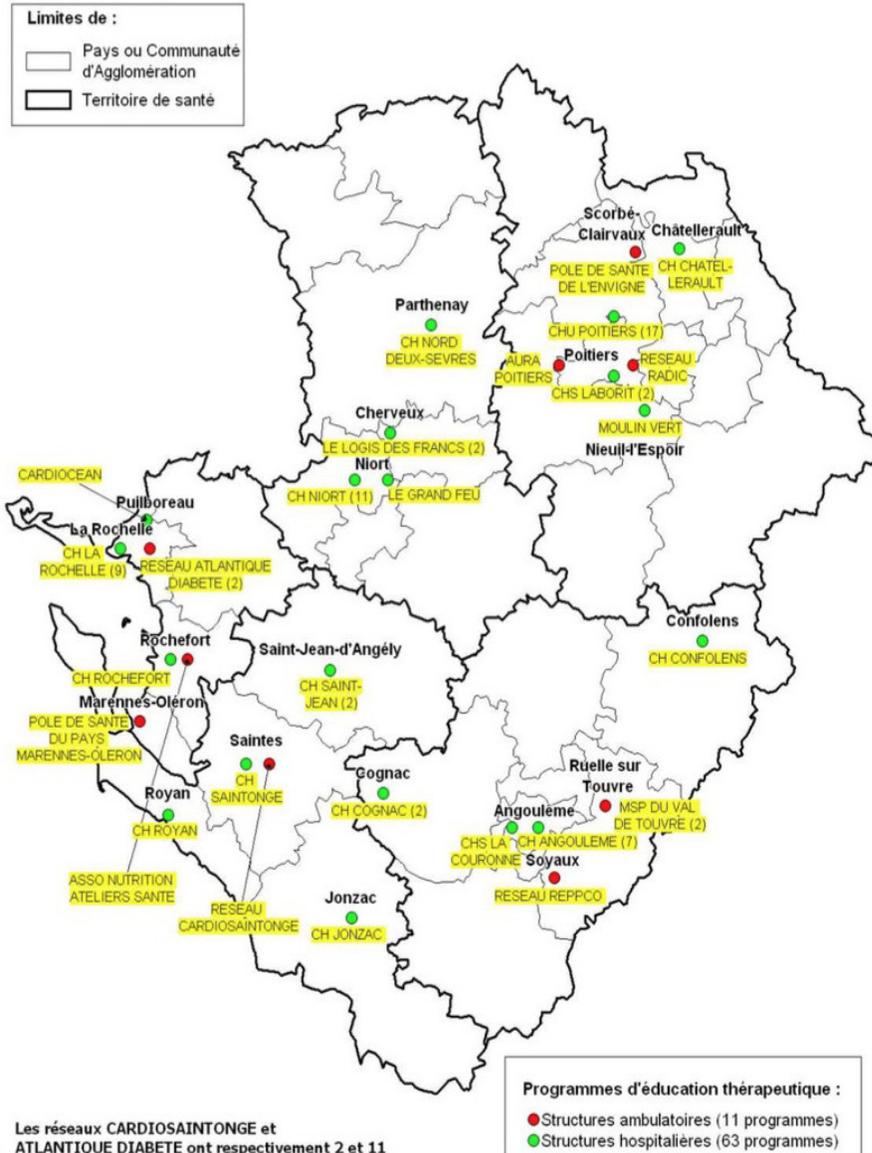
Parmi les 74 programmes locaux :

- 63 sont proposés par des structures hospitalières,
- 11 sont mis en œuvre par des structures ambulatoires.

Les pathologies les plus représentées sont, par ordre d'importance :

- le diabète
- les maladies respiratoires chroniques
- les maladies cardio-vasculaires
- l'obésité

74 programmes autorisés d'éducation thérapeutique du patient (ETP) par l'ARS Poitou-Charentes au 31 décembre 2013



En ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, 9 structures ont choisi de traiter ce thème.

→ *Dans la Vienne* :

- **Réseau RADIC** (Réseau d'Aide à Domicile de l'Insuffisance Cardiaque), **Poitiers** : Accompagnement et éducation thérapeutique en Insuffisance Cardiaque du patient
- **Pôle de Santé de l'Envigne** : Programme d'ETP du risque cardio-vasculaire

→ *Dans les Deux-Sèvres* :

- **Centre Hospitalier de Niort** : Mesure des différents facteurs de risque coronariens, intervention sur les facteurs de risque, prévention auprès du patient coronarien, éducation du patient sous AVK

→ *En Charente-Maritime* :

- **Pôle de Santé du Pays de Marennes, Oléron** : les Risques cardio-vasculaires
- **Réseau CARDIOSAINTONGE, Saintes** : Éducation Thérapeutique des Patients cardiaques
- **Clinique CARDIOCEAN, Puilboreau** : Éducation thérapeutique pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques
- **Centre Hospitalier de La Rochelle** : Programme d'Éducation Thérapeutique dans le cadre de l'insuffisance cardiaque

→ *En Charente* :

- **Maison de Santé Pluridisciplinaire du Val de Touvre, Ruelle** : Programme d'Éducation Thérapeutique des patients atteints de pathologies cardio-vasculaires
- **Centre Hospitalier d'Angoulême** : Éducation Thérapeutique du Patient en cardiologie

2.3.3. Le Pôle de Santé de l'Envigne et son programme d'ETP

➔ *Présentation du Pôle de Santé*

Ces dernières années, un constat est réalisé par les professionnels de santé du canton de Lençloître, dans la Vienne : le cabinet médical de Scorbé-Clairvaux conçu en 1989 ne répond plus ni aux attentes des professionnels, ni aux préoccupations des autorités publiques et n'est plus apte à répondre aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la population. Le constat global est alors clair : le dispositif de premier recours est à bout de souffle sur ce territoire en zone rurale.

L'existence de deux centres de population, distants de 10 km, ne permet pas la construction d'une maison médicale centrale. En revanche, la création d'un pôle de santé pluridisciplinaire satisfait la grande majorité des professionnels de santé avec à terme, la possibilité de construire deux maisons de santé pluridisciplinaires réunies et coordonnées par le maintien du pôle de santé.

Le Pôle de Santé de L'Envigne est ainsi créé en Septembre 2010.

Cette nouvelle organisation pluridisciplinaire est mise en place pour répondre aux besoins de santé de l'aire cantonale. Les objectifs sont de coordonner, d'organiser la permanence des soins, de travailler avec l'hôpital, les structures médico-sociales, les réseaux gérontologiques... Un des objectifs majeurs du Pôle est la mise en œuvre de programmes d'Éducation Thérapeutique.

Il s'assigne ainsi comme missions de [23] :

- Améliorer la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires,
- Optimiser le dépistage le plus précocement possible des troubles amnésiques et offrir un soutien en accompagnant les aidants,
- Favoriser le dépistage de l'obésité chez les sujets de 6 à 16 ans,
- Optimiser le dépistage des cancers du sein et colorectal, et
- Améliorer l'observance thérapeutique.

Les pôles de santé sont constitués de professionnels de santé, qui se regroupent pour offrir à la population dans des zones à faible densité démographique, un meilleur accès aux soins.

Celui de l'Envigne est constitué de deux maisons de santé pluridisciplinaires, localisées sur les deux communes principales : Scorbé-Clairvaux et Lencloître.

Son but est avant tout de regrouper tous les professionnels de santé au sein d'une structure cohérente, avec l'objectif de "travailler ensemble". Ce qui implique une collaboration en continue des membres du Pôle.

Plus d'une trentaine de professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologue...) travaillent au sein du pôle pour éviter le désert médical et assurer une qualité et permanence des soins pour tous.

On dénombre, entre autre, au sein de l'équipe :

- 9 médecins généralistes, dont 2 médecins coordonnateurs en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)
- et 1 médecin gériatre,
- 1 dentiste,
- 4 pharmaciens,
- 5 kinésithérapeutes,
- 10 infirmiers et 1 infirmière déléguée en Santé publique,
- 1 sage-femme,
- 1 podologue,
- 1 psychologue,
- 1 orthésiste,
- 1 audioprothésiste,
- 1 diététicienne,
- des étudiants en formation...

➔ *Le programme d'Éducation Thérapeutique du Pôle*

Déjà sensible aux modes de prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée de la santé de leurs patients, c'est tout naturellement et dans le respect des objectifs établis que le Pôle de Santé de l'Envigne est devenu promoteur d'un programme d'Éducation Thérapeutique.

Après concertation, un thème très transversal du point de vue de la multidisciplinarité des professionnels est choisi et le pôle s'oriente ainsi vers la prise en charge de patients à risque cardio-vasculaire.

Soucieux de s'intégrer aux autres offres d'ETP du territoire de la Vienne concernant les pathologies cardio-vasculaires, ce programme a pour but de compléter ce qui existe déjà.

Effectivement, 3 autres structures proposent de l'ETP sur ce thème : la MSA, le réseau RADIC et le centre de réadaptation du Moulin Vert. Elles ont en commun de proposer leurs programmes aux patients ayant déjà déclarés une pathologie cardio-vasculaire (prévention tertiaire).

Le RADIC et le centre du Moulin Vert proposent leur ETP sur leur site respectif et incluent leurs patients après une hospitalisation pour une pathologie cardio-vasculaire déclarée. La MSA, sur demande des médecins traitants, pour des patients atteints de pathologie cardio-vasculaire ou de HTA, se déplace sur le territoire des patients bénéficiaires.

Le pôle de Santé de l'Envigne souhaite alors offrir un programme complet :

- il est proposé au plus près des patients bénéficiaires sur leur territoire,
- il est ouvert en priorité aux patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire sans avoir déclaré de pathologie (prévention secondaire),
- il est également proposé aux patients ayant déjà déclaré une pathologie cardio-vasculaire, ayant reçu ou non une ETP sur ce thème (prévention tertiaire).

Les principaux intervenants sont l'infirmière ASALEE (Action de SANTé Libérale En Équipe), un kinésithérapeute, un pharmacien et un médecin généraliste de la Maison de Santé de Scorbé-Clairvaux. Ces quatre professionnels intervenant auprès des participants ont tous suivi la formation de 40 heures niveau 1 d'ETP, proposée par l'IREPS.

Ils reçoivent chacun des patients en consultation individuelle pour effectuer les Bilans Educatifs Partagés (BEP) initiaux et finaux et animent les différents ateliers collectifs.

La population cible du programme répondait aux critères suivants :

- Hommes et femmes âgés de 25 à 85 ans,
- Patients présentant au moins 2 facteurs de risque cardio-vasculaire dont l'un au moins est modifiable.

Le programme était également ouvert aux patients avec un antécédent de pathologie cardio-vasculaire (AVC, Infarctus du myocarde, AOMI, ...).

L'entourage du patient concerné par l'ETP est admis au sein du programme mais limité au principal aidant du patient.

La diversité des patients et la variété de leurs facteurs de risque est d'une importance particulière. Les ateliers collectifs doivent permettre l'expression du patient et son intégration au sein du groupe, ce qui sera d'autant plus bénéfique si les participants eux-mêmes s'enseignent les uns aux autres.

Divers outils pédagogiques, tels que le photolangage, des cartes alimentaires, des vidéos, des jeux d'animation sont utilisés lors des ateliers collectifs, dans le but de permettre un meilleur investissement des patients et de favoriser les échanges. Des fiches mémoire sont également distribuées aux participants à la fin des ateliers, afin qu'ils puissent retrouver, sur un support papier, les informations utiles dont ils pourraient avoir besoin chez eux.

Description du programme :

L'objectif général du programme est de "permettre au participant de mobiliser des compétences et des attitudes afin d'empêcher ou de retarder l'apparition de la maladie cardio-vasculaire, ou de vivre le mieux possible avec sa maladie". Les objectifs spécifiques sont de "permettre au participant d'accéder à un changement d'habitudes de vie en vue de réduire son risque cardio-vasculaire" et de "permettre au participant de s'exprimer".

La première étape du programme est le Bilan Éducatif Partagé (BEP) : il consiste en une consultation individuelle entre un professionnel de santé et le futur participant. Il a pour but d'appréhender différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé [24]. Le BEP n'est pas un moment d'éducation mais un moyen de faire connaissance et de concrétiser l'alliance entre le professionnel et le patient. Lors du BEP initial, une fiche d'auto-évaluation des connaissances est renseignée par le patient.

Cet entretien aboutit donc à une synthèse en 3 axes :

- ses difficultés à surmonter, ses problèmes à résoudre,
- ses points forts, ses ressources sur lesquels on peut s'appuyer,
- les priorités de la démarche éducative et les moyens d'y parvenir.

La deuxième étape est les ateliers collectifs. Ils sont au nombre de 4 et chaque participant assiste aux ateliers définis selon la co-construction de son programme d'éducation personnalisé :

- Atelier 1 : "Le risque cardio-vasculaire et vous"
- Atelier 2 : "Faut pas cumuler"
- Atelier 3 : "Qu'est ce qu'on mange ?"
- Atelier 4 : "Activité physique, le réveil du corps"

La dernière étape est l'évaluation des acquis. Elle consiste en une consultation individuelle à la fin du programme personnalisé avec le remplissage de la fiche d'auto-évaluation des connaissances ; une deuxième consultation individuelle de suivi (rencontre ou appel téléphonique) est envisagée à 6 mois après le dernier atelier collectif.

➔ *Mon expérience personnelle au sein du Pôle de Santé de l'Envigne*

J'ai rejoint le Pôle de Santé en Octobre 2012 en tant que médecin généraliste remplaçante régulière au sein de la maison médicale de Scorbé-Clairvaux. Rapidement intégrée au sein de l'équipe de professionnels de santé, j'ai assisté à une réunion mensuelle du Pôle, lors de laquelle le projet d'Éducation Thérapeutique a été abordé.

Cette approche thérapeutique, centrée sur le patient, m'a très vite interpellée. Dans un premier temps, je me suis demandée comment intégrer ce concept dans ma pratique quotidienne. L'infirmière ASALEE du Pôle m'a alors conseillée de suivre la formation de 40 heures proposée par l'IREPS, afin de devenir formatrice et d'intégrer, selon mes envies, le programme du Pôle. J'ai suivi cette formation en janvier et février 2013 ; j'ai ainsi obtenu ma qualification de formatrice en ETP.

J'ai appris à mener un entretien motivationnel, ce qui dans ma pratique quotidienne, lors de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, est particulièrement utile. Créer une atmosphère empathique et valorisante, en centrant l'entretien sur la personne et ses capacités à changer, permet de créer une collaboration médecin/patient qui me semble indispensable afin d'optimiser les soins que j'apporte à mes patients.

Après ma formation, j'ai rapidement intégré le programme d'ETP du Pôle de Santé en tant qu'intervenante ponctuelle lors des séances collectives.

Parallèlement, ma position de médecin généraliste exerçant au sein du Pôle m'a amenée à recevoir en consultation des patients ayant participé au programme et ainsi à me demander si cette éducation thérapeutique en tant que prévention secondaire apportait un réel bénéfice aux patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaire.

Après 2 ans de fonctionnement du projet d'ETP du Pôle de Santé, en accord avec les autres intervenants, il m'a semblé pertinent d'évaluer le programme.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Objectifs et hypothèse

Les maladies chroniques sont un réel problème de santé publique. Elles altèrent significativement la qualité de vie des patients qui en sont atteints et génèrent des coûts de santé croissants. Les professionnels de santé et les pouvoirs publics tentent depuis plusieurs années d'améliorer la prise en charge de ces patients.

L'Éducation Thérapeutique permet de répondre à leur demande. Elle donne sa place au patient en tant qu'acteur de sa santé par une meilleure gestion de sa maladie et permet d'améliorer sa qualité de vie. En Poitou-Charentes, de nombreux programmes d'ETP, hospitaliers ou ambulatoires ont été mis en place, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Ils s'intègrent parfaitement dans le parcours de soins des patients et tentent de répondre à leurs besoins et facilitent leur prise en charge.

Les maladies cardio-vasculaires sont une préoccupation majeure de notre système de santé et nous avons donc choisi de centrer notre étude sur leur prévention et ainsi d'orienter notre recherche sur un programme s'intéressant aux facteurs de risque cardio-vasculaire, en l'occurrence celui du Pôle de Santé de l'Envigne.

Nous n'avons donc pas, dans notre travail de recherche, d'autre hypothèse de départ que celle affirmant que l'Éducation Thérapeutique du Patient est un véritable atout dans la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires.

L'objectif de l'étude est alors de décrire les bénéfices et les limites de l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire, vu par les patients ayant participé à un programme d'ETP sur les facteurs de risque cardio-vasculaire.

L'objectif secondaire est, à partir des limites identifiées, de dégager des axes d'améliorations, concernant le ciblage des patients participant au programme, le déroulement des séances individuelles et collectives, la nécessité d'un suivi éducatif à long terme.

Questions de recherche :

Diverses évaluations sur la mise en place des projets d'ETP en ambulatoire montrent les difficultés auxquelles sont confrontées les structures qui tentent de monter ces projets.

A travers cette étude, nous allons tenter de vérifier que, malgré la perfectibilité des programmes en ambulatoire, l'apport pour les patients est déjà bien réel.

Nous avons ainsi élaboré un panel de questions qui nous a, par la suite, servi de trame à la réalisation de notre étude :

- Ce type de programme est-il accessible à tous ou existe-t-il un profil type de patients ?
- La structuration actuelle des programmes d'ETP est-elle adaptée à la pratique en ambulatoire ?
- Existe-t-il un réel bénéfice sur la qualité de vie des patients, sur leurs résultats bio-cliniques ? Et si oui, ce bénéfice perdure-t-il à distance du programme ?
- Les ateliers de groupe sont-ils plus adaptés pour ce genre d'apprentissage ?
- Un suivi éducatif à long terme est-il nécessaire ?

3.2. Méthodologie

3.2.1. Choix de la méthode

La méthode utilisée afin de mener ce travail est une enquête descriptive, quantitative. Pour le recueil des données, divers outils ont été utilisés :

- *renseignés par les professionnels de santé :*

- La fiche des Bilans Éducatifs Partagés Initiaux (Annexe 2)

Le BEP Initial se déroule en entretien individuel avec un professionnel de santé. Lors de cet entretien, le patient s'exprime librement et le professionnel relève les attentes du patient concernant sa maladie ; au final sont notés sur la fiche les ressources et difficultés du patient ainsi que ses objectifs individuels.

- Les dossiers médicaux de chaque participant

Ils ont été consultés, avec l'accord préalable du médecin traitant et des patients, dans le but de recueillir les données bio-cliniques pré et post ETP nécessaires à l'étude.

- *renseignés par le patient :*

- La fiche d'auto-évaluation des connaissances (Annexe 3)

Lors des BEP Initiaux et des BEP Finaux, les patients ont complété un tableau d'évaluation de leurs connaissances (de leur maladie, de leur traitement, des complications possibles, des principes d'équilibre alimentaire...).

- Le questionnaire de satisfaction à la fin de chaque atelier (Annexe 4)

Rempli de façon anonyme, ce questionnaire évalue chaque atelier en mettant l'accent sur les principaux objectifs de l'ETP (séances de groupe, apport de connaissance, informations claires...).

- Le questionnaire d'évaluation à distance (Annexe 5)

Ce questionnaire, établi au préalable, a été soumis aux patients lors d'entretiens en tête à tête. Ce choix nous a paru plus judicieux afin d'optimiser le nombre de réponses et la qualité des résultats en permettant au patient de nous solliciter en cas d'incompréhension des items ou de besoin d'informations complémentaires.

Ces entretiens se sont déroulés à distance du programme, soit pour chaque participant après une période supérieure à 6 mois depuis la fin de leur parcours.

3.2.2. Élaboration du questionnaire à distance

Le questionnaire composé de 47 questions a été conçu de manière à explorer 5 champs distincts :

- Les caractéristiques des patients interrogés : données d'ordre général correspondant à leur sexe, leur âge, leur poids/tension artérielle/HbA1c avant le programme et leurs facteurs de risque et antécédents cardio-vasculaires.
- Le contexte de participation au programme d'ETP : renseignements concernant les motivations et attentes des patients, leur premier contact avec le programme, ...
- L'appréciation du bilan initial : éléments concernant l'entretien préliminaire aux séances de groupe, permettant d'évaluer le fond et la forme de ce rendez-vous.
- Les modalités de déroulement des séances de groupe : évaluation du nombre et de la qualité des ateliers et des informations transmises, du nombre de participants, des formateurs, ...
- L'évaluation du programme et de ses bénéfices *a posteriori* : constantes biologiques post-ETP, satisfaction des patients, savoirs et savoir-faire acquis, atteinte des objectifs personnels, ...

3.3. Population étudiée

Pour l'inclusion de patients, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des participants inclus dans le programme.

Pour rappel, les patients retenus répondaient aux critères suivants :

- Hommes et femmes âgés de 25 à 85 ans,
- Patients présentant au moins 2 facteurs de risque cardio-vasculaire dont l'un au moins est modifiable,
- Patients avec un antécédent de pathologie cardio-vasculaire (AVC, Infarctus du myocarde, AOMI, ...).

Nous avons exclu de notre étude les accompagnants ayant participé au programme.

Ainsi, depuis la mise en place du programme d'ETP du pôle de santé de l'Envigne en septembre 2012, 5 groupes de patients ont participé ; chaque groupe était en moyenne constitué de 6 patients.

Au total, lors du démarrage de notre étude, 27 patients constituaient la population d'analyse.

3.4. Déroulement de l'étude

Au préalable des entretiens directifs, les dossiers médicaux de chaque participant et les documents relatifs au programme d'ETP ont été consultés.

Les données nécessaires à l'étude ont été ainsi recueillies et codées : fiches des BEP Initiaux, grilles d'auto-évaluation des connaissances, questionnaires de satisfaction anonymes.

Un questionnaire (*Annexe 5*) a ensuite été soumis aux patients via un interrogatoire et complété à l'aide des informations consignées dans le dossier médical des patients.

L'interrogatoire a été mené lors d'un entretien d'une durée variable de 30 à 90 minutes en fonction du temps de réponse des patients. Les entretiens ont été réalisés sur le site de la maison médicale de Scorbé-Clairvaux entre le 20 Novembre et le 20 Décembre 2014 ; la date des rendez-vous avait été préalablement fixée avec les patients par téléphone.

Les entretiens ont été réalisés par mes soins. Formatrice en ETP au sein du Pôle de Santé, je me suis présentée comme réalisant une enquête ayant pour but d'évaluer les bénéfices du programme.

Il a aussi été signalé aux participants que les réponses seraient anonymisées.

Le questionnaire était présenté aux patients sous format papier afin de faciliter la compréhension des questions et des réponses proposées. J'ai, dans un même temps, reportait les réponses via Internet sous la forme d'un "formulaire Google". Ce type de recueil a été choisi car il permettait un classement des réponses pour une analyse plus rapide.

Le questionnaire se composait de questions fermées ou ouvertes. Les patients ayant consenti à l'étude, avaient la possibilité de ne pas répondre à la totalité des questions.

Les questions ouvertes ont été classées grâce à une analyse textuelle permettant à travers l'analyse de récurrences formelles retrouvées dans les réponses, d'identifier des groupes de réponses.

Les résultats ont ensuite été traités grâce au logiciel Excel, puis analysés.

Les bilans biologiques lipidiques, les hémoglobines glyquées, les poids, les pressions artérielles recueillis ont été relevés dans les dossiers médicaux lorsqu'ils avaient été pratiqués dans le cadre du suivi médical précédant et suivant leur participation au programme.

J'ai complété, voire corrigé les réponses relatives aux antécédents à partir du dossier médical des patients.

3.5. Analyse statistique

3.5.1. Les logiciels utilisés

- Outil de saisie des données : grâce à l'utilisation du formulaire Google la saisie des données était automatique,
- Outils d'analyse des données : le logiciel Excel, associé au logiciel BiostaTGV, ont été choisis pour l'analyse statistique des données.

3.5.2. Analyse statistique

- Analyse descriptive : les paramètres quantitatifs sont décrits par la moyenne +/- l'écart-type ; les paramètres qualitatifs sont exprimés en effectif et en pourcentage.
- Analyse comparative : les comparaisons de moyennes entre sous groupes (sexe, objectifs, ...) ont été réalisées à l'aide du test de Student. Les comparaisons de fréquence ont été réalisées à l'aide du test de Fischer, alternative au test de Chi2 lorsque les échantillons sont petits. Le test était jugé significatif au risque α de 5% pour la population de patients, soit $p < 0,05$.

4. RÉSULTATS

4.1. Caractéristiques de la population étudiée

4.1.1. Participation

Sur les 27 patients que nous souhaitons interroger, tous ont été contactés par téléphone afin de fixer un rendez-vous :

- 1 patiente a refusé catégoriquement l'entretien,
- 2 patients ont, dans un premier temps, accepté le rendez-vous, qu'ils ont ensuite annulé et n'ont jamais reporté malgré plusieurs relances téléphoniques.

Au total, l'interrogateur a réalisé 24 entretiens en tête à tête.

4.1.2. Description de l'échantillon

➔ Données des patients à l'inclusion

Tableau I : Caractéristiques initiales des participants

			Données manquantes
Âge (années)	Moyenne 66,5 +/- 10,5	Médiane 66 (39-82)	
Sexe	10 Hommes 42%	14 Femmes 58%	
HbA1c (%)	Moyenne 7,44 +/- 0,99	Médiane 7 (6,2-9,2)	
Indice de masse Corporelle (IMC en kg/m ²)	Moyenne 28,83 +/- 6,98	Médiane 28,24 (17,9-44)	
Poids (kg)	Moyenne 76 +/- 18	Médiane 75 (47-117)	
Taux de Cholestérol Total (g/L)	Moyenne 2,12 +/- 0,62	Médiane 2,01 (1,39-4,28)	3
Taux de Triglycérides (g/L)	Moyenne 1,58 +/- 1,13	Médiane 1,20 (0,53-5,84)	3
Tension Artérielle Systolique (mmHg)	Moyenne 130 +/- 11	Médiane 130 (110-150)	
Tension Artérielle Diastolique (mmHg)	Moyenne 73 +/- 4	Médiane 75 (70-80)	
Tabac	4 Fumeurs 16,7%	20 Non-Fumeurs 83,3%	

→ Âge des patients

L'âge moyen des patients était de 66 ans. Le patient le plus jeune était âgé de 39 ans, le plus âgé avait 82 ans.

La répartition par tranches d'âge révélait une majorité de patients entre 60 et 80 ans (50% entre 60 et 70 ans ; 29% entre 70 et 80 ans).

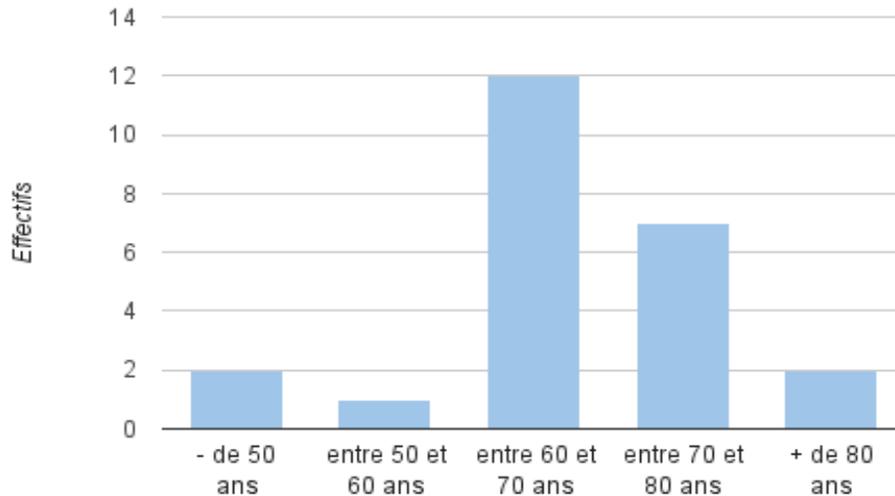


Figure 1 : Répartition des participants par tranches d'âge

→ Sex ratio

La répartition homme/femme était inégale avec une majorité de femmes à l'inclusion (10 hommes pour 14 femmes). Le sex-ratio a été calculé à 0,71.

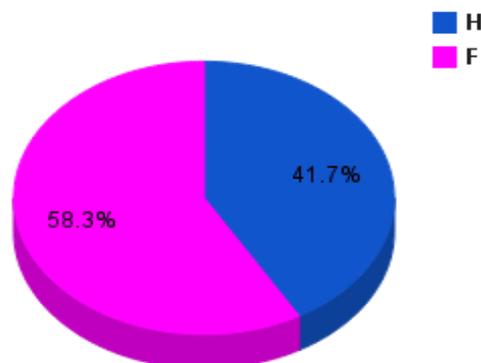


Figure 2 : Répartition des participants en fonction du sexe - Pourcentage

→ Activité professionnelle

Sur les 24 patients inclus, 83% étaient des retraités ; un chiffre qui s'explique facilement par la moyenne d'âge.

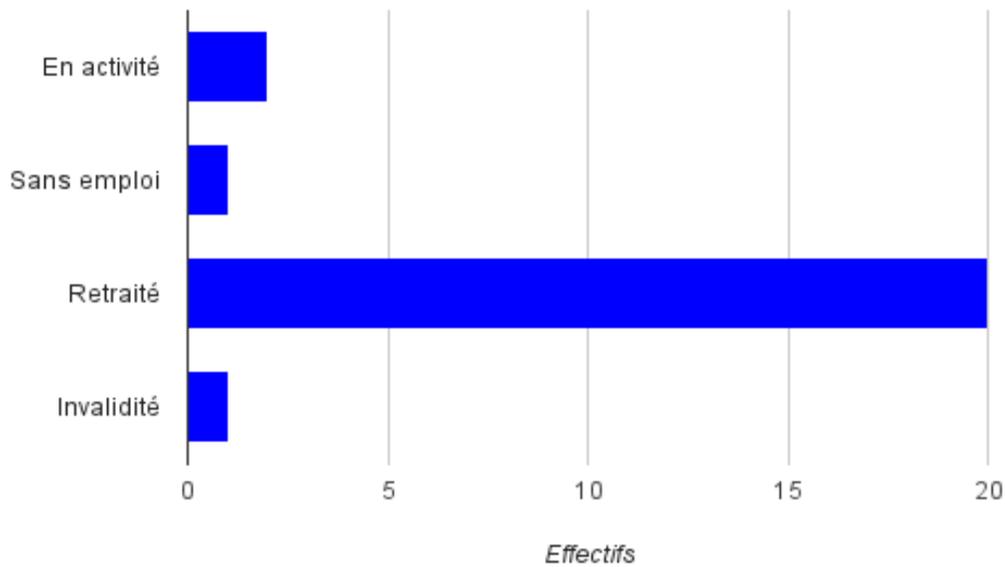


Figure 3 : Activité professionnelle des participants

→ Situation familiale

La majorité des patients, soit 71%, étaient en couple avec des enfants. 25% étaient seuls avec enfants et 4% étaient seuls sans enfant.

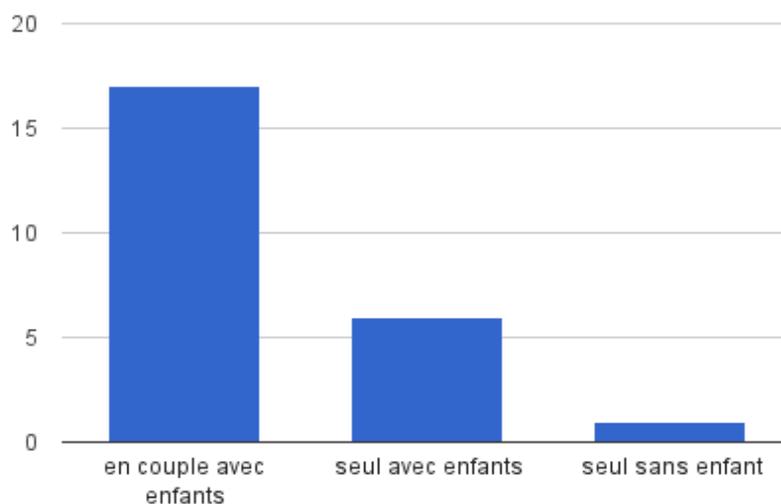


Figure 4 : Situation familiale des participants - Effectifs

Un couple a intégré ensemble le programme et la femme d'un participant a assisté aux séances.

→ Voie de connaissance du programme

Les patients ont pris connaissance du programme d'Éducation Thérapeutique du Pôle de Santé en majorité par leurs médecins traitants (46%), puis par les kinésithérapeutes (25%) et par l'infirmière ASALEE du pôle (21%).

Sur les 24 patients interviewés, 3 avaient un médecin traitant qui ne faisait pas partie du Pôle de Santé ; leur entrée dans le programme s'est faite par le biais d'un autre professionnel de santé (kinésithérapeute, dentiste) qui faisait partie du Pôle de l'Envigne.

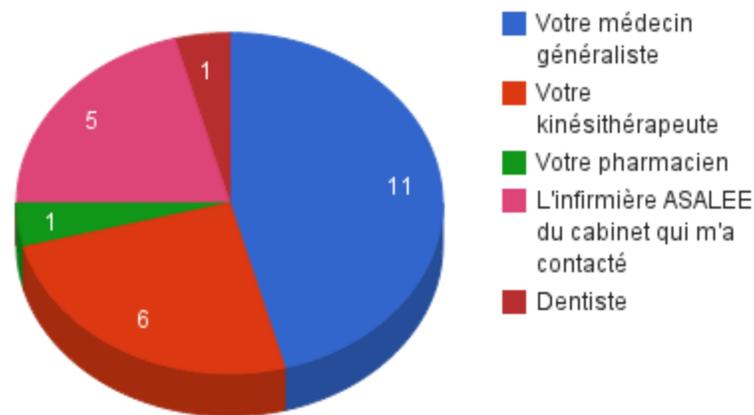


Figure 5 : Qui vous a parlé de l'ETP ? - Effectifs

→ Participation à des programmes similaires

Avant ce programme, la majorité des patients (66,7%) n'avait participé à aucun programme similaire. Pour 3 patients (soit 12,5%) un suivi éducatif était réalisé par l'infirmière ASALEE du Pôle de Santé. En ce qui concerne les autres programmes, on relevait 1 participant pour chaque.

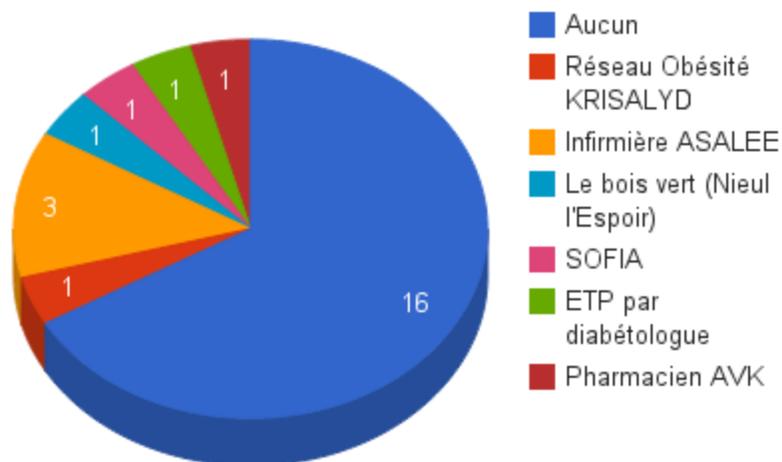


Figure 6 : Participation à des programmes similaires - Effectifs

➔ Les différents facteurs de risque

On note que 21 participants (88%) avaient plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire. Dans le détail, 18 étaient hypertendus (75%), 15 étaient en surpoids (63%), 14 étaient diabétiques (58%), 14 étaient dyslipidémiques (58%) ; les tabagiques et les alcooliques étaient les moins représentés (respectivement 17% et 8%).

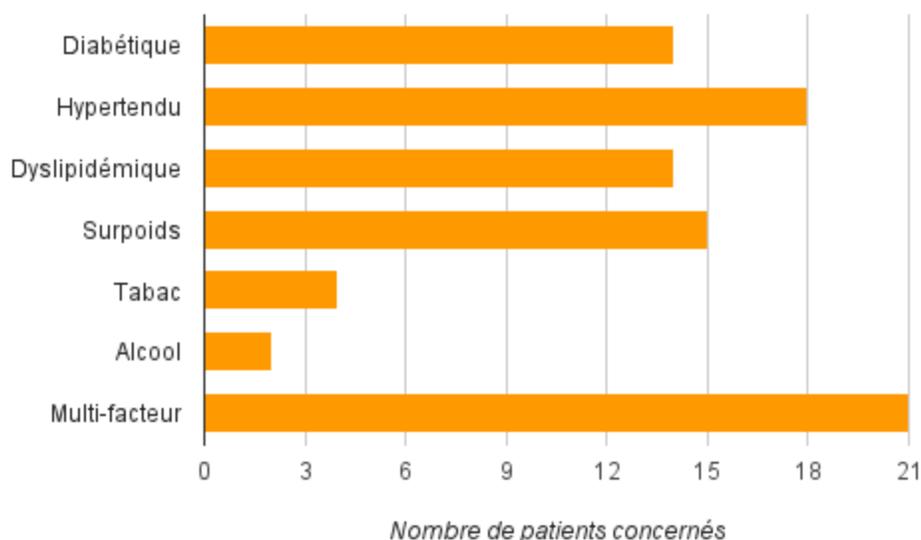


Figure 7 : Répartition des facteurs de risque cardio-vasculaire - Effectifs

➔ Les antécédents cardio-vasculaires

La majeure partie des participants (62,5%) n'avait aucun antécédent de pathologie cardio-vasculaire ; ce chiffre s'explique par la volonté du Pôle de Santé à proposer un programme s'intéressant à la prévention des pathologies cardio-vasculaires.

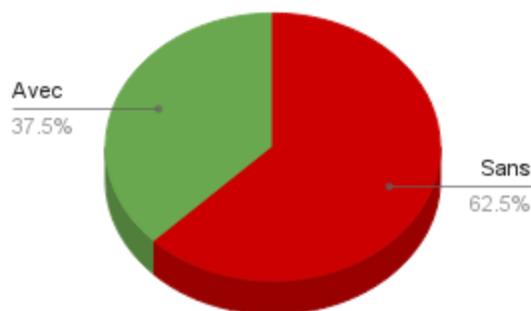


Figure 8 : Antécédents cardio-vasculaires - Pourcentage

En détail, les patients souffraient de troubles du rythme pour 4 d'entre eux ; 2 avaient souffert de de Thrombose Veineuse Profonde (TVP).

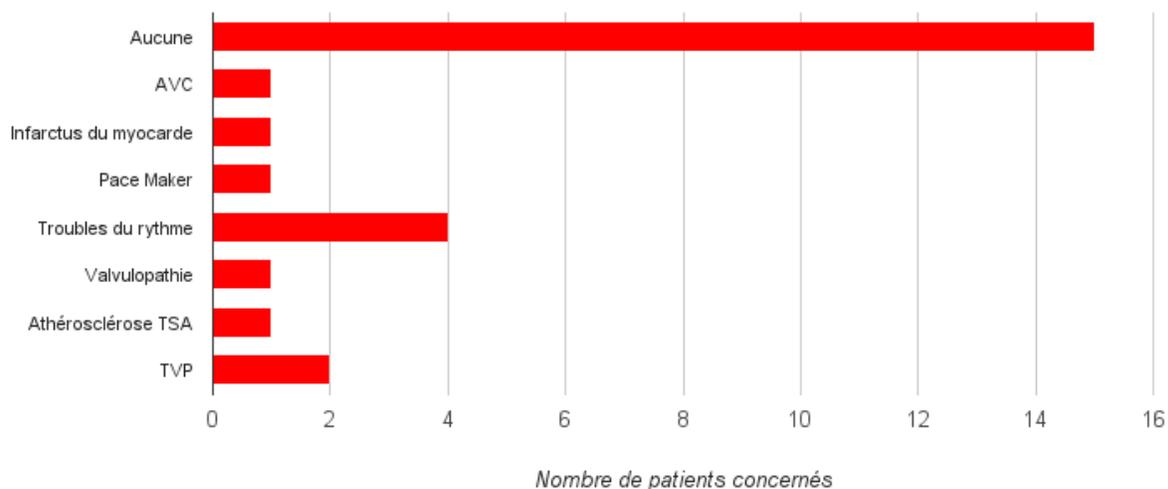


Figure 9 : Détails des antécédents cardio-vasculaires - Effectifs

→ L'hémoglobine glyquée (en amont du programme)

La mesure de l'hémoglobine glyquée est l'indicateur clé de l'équilibre du diabète. Elle s'exprime en pourcentage et donne la proportion d'hémoglobine du sang qui a fixé du sucre.

Les données concernent 14 patients diabétiques ; 14% se trouvaient strictement dans les recommandations (HbA1c inférieure à 6,5%) ; 43% des participants diabétiques se trouvaient entre 6,5% et 7,5%. Enfin, 43% de la population diabétique avait un taux supérieur à 7,5%.

La moyenne de l'HbA1c était de 7,44% avec un minimum à 6,2% sous AntiDiabétiques Oraux (ADO) et un maximum à 9,2% sous ADO également.

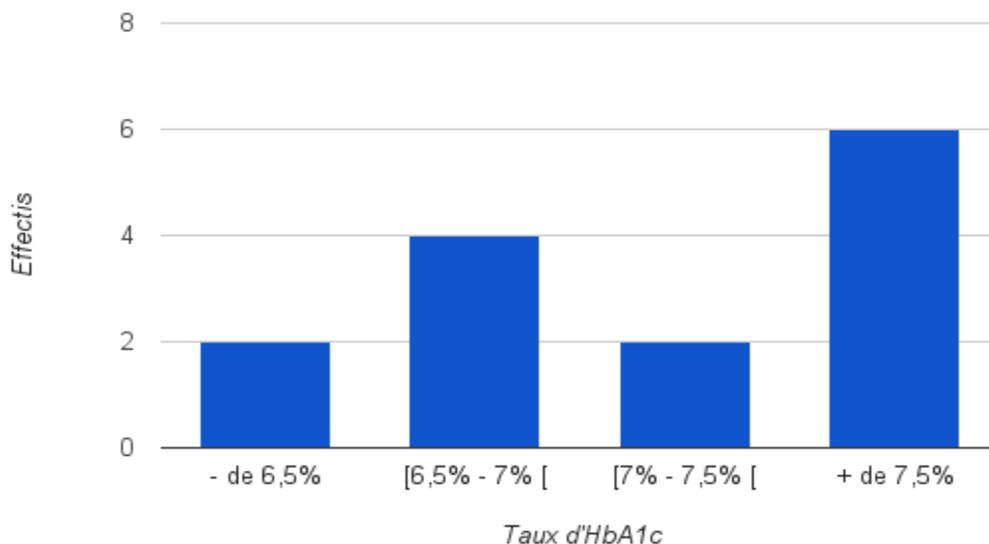


Figure 10 : Répartition de la population diabétique en fonction de leur HbA1c initiale - Effectifs

→ L'Indice de Masse Corporelle (IMC - en amont du programme)

L'IMC est le rapport poids (en kilogramme) sur la taille au carré (en centimètre), permettant d'estimer la corpulence d'une personne. Il est exprimé en kg/m^2 . C'est la mesure de référence pour définir le surpoids et l'obésité chez l'adulte.

Les données suivantes concernent la totalité des patients inclus dans l'étude.

L'IMC moyen a été calculé à $28,83 \text{ kg/m}^2$ avec un minimum à $17,9 \text{ kg/m}^2$ et un maximum à 44 kg/m^2 .

Sur les 24 patients inclus, 10 (soit 42%) étaient obèses avec un IMC supérieur à 30 dont 1 considéré en obésité morbide (IMC supérieur à 40) ; 5 patients (soit 21%) étaient en surpoids.

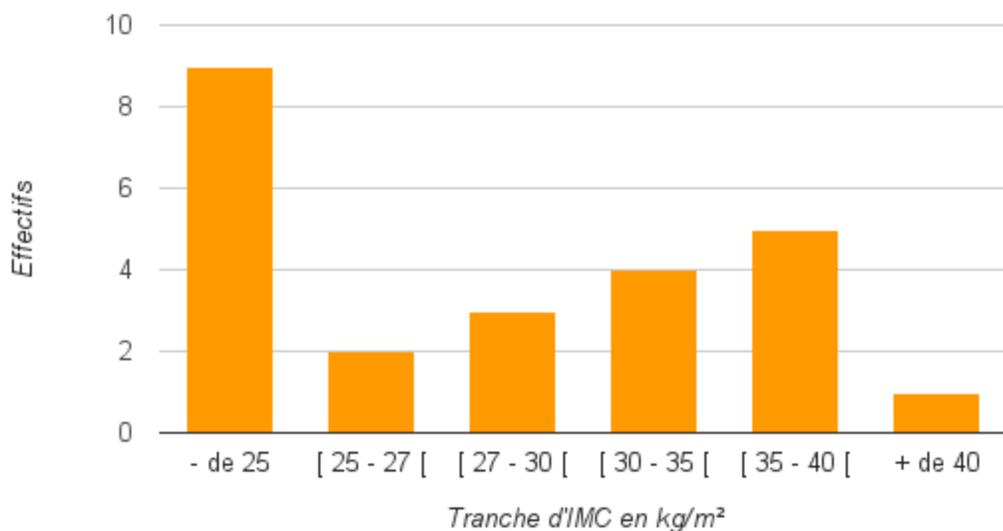


Figure 11 : Répartition de la population totale en fonction de l'IMC initial - Effectifs

→ Taux de Cholestérol total (en amont du programme)

Pour 3 des 24 patients inclus, les données étaient manquantes ; ces résultats concernent donc 21 patients.

Le taux moyen initial était de $2,12 \text{ g/L}$ avec un minimum à $1,39 \text{ g/L}$ sous traitement médicamenteux et le maximum à $4,28 \text{ g/L}$ sous traitement médicamenteux également.

On observait que 48% se trouvaient dans les recommandations (soit un taux inférieur à 2g/L) et 52% avaient un chiffre trop élevé.

Parmi ces 11 patients ayant un excès de cholestérol, 2 d'entre eux n'étaient pas considérés comme dyslipidémiques et ne prenaient aucun traitement médicamenteux.

Parmi les 10 patients avec un taux correct, 40% étaient des dyslipidémiques sous traitement médicamenteux.

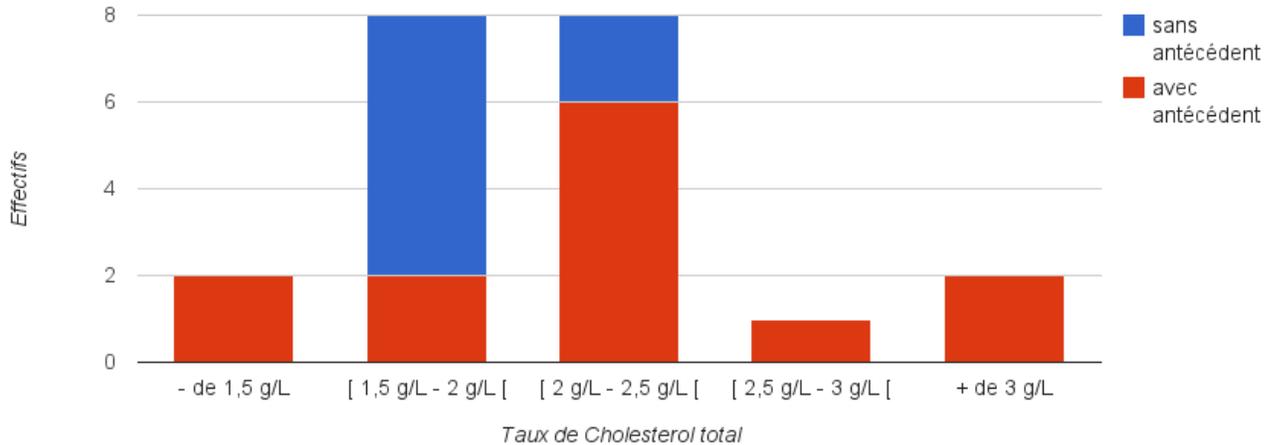


Figure 12 : Répartition de la population totale en fonction du taux de Cholestérol total initial - Effectifs

➔ Taux de Triglycérides (en amont du programme)

Ces données ne concernent également que 21 patients.

Le taux moyen initial était de 1,58 g/L avec un minimum à 0,53 g/L sans traitement médicamenteux et un maximum à 5,84 g/L sous traitement.

Plus de la moitié des patients (soit 62%) avaient un taux de triglycérides qui se trouvait dans les recommandations (soit inférieur à 1,5 g/L). Parmi eux, 61% étaient dyslipidémiques sous traitement.

Parmi les 8 patients avec un taux supérieur à 1,5 g/L, 37% n'étaient pas considérés comme dyslipidémiques et ne recevaient aucun traitement.

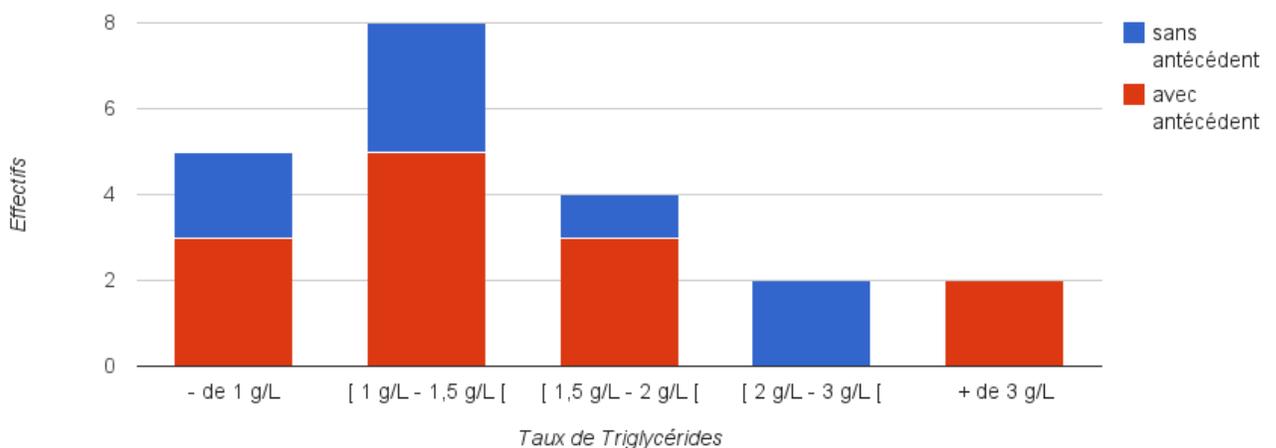


Figure 13 : Répartition de la population totale en fonction du taux de Triglycérides initial - Effectifs

→ Le tabac

La majorité des patients inclus était non fumeurs, soit 83%.

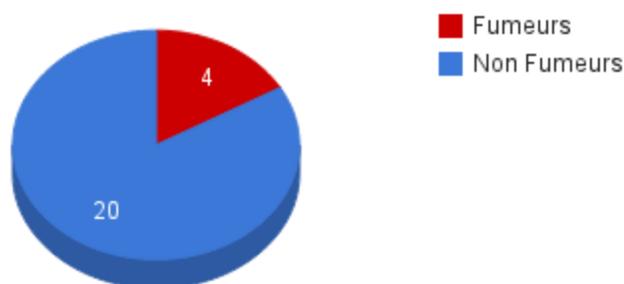


Figure 14 : La consommation de tabac - Effectifs

4.2. État initial des patients par rapport au programme

Pour le recueil de ces données, nous nous sommes basés sur les informations collectées lors des BEP Initiaux (objectifs individuels recueillis en amont du programme, spontanés et propres à chaque patient) et par le biais du questionnaire à distance (réponses orientées, choisies parmi un large choix de possibilités).

4.2.1. Les objectifs individuels

Les 24 patients inclus avaient tous bénéficié d'un BEP Initial.

Au total, 47 objectifs individuels ont été fixés, soit en moyenne 1,95 objectifs par patient. 80% des objectifs fixés concernaient l'acquisition de compétences d'autosoins et 20% concernaient l'acquisition de compétences d'adaptation.

Les objectifs par thèmes que les patients souhaitaient atteindre, concernaient par ordre de priorité :

- le développement des connaissances
- les modifications du mode de vie
- l'acceptation de la maladie

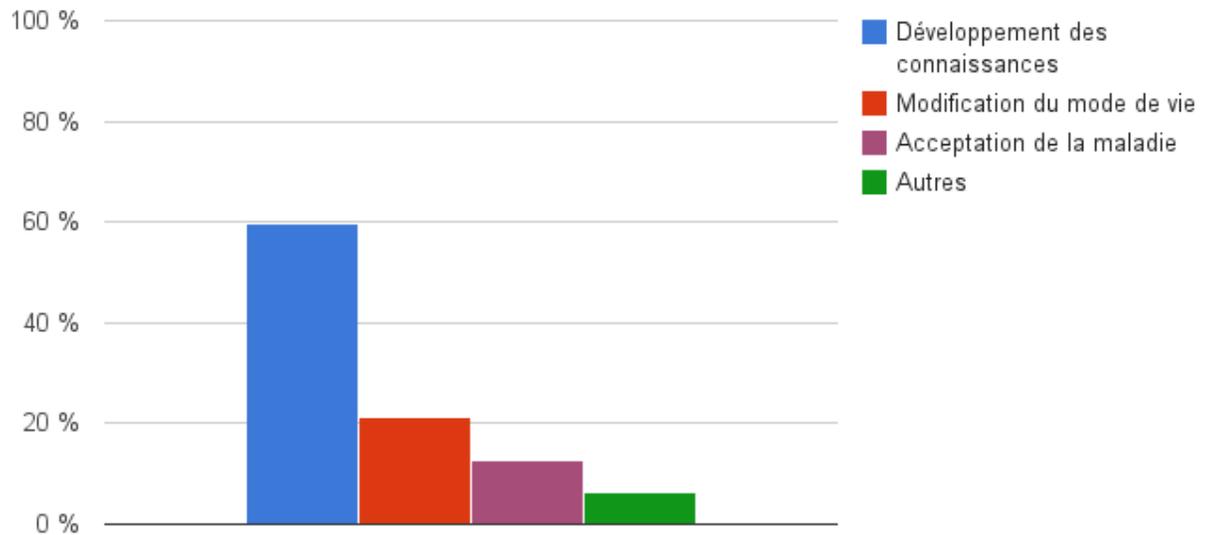


Figure 15 : Répartition des objectifs individuels des participants par thèmes - Pourcentage

Les 3 objectifs les plus retrouvés étaient le développement des connaissances de la pathologie, la diététique et mieux vivre avec sa maladie.

➔ Focus sur le développement des connaissances

Les objectifs concernant le développement des connaissances représentaient 59,6% des objectifs totaux des patients.

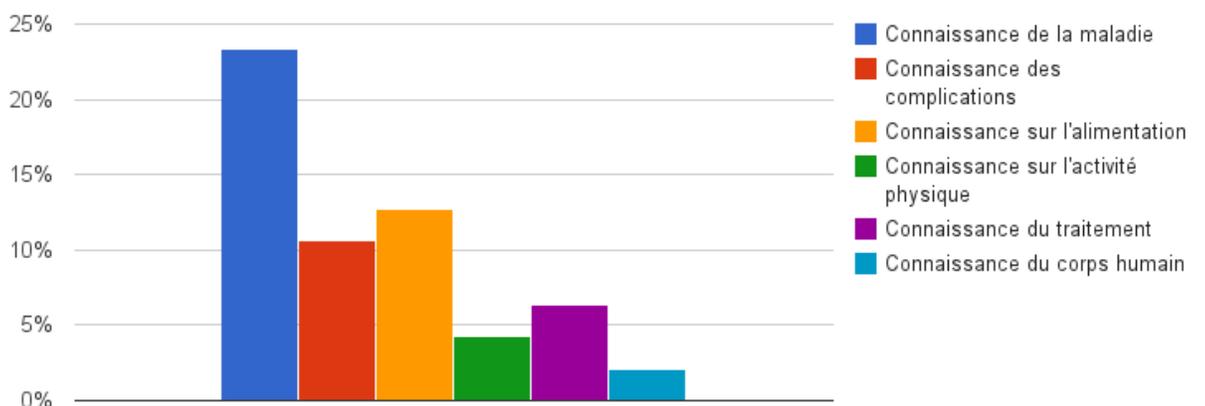


Figure 16 : Répartition des objectifs du Thème "Développement des connaissances" (exprimée en pourcentage des objectifs totaux)

➔ Focus sur les modifications du mode de vie

Ces objectifs représentaient 21,3% du total des objectifs listés par les patients lors des BEP Initiaux.

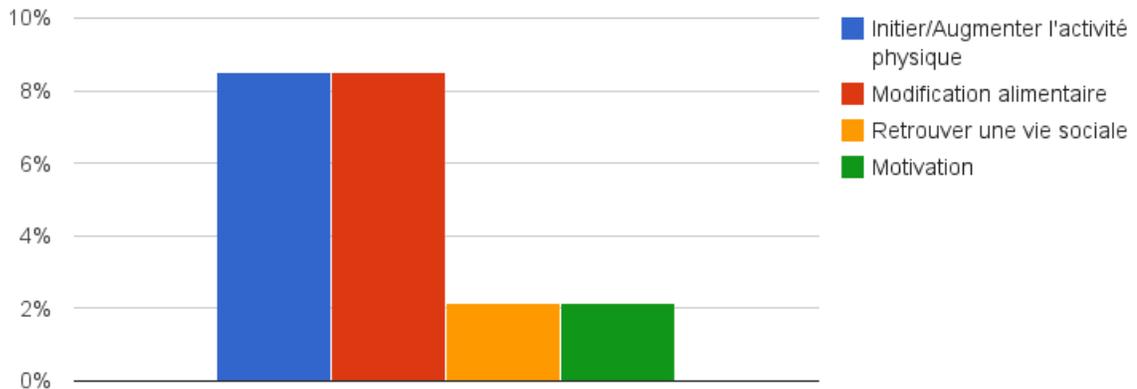


Figure 17 : Répartition des objectifs du Thème "Modification du mode de vie"
(exprimée en pourcentage des objectifs totaux)

➔ Focus sur l'acceptation de la maladie

Ce thème regroupait tous les objectifs concernant la meilleure gestion psychologique de la maladie, le souhait d'accepter et de mieux vivre au quotidien avec la maladie, soit 12,7% des objectifs totaux des patients.

➔ Focus sur Autres

Dans ce thème, on retrouvait la volonté d'apprendre des autres, le souhait d'améliorer sa santé, soit 6,4% des objectifs totaux.

4.2.2. Les motivations des patients

Ces données ont été recueillies par le biais du questionnaire à distance.

Tableau II : Les motivations qui ont poussé les patients à participer au programme

	Effectifs	Pourcentage / effectif total
Améliorer votre santé	17	71%
Apprendre à gérer votre maladie (comportements à conséquence...)	10	42%
Diminuer les indices de vos analyses	8	33%
Devenir plus autonome	6	25%
Améliorer votre qualité de vie	10	42%
Partager votre expérience	7	29%
Échanger avec d'autres patients	14	58%
Identifier les situations à risque et adapter votre comportement en conséquence	2	8%
J'ai été poussé à participer par mon entourage/médecin	1	4%
Autre	2	8%

Les deux motivations principales étaient l'amélioration de la santé et l'échange avec d'autres patients.

4.2.3. Les attentes des patients avant leur participation

Ces items correspondent donc à ce que les patients espéraient trouver en participant à ce programme, au delà de leurs objectifs individuels fixés avec leur formateur.

Tableau III - Attente des patients vis à vis du programme

	Effectifs	Pourcentage / effectif total
Améliorer vos connaissances sur votre maladie	15	63%
Améliorer vos connaissances sur le fonctionnement du corps humain	13	54%
Apprendre à conjuguer quotidien et maladie	10	42%
Apprendre à connaître et comprendre votre traitement	11	46%
Connaître les complications possibles liées à votre maladie et comment les surveiller	13	54%
Améliorer vos connaissances sur l'équilibre alimentaire et l'intégrer à votre quotidien	11	46%
Découvrir comment intégrer une activité physique à votre quotidien	3	13%
Mieux accepter votre maladie	8	33%

Comme pour les objectifs individuels, l'apport de connaissances (sur le fonctionnement du corps humain en général, sur leur maladie, leur traitement, les complications possibles ainsi que sur la diététique) était l'attente prioritaire des patients par rapport au programme.

4.3. Évolution des paramètres bio-cliniques

Ces données sont basées sur les 24 patients inclus dans l'étude. Ces résultats permettent de donner un état des lieux à 3 ans de la mise en place du programme du Pôle de Santé de l'Envigne. Elles reflètent également la tendance d'évolution de ces paramètres à 6 mois de la fin de programme pour chaque patient.

➔ Évolution de l'HbA1c

En ce qui concerne les 14 patients diabétiques, le taux moyen d'HbA1c en post ETP était de 6,99%, soit une diminution de 0,45%. En appliquant le test de Student, on ne pouvait pas conclure à une amélioration significative ($p < 0,38$).

Tableau IV : Caractéristiques de l'HbA1c en Pré et Post ETP de la population diabétique

	Effectifs	Moyenne (%)	Ecart type (%)	Min (%)	Max (%)	Médiane (%)
Pré ETP	14	7,44	0,99	6,2	9,2	7
Post ETP	14	6,99	0,9	5,7	8,9	6,95

On notait quantitativement : diminution du taux d'HbA1c pour 11 personnes et stabilisation pour 3 personnes. Aucun des patients diabétiques n'avait vu augmenter son hémoglobine glyquée.

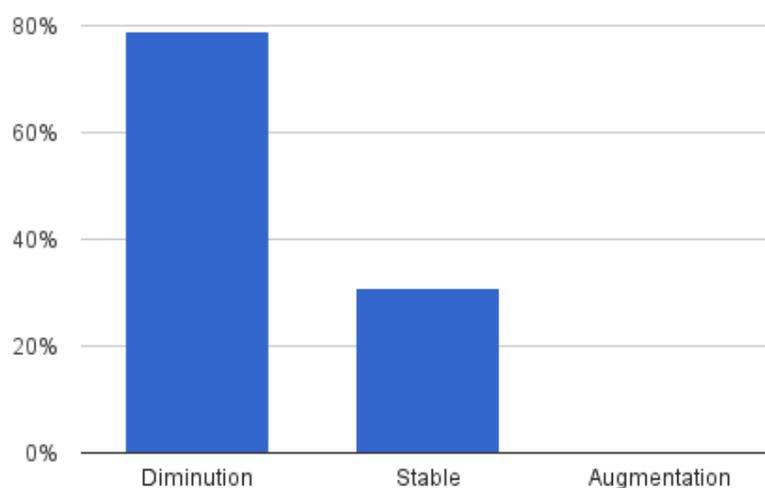


Figure 18 : Evolution de l'HbA1c des participants - Pourcentage

Une majorité des patients avait donc amélioré son HbA1c. Sur ces 11 patients, en moyenne, le taux avait diminué de 0,55%.

Analyse de l'évolution de l'HbA1c par sous groupe

Tableau V : Moyenne et évolution de l'HbA1c par sous groupe d'hémoglobine glyquée initiale

	Effectif	Avant ETP (%)	Après ETP (%)	Evolution (%)
- de 6,5%	2	6,2	5,75	-0,45
[6,5% - 7% [4	6,75	6,475	-0,275
[7% - 7,5% [2	7	6,95	-0,05
+ de 7,5%	6	8,45	7,75	-0,7
Total	14	7,44	6,99	-0,45

En séparant les patients en sous groupe selon leur HbA1c initiale, on notait que c'étaient les patients du sous groupe HbA1c > 7,5% qui avaient bénéficié de l'amélioration la plus importante avec une diminution de leur moyenne de 0,7% (p<0,08).

Les patients du sous groupe HbA1c < 6,5% avaient également bénéficié d'une baisse importante, soit une diminution de 0,45% (p<0,07).

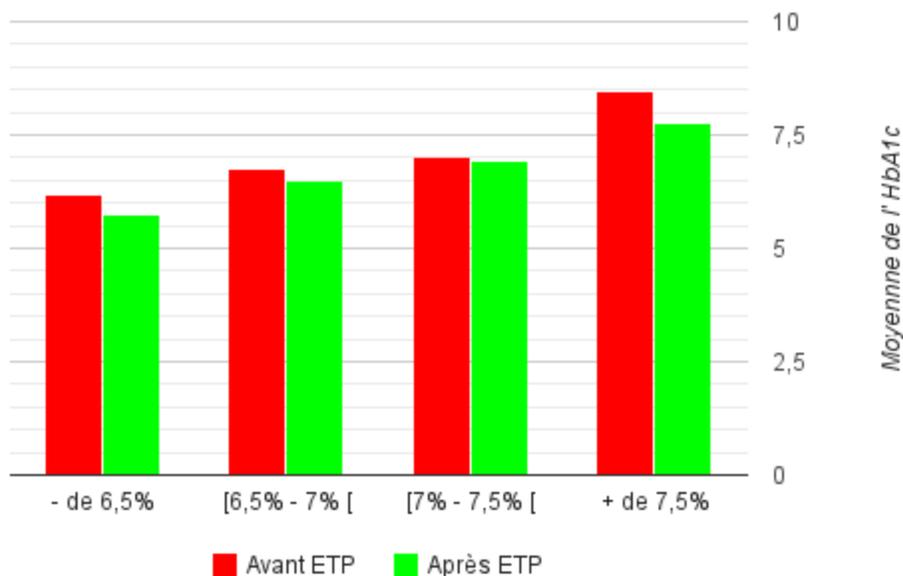


Figure 19 : Évolution des moyennes d'HbA1c en fonction des sous groupes d'HbA1c initiales (moyennes exprimées en %)

➔ Évolution de l'IMC

Pour les 24 patients inclus, la moyenne de l'IMC en post ETP était de 28,42 kg/m², soit une diminution de 0,41 kg/m². Statistiquement, cette amélioration de l'IMC n'était pas significative (p<0,83).

Tableau VI : Caractéristiques de l'IMC en Pré et Post ETP de l'effectif total

	Effectifs	Moyenne (kg/m ²)	Ecart type (kg/m ²)	Minimum (kg/m ²)	Maximum (kg/m ²)	Médiane (kg/m ²)
Pré ETP	24	28,83	6,78	17,91	44,04	28,24
Post ETP	24	28,42	6,51	17,96	41,4	27,98

En répartissant l'effectif total en sous groupe d'évolution de points d'IMC, on pouvait établir que quantitativement 5 patients avaient stabilisé leur poids (sous groupe "entre -0,5 et 0,5") soit 21% ; 6 d'entre eux (soit 25%) avaient augmenté leur poids (sous groupe "entre 0,5 et 1,5") et 13 patients avaient perdu du poids, soit 55% (autres sous groupes).

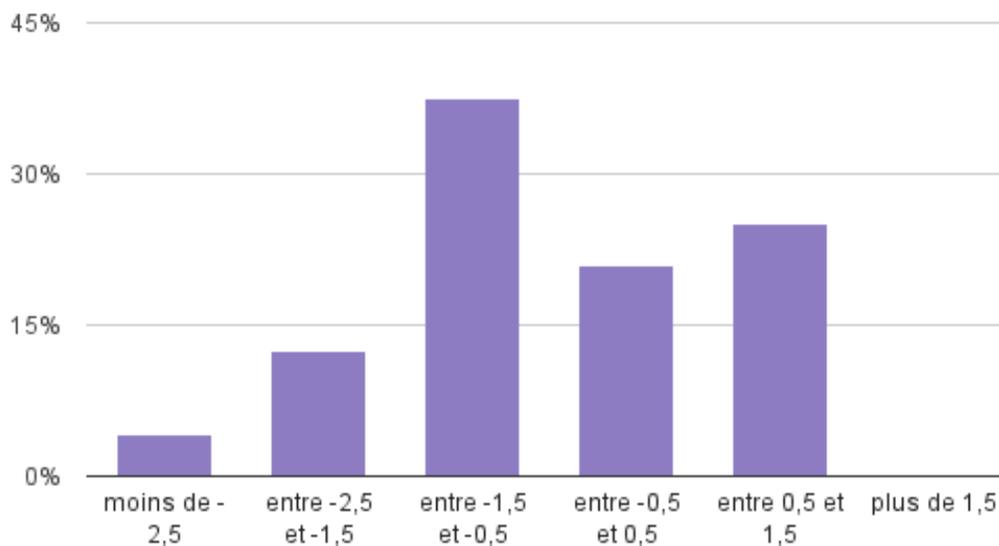


Figure 20 : Evolution de l'IMC de l'effectif total - Pourcentage (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en kg/m²)

Analyse de l'évolution de l'IMC en fonction des facteurs de risque initiaux

Tableau VII : Moyenne et évolution de l'IMC pour chaque groupe de facteurs de risque

	Effectifs	Moyenne de l'IMC (kg/m ²)		Évolution	p
		Avant ETP	Après ETP		
Total	24	28,83	28,42	-0,41	<0,83
Diabète	14	30,95	30,6	-0,35	<0,86
Hypertension	18	27,95	27,6	-0,3	<0,85
Dyslipidémie	14	28,22	27,88	-0,34	<0,89
Surpoids/Obésité	15	32,83	32,2	-0,63	<0,73
Tabac	4	29,06	28,86	-0,2	<0,96
Alcool	2	26,65	27,71	1,06	<0,74

Le sous groupe des patients en surpoids était celui qui bénéficiait de la meilleure perte de points d'IMC (soit -0,63 kg/m²), même si le résultat n'était pas significatif ; la majorité d'entre eux avaient perdu du poids (60%). Ce sous groupe était le seul dont 7% d'entre eux avaient perdu plus de 2,5 kg/m².

Les patients éthyliques étaient les seuls à avoir augmenté leur IMC moyen.

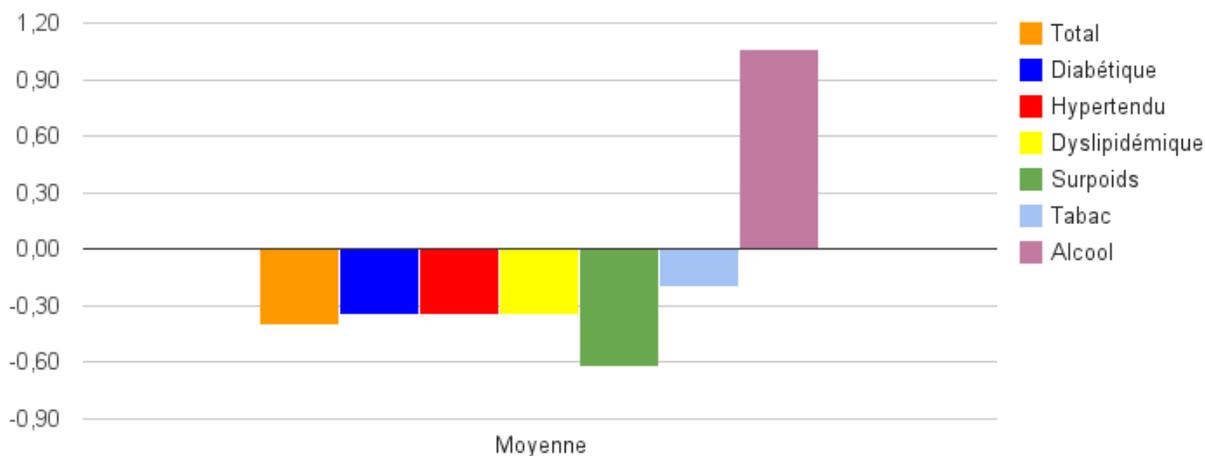


Figure 21 : Évolution des moyennes de l'IMC en fonction des sous-groupes de facteurs de risque (exprimée en kg/m²)

Analyse de l'évolution de l'IMC en fonction du sexe

60% des hommes et 64% des femmes étaient en surpoids initialement ; l'IMC initial moyen des hommes était de 27,37 kg/m² et l'IMC initial moyen des femmes était de 29,87 kg/m².

Les résultats montraient que les femmes avaient perdu 0,79 kg/m² en moyenne (p<0,26) quand les hommes avaient pris 0,13 kg/m² en moyenne (p<0,24).

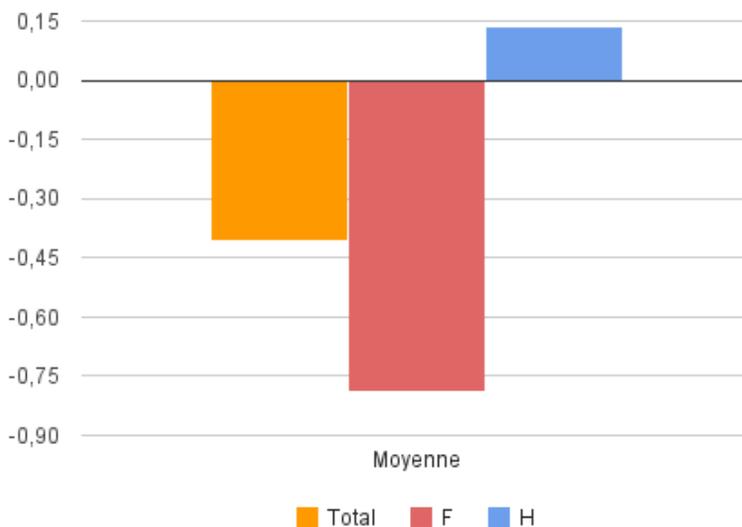


Figure 22 : Évolution des moyennes de l'IMC en fonction du sexe (exprimées en kg/m²)

Dans le détail, on notait que les femmes (7% d'entre elles) étaient les seules à avoir perdu plus de 2,5 kg/m² ; et seulement 7% d'entre elles avaient pris du poids et avaient ainsi augmenté leur IMC. Quant aux hommes, 50% d'entre eux avaient pris du poids (sous groupe "entre 0,5 et 1,5"), 10% étaient stables et 40% avaient diminué leur IMC.

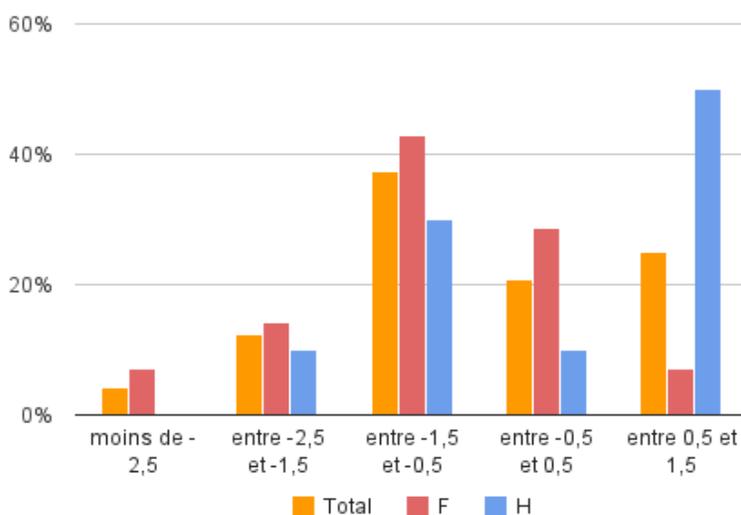


Figure 23 : Evolution de l'IMC en fonction en sexe - Pourcentage (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en kg/m²)

Analyse de l'évolution de l'IMC en fonction des ateliers suivis

Pour rappel, les patients avaient initialement, lors de leur BEP et en fonction de leurs objectifs, choisi les ateliers auxquels ils désiraient participer.

L'atelier 3 s'intitulait "L'alimentation, qu'est ce qu'on mange ?" et l'atelier 4 "Activité physique, le réveil du corps". Ces 2 ateliers devaient permettre, entre autre, une diminution du poids des participants.

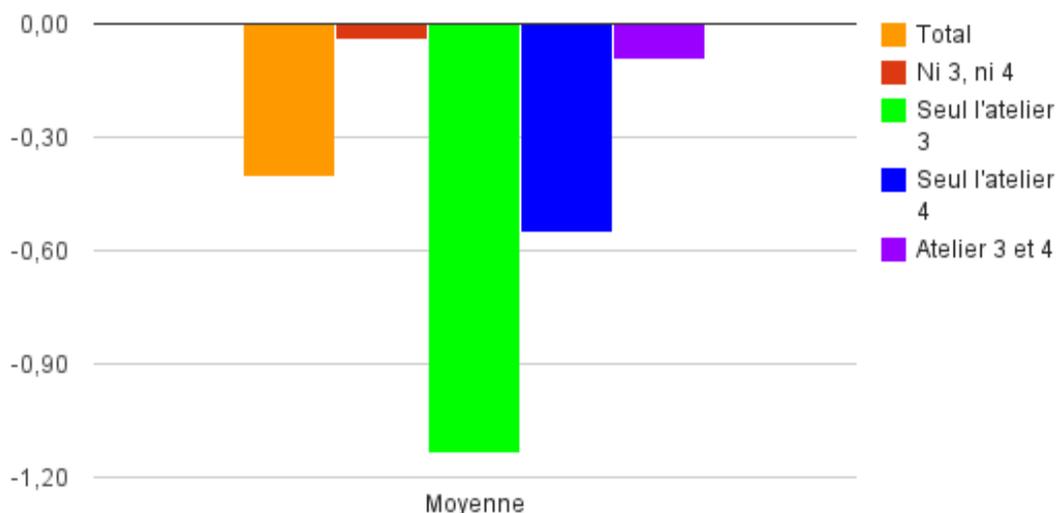


Figure 24 : Évolution des moyennes de l'IMC en fonction des ateliers suivis (exprimées en kg/m²)

Le sous-groupe de patients n'ayant participé à aucun de ces 2 ateliers n'avait en moyenne pas modifié son IMC : -0,04 kg/m² d'évolution ($p < 0,6$). On notait que les objectifs de ces patients étaient majoritairement l'acquisition de connaissances sur leur pathologie.

Le sous-groupe de patients qui avait bénéficié de la meilleure évolution (-1,14 kg/m²) était le groupe de patients qui n'avait participé qu'à l'atelier 3, spécifique à l'alimentation ($p < 0,1$). L'objectif de perte de poids était très souvent retrouvé chez les patients de ce groupe, ce qui peut expliquer leur bon résultat.

Le sous-groupe qui n'avait participé qu'à l'atelier 4 avait une moyenne d'évolution à -0,55 kg/m² ($p < 0,8$). Ce groupe, avec une meilleure évolution que l'effectif total, avait majoritairement l'objectif de démarrer ou accentuer une activité physique qui a provoqué une perte de poids.

Enfin, le sous-groupe, où les participants ont assisté aux 2 ateliers, bénéficiait d'une évolution de -0,09 kg/m² ($p < 0,45$). Pour ces patients, les objectifs étaient plus variés et ils avaient pour la plupart assisté à tous les ateliers qui leur avaient été proposés.

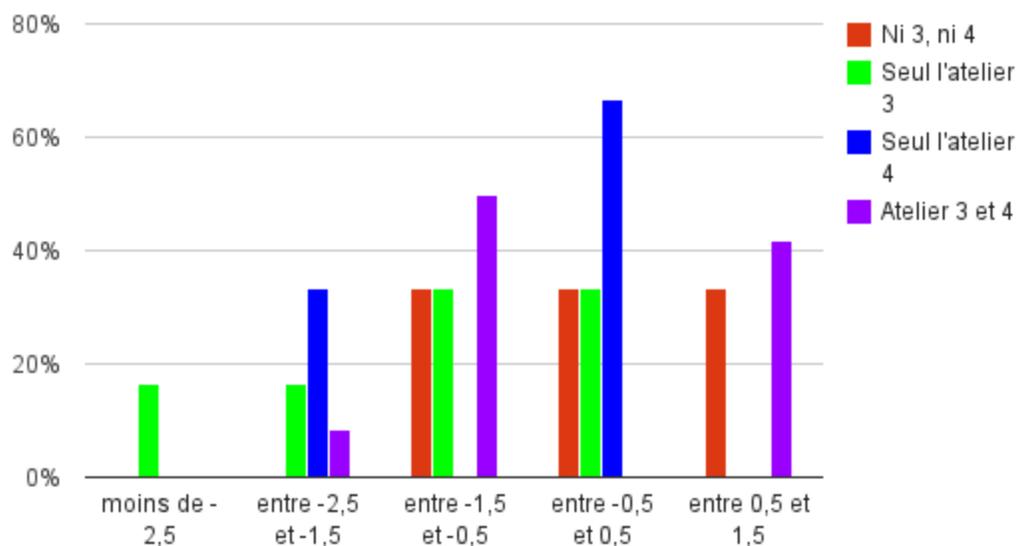


Figure 25 : Evolution de l'IMC en fonction des ateliers suivis (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en kg/m²)

Dans le détail, on notait que dans les sous-groupes “seulement Atelier 3” et “seulement Atelier 4”, aucun patient n'avait augmenté son IMC.

17% des participants du sous-groupe “seulement atelier 3” avaient diminué leur IMC de plus de 2,5 kg/m².

➔ *Évolution de la tension artérielle*

Pour les 24 patients inclus, la Tension Artérielle Systolique (TAS) moyenne en post ETP était plus basse de 3 mmHg ($p < 0,24$). La moyenne de la Tension Artérielle Diastolique (TAD) était inchangée.

Parmi l'effectif total, 8% avaient une TAS initiale supérieure à 140mmHg ; en post ETP, tous les participants avaient un chiffre qui suivait les recommandations, c'est à dire inférieur à 140mmHg.

Tableau VIII : Caractéristiques de la TAS et de la TAD en Pré et Post ETP de l'effectif total

TA Systolique	en mmHG				
	Effectif	Moyenne	Ecart type	Min	Max
Pré ETP	24	130	11	110	150
Post ETP	24	127	7	110	140
TA Diastolique					
Pré ETP	24	73	6	70	80
Post ETP	24	73	4	70	80

Sur l'ensemble de la population, 50% avaient stabilisé leur TAS, 37,5% avaient diminué leur chiffre et 12,5% avaient augmenté leur TAS.

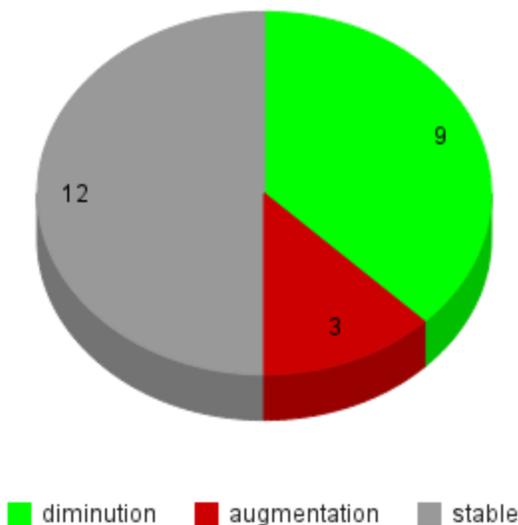


Figure 26 : Évolution de la tension artérielle sur l'ensemble de la population - Effectifs

Analyse de l'évolution de la TAS chez les hypertendus

Sur l'effectif total, 18 étaient hypertendus sous traitement médicamenteux ; parmi eux, 50% étaient stables, 44,4% avaient diminué leur TAS et 5,6% avaient augmenté leur chiffre.

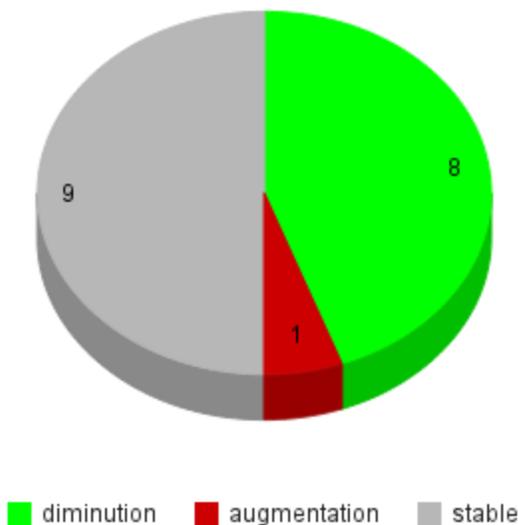


Figure 27 : Évolution de la tension artérielle au sein de la population d'hypertendus - Effectifs

Analyse de l'évolution de la TAS chez les hypertendus en fonction du sexe

Parmi les hypertendus, 33% étaient des hommes et 77% des femmes ; on remarquait qu'aucune femme n'avait augmenté sa TAS et qu'elles étaient 7 sur 12 à avoir diminué leur chiffre. Les autres avaient stabilisé leur tension. Chez les hommes, la tendance était à la stabilisation de leur TAS (4 hommes sur 6).

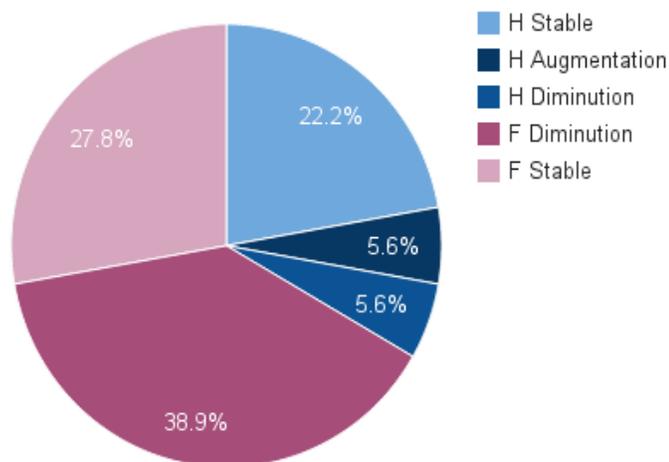


Figure 28 : Évolution de la tension artérielle au sein de la population d'hypertendus en fonction du sexe (exprimée en pourcentage)

→ **Évolution du bilan lipidique**

Pour ces résultats, les données étaient manquantes pour 3 participants. Les statistiques ont été réalisées sur 21 patients, dont 13 avaient des antécédents de dyslipidémie et 8 étaient sans antécédent.

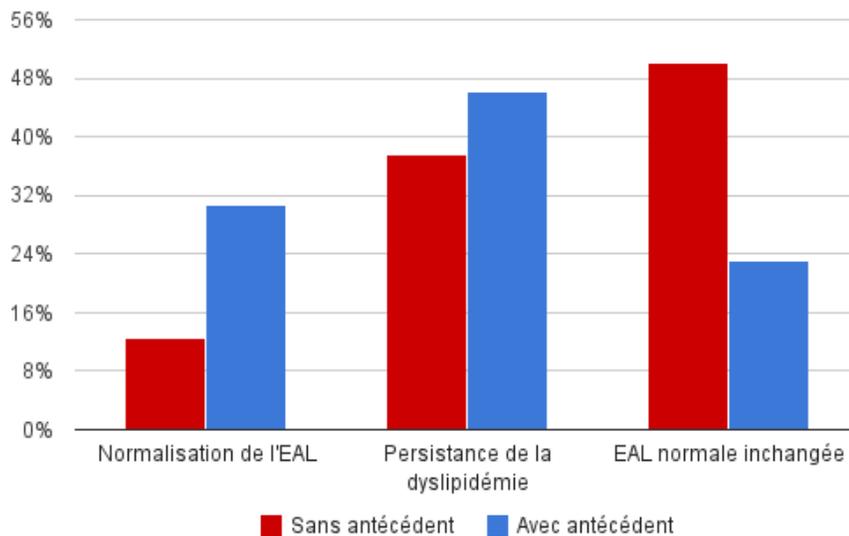


Figure 29 : Évolution du bilan lipidique en fonction des antécédents de dyslipidémie - Pourcentage

L'analyse de l'évolution du bilan lipidique, sans distinction entre les différents taux, montrait quantitativement que, sur la population totale :

- 9 avaient une persistance de leur dyslipidémie dont 6 étaient dyslipidémiques connus,
- 5 avaient normalisé leur Évaluation des Anomalies Lipidiques (EAL) dont 4 avaient des antécédents,
- 7 avaient une EAL normale inchangée dont 3 étaient dyslipidémiques connus.

Analyse de l'évolution du LDL-Cholestérol

L'évolution de la moyenne du taux de LDL-Cholestérol était, au sein de la population totale, de -0,08 g/L ($p < 0,47$) ; parmi les patients atteints de dyslipidémie, l'évolution de la moyenne était de -0,09 g/L ($p < 0,53$).

Tableau IX : Caractéristiques du LDL-Cholestérol en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Population Totale		en g/L				
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	21	1,16	0,35	0,46	2,13	1,16
Post ETP	21	1,09	0,28	0,38	1,69	1,11
Population dyslipidémique						
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	13	1,15	0,42	0,46	2,13	1,12
Post ETP	13	1,06	0,33	0,38	1,69	1,01

En détail, les patients dyslipidémiques avaient, soit stabilisé leur taux de LDL-Cholestérol (77%), soit diminué leur taux (23%).

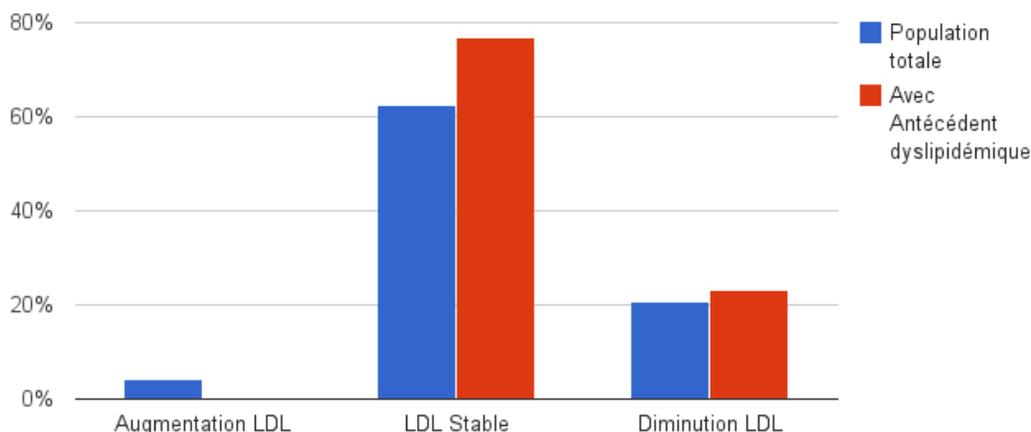


Figure 30 : Évolution du taux de LDL-Cholestérol de l'effectif total et de la population dyslipidémique (exprimée en pourcentage)

Analyse de l'évolution du taux de Cholestérol Total

L'évolution de la moyenne du taux de Cholestérol Total était, au sein de la population totale, de -0,24 g/L ($p < 0,12$) ; parmi les patients atteints de dyslipidémie, l'évolution de la moyenne était de -0,35 g/L ($p < 0,14$).

Tableau X : Caractéristiques du Cholestérol total en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Population Totale	en g/L					
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	21	2,12	0,62	1,39	4,28	2,01
Post ETP	21	1,88	0,32	1,25	2,59	1,9
Population dyslipidémique						
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	13	2,24	0,75	1,39	4,28	2,09
Post ETP	13	1,89	0,4	1,25	2,59	1,91

En classant les patients par sous-groupes de palier d'évolution, l'étude montrait que 8% de la population totale avait diminué de plus de 0,5 g/L leur taux de Cholestérol Total et que cela ne concernait que des patients dyslipidémiques (soit 16% de la population dyslipidémique).

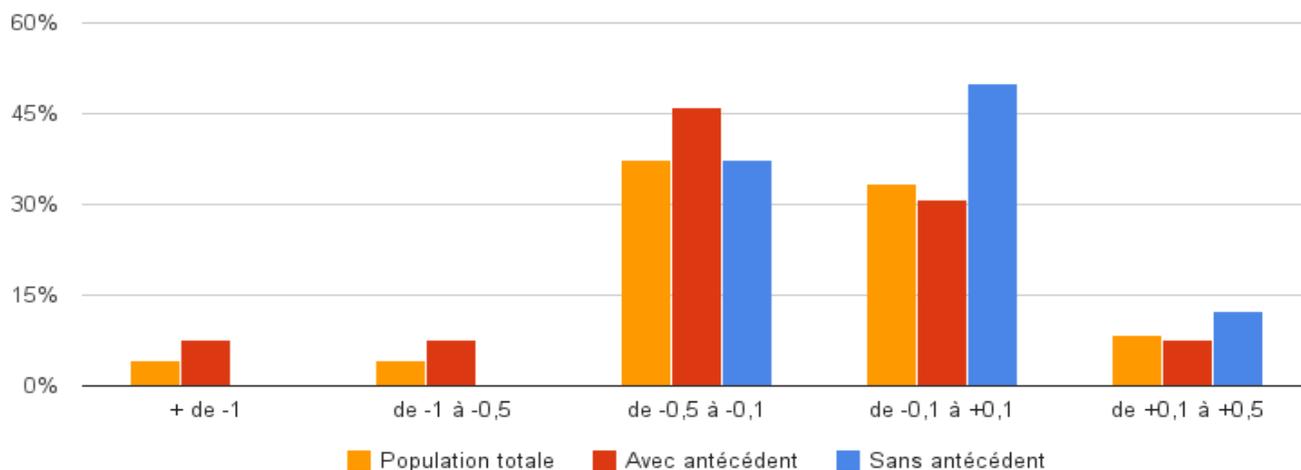


Figure 31 : Evolution du Cholestérol total sur l'ensemble de la population et en fonction des antécédents de dyslipidémie (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en g/L)

En séparant les patients en sous groupe selon leur taux initial de Cholestérol Total, on notait que les patients du sous groupe "> 3g/L" avaient bénéficié de l'amélioration la plus importante avec une diminution de leur moyenne de -1,52 g/L ($p < 0,2$).

Les patients du sous groupe “[2 g/L-2,5 g/L[“ avaient bénéficié d’une baisse moins importante de leur moyenne, soit une diminution de -0,20 g/L ; cependant ce résultat était significatif avec $p < 0,034$.

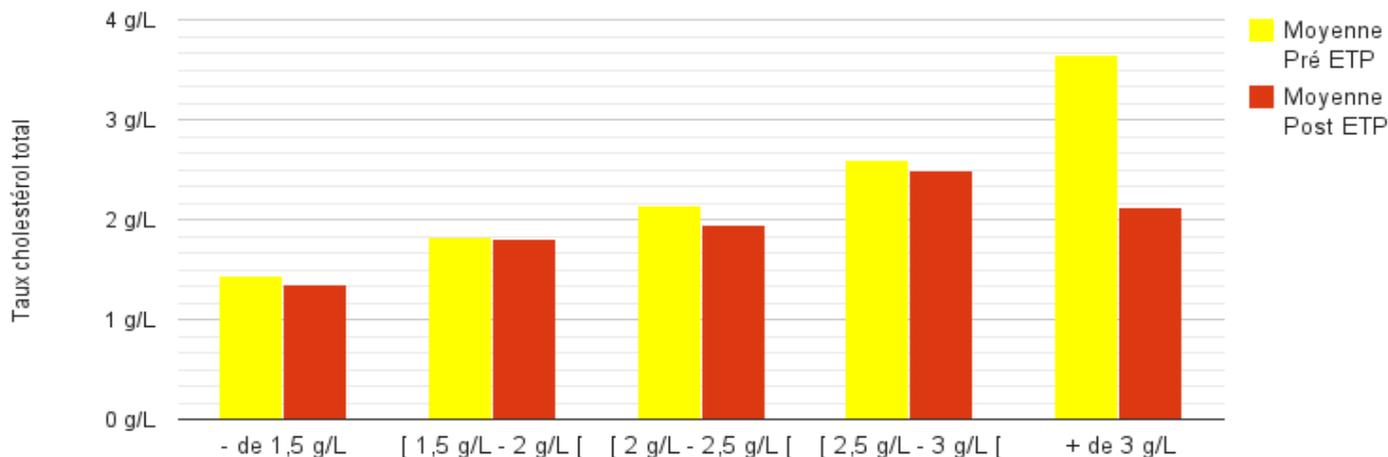


Figure 32 : Évolution des moyennes du taux de Cholestérol total en fonction des sous groupes de taux initiaux (moyennes exprimées en g/L)

Analyse de l'évolution du taux de Triglycérides

L'évolution de la moyenne du taux de Triglycérides était, au sein de la population totale, de -0,08 g/L ($p < 0,79$) ; parmi les patients atteints de dyslipidémie, l'évolution de la moyenne était de -0,04 g/L ($p < 0,9$).

Tableau XI : Caractéristiques du taux de Triglycérides en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Population Totale	en g/L					
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	21	1,58	1,13	0,53	5,84	1,2
Post ETP	21	1,5	0,8	0,52	4,11	1,21
Population dyslipidémique						
	Effectifs	Moyenne	Ecart Type	Minimum	Maximum	Médiane
Pré ETP	13	1,69	1,38	0,64	5,84	1,17
Post ETP	13	1,65	0,96	0,92	4,11	1,28

En classant les patients par sous-groupes de palier d'évolution, l'étude montrait que 4% de la population totale avait diminué de plus de 1 g/L leur taux de Triglycérides et que cela ne concernait que des patients dyslipidémiques (soit 8% de la population dyslipidémique).

Parallèlement, 8% de la population totale avait augmenté de plus de 0,5 g/L leur taux, uniquement des patients dyslipidémiques (soit 15%).

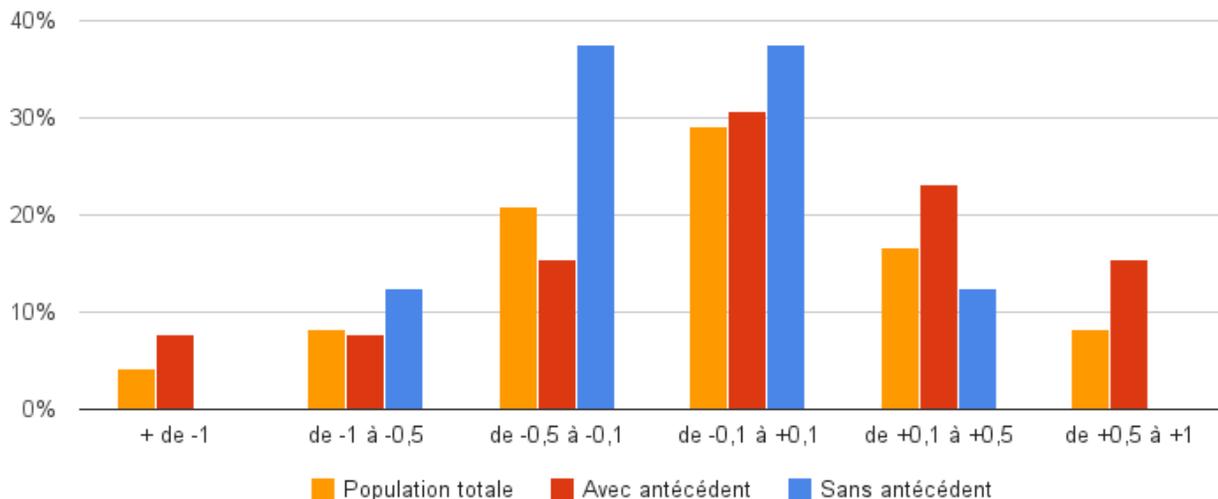


Figure 33 : Évolution du taux de Triglycérides sur l'ensemble de la population et en fonction des antécédents de dyslipidémie (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en g/L)

En séparant les patients en sous groupe selon leur taux initial de Triglycérides, on notait que les patients du sous-groupe "+ de 3g/L" avaient bénéficié de l'amélioration la plus importante avec une diminution de leur moyenne de -0,73 g/L ($p < 0,7$).

Les patients du sous-groupe "- de 1 g/L" avaient augmenté leur moyenne de 0,36 g/L ($p < 0,17$).

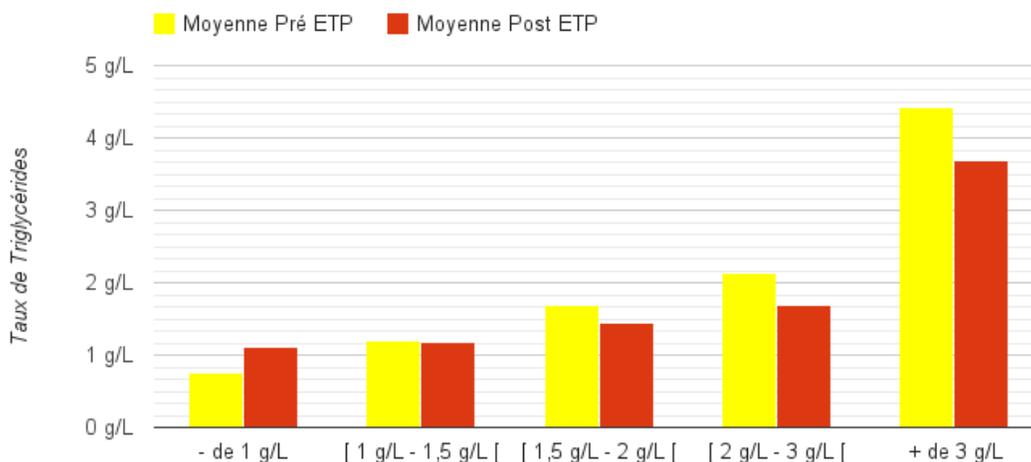


Figure 34 : Évolution des moyennes du taux de Triglycérides en fonction des sous groupes de taux initiaux (moyennes exprimées en g/L)

➔ *Évolution de la consommation du Tabac*

Ces données concernent 4 patients fumeurs.

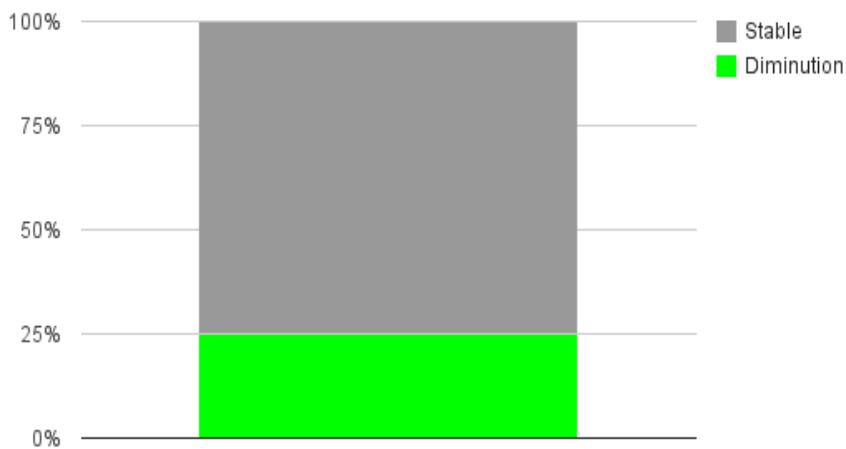


Figure 35 : Évolution de la consommation de tabac - Pourcentage

Un seul des participants fumeurs avait diminué sa consommation de tabac.

➔ *Évolution de la consommation d'Alcool*

Ces données concernent les 24 patients inclus, dont 2 étaient reconnus éthyliques chroniques.

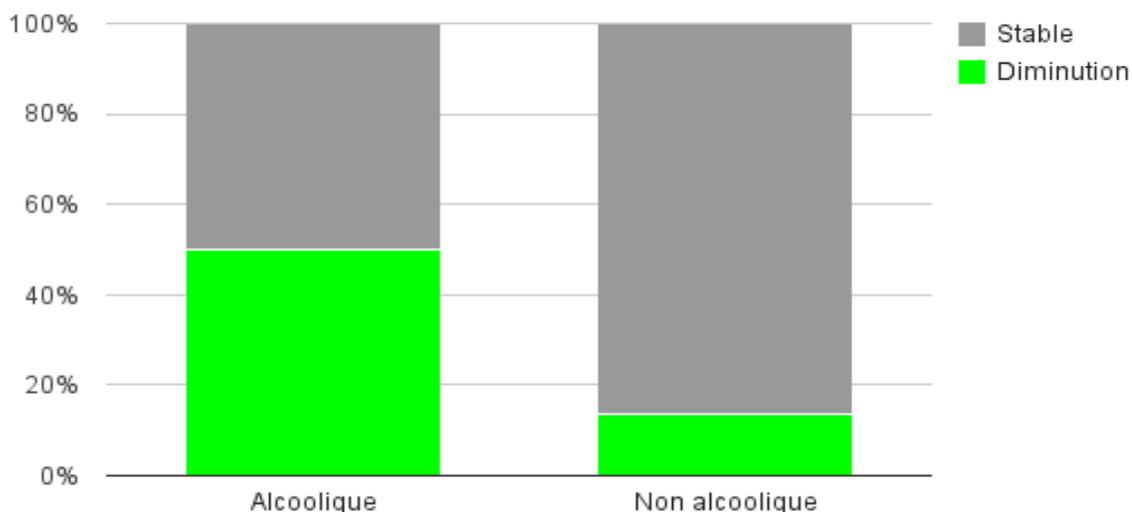


Figure 36 : Évolution de la consommation d'alcool dans la population totale et chez les éthyliques chroniques (exprimée en pourcentage)

On notait que 14% des “non éthyliques chroniques” avaient diminué leur consommation d'alcool.

4.4. Évolution des patients au sein du parcours proposé

Les 24 patients inclus avaient bénéficié d'un BEP initial et 17 d'un BEP final.

Le nombre de patients ayant participé à tous les ateliers était de 8 personnes sur les 24 patients ayant fini le programme.

Tableau XII : Effectifs et pourcentage des participants aux ateliers d'ETP

Ateliers	Le RCV et vous	Faut pas cumuler	Qu'est ce qu'on mange ?	Activité physique, le réveil du corps
Nombre de participants	19	20	19	20
Pourcentage	79%	83%	79%	83%

Sur l'effectif total, 1 patient n'avait assisté qu'à 1 seul atelier. 6 avaient participé à 2 ateliers, 3 avaient assisté à 3 ateliers et 14 (soit 58%) avaient participé à l'ensemble des ateliers, soit 4 séances.

Analyse de la participation des patients en fonction du sexe et de leurs facteurs de risque

L'atelier 3 "Qu'est-ce qu'on mange?" était le seul à avoir été proposé à tous les participants ; ce qui s'expliquait par l'attente des patients concernant la diététique lors de l'établissement des objectifs individuels. Cependant, seulement 79% de l'effectif avait assisté à la séance puisque 5 patients n'étaient pas venus.

L'atelier 2 "Faut pas cumuler" était le seul à avoir plus de participants que prévu ; 83% de participation au lieu de 79% prévu. Les patients en surplus avaient tous les 2 participé au premier atelier.

Tableau XIII : Effectifs des participants selon les ateliers proposés et réalisés, en fonction du sexe et des facteurs de risque

	Population Totale	Homme	Femme	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	souffrant de Surpoids
Effectif Total Initial	24	10	14	14	18	14	15
<i>Atelier 1 : le Risque Cardio-Vasculaire et vous</i>							
Proposé	19	8	11	11	14	12	11
Réalisé	19	8	11	11	14	12	11
<i>Atelier 2 : Faut pas cumuler</i>							
Proposé	19	7	12	13	14	12	12
Réalisé	20	8	12	13	14	12	13
<i>Atelier 3 : Qu'est-ce qu'on mange ?</i>							
Proposé	24	10	14	14	18	14	15
Réalisé	19	8	11	11	15	10	12
<i>Atelier 4 : Activité physique, le réveil du corps</i>							
Proposé	22	10	12	13	14	12	12
Réalisé	20	9	11	13	14	12	13

(Annexe 6 : Analyse graphique de la participation des patients en fonction du sexe et de leurs facteurs de risque par atelier (exprimée en effectifs))

4.5. Satisfaction des participants sur l'organisation

Deux types de résultats vont être exposés dans ce paragraphe.

Tout d'abord nous exposerons les résultats des auto-évaluations, remplies anonymement par les participants à la fin de chaque atelier.

Dans un second temps, nous détaillerons les résultats du questionnaire à distance.

➔ Les auto-évaluations

(Annexe 7 : Analyse graphique des auto-évaluations des ateliers en fonction des items abordés (exprimée en pourcentage de satisfaction))

Ces auto-évaluations avaient exploré 6 champs distincts :

- La séance a-t-elle répondu à vos attentes ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 86% étaient "très satisfait[s]" et 10% étaient "satisfait[s]". Les autres étaient "sans opinion".

- La séance a-t-elle permis de vous exprimer ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 82% étaient “très satisfait[s]” et 14% étaient “satisfait[s]”. Les autres étaient “sans opinion”.

- Les outils et les méthodes proposés étaient-ils pertinents ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 78,5% étaient “très satisfait[s]” et 10% étaient “satisfait[s]”. Les autres étaient “sans opinion”, sauf 1 participant “peu satisfait” dans l’atelier 4.

- La séance vous a-t-elle permis d’échanger avec les autres patients ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 75% étaient “très satisfait[s]” et 22% étaient “satisfait[s]”. Les autres étaient “sans opinion”, hormis 1 patient “peu satisfait” lors de l’atelier 4.

- L’organisation (calendrier des séances, horaires) était-elle satisfaisante ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 81% étaient “très satisfait[s]” et 17% étaient “satisfait[s]”. Les autres étaient “sans opinion”, hormis 1 patient “pas satisfait” lors de l’atelier 4.

- Le rythme et les informations diffusées étaient-ils clairs ?
 - sur les 4 ateliers, en moyenne, 80% étaient “très satisfait[s]” et 14% étaient “satisfait[s]”. Les autres étaient “sans opinion”.

➔ Analyse des entretiens individuels ou BEP

Les données suivantes ont été recueillies par le biais du questionnaire à distance et concernent l’ensemble de l’effectif.

Tableau XIV : Évaluation du contenu et de la durée du BEP

Le contenu de l'entretien individuel				
	Complet	Trop intime	Pas assez approfondi	Sans opinion
Effectifs	22	1	0	1
Pourcentage	91,7%	4,2%	0,0%	4,2%

La durée de l'entretien individuel				
	Convenable	Trop courte	Trop longue	Sans opinion
Effectifs	23	1	0	0
Pourcentage	95,8%	4,2%	0,0%	0,0%

En ce qui concernait l'identification des points forts et des points faibles des participants, la totalité de l'effectif considérait que les échanges avec le formateur lors du BEP avaient permis de correctement établir leurs ressources et leurs faiblesses.

Concernant l'identification des objectifs individuels, 96% des participants estimaient avoir correctement établis leurs priorités éducatives lors du BEP. Un seul patient n'avait pas été satisfait.

➔ **Analyse des séances collectives**

Les données suivantes ont été recueillies par le biais du questionnaire à distance et concernent l'ensemble de l'effectif.

Le nombre de participants

Pour rappel, 5 groupes de patients avaient participé au programme d'ETP du Pôle de Santé de l'Envigne.

Tableau XV : Répartition des participants en fonction des groupes - Effectifs

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
5 participants	4 participants	7 participants	4 participants	4 participants

Tableau XVI : Évaluation du nombre de participants par séance

Le nombre de participants par séance			
	Idéal	Pas assez Nombreux	Trop nombreux
Effectifs	21	3	0
Pourcentage	87,5%	12,5%	0,0%

Les insatisfaits, quant au nombre de participants lors des séances collectives, trouvaient que leur nombre limité ne permettait de profiter de l'expérience des autres. Aucun participant n'avait considéré que l'effectif de son groupe était trop important, l'empêchant ainsi de s'exprimer.

L'intérêt des séances de groupe

Sur l'effectif total, 1 seul participant ne trouvait aucun avantage à la réalisation de cette éducation thérapeutique en groupe. Pour les autres, les échanges entre participants constituaient un véritable atout du programme.

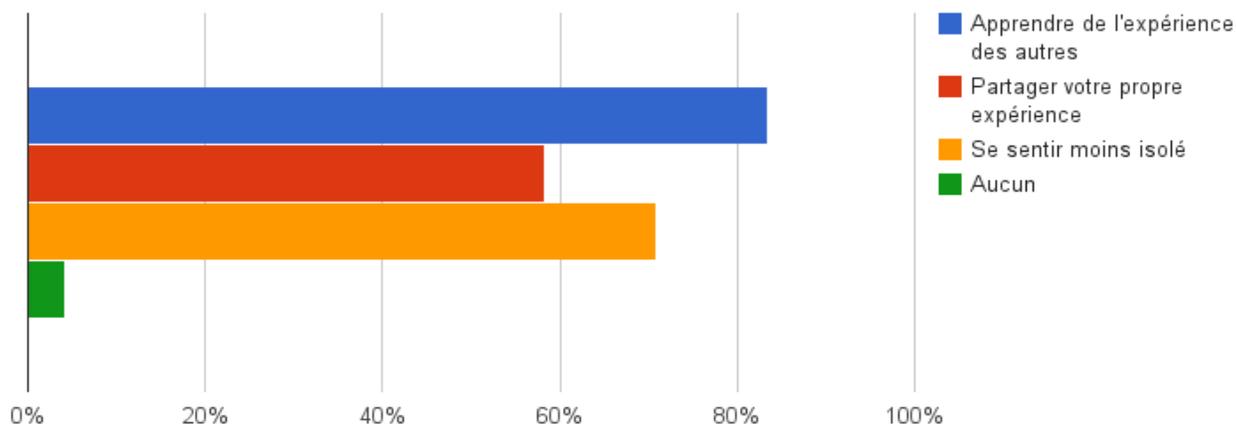


Figure 37 : Évaluation de l'intérêt des séances de groupe - Pourcentage

La durée des ateliers

Les 4 ateliers du programme d'ETP du Pôle de Santé avaient une durée d'environ 2 heures.

Tableau XVII : Évaluation de la durée de chaque séance collective

La durée de chaque séance			
	Idéale	Trop courte	Trop longue
Effectifs	21	3	0
Pourcentage	87,5%	12,5%	0,0%

Les formateurs

Les différents groupes de participants n'avaient pas tous les mêmes intervenants. Pour 4 des 5 groupes (soit 20 patients concernés), les formateurs principaux n'étaient pas médecins. En l'occurrence, il s'agissait d'une infirmière et d'un kinésithérapeute.

- Concernant l'impact sur l'ambiance des ateliers, 52,4% des participants étaient plus à l'aise face à des soignants paramédicaux. Aucun ne s'était senti moins confiant et pour 47,6% cela n'avait rien changé.

- Concernant l'impact sur la qualité des informations données, 62% avaient trouvé la présentation des sujets plus claire, plus accessible, que celle fournie par leur médecin traitant ou spécialiste. 62% des participants trouvaient intéressant et enrichissant de recevoir l'avis de professionnels autres que des médecins. 14% considéraient que cela n'avait aucun impact sur la qualité des séances. 5% trouvaient que la présentation des sujets était moins approfondie, moins pointue.

Pour le 5^{ème} groupe (soit 4 participants), le formateur principal était un médecin généraliste du Pôle de Santé et, dans le cas présent, leur propre médecin traitant. La moitié d'entre eux avait trouvé cela positif car il les connaissait très bien. Les autres étaient sans opinion.

Les outils pédagogiques

Lors des ateliers, les formateurs avaient utilisé de nombreux outils pédagogiques : photolangage, vidéos, Post-it, décryptage d'étiquettes alimentaires, ...

83% de l'effectif total avait trouvé que ces outils ouvraient et enrichissaient les échanges. 79% en avaient retenu le côté ludique. 46% les avaient trouvé valorisant car les impliquant personnellement. 25% estimaient que ces outils leur avaient permis de s'exprimer de façon anonyme.

4.6. Les apports du programme d'ETP

4.6.1. La satisfaction globale

Ces données concernaient l'ensemble de l'effectif, soit 24 participants et ont été recueillies par le biais du questionnaire à distance. L'objectif était de réaliser un premier état des lieux sur le niveau de satisfaction des patients par rapport au dispositif afin de voir si la structure actuelle répondait à leurs besoins et sinon d'identifier les points d'amélioration.

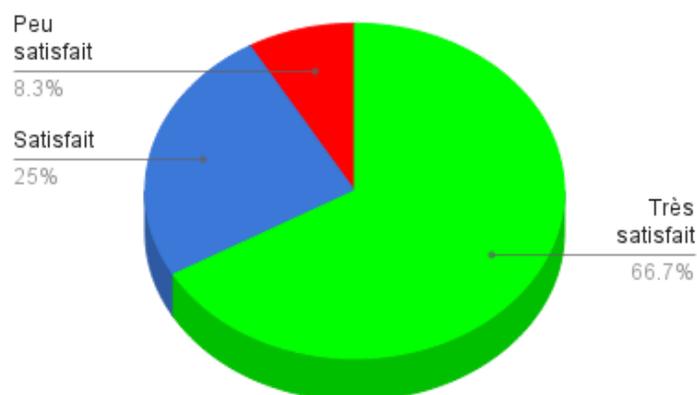


Figure 38 : Satisfaction générale des patients quant au programme d'ETP - Pourcentage

D'une manière générale, la prise en charge proposée par le programme d'ETP du Pôle convenait aux patients. En effet, 91,7% des participants (soit 22 patients) étaient "satisfait[s]" voire "très satisfait[s]".

Analyse de la satisfaction globale en fonction du sexe

Les insatisfaits représentaient 10% des hommes et 7% des femmes.

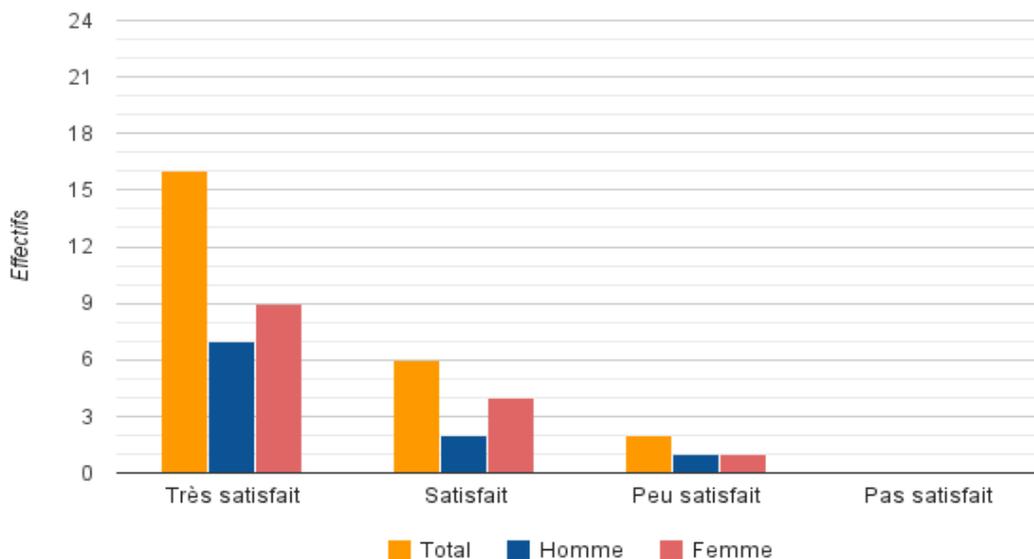


Figure 39 : La satisfaction des participants en fonction du sexe - Effectifs

Analyse de la satisfaction globale en fonction des facteurs de risque initiaux

La totalité des diabétiques étaient "satisfait[s]" (35,7%), voire "très satisfait[s]" (64,3%). L'ensemble des patients en surpoids étaient "satisfait[s]" (40%), voire "très satisfait[s]" (60%). Les insatisfaits représentaient 11,1% des hypertendus, 7,1% des dyslipidémiques, 25% des tabagiques et 50% des éthyliques chroniques.

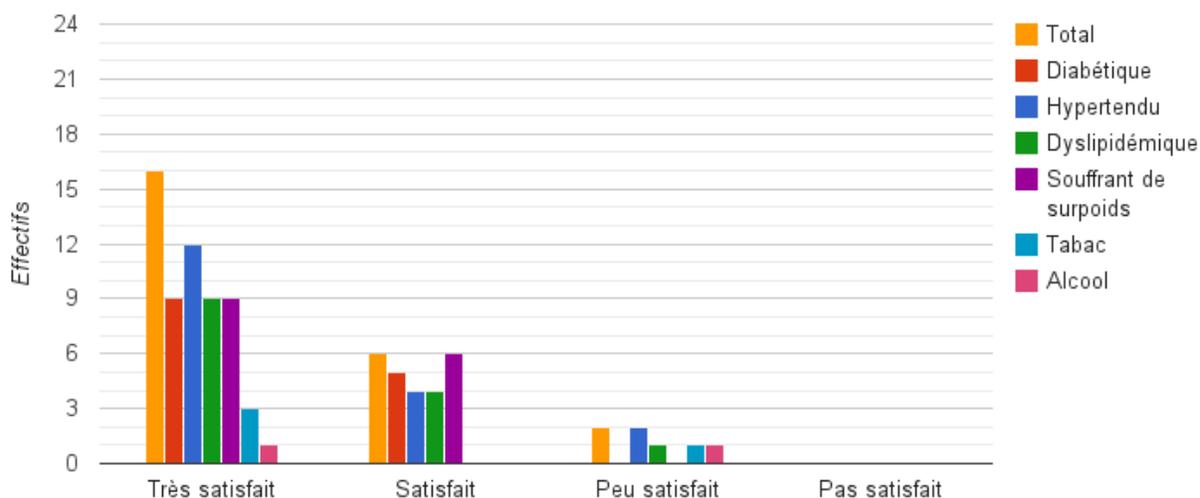


Figure 40 : La satisfaction des participants en fonction des facteurs de risque - Effectifs

Analyse de la satisfaction globale en fonction de l'âge des participants

La totalité des participants âgés de moins de 50 ans étaient très satisfaits, tout comme les patients âgés de plus de 80 ans et ceux âgés de 50 à 60 ans.

Les insatisfaits étaient représentés uniquement par des participants âgés de 60 à 70 ans (16,7% d'entre eux).

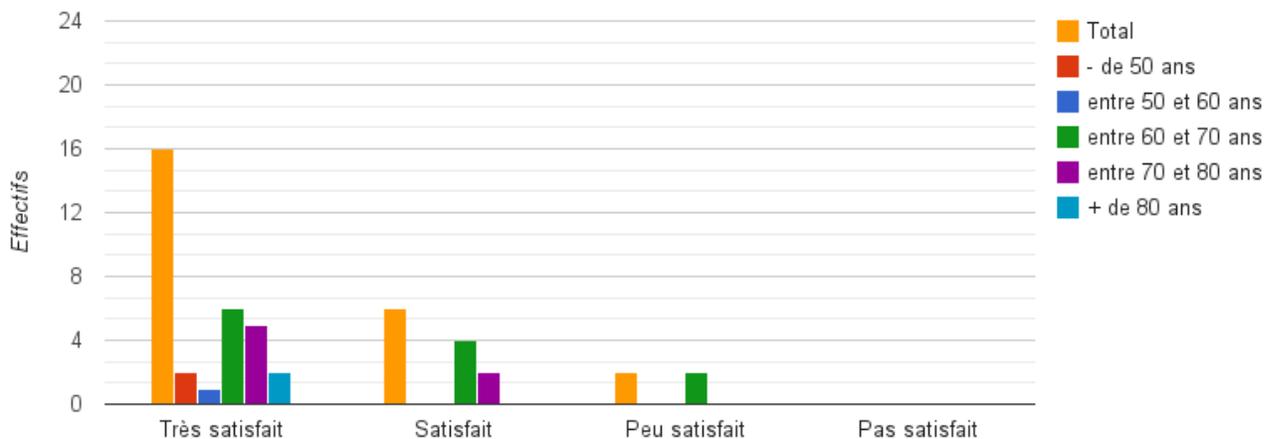


Figure 41 : La satisfaction des participants en fonction de l'âge - Effectifs

4.6.2. Acquisition et amélioration des savoirs

→ **La fiche d'auto-évaluation des connaissances**

Ces données représentaient l'évaluation de l'acquisition des savoirs à court terme, puisque cette fiche était renseignée lors des BEP finaux. C'était un avis quasi immédiat, à chaud.

Sur les 24 patients inclus, 17 avaient réalisé leur BEP final et complété la fiche d'auto-évaluation des connaissances.

Sur cette fiche, étaient évaluées, en pré-ETP et en post-ETP, les connaissances de la maladie, les connaissances du traitement, les connaissances des complications et les connaissances des principes d'équilibre alimentaire.

On y trouvait, également, l'évaluation de la prise du traitement seul et régulièrement ainsi que l'évaluation de l'état émotionnel. Ces données sont fournies en **annexe 8**, puisqu'elles ne concernent pas des connaissances.

Analyse de l'évolution des connaissances de la maladie

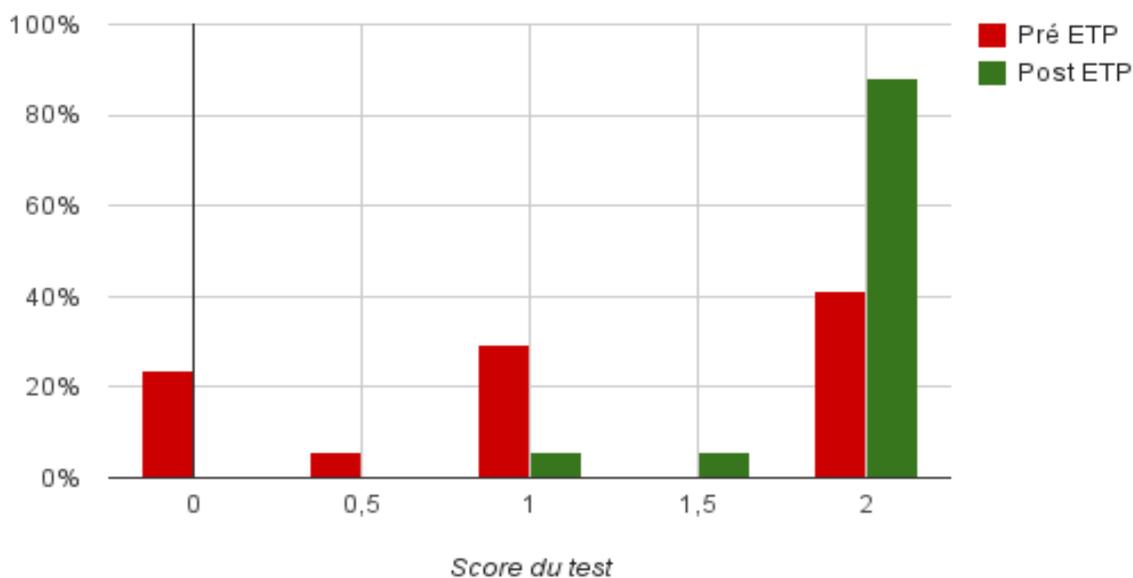


Figure 42 : Évolution des connaissances de la maladie - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage
Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients
(0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)

Les auto-évaluations en post-ETP retrouvaient une augmentation du score "2" de 47%.
Plus aucun participant considérait n'avoir aucune connaissance de sa maladie.

Analyse de l'évolution des connaissances du traitement

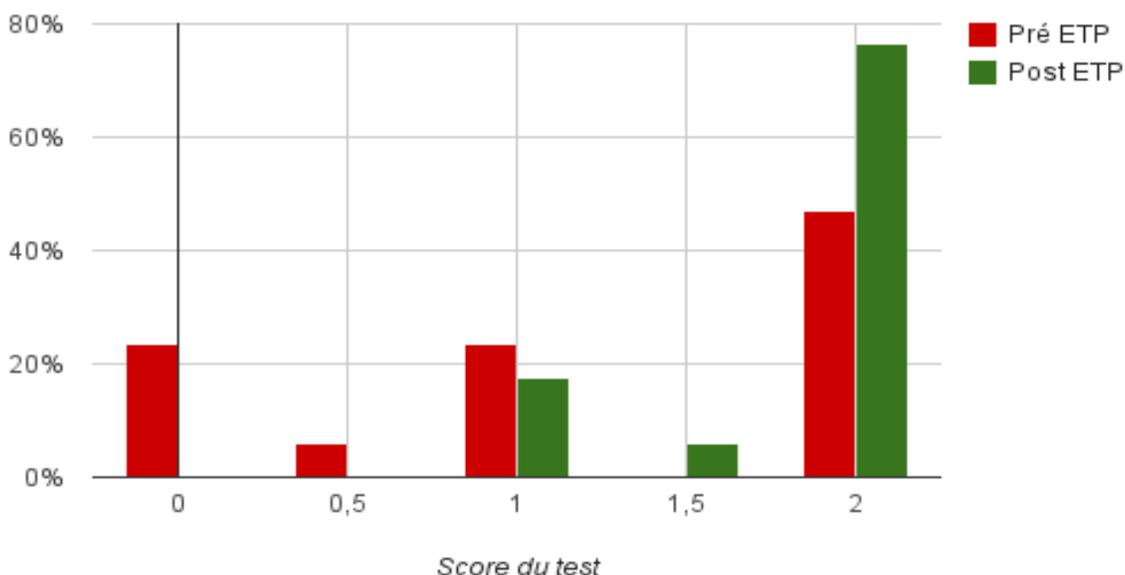


Figure 43 : Évolution des connaissances du traitement - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage
Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients
(0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)

On trouvait une augmentation de la proportion de score “2” de 29% entre pré-ETP et post-ETP. Tous les participants avaient acquis des connaissances sur leur traitement car aucun score de “0” n’était relevé.

Analyse de l’évolution des connaissances des complications

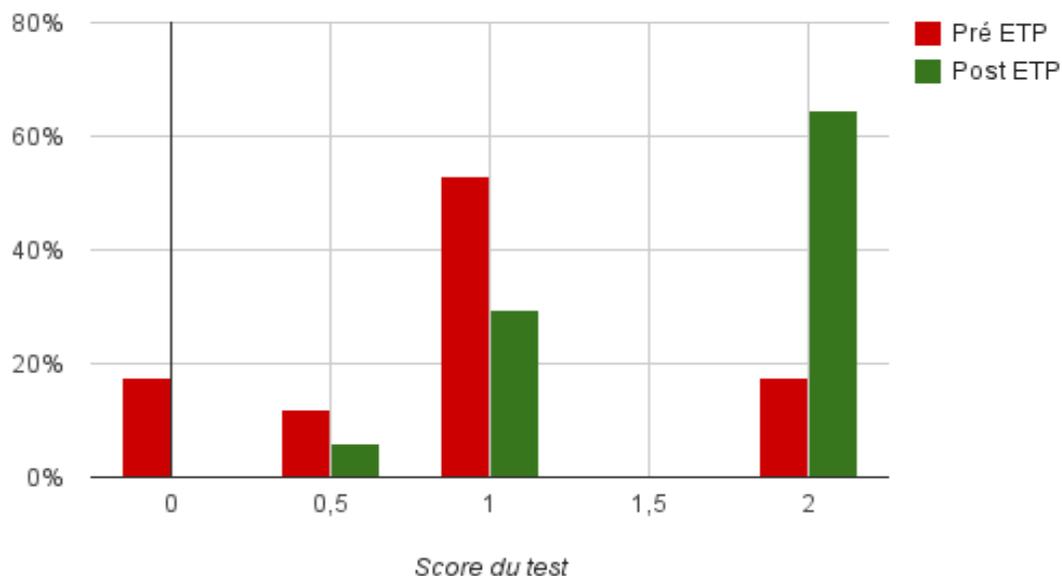


Figure 44 : Évolution des connaissances des complications - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage
Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients
(0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)

Initialement, une majorité des patients avait une connaissance moyenne (score “1”) des complications possibles liées à leur maladie (soit 53%). En post-ETP, ils n’étaient plus que 29% à ce niveau de score. 65% considéraient posséder de très bonnes connaissances (score “2”). Là encore, tous les participants avaient acquis des connaissances sur les complications possibles, car aucun score de “0” n’était relevé.

Analyse de l'évolution des connaissances des principes d'équilibre alimentaire

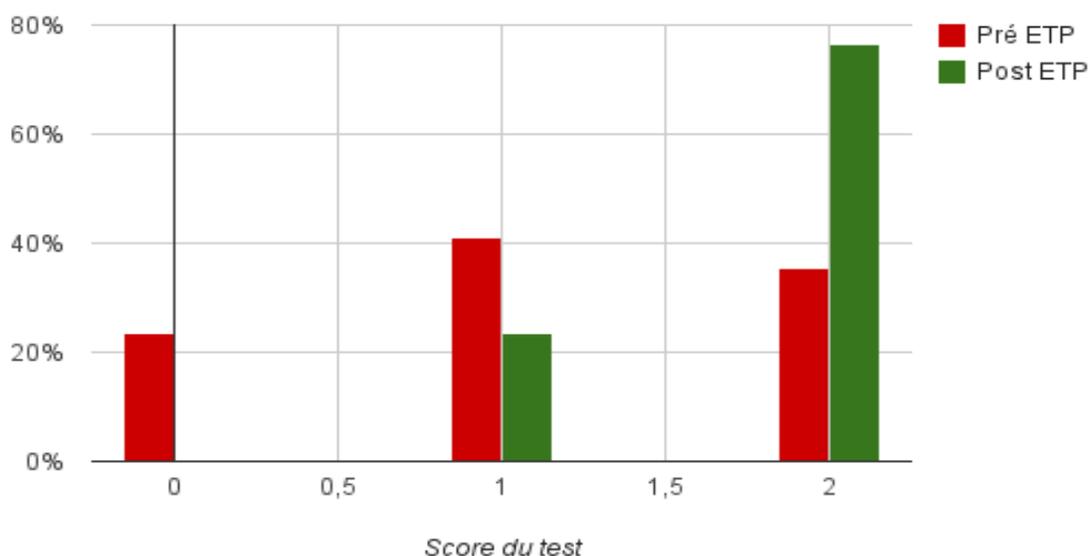


Figure 45 : Évolution des connaissances des principes d'équilibre alimentaire - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage

Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients (0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)

En pré-ETP, l'effectif était dispersé de façon homogène sur les scores "0", "1" et "2" (soit 24%, 41% et 35%). En post-ETP, le score "2" avait doublé ses effectifs puisqu'on retrouvait 76% des participants.

Plus aucun patient considérait n'avoir aucune connaissance sur l'équilibre alimentaire.

➔ **Le questionnaire d'évaluation à distance**

Ces données représentaient l'évaluation de l'acquisition des savoirs à moyen terme, puisque ce questionnaire était réalisé lors de l'entretien en tête à tête, à au moins 6 mois de la fin du programme. C'était un avis à distance, à froid.

Les résultats montraient que 66,7% des patients avaient approfondi leurs connaissances quand 12,5% avaient acquis de nouvelles connaissances qui leur avaient permis de comprendre leur pathologie.

Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction du sexe
(Annexe 9 : analyse graphique)

Dans les 3 tableaux suivants, sont listées les réponses des participants à la question : "S'agissant des connaissances de votre maladie, que vous a apporté le programme d'ETP ?". Il s'agissait d'une question à choix unique.

Tableau XVIII : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction du sexe

	Effectifs et Pourcentage	Homme	Femme
Effectif total	24	10	14
Vous a permis de comprendre votre(vos) pathologie(s),	3 (12,5%)*	0 (0 %)*	3 (21,4%)*
Vous a permis d'approfondir vos connaissances	16 (66,7%)*	8 (80%)*	8 (57,1%)*
Vous a permis de rafraîchir vos connaissances	2 (8,3%)*	1 (10%)*	1 (7,1%)*
Vous a intéressé, mais vous n'avez pas réussi à acquérir de connaissances	1 (4,2%)*	1 (10%)*	0 (0 %)*
Cela vous semblait intéressant mais vous n'arriviez pas à suivre (trop compliqué, trop d'informations)	1 (4,2%)*	0 (0 %)*	1 (7,1%)*
Ne vous a pas apporté de nouvelles connaissances	1 (4,2%)*	0* (0 %)	1 (7,1%)*

* les pourcentages représentent la proportion d'hommes ou de femmes ayant choisi cette réponse.

Ex : 80% des hommes considéraient que l'ETP leur "a permis d'approfondir [leurs] connaissances".

Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction des facteurs de risque
(Annexe 9 : analyse graphique)

Tableau XIX : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction des facteurs de risque

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Souffrant de surpoids	Tabac	Alcool
Effectif total	14	18	14	15	4	2
Vous a permis de comprendre votre(vos) pathologie(s),	2 (14,3%)*	3 (16,7%)*	1 (7,1%)*	1 (6,7%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Vous a permis d'approfondir vos connaissances	12 (85,7%)*	13 (72,2%)*	10 (71,4%)*	12 (80%)*	3 (75%)*	2 (100%)*
Vous a permis de rafraîchir vos connaissances	0 (0 %)*	1 (5,6%)*	1 (7,1%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Vous a intéressé, mais vous n'avez pas réussi à acquérir de connaissances	0 (0 %)*	0 (0 %)*	1 (7,1%)*	1 (6,7%)*	1 (25%)*	0 (0 %)*
Cela vous semblait intéressant mais vous n'arriviez pas à suivre (trop compliqué, trop d'informations)	0 (0 %)*	1 (5,6%)*	1 (7,1%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Ne vous a pas apporté de nouvelles connaissances	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	1 (6,7%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*

* les pourcentages représentent la proportion de la population, par exemple diabétique, ayant choisi cette réponse.

Ex : 14,3% des diabétiques estimaient que l'ETP leur "a permis de comprendre [leur(s)] pathologie(s)".

Les plus insatisfaits, quant à l'acquisition de nouveaux savoirs, étaient les dyslipidémiques (soit 14,2% d'entre eux), les patients souffrant de surpoids (soit 13,4% d'entre eux) et les tabagiques (25% d'entre eux).

Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction de l'âge
(Annexe 9 : analyse graphique)

Tableau XX : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction de l'âge

	- de 50 ans	entre 50 et 60 ans	entre 60 et 70 ans	entre 70 et 80 ans	+ de 80 ans
Effectif total	2	1	12	7	2
Vous a permis de comprendre votre(vos) pathologie(s),	0 (0%)	0 (0 %)*	3 (25%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Vous a permis d'approfondir vos connaissances	1 (50%)*	1 (100%)*	7 (58,3%)*	6 (85,7%)*	1 (50%)*
Vous a permis de rafraîchir vos connaissances	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	1 (14,3%)*	1 (50%)*
Vous a intéressé, mais vous n'avez pas réussi à acquérir de connaissances	1 (50%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Vous semblait intéressant mais vous n'arriviez pas à suivre (trop compliqué, trop d'informations)	0 (0 %)*	0 (0 %)*	1 (8,3%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*
Ne vous a pas apporté de nouvelles connaissances	0 (0 %)*	0 (0 %)*	1 (8,3%)*	0 (0 %)*	0 (0 %)*

* les pourcentages représentent la proportion de la population, par exemple entre 50 et 60 ans, ayant choisi cette réponse.
Ex : 25% des patients âgés entre 60 et 70 ans, estimaient que l'ETP leur "a permis de comprendre [leur(s)] pathologie(s)".

Les patients âgés de 60 à 70 ans (16,6% d'entre eux) et les moins de 50 ans (50% d'entre eux, 1 des 2 patients) étaient les moins convaincus par le programme quant à l'acquisition des savoirs.

Analyse plus précise du type de connaissances acquises

Dans cette partie, sont analysées les réponses à la question : “D’une façon plus précise, qu’est-ce que le programme d’ETP vous a permis de mieux comprendre ?”. Cette question était à choix multiples.

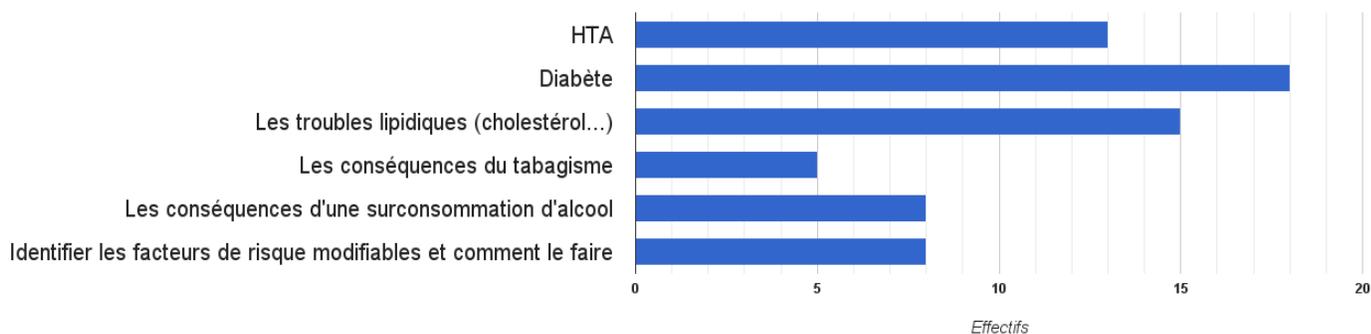


Figure 46 : Répartition des savoirs - Effectifs

Tableau XXI : Répartition des types de savoirs en fonction du sexe (*Annexe 10 : analyse graphique*)

	Effectifs	Homme	Femme
Effectif Total		10	14
HTA	13	2 (20%)*	11 (79%)*
Diabète	18	7 (70%)*	11 (79%)*
Les troubles lipidiques (cholestérol...)	15	6 (60%)*	9 (64%)*
Les conséquences du tabagisme	5	3 (30%)*	2 (14%)*
Les conséquences d'une surconsommation d'alcool	8	3 (30%)*	5 (36%)*
Identifier les facteurs de risque modifiables et comment le faire	8	3 (30%)*	5 (36%)*

* les pourcentages représentent la proportion d’hommes ou de femmes ayant appris sur un le thème en question.

Ex : 70% des hommes ont appris sur le diabète, 20% d’entre eux sur l’HTA, 60% ont appris sur les troubles lipidiques...

Les hommes avaient majoritairement appris sur le diabète et les troubles lipidiques ; les femmes, quant à elles, avaient plus acquies sur l’HTA, le diabète et les troubles lipidiques.

Tableau XXII : Répartition des types de savoirs en fonction des facteurs de risque
(Annexe 10 : analyse graphique)

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Surpoids	Tabac	Alcool
Effectif Total	14	18	14	15	4	2
HTA	57%*	61%	57%	60%	25%	0%
Diabète	100%	83%	79%	73%	50%	50%
Les troubles lipidiques (cholestérol...)	64%	56%	86%	67%	25%	0%
Les conséquences du tabagisme	21%	17%	29%	20%	50%	50%
Les conséquences d'une surconsommation d'alcool	43%	28%	43%	33%	25%	0%
Identifier les facteurs de risque modifiables et comment le faire	43%	39%	29%	27%	25%	50%

*les pourcentages représentent la proportion de la population, par exemple diabétique, qui a appris sur le thème en question.
Ex : 57% des diabétiques ont appris sur l'HTA, 100% ont appris sur le diabète. 61% des hypertendus ont appris sur l'HTA...

On note que, quelque soit les facteurs de risque des participants, la majorité considérait que le programme leur avait permis de mieux comprendre le diabète.

Pour les diabétiques, les dyslipidémiques et les tabagiques, le programme les avait aidé à mieux comprendre leur propre facteur de risque, dans respectivement 100%, 86% et 50% des cas.

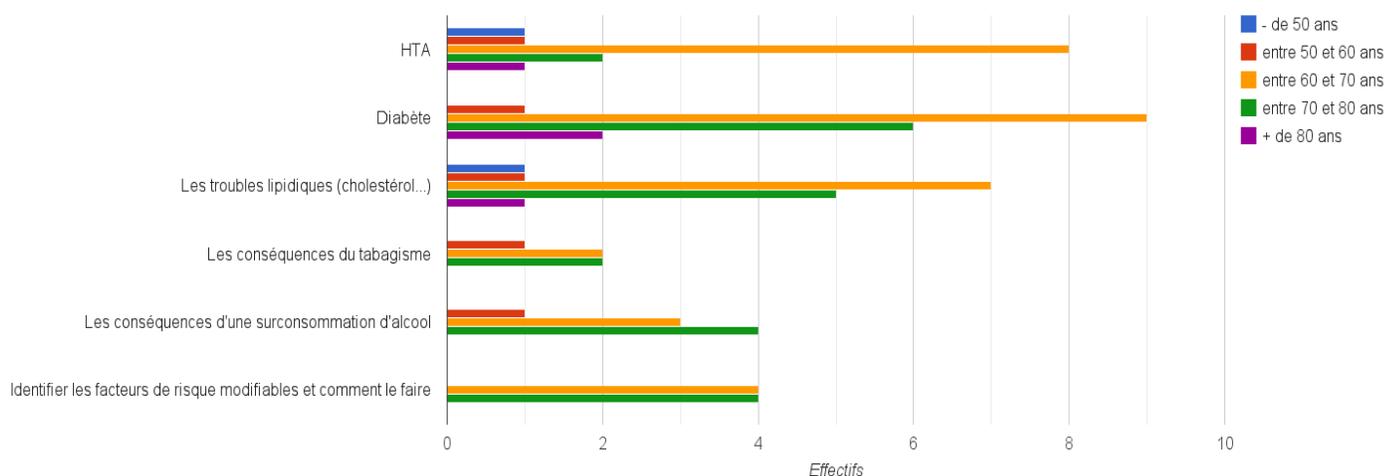


Figure 47 : Répartition des savoirs en fonction de l'âge - Effectifs

Les patients entre 50 et 80 ans avaient acquis des connaissances dans tous les domaines. Les patients de moins de 50 ans n'avaient mieux compris que l'HTA et les troubles lipidiques, ce qui correspondaient à leurs propres facteurs de risque.

4.6.3. Acquisition des savoir-être et des savoir-faire

Analyse de l'acquisition des compétences générales

Les données concernent l'ensemble des participants.

Sont listées, les réponses des patients à la question : “Diriez-vous qu’après le programme d’ETP, vous ... : “. Cette question était à choix multiple.

Tableau XXIII : Acquisition des compétences d’auto-soins et d’adaptation

	Effectifs	Pourcentage
Vous avez acquis de nouvelles compétences (autosurveillance de votre tension, décryptage des signes de complications, décryptage des étiquettes alimentaires...)	14	58%
Vous avez ressenti une amélioration de votre qualité de vie	13	54%
Vous réussissez à mieux gérer votre maladie (comportements à conséquence, ...)	12	50%
Vous avez constaté une amélioration de vos résultats biologiques (analyses de sang, ...)	11	46%
Vous avez ressenti une amélioration de votre état de santé	10	42%
Vous avez ressenti une diminution des contraintes liées à votre maladie	8	33%
Vous êtes devenu acteur dans la prise en charge de votre pathologie	6	25%
Vous êtes devenu plus autonome dans la gestion de votre traitement	6	25%
Vous a permis d'être plus à l'aise dans votre relation médecin/patient	6	25%
Vous consacrez plus de temps au suivi de votre pathologie (consultations médicales, réalisation de bilan biologiques, ...)	4	17%
Vous n'avez tiré que peu de bénéfices de ce programme	2	8%
Vous vous êtes aperçu avec le recul que vous n'aviez pas assisté aux bonnes séances	1	4%
Vous n'avez constaté aucun changement	1	4%
Vous acceptez mieux votre maladie	1	4%

En étudiant les réponses en fonction du sexe (*Annexe 11*), quelques caractéristiques ressortaient :

- Les femmes étaient 36% à être plus à l'aise dans leur relation médecin/patient grâce au programme contre 10% des hommes,
- Les hommes étaient les seuls à mieux accepter leur maladie grâce au programme.
- Les hommes avaient acquis de nouvelles compétences d'autosoins pour 70% d'entre eux, contre 50% des femmes,
- Les hommes et les femmes avaient préférentiellement ressenti une amélioration de leur qualité de vie (respectivement 60% et 50%) par rapport à une amélioration de leur santé (respectivement 40% et 43%),
- Les hommes étaient devenus plus autonomes dans la gestion de leur traitement après le programme (soit 50% d'entre eux, contre 7% des femmes),
- Les hommes réussissaient à mieux gérer leur maladie (60% d'entre eux contre 43% des femmes),
- Pour les autres acquisitions, les pourcentages des hommes et des femmes étaient équivalents.

En étudiant les réponses en fonction des facteurs de risque des participants (*Annexe 11*), on pouvait noter que :

- Les diabétiques étaient ceux qui avaient le plus constaté une amélioration de leurs résultats biologiques (67% d'entre eux, contre 57% des dyslipidémiques et 44% des hypertendus),
- Les diabétiques étaient les plus nombreux, grâce au programme, à mieux gérer leur maladie (50% d'entre eux, contre 44% des hypertendus et 43% des dyslipidémiques),
- Les diabétiques étaient 50% à ressentir une diminution des contraintes liées à leur maladie contre 39% des hypertendus et 21% des dyslipidémiques,
- Les diabétiques étaient 64% à avoir ressenti une amélioration de leur santé et de leur qualité de vie,
- Les hypertendus étaient 56% à avoir acquis de nouvelles compétences contre 50% des diabétiques et des dyslipidémiques.

Analyse de l'acquisition des compétences pratiques

Les données concernent l'ensemble des participants.

Sont listées, les réponses des patients à la question : "En pratique, au quotidien, vous ... : ". Cette question était à choix multiple.

Tableau XXIV : Acquisition des compétences du quotidien

	Effectifs	Pourcentage
Vous réussissez à intégrer une activité physique adaptée à votre quotidien	16	67%
Vous lisez les étiquettes des produits alimentaires	15	63%
Vous utilisez toutes ou certaines des fiches mémoires qui vous ont été distribuées (prise de tension artérielle, pyramide alimentaire...)	6	25%
Vous prenez votre tension artérielle seul à la maison plus régulièrement	5	21%
Vous vous servez des menus-type pour composer vos repas	4	17%
Vous suivez les recommandations de votre médecin sans prendre de responsabilité	2	8%
Le programme d'ETP n'a rien changé	1	4%

En pratique, les participants avaient majoritairement intégré une activité physique à leur quotidien et la lecture des étiquettes alimentaires.

En étudiant les réponses des participants en fonction du sexe (*Annexe 12*), on notait que :

- 90% des hommes avaient réussi à intégrer une activité physique à leur quotidien (contre 50% des femmes),
- Les femmes utilisaient plus les fiches mémoires (36% d'entre elles contre 10% des hommes),
- Les hommes lisaient davantage les étiquettes alimentaires après le programme que les femmes (70% contre 57%).

En étudiant les réponses des patients en fonction de leurs facteurs de risque (*Annexe 12*), on pouvait noter que :

- L'activité physique était intégrée quelque soit le facteur de risque (73% des patients souffrant de surpoids, 71% des dyslipidémiques, 67% des hypertendus et 64% des diabétiques),
- L'utilisation de la lecture des étiquettes alimentaires étaient réalisées par 61% des hypertendus, 57% des dyslipidémiques, 53% des patients souffrant de surpoids et 43% des diabétiques.

Analyse des modifications de comportements

Les données concernent l'ensemble des participants.

Sont listées, les réponses des patients à la question : "En pratique, que vous a permis le programme ?". Cette question était à choix multiple.

Tableau XXV : Les modifications du comportement des participants en post-ETP

	Effectif	Pourcentage
De perdre du poids	17	71%
D'adapter votre comportement suite à des erreurs/écarts thérapeutiques ou alimentaires	9	38%
D'être plus rigoureux dans la prise de votre traitement	5	21%
D'éviter les complications liées à votre pathologie	4	17%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation d'alcool	4	17%
D'obtenir une amélioration temporaire de votre santé et de vos résultats biologiques mais vous avez relâché vos efforts devant vos bons résultats	3	13%
D'anticiper une maladie issue de vos facteurs de risques (AVC, ...)	2	8%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation de tabac	1	4%

En étudiant les réponses des participants en fonction du sexe (*Annexe 13*), on notait que :

- 79% des femmes avaient perdu du poids contre 60% des hommes.
- 40% des hommes estimaient arriver à mieux adapter leur comportement suite à des erreurs/écarts alimentaires ou thérapeutiques contre 36% des femmes.
- L'amélioration dans la rigueur de la prise du traitement ne variait pas selon le sexe (20% chez les hommes et 21% chez les femmes).
- 30% des hommes évitaient davantage les complications liées à leur pathologie après le programme (contre 7% des femmes).

En étudiant les réponses des patients en fonction de leurs facteurs de risque (*Annexe 13*), on pouvait noter que :

- Quelque soit leur facteur de risque, les participants avaient majoritairement perdu du poids (80% des patients souffrant de surpoids, 79% des dyslipidémiques, 71% des diabétiques et 67% des hypertendus)
- Après les éthyliques chroniques, les diabétiques étaient les participants qui avaient le plus diminué leur consommation d'alcool (respectivement 50% et 29%).

4.7. Et après ?

4.7.1. La communication autour du programme d'ETP

Les données suivantes concernent l'ensemble des participants.

Sont listées, les réponses des patients à la question : "Depuis la fin du programme, avez-vous parlé de celui-ci autour de vous ?". Cette question était à choix multiple.

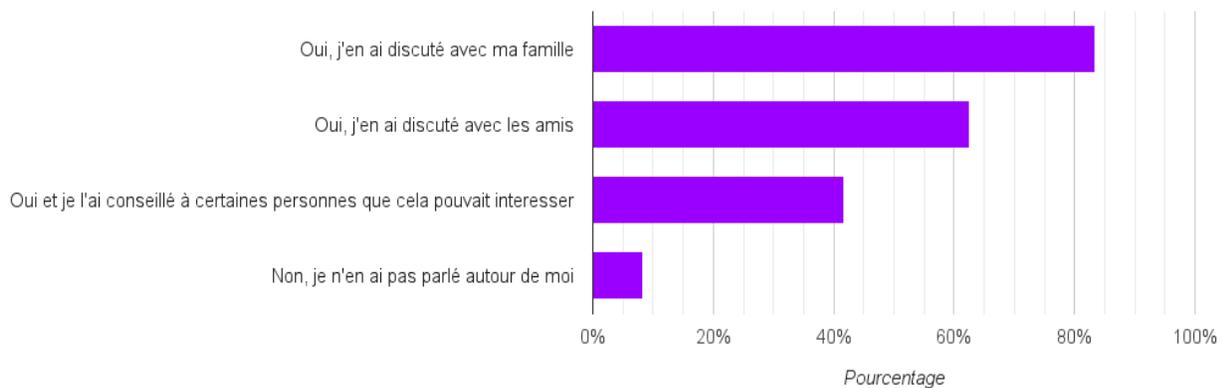


Figure 48 : La communication autour du programme d'ETP - Pourcentage

Sur les 24 patients interrogés, 20 en avaient parlé avec leur famille (soit 83%), 15 en avaient discuté avec leurs amis (soit 63%), 10 avaient eu l'occasion de le conseiller autour d'eux à des personnes susceptibles d'être intéressées (soit 42%). Seulement 2 patients n'en avaient pas parlé (soit 8%).

4.7.2. Le suivi éducatif à long terme

Les données suivantes concernent l'ensemble des participants.

Sont listées, les réponses des patients à la question : "Selon vous, serait-il pertinent de prévoir une séance supplémentaire à distance du programme ?". Cette question était à choix multiple.

Tableau XXVI : Le suivi éducatif à long terme

	Effectif	Pourcentage
Oui, une nouvelle séance de groupe me semble nécessaire/intéressante afin de remettre à jour mes connaissances	14	58%
Oui, sur des sujets complémentaires	6	25%
Oui, j'aimerais avoir une séance individuelle à distance	6	25%
Oui, une nouvelle séance me permettrait de me sentir accompagné sur du long terme	3	13%
Non, mon suivi régulier m'apporte suffisamment d'informations complémentaires	2	8%
Non, ce programme m'a apporté suffisamment d'informations	2	8%

Majoritairement, les participants étaient favorables à la mise en place de séances supplémentaires : 58% pour remettre leurs connaissances à jour, 25% souhaitaient des ateliers sur des sujets complémentaires, 25% désiraient une séance individuelle à distance et 13% afin de poursuivre leur accompagnement thérapeutique.

D'après les informations recueillies, seuls 4 patients distincts ne souhaitaient pas poursuivre à long terme le suivi éducatif.

Analyse des souhaits des participants en fonction du sexe

Tableau XXVII : Le suivi a long terme - Répartition en fonction du sexe

	Homme	Femme
Oui, une nouvelle séance de groupe me semble nécessaire/intéressante afin de remettre à jour mes connaissances	70%	50%
Oui, sur des sujets complémentaires	20%	29%
Oui, j'aimerais avoir une séance individuelle à distance	20%	29%
Oui, une nouvelle séance me permettrait de me sentir accompagné sur du long terme	20%	7%
Non, mon suivi régulier m'apporte suffisamment d'informations complémentaires	0%	14%
Non, ce programme m'a apporté suffisamment d'informations	10%	7%

Majoritairement, les hommes et les femmes (respectivement 70% et 50%) souhaitaient une séance de mise à jour à distance.

Les femmes étaient plus intéressées que les hommes par une séance individuelle (29% contre 20%).

L'accompagnement thérapeutique était plus souhaité par les hommes que par les femmes (20% contre 7%). Les femmes considéraient que leur suivi avec leur médecin traitant était suffisant pour 14% d'entre elles.

Analyse des souhaits des participants en fonction de leurs facteurs de risque

Tableau XXVIII : Le suivi à long terme - Répartition en fonction des facteurs de risque

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Surpoids	Tabac	Alcool
Oui, une nouvelle séance de groupe me semble nécessaire/intéressante afin de remettre à jour mes connaissances	71%	56%	57%	73%	50%	50%
Oui, sur des sujets complémentaires	7%	22%	29%	20%	0%	0%
Oui, j'aimerais avoir une séance individuelle à distance	29%	28%	29%	20%	25%	0%
Oui, une nouvelle séance me permettrait de me sentir accompagné sur du long terme	14%	11%	7%	13%	0%	0%
Non, mon suivi régulier m'apporte suffisamment d'informations complémentaires	7%	11%	7%	7%	0%	0%
Non, ce programme m'a apporté suffisamment d'informations	0%	11%	0%	0%	25%	50%

Les diabétiques et les patients souffrant de surpoids étaient les plus intéressés par une séance à distance de mise à jour (respectivement 71% et 73%).

Les diabétiques étaient les plus demandeurs d'un suivi éducatif en tant qu'accompagnement thérapeutique (14%), devant les patients souffrant de surpoids (13%) et les hypertendus (11%).

5. DISCUSSION

5.1. Analyse et discussion des principaux résultats

5.1.1. Le profil des patients inclus

Depuis sa mise en route en Septembre 2012, le programme d'ETP du Pôle de Santé de l'Envgine avait permis à 27 patients, répartis en 5 groupes, de profiter de cette offre éducative.

Les patients ayant participé au programme proposé par le Pôle de Santé étaient âgés en moyenne de 66 ans et étaient majoritairement des femmes. Ils étaient majoritairement retraités et en couple avec des enfants.

Les participants avaient pris connaissance du programme uniquement par le biais de professionnels de santé qui appartenaient au Pôle de Santé.

Un tiers des patients avaient déjà effectué une prise en charge éducative antérieure au programme d'ETP du Pôle.

Ils possédaient tous, au minimum, 2 facteurs de risque cardio-vasculaire. Les plus représentés étaient les hypertendus. Suivaient les patients en surpoids ou obèses, les diabétiques et les dyslipidémiques. La majeure partie des participants n'avait aucun antécédent de pathologie cardio-vasculaire.

La moyenne de l'HbA1c, chez les participants diabétiques, était de 7,44%.

Dans la population totale étudiée, l'IMC moyen était de 28,83 kg/m² avec un poids moyen de 76kg. Le taux moyen de Cholestérol total était de 2,12 g/L et le taux moyen de Triglycérides était de 1,58 g/L. La TAS moyenne était de 130mmHg et la TAD moyenne de 73mmHg.

La majorité des participants étaient non-fumeurs et ne buvaient de l'alcool qu'occasionnellement.

Sur ces premiers résultats, nous pouvons déjà formuler plusieurs remarques :

- L'éducation de moins de 30 patients en 2 ans d'activité souligne que la capacité du programme en terme d'effectif est insuffisante par rapport aux besoins des patients. Cette capacité de temps dédié uniquement aux interactions avec les patients est réduite par le nombre important d'heures consacrées à la mise en place de la structure, à la mise en place des outils de travail et à la formation à l'ETP. Cependant, ces différents temps semblent incontournables pour garantir une offre éducative de qualité. De plus, cette faible proportion de patients ayant eu accès au projet, en comparaison du nombre, présumé important, de patients susceptibles d'être inclus au programme, peut s'expliquer par des difficultés de recrutement des participants. Elles sont dues au fait que la

population rurale du canton n'est pas habituée à ce type de démarche éducative. En effet, il existe une méconnaissance de cette offre et de son rôle. Pour certains patients le fait de partager, avec d'autres, leur "intimité médicale" n'est pas concevable. Par ailleurs, le nombre de professionnels de santé, formés à la démarche des BEP et des séances collectives, était également jusqu'à présent très limité.

- Le recrutement des participants uniquement par les professionnels du Pôle implique une restriction du panel sur son origine géographique. Ceci met en évidence le besoin d'étendre ce type d'offre sur un territoire plus étendu afin d'améliorer l'accès aux soins des patients. Cela doit passer par une augmentation de la communication sur le programme et il semble nécessaire de continuer de promouvoir la structure pour permettre une implication des soignants et des interactions entre professionnels de santé plus efficaces.
- Peu de personnes actives ont eu la possibilité de participer au programme. En ayant une activité professionnelle, leur disponibilité est restreinte et les capacités d'adaptation du programme en terme d'organisation des séances sont limitées. Ainsi, en l'état actuel des choses, il paraît difficile de toucher la population professionnellement active par ce type de programme, alors que la découverte du diabète ou de l'hypertension touche de plus en plus de personnes actives (l'âge moyen de découverte du diabète en France en 2003 était de 57 ans ; compte tenu de la modification du mode de vie, ce chiffre est en train de reculer [25]). Un meilleur ciblage des patients et un regroupement des participants professionnellement actifs permettraient de leur proposer une offre éducative plus adaptée à leurs contraintes.
- L'antériorité de suivi éducatif pour un tiers des participants questionne sur le type de patients ayant eu accès à la structure. En effet, les patients ayant déjà connu une offre éducative sont déjà sensibilisés à cette démarche et connaissent mieux ce qu'ils peuvent y trouver et l'intérêt potentiel pour eux. Ils sont donc revenus en fonction de leurs besoins. Ceci montre également que les patients les plus motivés ont eu accès à cette offre ; mais qu'en est-il des autres pour qui *a priori* cette offre est destinée ? Comment proposer cette offre afin que les patients comprennent les modalités et les objectifs visés et puissent avoir envie de venir "essayer" ?
- La majorité des participants sont en couple et entourés, ce qui peut être un avantage certain pour favoriser les changements de comportement. Un patient compris, soutenu et encouragé par sa famille acceptera plus facilement sa maladie et ses contraintes et modifiera plus facilement ses comportements. Le Pôle de Santé de l'Envigne a pris le parti, dans un premier temps, de n'intégrer aux séances que le principal aidant du patient. Ainsi, il est intéressant de se demander comment intégrer les proches à la démarche éducative sans surcharger les séances collectives.

- La multiplicité des facteurs de risque entraîne une multiplicité des contraintes, qu'elles soient psychologiques, thérapeutiques, diététiques ou sociales. Elle peut ainsi susciter chez les patients un sentiment d'injustice ou de persécution par le cadre médical et aboutir à une mauvaise observance. Cette démarche éducative personnalisée est alors indispensable pour permettre au patient de pointer ses priorités, de se sentir moins esclave de ses facteurs de risque et ainsi de mieux adhérer aux thérapeutiques médicamenteuses et d'hygiène de vie.

5.1.2. Les objectifs individuels des participants

L'analyse des données révèle que les patients étaient plus demandeurs en acquisition de compétences d'autosoins (81% des objectifs) que de compétences d'adaptation (13%).

Ces dernières regroupent, sous la dénomination "Acceptation de la maladie", 3 objectifs (la meilleure gestion psychologique de la maladie, le souhait d'accepter sa pathologie chronique et l'envie de mieux vivre au quotidien avec sa maladie) contre 10 objectifs pour les acquisitions de compétences d'autosoins.

Les 3 objectifs principaux, tous thèmes confondus, retrouvés lors des BEP sont le développement des connaissances de la pathologie, la diététique (amélioration des connaissances sur l'équilibre alimentaire et modification de l'alimentation au quotidien) et la volonté de mieux vivre avec sa maladie.

- L'apport de connaissance sur leur pathologie semble être un objectif logique. En effet, peu de personnes connaissent de façon approfondie leur maladie. Ils souhaitent donc pouvoir la comprendre pour mieux la prendre en charge. Ceci s'applique à la fois aux patients, dont le diagnostic est récent, qui souhaitent trouver des réponses aux nombreuses interrogations qu'implique l'annonce de la découverte d'une maladie chronique ainsi qu'aux patients, souffrant de leur pathologie depuis plusieurs années, qui souhaitent approfondir leur connaissance sur la physiopathologie ou mieux comprendre leur traitement.
- L'attente diététique peut s'expliquer par le fait que les patients entendent beaucoup parler de la nécessité d'une modification de l'alimentation dans la prise en charge de leur facteur de risque. De plus, avec le temps, l'adhésion aux corrections alimentaires se détériore, soit par lassitude soit par sentiment de ne pas être réellement malade. Les patients sentent alors le besoin d'une mise à jour de leur connaissance des principes d'équilibre alimentaire.

- Le “mieux vivre avec sa maladie” va nécessiter un processus plus long et plus complexe que l’acquisition des compétences d’autosoins. Le rôle de l’ETP est justement d’aider le patient dans cette démarche d’acceptation de la maladie en lui apportant les informations nécessaires à la bonne compréhension de sa maladie et les compétences requises pour adapter son comportement (alimentaire, physique, thérapeutique) aux variations de la vie quotidienne.

Un des thèmes principaux des objectifs individuels concerne les modifications du mode de vie et en particulier l’initiation à une activité physique, que les patients savent nécessaire mais qui n’est pourtant pas l’une de leur priorité au quotidien. Cela peut s’expliquer par leur état de santé (douleurs articulaires) les empêchant de réaliser toute activité physique ou par le fait que beaucoup ne savent pas à quoi pourrait correspondre une activité physique bénéfique et ce qu’ils peuvent en attendre comme impact sur leur pathologie. La majorité n’imagine pas que certains gestes simples représentent déjà un début d’activité physique bénéfique, comme la marche, le jardinage, ...

5.1.3. Adhésion des patients au projet

➔ **Participation aux bilans éducatifs individuels et collectifs**

Temps d’éducation individuelle :

24 patients ont bénéficié d’un BEP initial, soit 100% de l’effectif.

17 patients ont bénéficié d’un BEP final, soit 71% de l’effectif.

Cette différence de participation entre l’entretien initial et final peut s’expliquer par le nombre limité de formateurs ayant intégré le projet depuis sa mise en place. Pendant une longue période, les professionnels de santé participant au programme étaient seulement trois. Un effectif trop juste pour assumer toutes les étapes du programme (BEP initial, séances collectives, BEP final, réalisation des évaluations exigées par l’ARS).

Temps d’éducation collective :

1 seul patient n’a assisté qu’à 1 atelier, soit 5% des participants.

6 patients ont participé à 2 ateliers, soit 25% de l’effectif total.

3 patients ont assisté à 3 ateliers, soit 12% des participants.

14 patients ont suivi les 4 ateliers, soit 58% de l’effectif total.

Le programme d’ETP du Pôle de Santé de l’Envigne offre aux participants la possibilité de choisir les séances collectives auxquelles ils souhaitent participer, parmi les 4 ateliers mis à leur

disposition. Ce choix est déterminé lors du BEP initial. Cependant, leur participation, lors de leur parcours éducatif, à des ateliers qui n'étaient pas prévus initialement est bien sûr acceptée. Ainsi, si l'on s'intéresse à l'évolution des patients au sein du parcours, on s'aperçoit que le taux moyen de participation est de 94% par rapport aux effectifs prévus, pour les ateliers 1, 3 et 4. C'est un bon taux, cependant il aurait été intéressant de demander et de noter lors des BEP finaux la raison pour laquelle les patients n'ont pas fait la totalité des ateliers prévus lors de leur BEP initial.

L'atelier 2 affiche, quant à lui, un taux de participation de 105%. La présence de 2 participants initialement non prévus à cet atelier peut s'expliquer par leur enthousiasme suite au premier atelier (100% des participants, à qui cet atelier a été proposé, y ont assisté) qui les a incité à se joindre au groupe de l'atelier 2.

➔ **Avis des patients sur le projet**

L'évaluation, en terme d'organisation, du programme d'ETP par le patient fait partie intégrante de l'éducation thérapeutique.

Dans cette étude, elle a été faite par le biais de deux questionnaires :

- le questionnaire de satisfaction anonyme, complété par chaque participant à la fin de chaque atelier de façon anonyme sans la présence des soignants, et
- le questionnaire d'évaluation à distance, rempli lors d'entretiens en tête à tête à plus de 6 mois de la fin du programme.

Ces deux méthodes sont intéressantes :

- Avantages du questionnaire de satisfaction : nombre de questionnaires rempli très important, rapidité d'obtention des réponses, permet une évaluation de la qualité des ateliers non faussée par le temps (impression à chaud), absence de gêne liée au regard du soignant lors du remplissage du questionnaire.
- Inconvénients du questionnaire de satisfaction : temps imparti limité pour le remplir, pas d'avis sur le programme dans sa globalité, évaluation moins poussée.
- Avantages du questionnaire d'évaluation à distance : permet de prendre du recul sur le programme et d'avoir une vision globale du projet, questions d'évaluation plus précises et plus personnelles.
- Inconvénients du questionnaire d'évaluation à distance : risque de refus de l'entretien en tête à tête entraînant un taux de réponse moins élevé, méthode plus longue pour obtenir les évaluations, risque de gêne liée à la présence d'un formateur.

A travers ces questionnaires, les patients semblent, pour la majorité, pleinement satisfaits de l'organisation du programme.

Les entretiens individuels ont permis l'identification des points forts et des faiblesses pour plus de 90% des participants ; les patients ont estimé avoir correctement établi leurs objectifs individuels lors des BEP initiaux. Ces entretiens apparaissent comme constructifs et indispensables dans la démarche éducative du projet. La notion d'écoute et d'intérêt de la part du formateur est un point fort de ces entretiens individuels. Les participants soulignent avec force la satisfaction d'avoir été écoutés et d'avoir pu partager sur le vécu de leur maladie.

Les séances collectives ont, elles aussi, été très appréciées par la majorité des patients.

Le nombre de participants par groupe était au minimum de 4 et au maximum de 7, ce qui respecte les recommandations de l'HAS qui sont un minimum de 3 et un maximum de 8-10 adultes [26]. Ces effectifs ont convenu à la majorité des patients leur permettant de tirer un maximum de bénéfices des séances de groupe. Les insatisfaits ont trouvé que le nombre limité de participants ne permettait de profiter de l'expérience des autres. Il est également possible que l'hétérogénéité des groupes ait pu gêner certains patients. En effet, les groupes n'ont pas été constitués en fonction du niveau de connaissances ou des attentes des patients. Certains participants ont suggéré de revoir la composition des groupes. Des groupes hétérogènes permettent des échanges plus riches mais cela implique des attentes différentes qu'il paraît difficile de satisfaire en deux heures de temps (durée des ateliers), bien que la majorité des participants ait trouvé la durée des ateliers idéale.

Ce qui apparaît comme le véritable atout de ces séances de groupe est la possibilité de rencontrer et d'échanger avec des personnes partageant les mêmes pathologies. Se sentir moins isolé, apprendre de l'expérience des autres, partager leur propre expérience sont autant d'avantages aux séances collectives.

La multidisciplinarité des intervenants est également très appréciée des participants. Être en contact avec un soignant, autre qu'un médecin, a permis à la moitié de l'effectif de se sentir plus à l'aise ; ils ont également trouvé les informations délivrées plus claires, plus accessibles ; ce qui leur a permis une meilleure compréhension.

La qualité de la communication est primordiale : plusieurs travaux ont démontré l'existence d'un lien entre l'efficacité de la communication soignant-patient et l'amélioration de la santé du patient [27]. Ainsi, une communication améliorée, et en particulier le fait de recevoir des explications compréhensibles, augmente la satisfaction des patients, leur implication et améliore le ressenti de la maladie.

Enfin, l'utilisation d'outils pédagogiques comme le photolangage, le décryptage des étiquettes alimentaires et les vidéos, a apporté un aspect ludique aux séances, permettant d'ouvrir et d'enrichir les échanges entre participants.

5.1.4. Les résultats bio-cliniques

Cette étude s'est également intéressée à l'évolution des paramètres bio-cliniques des participants après leur participation au programme d'ETP. Elle ne peut cependant pas donner de résultats représentatifs de la population générale, l'échantillonnage étant trop faible, les résultats des tests statistiques n'étaient pas significatifs.

Malgré tout, sur notre échantillon, des progrès ont été accomplis sur le plan bio-clinique :

- Baisse à 6 mois de l'HbA1c (diminution chez les diabétiques du taux moyen de 0,45% avec la meilleure amélioration pour les patients ayant les taux initiaux les plus élevés),
- Diminution à 6 mois de l'IMC moyen (baisse du taux moyen de 0,41 kg/m²) avec la meilleure perte pour le sous-groupe des patients en surpoids ou obèses et pour les femmes,
- Baisse à 6 mois du taux moyen de Cholestérol total (diminution de 0,24g/L dans la population totale et de 0,35 g/L pour les dyslipidémiques),
- Diminution de la consommation d'alcool chez les éthyliques chroniques mais surtout dans la population totale et en particulier chez les diabétiques.

La tension artérielle systolique et la tension diastolique étaient en moyenne inchangées ; cependant tous les participants avaient, en post-ETP, des chiffres qui suivent les recommandations.

Les taux moyens de LDL et de Triglycérides n'avaient pas non plus évolué.

La consommation de tabac chez les fumeurs était en moyenne la même qu'avant le programme.

Ces résultats, bien que non significatifs dans notre étude, suggèrent que l'ETP permet une amélioration des résultats bio-cliniques des participants.

En 2009, un article sur "l'évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires" [29] démontrait que des progrès importants avaient été accomplis sur le plan bio-clinique. Plusieurs résultats significatifs étaient même spectaculaires : baisse à 6 mois de l'IMC, de la pression artérielle systolique, du cholestérol total et des triglycérides. L'activité physique avait augmenté. Par contre, la consommation de tabac n'avait pas évolué et l'HbA1c n'était pas modifiée, mais le programme ne comportait pas d'enseignement sur le diabète.

A ce niveau de la discussion, il est intéressant de se demander quels sont les véritables objectifs de l'ETP. L'amélioration des valeurs biologiques est-elle indispensable pour juger de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique ? Cette offre éducative n'a-t-elle pas comme priorité le "vivre mieux avec sa maladie" ? La médecine, elle même, ne doit-elle pas en priorité, s'attacher aux personnes et à leur ressenti plutôt qu'à des données chiffrées ?

Toute la subtilité de l'Éducation Thérapeutique du Patient se trouve effectivement dans le compromis que le soignant et le patient font sur les résultats attendus.

5.1.5. Apport en autonomisation pour les patients

➔ **Apports en savoirs/savoir-faire (compétences d'autosoins)**

Les répercussions des apports, entraînées par le programme d'ETP du Pôle de Santé de l'Envigne, sont visibles dans les fiches d'auto-évaluation des connaissances et dans les réponses du questionnaire d'évaluation à distance.

Les fiches d'auto-évaluation des connaissances reflètent uniquement l'acquisition des savoirs à court terme. C'était un avis quasi immédiat, une impression à chaud. Le laps de temps écoulé, entre le début des séances éducatives et le remplissage de la fiche lors du BEP final, n'est pas suffisant pour une bonne appréciation des effets du programme.

Cependant, l'analyse des résultats met en évidence que le programme semble avoir répondu aux attentes des participants concernant l'acquisition de connaissances sur la maladie, sur le traitement, sur les complications et sur les principes d'équilibre alimentaire.

Le questionnaire d'évaluation à distance permet, quant à lui, une appréciation à moyen terme (évaluation réalisée au minimum 6 mois après la fin du programme) de l'acquisition des savoirs et des savoir-faire.

L'analyse des réponses du questionnaire montre que :

- Les séances dédiées à l'explication des différents facteurs de risque cardio-vasculaire ont permis à la majorité des participants d'acquérir ou d'approfondir des connaissances et ainsi, de mieux appréhender leur pathologie.
- Le programme a permis de palier un manque ou de compléter des connaissances en matière de diététique et d'activité physique.
- En terme d'autosoins, les compétences acquises les plus citées sont :
 - l'intégration d'une activité physique adaptée à leur quotidien,
 - la lecture des étiquettes des produits alimentaires et l'utilisation de la fiche mémoire sur l'alimentation afin de modifier leurs habitudes alimentaires,
 - la pratique de l'autosurveillance tensionnelle,
 - une meilleure gestion de leur maladie au quotidien avec une adaptation des comportements suite à des erreurs/écarts thérapeutiques ou alimentaires,
 - une diminution des contraintes liées à leur maladie,
 - la satisfaction d'être devenu acteur dans la prise en charge de leur pathologie,
 - une meilleure rigueur dans la prise des médicaments, et

- leur implication plus importante dans leur suivi médical (consultations spécialisées, prélèvements biologiques, ...).
- En terme de résultats concrets, 68% ont perdu du poids, 20% ont diminué leur consommation d'alcool et 16% ont diminué leur consommation de tabac.
- Plus généralement, la moitié des patients a ressenti une amélioration de leur qualité de vie associée à une amélioration de leur état de santé pour 40% d'entre eux.

➔ Indicateurs d'un "mieux vivre avec sa maladie" (compétences d'adaptation)

L'acquisition de ces compétences d'adaptation est difficile à évaluer sur une période si courte et avec si peu de recul.

Cependant, l'analyse des résultats du questionnaire d'évaluation à distance met en évidence que certains des objectifs des patients, concernant "l'acceptation de leur maladie" sont atteints.

Les compétences d'adaptation retrouvées sont :

- la sensation d'être plus à l'aise dans leur relation médecin/patient, et
- l'acceptation de leur maladie.

L'objectif du programme, en ce qui concerne l'acquisition de ces compétences d'adaptation, est de permettre au patient de mieux vivre avec sa maladie, en leur permettant d'augmenter leur confiance en eux, leur donner de la réassurance et de les remotiver.

Ces évaluations à court et moyen terme ne permettent pas de connaître les effets à long terme dans la vie du patient. D'un autre côté, l'ETP ne peut pas être une action isolée. Le but de ce programme étant de permettre au patient de devenir "le principal acteur des soins nécessaires à son état" [28], une action de ce type ne prend de sens que si elle s'inscrit dans la durée.

Les patients semblent d'ailleurs en être conscient car majoritairement ils sont favorables à la mise en place de séances supplémentaires pour remettre leurs connaissances à jour et poursuivre leur accompagnement éducatif.

5.1.6. Satisfaction globale des participants

D'une manière générale, la satisfaction des patients vis à vis du programme d'ETP est élevée.

En effet, 91,7% des participants sont satisfaits voire très satisfaits.

Les patients, qui acceptent de participer, sont agréablement surpris par cette nouvelle offre de soins. Ils n'ont pas d'idée préconçue sur ce genre de démarche éducative et ont des difficultés à mettre en avant les points négatifs du projet.

De plus, la structure de proximité, qu'offre le Pôle de Santé de l'Envigne, permet la création d'un lien entre patients et d'interrelations entre professionnels de santé et patients. C'est un véritable bouleversement positif des habitudes des patients, qui sont pour la plupart habitués à traverser seul, ou avec leur médecin traitant, cette épreuve de la maladie chronique.

Il faut donc tenir compte de l'effet de nouveauté qui tend à majorer les perceptions positives.

5.2. Les objectifs et les limites de l'étude

5.2.1. Les limites de l'étude

➔ *Liées à la méthodologie*

La méthode statistique choisie pour cette étude est la méthode quantitative. Aux regards des résultats attendus, il est possible que l'utilisation d'une méthode qualitative eut été plus judicieuse.

L'identification des bénéfices du programme d'ETP s'est faite par le recueil de l'avis des participants, grâce à un questionnaire renseigné lors d'entretiens directifs et par l'analyse de l'évolution des paramètres bio-cliniques des participants.

Pour les données chiffrées, l'étude quantitative est adaptée mais, pour le ressenti des patients sur le programme et les bénéfices qu'ils en ont retirés, des entretiens semi-directifs dans le cadre d'une analyse qualitative auraient été plus pertinents.

L'utilisation d'un questionnaire, où les patients avaient un choix de réponse limité, a permis de catégoriser plus facilement les données mais a créé un biais d'interprétation.

Un biais de sélection est également identifié : l'inclusion des patients ne s'est faite qu'au sein des participants du programme du Pôle de Santé de l'Envigne, ce qui a réduit de façon importante la population d'analyse. Il aurait été probablement intéressant d'inclure des participants de programmes similaires afin d'élargir l'inclusion.

Dans la Vienne, aucun autre programme ambulatoire d'ETP sur les pathologies ou facteurs de risque cardio-vasculaire n'existe. Dans la région Poitou-Charentes, un projet pilote d'ETP pour les patients atteints de pathologies cardio-vasculaires est né en 2014, en Charente ; Mlle PIERRET Alexandra réalise actuellement sa thèse sur l'évaluation de ce projet. Il sera alors judicieux de comparer les résultats obtenus à notre étude. Un troisième programme, s'intéressant aux risques cardio-vasculaires, fonctionne en Charente-Maritime. Une évaluation, incluant les trois programmes de la région, pourrait être envisagée ultérieurement dans le but d'évaluer les bénéfices de l'ETP en ambulatoire à long terme.

➔ *Liées aux résultats*

Des limites liées au nombre restreint de patients inclus ont été identifiées. La faible puissance de l'étude ne permet pas de généralisation de nos résultats, ceux-ci étant non significatifs. Ils expriment cependant une tendance qui se révèle similaire aux autres études significatives portant sur le même thème.

Des limites liées aux caractéristiques des patients inclus sont présentes dans cette étude ; en effet, les patients de moins de 50 ans, actifs professionnellement sont très peu représentés. Les résultats ne sont donc pas représentatifs de la population générale.

5.2.2. Les objectifs principaux et secondaires

5.2.2.1. Les bénéfices de l'Éducation thérapeutique du Patient en ambulatoire

Le développement, ces dernières années, de la chronicité d'un grand nombre de pathologies, retentit sur les pratiques professionnelles des soignants qui, pour s'adapter, développent une posture éducative positionnant le patient comme acteur de sa prise en charge. Cette nouvelle alliance thérapeutique a pour objectifs d'optimiser la stratégie de soins autour du patient et d'améliorer sa qualité de vie perçue.

Dans cette étude, notre hypothèse de départ, qui affirmait que l'Éducation Thérapeutique du Patient est un véritable atout dans la prise en charge des patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaire, est partiellement vérifiée.

Les résultats de l'étude du programme d'ETP du Pôle de Santé de l'Envigne ont permis de d'identifier les bénéfices de cette offre éducative de proximité :

- l'acquisition à court et moyen termes de compétences d'autosoins,
- des modifications de comportement dans tous les domaines (nutrition, exercice physique, observance thérapeutique) qui vont dans le sens d'une meilleure santé,
- l'accès possible à l'ETP en dehors des grands centres de soins, même pour des patients âgés,
- la possibilité que, sur le long terme, les patients vivent mieux avec leur maladie.

L'interprétation des résultats qu'ils soient sur l'évaluation de l'organisation, l'intérêt des entretiens individuels et collectifs, l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, l'apport en autonomisation, suggèrent que les patients plébiscitent cette approche centrée sur le patient, que prône l'ETP.

Notre étude, ainsi que de nombreux travaux [30], ont démontré que certains domaines apparaissent comme primordial pour le patient et le projet du Pôle semble les avoir correctement abordé.

➔ *Établir et développer la relation soignant/soigné*

L'écoute active des soucis du patient influence positivement la compliance et les paramètres de la santé.

La transmission d'informations claires et compréhensibles rassure les patients, soit en déconstruisant certaines fausses croyances, soit en atténuant des peurs liées à une méconnaissance.

Le programme du Pôle semble avoir rempli cette mission et plusieurs facteurs du programme du Pôle ont eu un impact positif :

- la clarté de l'information, liée au fait de l'utilisation d'un support écrit qui permet d'être exhaustif et de garder un fil conducteur malgré les interruptions,
- le fait de remettre des documents écrits a aidé à la compréhension ; le temps d'explication venait après un travail d'écoute et de compréhension du participant, ce qui permettait d'assortir les informations d'exemples tirés de l'expérience du patient,
- le fait que cette information était donnée dans un temps où le patient a déjà une expérience de sa pathologie a permis de mieux cibler les interrogations et les lacunes de chacun.

➔ *Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient*

Favoriser l'expression du vécu aide le patient à mieux vivre avec sa maladie. Lorsqu'un problème, même insoluble, est abordé avec le soignant, l'anxiété du patient est diminuée. Le fait de parler de son vécu permet de prendre de la distance, d'y réfléchir.

Comprendre les représentations du patients et ses motivations permet de renforcer son autodétermination, capacité qui est l'un des meilleurs facteurs prédictifs d'une bonne prise en charge.

Le programme d'ETP du Pôle, par le biais des séances individuelles et collectives, a permis cette expression du vécu et a amélioré les représentations et les motivations des patients.

➔ *Faire preuve de réalisme*

Fixer de petits objectifs, en terme d'alimentation ou d'activité physique, est souvent plus efficace. Il s'agit de renforcer l'idée que chaque changement, même minime, a des bénéfices pour améliorer la santé et que conseiller les patients à se restreindre est plus bénéfique que l'éviction totale.

Chaque patient est unique et ses capacités de modification comportementale lui sont propres.

Le programme du Pôle a mis en avant cette idée qu'il est mieux de faire correctement un petit peu que de tout faire mal. "Il ne faut pas attendre d'être parfait pour commencer quelque chose de bien" [31].

➔ *Impliquer et accompagner*

L'investissement des patients dans le contrôle de leur pathologie est un facteur d'amélioration significative des paramètres de santé. Une plus grande participation du patient augmente la satisfaction et la compliance. Les patients impliqués dans les décisions ont un plus grand sens du self-control. Le souhait de ne pas infantiliser le patient le valorise.

Le travail d'éducation devient un travail de partenariat où "le patient est capable d'être son propre médecin pour une période donnée" [24].

Éduquer n'est pas convaincre, c'est accompagner [32].

L'accompagnement du malade dans les étapes du changement comportemental doit se faire à son rythme et en phase avec son ressenti.

Ce partenariat et cet accompagnement ont été un des objectifs principaux du programme du Pôle de Santé de l'Envigne et les participants semblent y avoir trouvé leur intérêt.

Pour conclure sur les bénéfices de l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire, cette étude prouve que cette démarche éducative accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. C'est un processus continu d'apprentissage et de soutien psychosocial permettant au patient une meilleure gestion de la maladie et de son traitement au quotidien. Elle participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches.

5.2.2.2. Les limites de l'ETP en ambulatoire et les axes d'amélioration possibles

Notre étude a également permis d'identifier certaines limites de l'éducation thérapeutique en ambulatoire.

- Il existe une disproportion entre l'offre limitée et les besoins/demandes considérables.
- Offrir une éducation thérapeutique ambulatoire organisée paraît encore aujourd'hui difficile malgré les recommandations et guides proposés par l'ARS.
- L'évaluation à long terme des bénéfices de l'ETP est compliquée.

- Il existe des limites liées au patient : l'âge (actifs et personnes très âgées sont difficilement inclus), le niveau d'instruction (qui limite la compréhension et l'adhésion de certains patients), le refus du patient (il n'est pas prêt, pas mur), le manque de confiance des participants vis à vis de l'autogestion, le manque de disponibilité et le manque de motivation.
- On note des limites liées à l'efficacité et aux outils d'évaluation : les paramètres d'évaluation sont-ils les bons ? et à long terme, quel impact et qui en profite vraiment ?
- Il existe des limites liées aux contraintes locales : le nombre de patients est exponentiel, les structures ne sont pas forcément adaptées (problème de l'accès, insuffisance du nombre et de la formation des soignants)
- On retrouve enfin des limites liées aux contraintes nationales économiques : l'ETP est encore trop souvent cantonnée à l'hôpital et les démarches de mise en place de projets ambulatoires efficaces ne sont pas optimales (problèmes de financement, d'évaluation,...).

Les axes d'amélioration possibles sont alors :

- Une promotion des programmes d'ETP ambulatoires plus étendue afin d'élargir la population cible et de permettre aux patients un meilleur accès aux soins et à cette démarche éducative.
- Une promotion des programmes d'ETP auprès d'un public de soignants plus large afin d'augmenter les effectifs de formateurs et permettre une meilleure organisation des programmes.
- L'inscription dans la durée de cette offre éducative avec des évaluations à long terme et des séances de renforcement à distance du programme afin que les bénéfices de l'ETP perdurent dans le temps.
- L'intégration de la formation en ETP dans les cursus universitaires et le développement des formations sur les sites ambulatoires.

Malgré les limites, identifiées par cette étude, à l'expansion et à l'optimisation de l'offre éducative ambulatoire, l'Éducation Thérapeutique du Patient sur les lieux de vie des patients vivant à distance des grands de soins est possible. Le programme d'ETP proposé par le Pôle de Santé de l'Envgne prouve que, grâce à des projets ambulatoires, les patients peuvent apprendre à connaître leur maladie, à mieux la gérer et à adopter des comportements plus favorables à leur santé.

Ainsi, le développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire est souhaitable et à organiser.

Pour conclure, rappelons la phrase du Dr GRIMALDI : "Si j'étais à sa place, je ne suis pas sûr que je ferai mieux que lui, mais je suis convaincu qu'à deux on va pouvoir faire mieux".

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Observatoire de la médecine générale 2006-4 . Société Française de Médecine Générale. Disponible en ligne : <http://omg.sfm.org>
- [2] Lager *et al.* *Education Thérapeutique. 1ère partie : origines et modèles.* Médecine, 2008, vol 4, n°5, p223-226.
- [3] Organisation Mondiale de la Santé. *Education Thérapeutique du Patient : programme de la formation continue par les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS.* Copenhague : bureau régional pour l'Europe, 1998.
- [4] Ministère de la Santé. Rapport Bertrand - Charbonnel - Saout, *Pour une politique nationale d'Education Thérapeutique du Patient.* Septembre 2008.
- [5] Sandrin-Berthon B (sous la direction de). *L'éducation du patient au secours de la Médecine. Education et formations, biennales de l'éducation.* Paris : PUF, 2000.
- [6] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative. *Plan 2007 - 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.* Disponible sur internet. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf
- [7] Dr Lenosy-Cadroy S. *XXIII L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques - Exemple du diabète.* Juillet 2008.
- [8] Haute Autorité de Santé. *Education Thérapeutique du Patient Définition, Finalités et Organisation. Recommandations.* Juin 2007.
- [9] ANAES. Service d'évaluation en Santé Publique. *Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global.* Juin 2004.103F.
- [10] AFSSAPS. *Prise en charge du Patient dislipidémique.* Mars 2005.
- [11] Grundy *et al.* *Assessment of Cardiovascular Risk by Use Multiple - Risk - Factor Assessment Equations.* Circulation 100:1481-1492.

- [12] Motreff P. *Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire. Info diététique*. Janvier 2006. p4-10.
- [13] Faussier M. *Tabac : un facteur de risque Cardio-Vasculaire majeur. Diabète, nutrition et facteurs de risque*. 2005. Vol11, n°92, p131-135
- [14] Site Web du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes [en ligne]. *Les Chiffres Clés de l'Accident Vasculaire Cérébral*. Oct 2013. Disponible sur internet www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html
- [15] Site Web de l'Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. *Principales causes de mortalité dans le monde*. aide-mémoire n°310, Mai 2014. Disponible sur internet www.who.int/mediacentre/factsheets/Fs310/fr/
- [16] Aouba A, Eb M, Rey G *et al*. *Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 7 Juin 2001, n°22, p249-255.
- [17] Paita M, Weill A. *Les personnes en affections de longue durée au 31 Décembre 2007*. Points de Repère. Novembre 2008, n°20,8F.
- [18] INSEE. *Populations légales des régions 2012*.
- [19] Lebreton - Lerouillois G. Ordre National des Médecins. *La démographie médicale en région Poitou-Charentes*. 2013.
- [20] Site Web de l'Agence Régionale de Santé [en ligne]. *Le Plan Stratégique Régional de Santé*. 2014. Disponible sur internet ars.poitou-charentes.sante.fr/Projet-Regional-de-sante-poitou.161408.html
- [21] Cornille B. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. *Panorama de l'offre en Education Thérapeutique du Patient en Poitou-Charentes et Perspectives*. Septembre 2014.
- [22] Vivier - Darrigol M. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes. *L'Education Thérapeutique en Région - Schéma régional de Prévention Bilan des Autorisations*. 2012.

[23] Site Web du Pôle de Santé de l'Envigne [en ligne]. *Objectifs*. Disponible sur internet www.pole-sante-envigne.esante-poitou-charentes.fr/le-pole/objectifs.739.596.html

[24] D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique*. MALOINE. 2011.

[25] ANAES. *Les principes de dépistage du diabète de type 2*. Février 2003.

[26] Haute Autorité de Santé. *Education Thérapeutique du Patient. Comment la proposer et la réaliser ?* Juin 2007.

[27] Stewart M. *Reflections on the doctor-patient communication and health outcomes : a review*. *Cmaj* 195 ; 152 (9) : 1423-33.

[28] Vialettes B. *Je sais bien mais quand même....* Médecine des maladies métaboliques. Septembre 2009, Vol 3, n°4, P416-421.

[29] Crozet C, Van Bockstael V, Devos J, D'Ivernois JF, *et al*. *Evaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires*. Avril 2009.

[30] Stewart M. *Towards a global definition of patient centred care*. *Bmj* 2001 ; 322(7284) : 444-5.

[31] Abbé Pierre. *Confessions*. Janvier 2002

[32] Sandrin-Berthon B. *Eduquer un patient : Comment être plus performant ?* *La revue du praticien Médecine Générale* 2001; 15(549) : 1727-1730.

TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux :

Tableau I : Caractéristiques initiales des participants

Tableau II : Les motivations qui ont poussé les patients à participer au programme

Tableau III : Attente des patients vis à vis du programme

Tableau IV : Caractéristiques de l'HbA1c en Pré et Post ETP de la population diabétique

Tableau V : Moyenne et évolution de l'HbA1c par sous groupe d'hémoglobine glyquée initiale

Tableau VI : Caractéristiques de l'IMC en Pré et Post ETP de l'effectif total

Tableau VII : Moyenne et évolution de l'IMC pour chaque groupe de facteurs de risque

Tableau VIII : Caractéristiques de la TAS et de la TAD en Pré et Post ETP de l'effectif total

Tableau IX : Caractéristiques du LDL-Cholestérol en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Tableau X : Caractéristiques du Cholestérol total en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Tableau XI : Caractéristiques du taux de Triglycérides en Pré et Post ETP de l'effectif total et de la population dyslipidémique

Tableau XII : Effectifs et pourcentage des participants aux ateliers d'ETP

Tableau XIII : Effectifs des participants selon les ateliers proposés et réalisés, en fonction du sexe et des facteurs de risque

Tableau XIV : Évaluation du contenu et de la durée du BEP

Tableau XV : Répartition des participants en fonction des groupes - Effectifs

Tableau XVI : Évaluation du nombre de participants par séance

Tableau XVII : Évaluation de la durée de chaque séance collective

Tableau XVIII : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction du sexe

Tableau XIX : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction des facteurs de risque

Tableau XX : Acquisition des savoirs sur la maladie en fonction de l'âge

Tableau XXI : Répartition des types de savoirs en fonction du sexe

Tableau XXII : Répartition des types de savoirs en fonction des facteurs de risque

Tableau XXIII : Acquisition des compétences d'autosoins et d'adaptation

Tableau XXIV : Acquisition des compétences du quotidien

Tableau XXV : Les modifications du comportement des participants en post-ETP

Tableau XXVI : Le suivi éducatif à long terme

Tableau XXVII : Le suivi à long terme - Répartition en fonction du sexe

Tableau XXVIII : Le suivi à long terme - Répartition en fonction des facteurs de risque

Liste des figures :

Figure 1 : Répartition des participants par tranches d'âge

Figure 2 : Répartition des participants en fonction du sexe - Pourcentage

Figure 3 : Activité professionnelle des participants

Figure 4 : Situation familiale des participants - Effectifs

Figure 5 : Qui vous a parlé de l'ETP ? - Effectifs

Figure 6 : Participation à des programmes similaires - Effectifs

Figure 7 : Répartition des facteurs de risque cardio-vasculaire - Effectifs

Figure 8 : Antécédents cardio-vasculaires - Pourcentage

Figure 9 : Détails des antécédents cardio-vasculaires - Effectifs

Figure 10 : Répartition de la population diabétique en fonction de leur HbA1c initiale - Effectifs

Figure 11 : Répartition de la population totale en fonction de l'IMC initial - Effectifs

Figure 12 : Répartition de la population totale en fonction du taux de Cholestérol total initial - Effectifs

Figure 13 : Répartition de la population totale en fonction du taux de Triglycérides initial - Effectifs

Figure 14 : La consommation de tabac - Effectifs

Figure 15 : Répartition des objectifs individuels des participants par thèmes - Pourcentage

Figure 16 : Répartition des objectifs du Thème “Développement des connaissances” - Exprimée en pourcentage des objectifs totaux

Figure 17 : Répartition des objectifs du Thème “Modification du mode de vie” - Exprimée en pourcentage des objectifs totaux

Figure 18 : Évolution de l’HbA1c des participants - Pourcentage

Figure 19 : Évolution des moyennes d’HbA1c en fonction des sous groupes d’HbA1c initiales - Moyennes exprimées en %

Figure 20 : Évolution de l’IMC de l’effectif total - Pourcentage (répartition en fonction des paliers d’évolution, exprimés en kg/m²)

Figure 21 : Évolution des moyennes de l’IMC en fonction des sous-groupes de facteurs de risque (exprimée en kg/m²)

Figure 22 : Évolution des moyennes de l’IMC en fonction du sexe (exprimées en kg/m²)

Figure 23 : Évolution de l’IMC en fonction en sexe - Pourcentage (répartition en fonction des paliers d’évolution, exprimés en kg/m²)

Figure 24 : Évolution des moyennes de l’IMC en fonction des ateliers suivis (exprimées en kg/m²)

Figure 25 : Évolution de l’IMC en fonction des ateliers suivis (répartition en fonction des paliers d’évolution, exprimés en kg/m²)

Figure 26 : Évolution de la tension artérielle sur l’ensemble de la population - Effectifs

Figure 27 : Évolution de la tension artérielle au sein de la population d’hypertendus - Effectifs

Figure 28 : Évolution de la tension artérielle au sein de la population d’hypertendus en fonction du sexe (exprimée en pourcentage)

Figure 29 : Évolution du bilan lipidique en fonction des antécédents de dyslipidémie - Pourcentage

Figure 30 : Évolution du taux de LDL-Cholestérol de l’effectif total et de la population dyslipidémique (exprimée en pourcentage)

Figure 31 : Évolution du Cholestérol total sur l’ensemble de la population et en fonction des antécédents de dyslipidémie (répartition en fonction des paliers d’évolution, exprimés en g/L)

Figure 32 : Évolution des moyennes du taux de Cholestérol total en fonction des sous groupes de taux initiaux (moyennes exprimées en g/L)

Figure 33 : Évolution du taux de Triglycérides sur l'ensemble de la population et en fonction des antécédents de dyslipidémie (répartition en fonction des paliers d'évolution, exprimés en g/L)

Figure 34 : Évolution des moyennes du taux de Triglycérides en fonction des sous groupes de taux initiaux (moyennes exprimées en g/L)

Figure 35 : Évolution de la consommation de tabac - Pourcentage

Figure 36 : Évolution de la consommation d'alcool dans la population totale et chez les éthyliques chroniques - Pourcentage

Figure 37 : Évaluation de l'intérêt des séances de groupe - Pourcentage

Figure 38 : Satisfaction générale des patients quant au programme d'ETP - Pourcentage

Figure 39 : La satisfaction des participants en fonction du sexe - Effectifs

Figure 40 : La satisfaction des participants en fonction des facteurs de risque - Effectifs

Figure 41 : La satisfaction des participants en fonction de l'âge - Effectifs

Figure 42 : Évolution des connaissances de la maladie - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage

Figure 43 : Évolution des connaissances du traitement - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage

Figure 44 : Évolution des connaissances des complications - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage

Figure 45 : Évolution des connaissances des principes d'équilibre alimentaire - Données de l'auto-évaluation - Pourcentage

Figure 46 : Répartition des savoirs - Effectifs

Figure 47 : Répartition des savoirs en fonction de l'âge - Effectifs

Figure 48 : La communication autour du programme d'ETP - Pourcentage

ANNEXES

Annexe 1 : Programmes d'ETP autorisés au 1^{er} Juillet 2014 par l'ARS



Programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisés au 1^{er} juillet 2014

Département de la CHARENTE

N°	Coordonnateur	Pathologie	Département	Site/Structure	Nom du programme	Date de l'autorisation
3	Dr Marie Pierre LAFOURCADE	Asthme	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	Education thérapeutique pour les enfants et adultes atteints d'asthme	23/12/2010
8	Dr Jean-Louis DEVOIZE	Sclérose en plaques	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	Education thérapeutique des patients atteints de sclérose en plaques	22/02/2011
9	Dr Véronique LUCKE	Insuffisance cardiaque	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	Education thérapeutique du patient en cardiologie	22/03/2011
10	Dr Agnès RICHE	VIH et VHC	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	Programme d'ETP atteint par l'infection du VIH et de l'hépatite C chronique	22/02/2011
20	Dr Dominique BLANCHIER	Insuffisance rénale chronique	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	ETP insuffisant rénal chronique: du choix de son traitement au développement de son autonomie	22/02/2011
21	Dr Anne-Marie CHAMEAU	Diabète	16	Centre Hospitalier ANGOULEME	Education thérapeutique destinée aux personnes diabétiques	22/02/2011
69	Dr Ourida IGHILAHRIZ-BOUZAR	Rhumatismes inflammatoires	16	Centre hospitalier ANGOULEME	Education thérapeutique pour les patients atteints de rhumatismes chroniques sous biothérapie : polyarthrite rhumatoïde spondylarthropathies	22/02/2011
7	Dr Sophie FOURCADE	Diabète	16	Centre Hospitalier CONFOLENS	Education thérapeutique du patient diabétique	22/02/2011
104	M. Didier POUPARD	Schizophrénie	16	CH Camille Claudel LA COURONNE	Education thérapeutique des patients schizophrènes	07/05/2013
43	Dr Claude FRANCHI	Asthme	16	Centre Inter Hospitalier COGNAC	Education thérapeutique du patient asthmatique	16/08/2011
44	Dr Marie-Josèphe FLEURET	Diabète	16	Centre Inter Hospitalier COGNAC	Education diabétique et diététique des patients diabétiques adultes	23/12/2010
84	Mme Coralie TORRIANI	Maladies cardiovasculaires	16	Maison de santé pluridisciplinaire du Val de Touvre RUELLE	Programme d'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies cardiovasculaires	28/02/2014
98	Mme Nathalie DEVAUTOUR	Obésité/Diabète	16	Maison de santé pluridisciplinaire du Val de Touvre RUELLE	Les patients en surpoids et les patients obèses atteints de diabète	15/06/2012
89	Dr Jean-Michel ATROUS	Obésité	16	Réseau de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité – REPPCO-	Education thérapeutique du patient obèse	23/05/2012

Département de la CHARENTE MARITIME

	Coordonnateur	Pathologie	Département	Site/Structure	Nom du programme	Date de l'autorisation
5	Dr Françoise BECOT BRETEZ	Diabète	17	Centre hospitalier JONZAC	Programme d'éducation thérapeutique Diabète	22/02/2011
82	Dr Christophe MOREAU	Insuffisance cardiaque	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Programme d'éducation thérapeutique dans le cadre de l'insuffisance cardiaque	20/10/2011
38	Dr Katia BARSOTTI	Asthme	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Education thérapeutique de l'enfant asthmatique et de son entourage	23/12/2010
48	Dr David LEMERRE Dr Michèle ADOUN	Asthme et insuffisance respiratoire chronique	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Education thérapeutique du patient porteur d'un asthme ou d'une BPCO	28/02/2011
49	Dr Didier GOUET	Diabète	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Semaine d'éducation diabétique	28/02/2011
52	Dr Sophie TROLLER	Diabète	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Education thérapeutique de l'enfant diabétique et de son entourage	22/02/2011
47	Dr Olivier FRITZ	Insuffisance rénale chronique	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Formation à l'auto dialyse	28/02/2011
53	Dr Valérie RONCHEAU	Cancer	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Stomathérapie	28/02/2011
81	Dr Bruno GOMBERT	Rhumatismes inflammatoires	16	Centre hospitalier LA ROCHELLE	Programme d'éducation thérapeutique dans le cadre des rhumatismes inflammatoires chroniques	20/10/2011
66	Dr Olivier ANNE	Sclérose en plaques	17	Centre Hospitalier LA ROCHELLE	Programme d'éducation thérapeutique dans la sclérose en plaques- Programme EDSEP	24/02/2011
91	Dr Laurence CERATI-ROBERT	Obésité	17	Centre Hospitalier ROCHEFORT	Programme d'éducation thérapeutique péri opératoire des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique	19/11/2012
68	Mme Chantal MASSON	Diabète	17	Centre hospitalier ROYAN	Education thérapeutique multi professionnelle en groupe et individuelle des patients adultes diabétiques	28/02/2011
70	Dr Jacques JAUDEL	Asthme	17	Centre Hospitalier de Saintonge SAINTES	« L'éolienne »	01/04/2011

73	Dr Crina PAGU	Diabète	17	Centre Hospitalier SAINT JEAN d'ANGELY	Education thérapeutique pour les personnes diabétiques de type II	25/03/2011
109	Dr Alexandre LESAGE	Obésité	17	Centre Hospitalier SAINT JEAN d'ANGELY	Programme d'éducation thérapeutique du patient obèse candidat à une chirurgie bariatrique ou en substitution de cette prise en charge	20/10/2013
39	Dr Silke SPIELMANN	Insuffisance cardiaque	17	Clinique CARDIOCEAN PUILBOREAU	Education thérapeutique pour la prise en charge des patients insuffisants cardiaques	23/12/2010
37	Dr Charlotte DJAKOURE PLATONOFF	Diabète	17	Réseau Atlantique Diabète - LA ROCHELLE	Education thérapeutique ambulatoire du patient diabétique (de type 1 ou 2) ou porteur de risque vasculaire et de son entourage	20/12/2010
74	Mme Marie TAUPIN	Diabète	17	Réseau Atlantique Diabète LA ROCHELLE	Programme d'éducation thérapeutique ambulatoire du diabète gestationnel	17/03/2011
40	Dr Philippe LAURIBE	Insuffisance cardiaque	17	Réseau CARDIOSAINTONGE SAINTES	Education thérapeutique des patients cardiaques	20/12/2010
75	Dr Bernard BATEJAT	Insuffisance cardiaque	17	Pôle de santé du Pays Marennes - OLERON	Les risques cardiovasculaires	16/08/2011
80	Dr Véronique LIAGRE DUTEIL	Obésité	17	Association Nutrition Ateliers Santé ROCHEFORT	Education thérapeutique nutritionnelle pour les patients obèses	16/08/2011

Département des DEUX SEVRES

	Coordonnateur	Pathologie	Département	Site/Structure	Nom du programme	Date de l'autorisation
11	Dr Guy LEFORT	Diabète	79	Centre Hospitalier NIORT	Programmes d'éducation thérapeutiques du patient diabétique au centre hospitalier de Niort	22/02/2011
55	Dr Ariane ZELINSKY	Diabète	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent diabétique	22/02/2011
63	Dr Clothilde CARLIER	Obésité	79	Centre Hospitalier NIORT	Education nutrition et obésité	16/08/2011
13	Dr Isabelle BOURLAUD	Asthme	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique du patient asthmatique	20/12/2010
57	Mme Jeanne Marie CHEVRIER	Asthme	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent asthmatique	28/02/2011
15	Dr Adeline DEPLAS	Rhumatismes inflammatoires	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique Patient et Rhumatismes Inflammatoires	28/02/2011
16	Dr Jean-Michel DESCAMPS	VIH et VHC	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique du patient vivant avec le VIH et/ou le VHC	28/02/2011

18	Dr Guillaume LUCAS	Maladie coronaire	79	Centre Hospitalier NIORT	Mesure des différents facteurs de risque coronarien, intervention sur les facteurs de risque, prévention auprès du patient coronarien, éducation du patient sous AVK	28/02/2011
19	Dr Anne SECHET	Insuffisance rénale chronique	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique individuelle aux différentes techniques de dialyse	22/02/2011
76	Dr Guillaume DELEPLANQUE	Cancer digestif	79	Centre Hospitalier NIORT	Programme d'éducation thérapeutique des personnes vivant avec une stomie digestive ou urinaire	16/08/2011
64	Dr Dominique LEGER	Maladie d'Alzheimer	79	Centre Hospitalier NIORT	Education thérapeutique en Psycho gériatrie	24/02/2011
46	Dr Xavier DERRIENNIC	Diabète	79	Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres	Programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique au Centre Hospitalier du Nord Deux-Sèvres	21/12/2010
78	Dr Florence ARENOU	Cancer	79	Etablissement de Soins et de Suite et Réadaptation du Logis des Francs CHERVEUX	Programme d'éducation thérapeutique pour les personnes porteuses d'une stomie	16/08/2011
83	Dr Marie-Cécile MOREAU	Obésité	79	Etablissement de Soins et de Suite et Réadaptation du Logis des Francs CHERVEUX	Programme d'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes d'obésité	30/12/2011
100	Mme Brigitte BARILLON	Handicap urinaire et fécal	79	Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles le Grand Feu NIORT	Programme d'éducation thérapeutique des patients adultes porteurs d'un handicap urinaire et/ou fécal d'origine neurologique	21/12/2012

Département de la VIENNE

	Coordonnateur	Pathologie	Département	Site/Structure	Nom du programme	Date de l'autorisation
45	Dr Marie-Claude HUC	Diabète	86	Centre Hospitalier CHATELLERAULT	Education thérapeutique du patient diabétique	28/02/2011
23	Pr Guy TOUCHARD	Insuffisance rénale chronique	86	CHU POITIERS	Suivi des patients greffés rénaux	28/02/2011
24	Dr Marc BAUWENS	Insuffisance rénale chronique	86	CHU POITIERS	Programme d'éducation thérapeutique en en dialyse péritonéale	22/04/2011
25	Pr Christine SILVAIN	VHC	86	CHU POITIERS	Prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique virale C	28/02/2011
27	Pr Jean-Philippe NEAU	Sclérose en plaques	86	CHU POITIERS	Un programme d'accompagnement et d'éducation pour les patients atteints d'une sclérose en plaques	28/02/2011
28	Pr Elisabeth SOLAU-GERVAIS	Rhumatismes inflammatoires	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde	28/02/2011
29	Dr Françoise DEBIAIS	Ostéoporose	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les patients ayant une ostéoporose	28/02/2011

30	Pr Jean-Luc HOUETO	Maladie de Parkinson	86	CHU POITIERS	Préparation au traitement neurochirurgical de la maladie de Parkinson pour stimulation cérébrale profonde	16/08/2011
31	Pr Jean-Claude MEURICE	Asthme et insuffisance respiratoire chronique	86	CHU POITIERS	Centre d'éducation thérapeutique des maladies respiratoires chroniques	28/02/2011
32	Dr Julie MULLIEZ	Asthme	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les enfants porteurs d'asthme et d'allergies respiratoires	24/12/2010
87	Mme Mickaëlla FONTAINE	Obésité/SAOS	86	CHU POITIERS	ETP obèses lors de la mise en route du traitement du SAOS	08/02/2013
35	Dr Catherine GAMBERT ABDEL RAHMAN	Diabète	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les enfants porteurs de diabète type 1	24/12/2010
79	Dr Xavier FIGUEL	Diabète	86	CHU POITIERS	Libre avec son diabète	21/04/2011
86	Mme Leila EPRINCHARD	Obésité	86	CHU POITIERS	Un poids en moins	08/02/2013
88	Mme Pascale HERMOUET	Obésité	86	CHU POITIERS	Enfant et adolescent en surpoids et obèse	08/02/2013
	Dr Aurélie FERRU	Cancer	86	CHU POITIERS	Programme inter établissements porté par l'AP-HM Bien vivre avec sa thérapie orale au quotidien	Autorisé par l'ARS PACA 04/11/2013
34	Mme Patricia BRAUD	Handicap urinaire et fécal	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les enfants porteurs de handicap urinaire et fécal	24/12/2010
36	Dr Jean-Pascal SAULNIER	Mucoviscidose	86	CHU POITIERS	Education thérapeutique pour les enfants porteurs de la mucoviscidose	24/12/2010
102	Dr Diane LEVY CHAVAGNAT	Troubles bipolaires	86	CH Laborit POITIERS	Programme d'éducation thérapeutique à destination des patients souffrant de troubles bipolaires	05/03/2013
103	Dr Joël UZE	Dysphasie de l'enfant	86	CH Laborit POITIERS	Programme d'éducation thérapeutique dysphasie de l'enfant	05/03/2013
72	Dr Magalie LE GAL	Diabète	86	Centre de Réadaptation du Moulin Vert NIEUL L'ESPOIR	Education thérapeutique des patients diabétiques de type II du centre de Réadaptation du Moulin Vert	28/02/2011
33	Dr Benoit LEQUEUX	Insuffisance cardiaque	86	Réseau RADIC POITIERS	Accompagnement et éducation thérapeutique en insuffisance cardiaque du patient	16/08/2011
96	M Julien CHASLOT-DENIZE	Maladies cardio vasculaires	86	Pôle de santé de l'Envigne SCORBE-CLAIRVAUX	Programme d'éducation thérapeutique risque cardiovasculaire	21/06/2012
77	Dr Fanny FRIDE LEROY	Insuffisance rénale chronique	86	Association pour l'utilisation du rein artificiel –AURA- POITIERS	Education thérapeutique du patient insuffisant rénal dialysé	16/08/2011

Annexe 2 : Fiche des BEP Initiaux

Pôle de Santé de l'Envigne
Scorbé-Clairvaux - Lenclôtre

FICHE DE SYNTHÈSE DU BEP

Nom.....

Prénom.....

N° de dossier.....

Date...../...../.....

DIFFICULTES	POINTS FORTS	AXES PRIORITAIRES

OBJECTIFS	MOYENS POUR Y PARVENIR

1 exemplaire est remis au patient, un autre sera conservé dans le dossier médical et un dans le dossier d'ETP

Pôle de Santé de l'Envigne
5 bis, rue Vilver - 86140 SCORBE-CLAIRVAUX
poledesantedelenvigne@gmail.com

Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction à la fin de chaque atelier

Pôle de Santé de l'Envigne
Scorbé-Clairvaux - Lenclôître

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DE SÉANCE ÉDUCATIVE

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire qui nous permettra d'évaluer les séances que nous vous proposons, afin de les améliorer.

Date...../...../.....

atelier n°.....

La séance :

a répondu à vos attentes				
vous a permis de mieux comprendre votre maladie				
vous a permis de vous exprimer				
les outils, méthodes proposés étaient pertinents				
vous a permis d'échanger avec les autres patients				
l'organisation (calendrier des séances, horaires)				
était satisfaisante				
rythme et les informations diffusées sont clairs				

Reviendrez-vous à la prochaine séance ?

oui	non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions pour améliorer nos prochaines séances

.....

.....

.....

.....

Pôle de Santé de l'Envigne
5 bis, rue Vilvert - 86140 SCORBE-CLAIRVAUX
poledesantedelenvigne@gmail.com

Annexe 5 : Le questionnaire d'évaluation à distance

L'Education Thérapeutique en ambulatoire - Questionnaire aux patients

Je réalise actuellement ma thèse sur les intérêts et limites de l'éducation thérapeutique sur un groupe de patients atteints de pathologies cardio-vasculaires.

Vous avez suivi le programme d'ETP pour les patients atteints de maladies cardio-vasculaire de la maison pluri-disciplinaire de Scorbé-Clairvaux.

Ce questionnaire a pour objectif de faire une analyse de votre expérience personnelle afin d'établir les points forts et les points faibles de ce projet pour permettre une amélioration du programme si nécessaire.

Vos réponses à ce questionnaire n'auront pas d'autres usages que celui de cette thèse. Si certaines de vos réponses demandent une discrétion particulière, je saurai respecter votre réserve.

*Obligatoire

Vous et votre maladie

1. Date de l'entretien

.....
Exemple : 15 décembre 2012

2. Votre nom

Cette donnée n'est pas obligatoire et les données seront rendues anonymes par la suite, cependant cela pourrait m'aider à vous recontacter pour un complément d'informations si besoin

.....

3. Votre prénom

.....

4. Votre âge *

.....

5. Nom de votre médecin traitant *

.....

6. Votre poids avant le programme

.....

7. Votre tension artérielle avant le programme

.....

8. Votre hémoglobine glyquée avant le programme

.....

9. Vos facteurs de risques cardiovasculaires *

Merci de cocher dans la liste ci-dessous les options qui vous concernent
Plusieurs réponses possibles.

- Alcool (actif ou sevré depuis moins d'un an)
- Diabète avec insuline
- Diabète sans insuline
- Dyslipidémie (excès de Cholestérol ou de triglycérides)
- Hypertension artérielle
- Surpoids
- Tabac (actif ou sevré depuis moins d'un an)
- Autre :

10. Vos maladies cardiovasculaires *

Merci de cocher dans la liste ci-dessous les options qui vous concernent
Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Artérite des membres inférieurs
- AVC
- Infarctus du myocarde
- Pace Maker
- Troubles du rythme (arythmie)
- Valvulopathie
- Autre :

**VOUS ET VOTRE ETP - EDUCATION THERAPEUTIQUE
DU PATIENT**

Avant votre programme d'ETP

11. Qui vous a parlé du programme d'ETP ? *

Une seule réponse possible.

- Votre médecin généraliste
- Votre kinésithérapeute
- Votre infirmière
- Votre pharmacien
- Votre podologue
- Votre spécialiste (diabétologue, cardiologue, ...)
- L'infirmière ASALEE du cabinet qui m'a contacté
- Une connaissance hors du circuit médical
- Autre :

12. Si ça n'est pas votre médecin généraliste qui vous en a parlé, lui en avez-vous parlé et qu'en a-t-il pensé ?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Avant ce programme aviez-vous participé à des programmes similaires ?

Plusieurs réponses possibles.

- Non
- Réseau Obésité KRISALYD
- Infirmière ASALEE
- ETP par CPAM
- ETP par MSA
- Autre :

14. Quelles motivations vous ont amenés à participer au programme d'ETP ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Améliorer votre santé
- Apprendre à gérer votre maladie (connaître les comportements à conséquence, ...)
- Diminuer les indices de vos analyses (diminuer votre cholestérol, ...)
- Devenir plus autonome
- Améliorer votre qualité de vie
- Partager votre expérience
- Échanger avec d'autres patients
- Identifier les situations à risque et adapter votre comportement en conséquence
- J'ai été poussé à participer par mon entourage/mon médecin
- Autre :

15. Quelles étaient vos attentes avant de participer au programme d'ETP ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Améliorer vos connaissances sur votre maladie
- Améliorer vos connaissances sur le fonctionnement du corps humain
- Apprendre à conjuguer quotidien et maladie
- Apprendre à connaître et comprendre votre traitement
- Connaître les complications possibles liées à votre maladie et comment les surveiller
- Améliorer vos connaissances sur l'équilibre alimentaire et l'intégrer à votre quotidien
- Découvrir comment intégrer une activité physique à votre quotidien
- Mieux accepter votre maladie
- Autre :

Votre bilan initial

La section ci-dessous a pour objectif de déterminer comment vous avez appréhendé et ressenti le déroulement de l'entretien préliminaire au programme avec votre formateur.

16. Avez-vous trouvé la séance : *

Une seule réponse possible.

- trop courte
- trop longue
- d'une durée convenable
- sans opinion

17. Avez-vous trouvé la séance : *

Une seule réponse possible.

- trop intime
- pas assez approfondie
- complète
- sans opinion

18. Pensez-vous avoir réussi - avec le formateur - à identifier vos points forts ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. Pensez-vous avoir réussi - avec le formateur - à identifier vos faiblesses ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Pensez-vous avoir réussi - avec le formateur - à identifier vos objectifs ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

21. En conclusion, quels ateliers du programme d'ETP vous ont été proposés ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Atelier 1 - "Les Risques cardiovasculaires et vous"
- Atelier 2 - "Faut pas cumuler"
- Atelier 3 - "L'alimentation - Qu'est-ce qu'on mange ?"
- Atelier 4 - "Activité Physique - Le réveil du corps"

22. Cette conclusion vous a-t-elle semblé pertinente ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

23. **Si cela ne vous a pas semblé pertinent, à quels ateliers auriez-vous aimé participer ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Atelier 1 - "Les Risques cardiovasculaires et vous"
- Atelier 2 - "Faut pas cumuler"
- Atelier 3 - "L'alimentation - Qu'est-ce qu'on mange ?"
- Atelier 4 - "Activité Physique - Le réveil du corps"

24. **Au contraire, lesquels vous semblaient inutiles ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Atelier 1 - "Les Risques cardiovasculaires et vous"
- Atelier 2 - "Faut pas cumuler"
- Atelier 3 - "L'alimentation - Qu'est-ce qu'on mange ?"
- Atelier 4 - "Activité Physique - Le réveil du corps"

Déroulement de votre programme d'ETP

25. **Quand avez-vous participé au programme d'ETP ? ***

Merci d'indiquer à un mois près, la date à laquelle vous avez démarré votre programme.

.....
Exemple : 15 décembre 2012

26. **A quels ateliers du programme d'ETP avez-vous participé ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Atelier 1 - "Les Risques cardiovasculaires et vous"
- Atelier 2 - "Faut pas cumuler"
- Atelier 3 - "L'alimentation - Qu'est-ce qu'on mange ?"
- Atelier 4 - "Activité Physique - Le réveil du corps"
- Atelier 5 - "Médicaments et génériques"
- Atelier 6 - "Homéopathie et huiles essentielles"

27. **En moyenne, combien de patients participaient à vos séances de groupe ? ***

.....

28. Qu'avez-vous pensé du nombre de participants ?

Une seule réponse possible.

- Pas assez nombreux pour profiter de l'expérience des autres
- Idéal
- Trop nombreux pour pouvoir s'exprimer

29. Quels intérêts avez-vous trouvé au fait que ces séances se déroulent en groupe ?

Plusieurs réponses possibles.

- Apprendre de l'expérience des autres
- Partager vos propres expériences
- Se sentir moins isolé
- Aucun
- Autre :

30. Qu'avez-vous pensé de la durée de chaque atelier ?

Une seule réponse possible.

- Trop longue
- Idéale
- Trop courte

31. Si votre formateur n'était pas un médecin (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, ...), cela a-t-il eu un impact sur l'ambiance de l'atelier ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous étiez plus à l'aise (moins solennel)
- Vous aviez moins confiance dans le formateur
- Cela n'a rien changé pour vous

32. Si votre formateur n'était pas un médecin (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, ...), cela a-t-il eu un impact sur la qualité des informations données ?

Plusieurs réponses possibles.

- La présentation des sujets était plus accessible, plus compréhensible
- Il vous semblait intéressant/enrichissant de recevoir l'avis d'autres professionnels para-médicaux
- La présentation des sujets étaient moins approfondies, moins pointues
- Vous accordiez moins de crédit à ses réponses
- Aucun impact

33. Si votre formateur n'était pas votre médecin traitant, avez-vous trouvé cela :

Une seule réponse possible.

- positif - moins intrusif sur votre cas particulier
- positif - l'entretien initial a permis de personnaliser les échanges
- négatif - pas assez adapté à votre cas particulier
- négatif - un nième interlocuteur médical
- Sans opinion

34. Si votre formateur était votre médecin traitant, avez-vous trouvé cela :

Une seule réponse possible.

- positif - il vous connaît très bien
- négatif - il vous connaît trop bien
- Sans opinion

35. Lors des ateliers, les formateurs ont utilisé divers outils pédagogiques (Photolangage, Vidéos, Decryptage d'étiquettes alimentaires, Post-it...). Cela vous a-t-il semblé pertinent ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, cela était ludique
- Oui, cela a ouvert et enrichi les échanges
- Oui, cela vous a permis de vous exprimer de façon anonyme
- Oui, vous avez trouvé certains outils valorisant car vous impliquant personnellement
- Non, cela ne vous a pas aidé à échanger avec les autres
- Non, cela ne vous a pas apporté d'informations complémentaires
- Non, vous avez trouvé certains outils trop compliqués

Depuis votre ETP

36. Votre poids aujourd'hui

.....

37. Votre taille

.....

38. Votre tension artérielle aujourd'hui

.....

39. **Votre hémoglobine glyquée aujourd'hui**

40. **D'une façon générale, diriez-vous de ce programme d'ETP, que vous en êtes :**

Une seule réponse possible.

- très satisfait
- satisfait
- peu satisfait
- pas satisfait

41. **S'agissant des connaissances de votre maladie, le programme d'ETP :**

Une seule réponse possible.

- vous a permis de comprendre votre(vos) pathologie(s),
- vous a permis d'approfondir vos connaissances
- vous a permis de rafraichir vos connaissances
- vous a intéressé, mais vous n'avez pas réussi à acquérir de connaissances
- vous semblait intéressant mais vous n'arriviez pas à suivre (trop compliqué, trop d'informations)
- ne vous a pas apporté de nouvelles connaissances

42. **D'une façon plus précise, le programme d'ETP vous a permis de mieux comprendre :**

Plusieurs réponses possibles.

- l'HTA
- le Diabète
- les troubles lipidiques (cholestérol...)
- les conséquences du tabagisme
- les conséquences d'une surconsommation d'alcool
- et d'identifier les facteurs de risque modifiables et comment le faire

43. Diriez-vous qu'après le programme d'ETP, vous :

Plusieurs réponses possibles.

- avez ressenti une amélioration de votre état de santé
- avez ressenti une amélioration de votre qualité de vie
- acceptez mieux votre maladie
- êtes devenu acteur dans la prise en charge de votre pathologie
- réussissez à mieux gérer votre maladie (comportements à conséquence, ...)
- êtes devenu plus autonome dans la gestion de votre traitement
- avez constaté une amélioration de vos résultats biologiques (analyses de sang, ...)
- avez ressenti une diminution des contraintes liées à votre maladie
- consacrez plus de temps au suivi de votre pathologie (consultations médicales, réalisation de bilan biologiques, ...)
- avez acquis de nouvelles compétences (autosurveillance de votre tension, décryptage des signes de complications, décryptage des étiquettes alimentaires...)
- a permis d'être plus à l'aise dans votre relation médecin/patient
- n'avez tiré que peu de bénéfices de ce programme
- vous êtes aperçu avec le recul que vous n'aviez pas assisté aux bonnes séances
- n'avez constaté aucun changement

44. En pratique, au quotidien :

Plusieurs réponses possibles.

- Vous utilisez toutes ou certaines des fiches mémoires qui vous ont été distribuées (prise de tension artérielle, pyramide alimentaire...)
- Vous lisez les étiquettes des produits alimentaires
- Vous réussissez à intégrer une activité physique adaptée à votre quotidien
- Vous prenez votre tension artérielle seul à la maison plus régulièrement
- Vous vous servez des menus-type pour composer vos repas
- Vous suivez les recommandations de votre médecin sans prendre de responsabilité
- le programme d'ETP n'a rien changé
- Autre :

45. En pratique, le programme vous a permis :

Plusieurs réponses possibles.

- d'éviter les complications liées à votre pathologie
- d'anticiper une maladie issue de vos facteurs de risques (AVC, ...)
- de perdre du poids
- de diminuer ou d'arrêter votre consommation de tabac
- de diminuer ou d'arrêter votre consommation d'alcool
- d'être plus rigoureux dans la prise de votre traitement
- d'adapter votre comportement suite à des erreurs/écarts thérapeutiques ou alimentaires
- une amélioration temporaire de ma santé et de mes résultats biologiques mais j'ai relâché mes efforts devant mes bons résultats
- Autre :

46. Depuis la fin du programme, avez parlé de celui-ci autour de vous ?

Plusieurs réponses possibles.

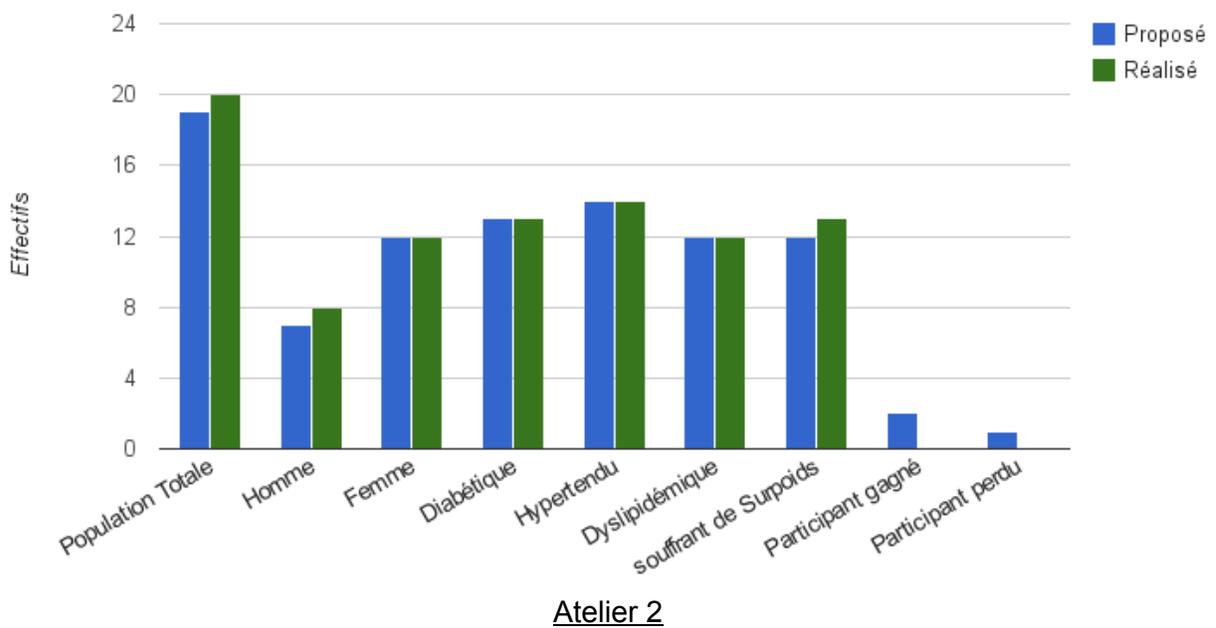
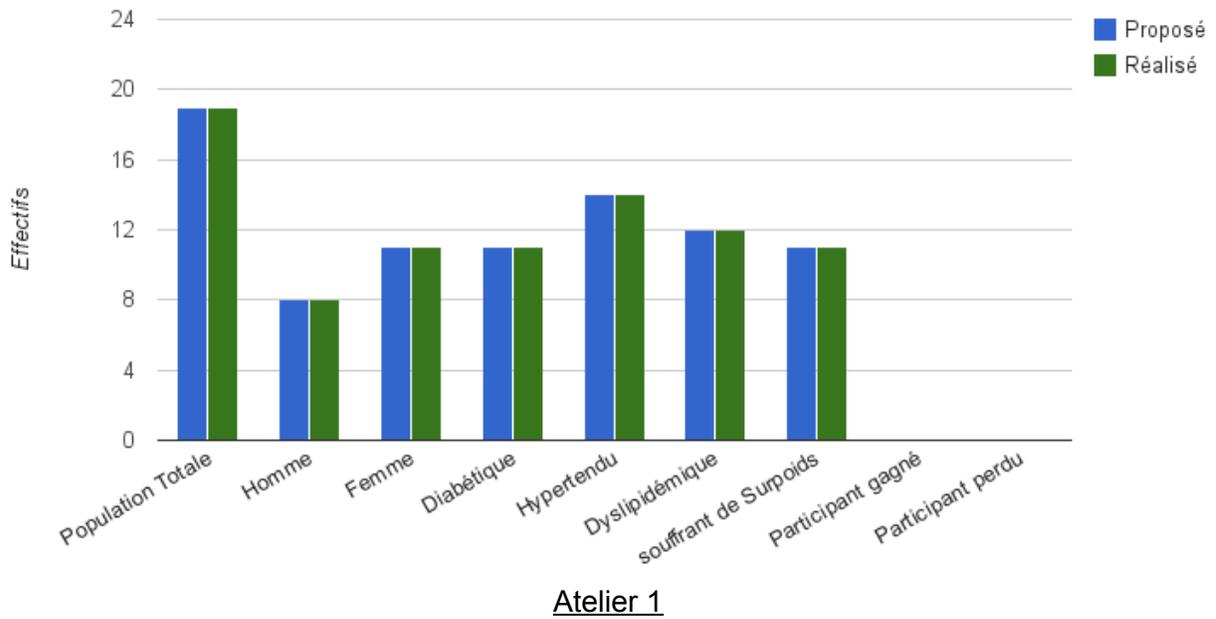
- Oui, j'en ai discuté avec ma famille
- Oui, j'en ai discuté avec les amis
- Oui et je l'ai conseillé à certaines personnes que cela pouvait intéresser
- Non, je n'en ai pas parlé autour de moi

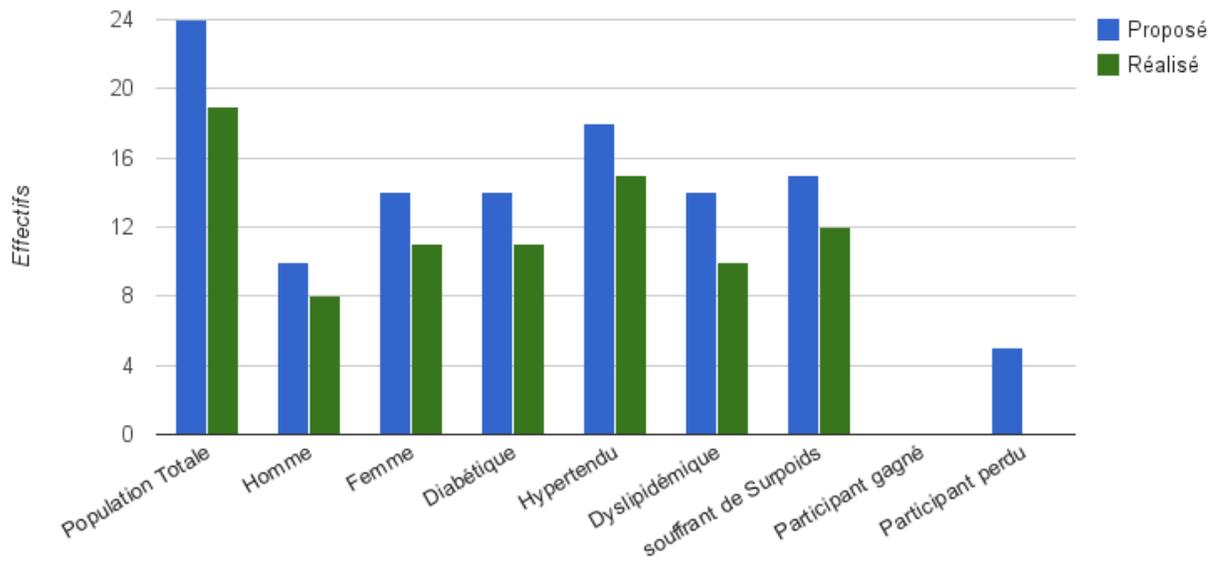
47. Selon vous, serait-il pertinent de prévoir une séance supplémentaire à distance du programme ?

Plusieurs réponses possibles.

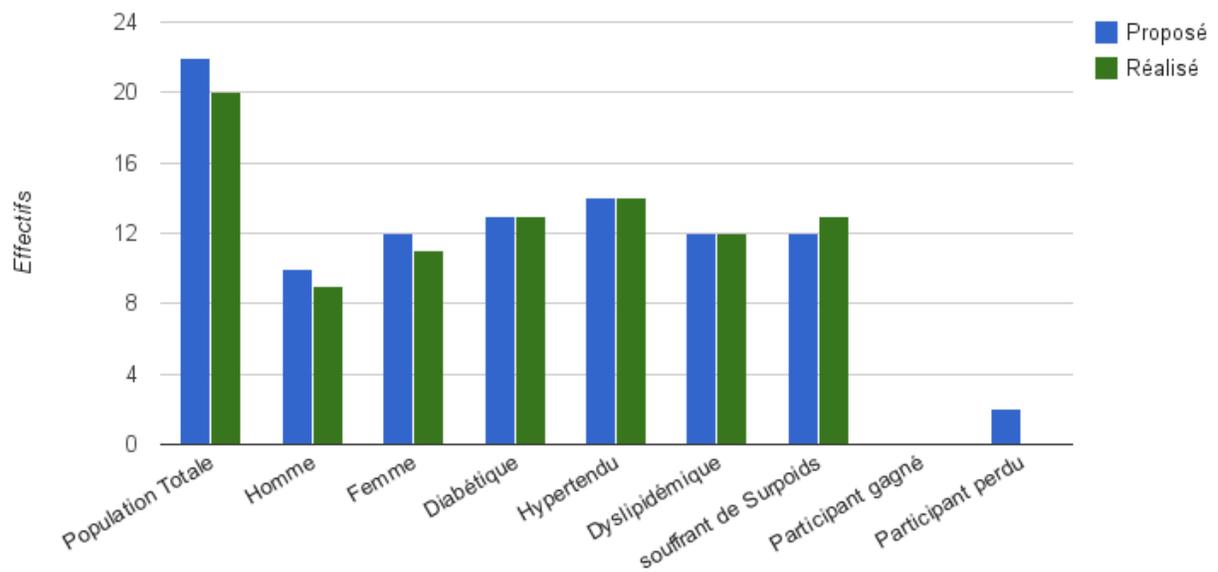
- Oui, j'aimerais avoir une séance individuelle à distance
- Oui, une nouvelle séance de groupe me semble nécessaire/intéressante afin de remettre à jour mes connaissances
- Oui, une nouvelle séance me permettrait de me sentir accompagné sur du long terme
- Oui, sur des sujets complémentaires
- Non, mon suivi régulier m'apporte suffisamment d'informations complémentaires
- Non, ce programme m'a apporté suffisamment d'informations

Annexe 6 : Analyse de la participation des patients en fonction du sexe et de leurs facteurs de risque par atelier (exprimée en effectifs)





Atelier 3

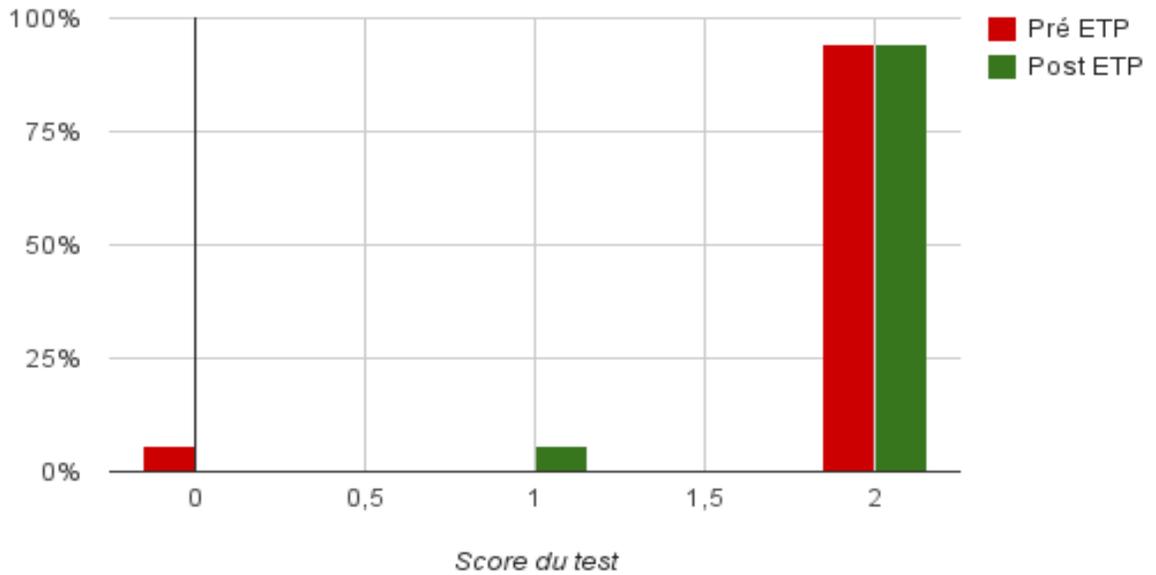


Atelier 4

Annexe 7 : Analyse des autoévaluations des ateliers en fonction des items abordés (exprimée en pourcentage de satisfaction)

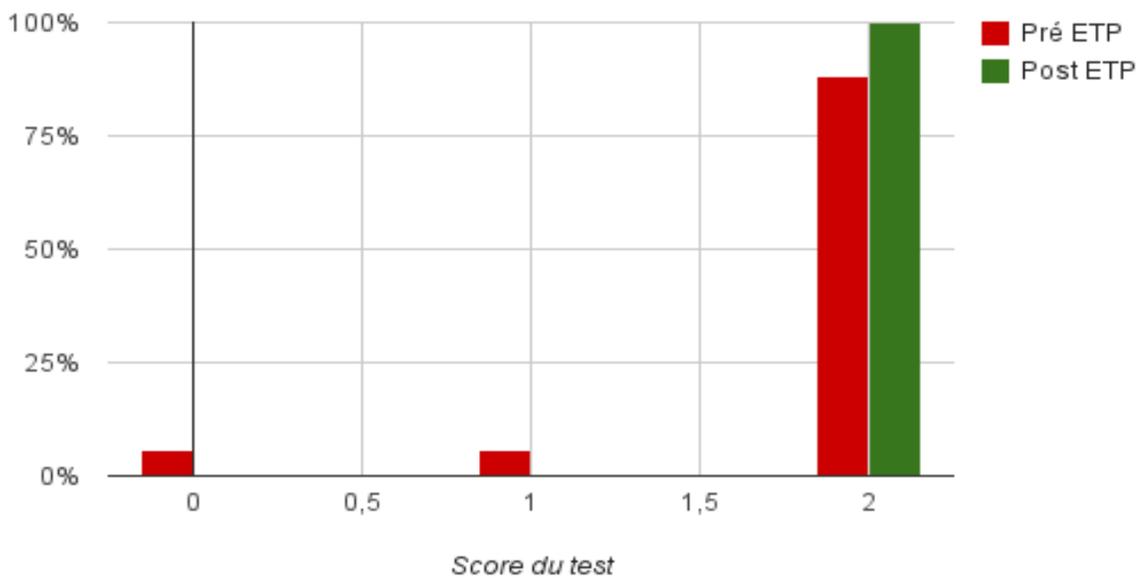


Annexe 8 : Évolution de la prise du traitement et de l'état émotionnel - données des fiches d'auto-évaluation



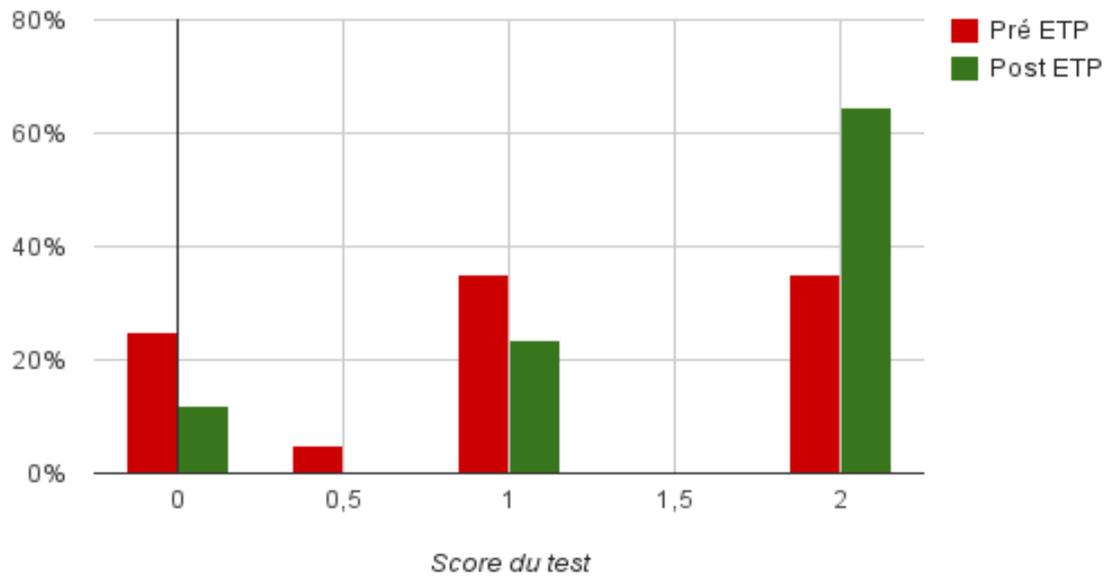
Évolution de la prise seule du traitement - Données de l'auto-évaluation

Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients (0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)



Évolution de la prise régulière du traitement - Données de l'auto-évaluation

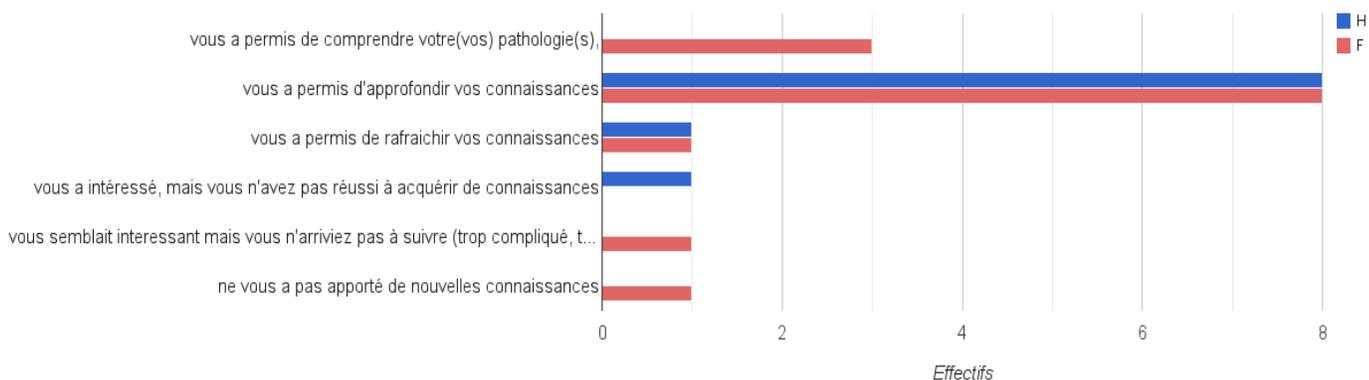
Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients (0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)



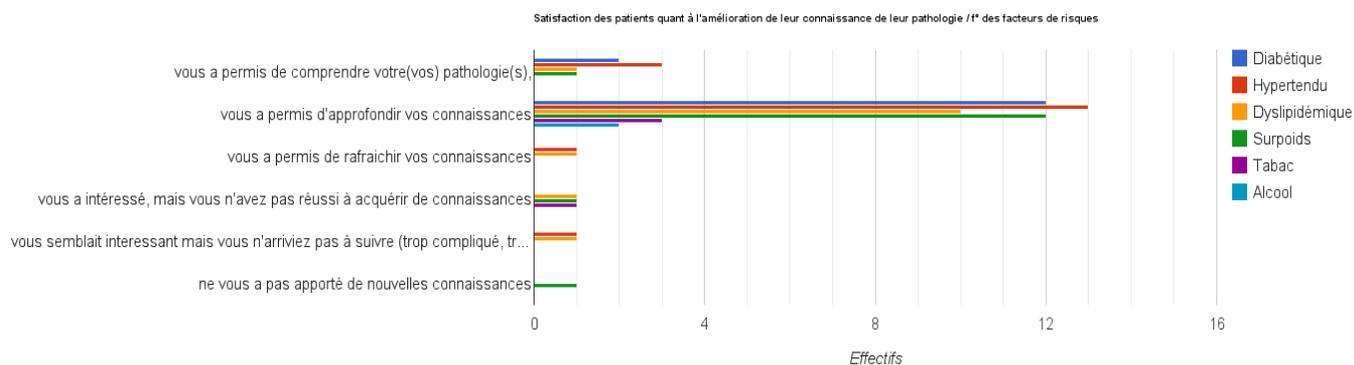
Évolution de l'état émotionnel du patient - Données de l'auto-évaluation

Les scores du test correspondent au niveau de connaissances que s'adjugent eux-mêmes les patients (0 : aucune connaissance, 1 : connaissance moyenne, 2 : très bonne connaissance)

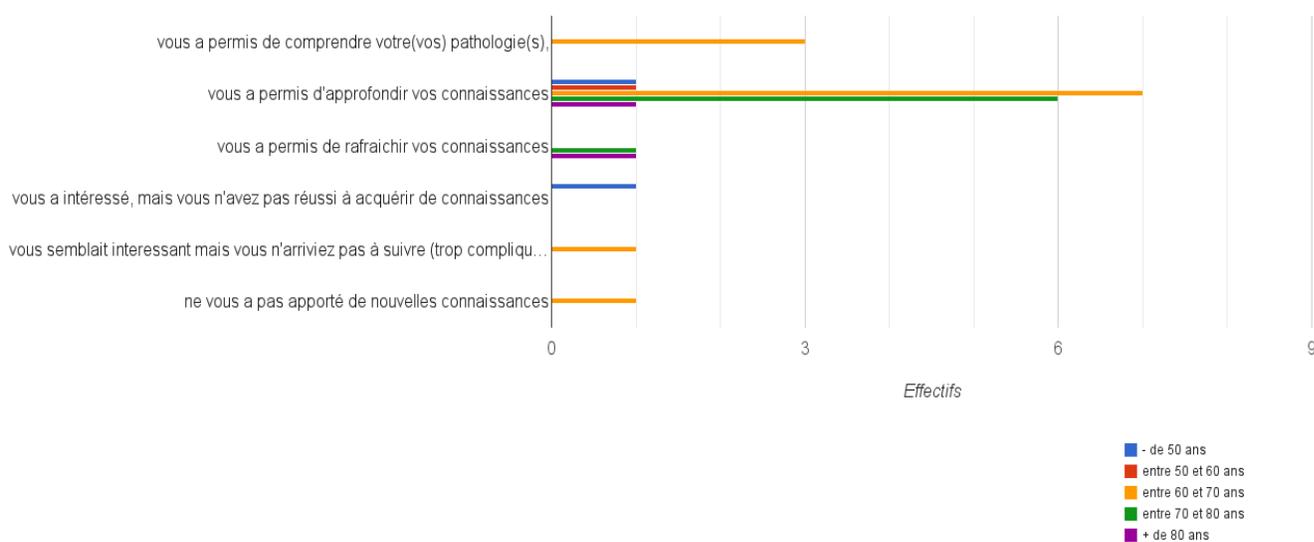
Annexe 9 : Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction du sexe, des facteurs de risque et de l'âge des participants



Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction du sexe

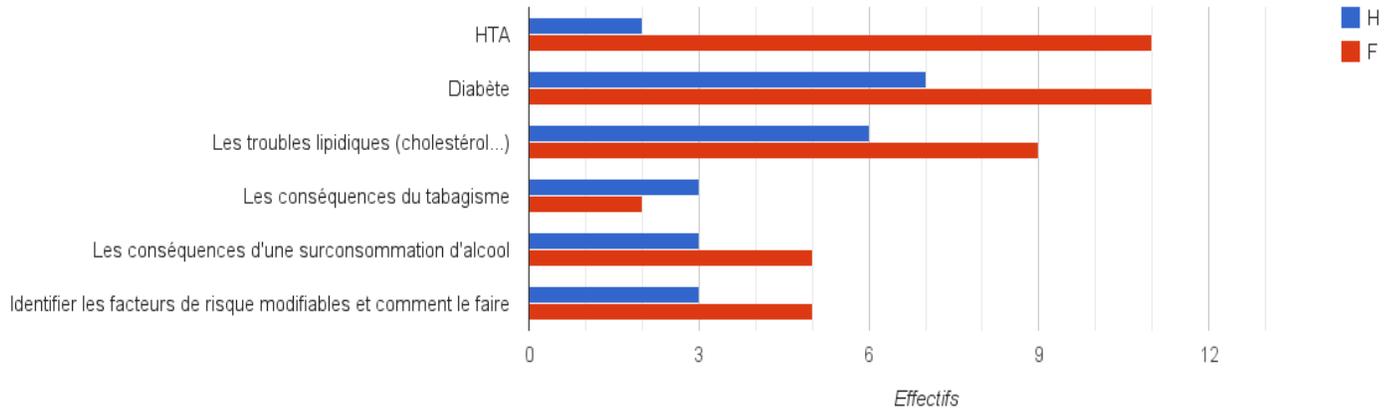


Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction des facteurs de risque

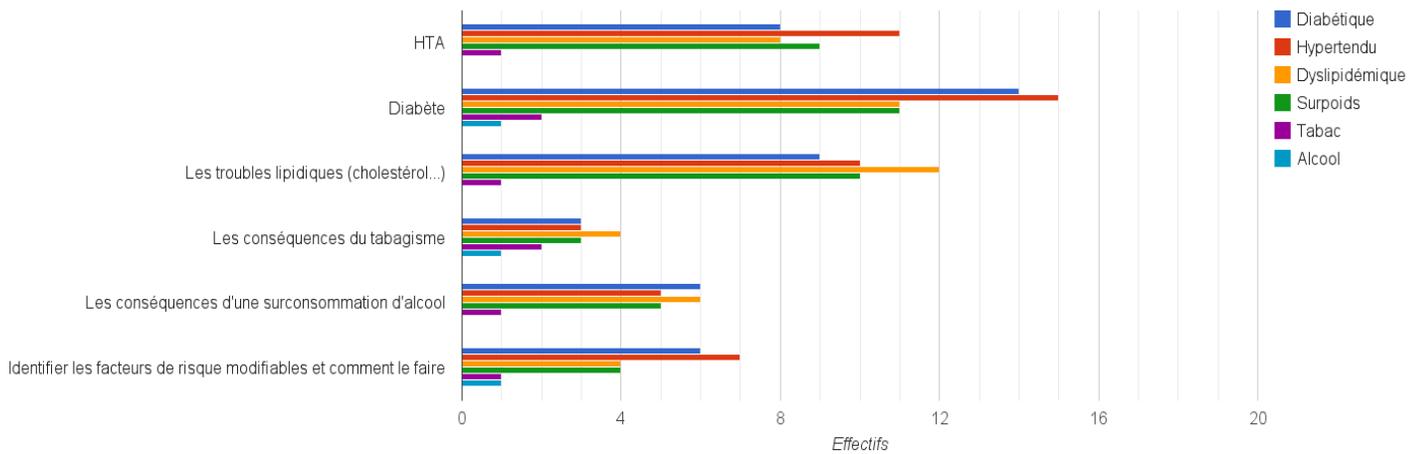


Analyse de l'acquisition des savoirs sur la maladie en fonction de l'âge

Annexe 10 : Évaluation précise des savoirs acquis en fonction du sexe et des facteurs de risque



Analyse du type de connaissances acquises en fonction du sexe



Analyse du type de connaissances acquises en fonction des facteurs de risque

Annexe 11 : Analyse de l'acquisition des compétences d'autosoins et d'adaptation en fonction du sexe et des facteurs de risque

	Homme	Femme
Vous avez ressenti une amélioration de votre état de santé	40%	43%
Vous avez ressenti une amélioration de votre qualité de vie	60%	50%
Vous acceptez mieux votre maladie	10%	0%
Vous êtes devenu acteur dans la prise en charge de votre pathologie	30%	21%
Vous réussissez à mieux gérer votre maladie (comportements à conséquence, ...)	60%	43%
Vous êtes devenu plus autonome dans la gestion de votre traitement	50%	7%
Vous avez constaté une amélioration de vos résultats biologiques (analyses de sang, ...)	50%	43%
Vous avez ressenti une diminution des contraintes liées à votre maladie	30%	36%
Vous consacrez plus de temps au suivi de votre pathologie (consultations médicales, réalisation de bilan biologiques, ...)	20%	14%
Vous avez acquis de nouvelles compétences (autosurveillance de votre tension, décryptage des signes de complications, décryptage des étiquettes alimentaires...)	70%	50%
Vous a permis d'être plus à l'aise dans votre relation médecin/patient	10%	36%
Vous n'avez tiré que peu de bénéfices de ce programme	10%	7%
Vous vous êtes aperçu avec le recul que vous n'aviez pas assisté aux bonnes séances	10%	0%
Vous n'avez constaté aucun changement	0%	7%

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Souffrant de surpoids	Tabac	Alcool
Vous avez ressenti une amélioration de votre état de santé	64%	44%	43%	53%	50%	50%
Vous avez ressenti une amélioration de votre qualité de vie	64%	56%	43%	53%	25%	50%
Vous acceptez mieux votre maladie	7%	0%	7%	7%	0%	0%
Vous êtes devenu acteur dans la prise en charge de votre pathologie	29%	22%	36%	40%	25%	0%
Vous réussissez à mieux gérer votre maladie (comportements à conséquence, ...)	50%	44%	43%	60%	50%	50%
Vous êtes devenu plus autonome dans la gestion de votre traitement	29%	17%	36%	27%	75%	50%
Vous avez constaté une amélioration de vos résultats biologiques (analyses de sang, ...)	64%	44%	57%	67%	50%	0%
Vous avez ressenti une diminution des contraintes liées à votre maladie	50%	39%	21%	33%	25%	50%
Vous consacrez plus de temps au suivi de votre pathologie (consultations médicales, réalisation de bilan biologiques, ...)	14%	11%	29%	20%	25%	0%
Vous avez acquis de nouvelles compétences (autosurveillance de votre tension, décryptage des signes de complications, décryptage des étiquettes alimentaires...)	50%	56%	50%	40%	25%	50%
Vous a permis d'être plus à l'aise dans votre relation médecin/patient	29%	22%	21%	27%	25%	0%
Vous n'avez tiré que peu de bénéfices de ce programme	0%	11%	7%	0%	25%	50%
Vous vous êtes aperçu avec le recul que vous n'aviez pas assisté aux bonnes séances	0%	6%	0%	0%	25%	50%
Vous n'avez constaté aucun changement	0%	6%	7%	0%	0%	0%

Annexe 12 : Analyse de l'acquisition des compétences pratiques en fonction du sexe et des facteurs de risque

	Homme	Femme
Vous utilisez toutes ou certaines des fiches mémoires qui vous ont été distribuées (prise de tension artérielle, pyramide alimentaire...)	10%	36%
Vous lisez les étiquettes des produits alimentaires	70%	57%
Vous réussissez à intégrer une activité physique adaptée à votre quotidien	90%	50%
Vous prenez votre tension artérielle seul à la maison plus régulièrement	20%	21%
Vous vous servez des menus-type pour composer vos repas	20%	14%
Vous suivez les recommandations de votre médecin sans prendre de responsabilité	0%	14%
Le programme d'ETP n'a rien changé	0%	7%

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Surpoids	Tabac	Alcool
Vous utilisez toutes ou certaines des fiches mémoires qui vous ont été distribuées (prise de tension artérielle, pyramide alimentaire...)	36%	28%	7%	27%	0%	0%
Vous lisez les étiquettes des produits alimentaires	43%	61%	57%	53%	75%	100%
Vous réussissez à intégrer une activité physique adaptée à votre quotidien	64%	67%	71%	73%	50%	50%
Vous prenez votre tension artérielle seul à la maison plus régulièrement	14%	22%	14%	20%	25%	50%
Vous vous servez des menus-type pour composer vos repas	21%	22%	14%	13%	0%	0%
Vous suivez les recommandations de votre médecin sans prendre de responsabilité	7%	11%	14%	7%	0%	0%
Le programme d'ETP n'a rien changé	7%	0%	7%	7%	25%	0%

Annexe 13 : Analyse des modifications de comportements en fonction du sexe et des facteurs de risque

	Homme	Femme
D'éviter les complications liées à votre pathologie	30%	7%
D'anticiper une maladie issue de vos facteurs de risques (AVC, ...)	10%	7%
De perdre du poids	60%	79%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation de tabac	10%	0%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation d'alcool	30%	7%
D'être plus rigoureux dans la prise de votre traitement	20%	21%
D'adapter votre comportement suite à des erreurs/écarts thérapeutiques ou alimentaires	40%	36%
D'obtenir une amélioration temporaire de ma santé et de mes résultats biologiques mais j'ai relâché mes efforts devant mes bons résultats	20%	7%

	Diabétique	Hypertendu	Dyslipidémique	Surpoids	Tabac	Alcool
D'éviter les complications liées à votre pathologie	14%	11%	21%	13%	0%	0%
D'anticiper une maladie issue de vos facteurs de risques (AVC, ...)	7%	11%	14%	0%	0%	0%
De perdre du poids	71%	67%	79%	80%	50%	0%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation de tabac	0%	0%	7%	7%	25%	0%
De diminuer ou d'arrêter votre consommation d'alcool	29%	17%	7%	27%	25%	50%
D'être plus rigoureux dans la prise de votre traitement	21%	28%	21%	13%	0%	0%
D'adapter votre comportement suite à des erreurs/écarts thérapeutiques ou alimentaires	43%	39%	36%	47%	0%	0%
D'obtenir une amélioration temporaire de ma santé et de mes résultats biologiques mais j'ai relâché mes efforts devant mes bons résultats	21%	6%	21%	20%	25%	0%

ANNÉE : 2015

AUTEUR : BLANCKE Aurélie

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur BOURCEAU Jack-Philippe

TITRE : Intérêt de la pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire - Étude du programme du Pôle de Santé de l'Envgine (Vienne) s'adressant à un groupe de patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaire

RÉSUMÉ :

Introduction : L'explosion des maladies chroniques au sein de la population française, et en particulier des maladies cardio-vasculaires qui représentent, en 2015, la première cause de mortalité en France, impose une évolution des pratique de soins. Cette réalité constitue un terreau favorable au développement de l'Éducation Thérapeutique du Patient. Elle positionne le patient au centre de sa prise en charge et vise la création d'une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Dans ce contexte, des projets de structure éducative de proximité ont émergé et l'objectif de l'étude est d'évaluer les bénéfices et les limites de cette offre éducative en ambulatoire.

Méthode : Le travail consiste en une analyse quantitative, basée sur le recueil de données via divers outils d'évaluation (auto-évaluations du programme, questionnaires de satisfaction, données bio-cliniques,...). Des entretiens directifs ont également été réalisés afin d'évaluer les bénéfices acquis, à distance du programme.

Résultats : 24 patients constituaient la population d'analyse. Ils étaient tous porteurs d'au moins 2 facteurs de risque cardio-vasculaire. Sur le plan bio-clinique, des progrès avaient été accomplis en terme d'hémoglobine glyquée (diminution pour 78% des diabétiques, diminution moyenne de 0,45%), d'IMC (55% des participants ont perdu du poids), de Cholestérol total (diminution moyenne de 0,35 g/L chez les dyslipidémiques) et de consommation d'alcool.

La satisfaction des patients vis à vis du programme était très élevée (91,7% étaient satisfaits).

Les objectifs individuels étaient fixés par le patient en amont des séances éducatives collectives. Les plus retrouvés étaient le développement des connaissances de la pathologie, les progrès en terme de diététique et le souhait de "vivre mieux avec sa maladie" et ils avaient été atteints. 89,2% des participants avaient acquis des savoirs quand 80% avaient acquis des compétences d'autosoins et d'adaptation. La poursuite à long terme du suivi éducatif était plébiscitée par 83% des participants.

Discussion : L'ETP est un véritable atout dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Elle permet l'acquisition de nombreuses compétences, favorise des modifications de comportements dans tous les domaines (nutrition, activité physique,...) et aide les patients à vivre mieux avec leur maladie. Elle les place en tant qu'acteurs de leur santé. L'accès à cette démarche éducative en ambulatoire est possible mais elle nécessite d'être enseignée, promue, organisée et durable.

MOTS CLÉS : éducation thérapeutique du patient, ambulatoire, facteurs de risque cardio-vasculaire, compétences d'autosoins et d'adaptation

UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

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

