



Programme d'éducation thérapeutique du patient : Rapport synthétique d'évaluation quadriennale

A. Le programme et l'identification du coordonnateur et de l'équipe

Date d'autorisation du programme : **octobre 2010**

Date du rapport d'évaluation quadriennale : **septembre 2014**

Intitulé du programme : **RESEAU VENDEE DIABETE**

Identification du coordonnateur (nom, qualité, coordonnées : adresse, mail, téléphone)

Dr FRADET, Praticien hospitalier, service d'endocrinologie et diabétologie, CHD La Roche sur Yon

Mail réseau : vendee-diabete@orange.fr

Téléphone réseau : 02 51 37 46 34

Composition de l'équipe au moment de l'évaluation quadriennale:

- Equipe du réseau (coordination, éducation, formation)

Médecin coordonnateur : Dr Gérard Fradet,

Infirmières : Annie Le Roux, Anne Bourabier,

Diététicienne : Adeline Jaulin,

Secrétaire : Monique Robert,

- Liste des intervenants engagés dans l'ETP (en lien direct avec les patients)

Médecins (4)	Gérard Fradet, Stéphanie Mézouari-Thébault, Didier Peloteau*, José Fleurence*
Infirmières (4)	Annie Le Roux*, Anne Bourabier*, Corinne Thomas, Marie Annick Maisonneuve*
Diététiciennes (10)	Adeline Jaulin, Marie Hélène Raffin, Liliane Pavageau, Régine Bony, Solange Mériaux, Magalie Daunas, Christelle Boche Martin, Céline Brossard, Laure Barreau*, Myriam Guérin*
Pédicures - podologues (7)	Marie France Pelé, Anna Klienkoff, Olivier Régairaz, Nathalie Roy Artaillou, Pascale Charrier, Catherine Péchiné Jamet, Mélanie Nascivet*
Educateurs physiques (8)	Fabienne Gautier, Laure Barreau*, Margot Miot* (SIEL BLEU), Morgane Erard* (SIEL BLEU), Pierre Tessier* (SIEL BLEU), Amandine Ayrault* (SIEL BLEU), Tanguy Bailleul* (SIEL BLEU), Mickaël Albert* (SIEL BLEU)

* nouvel intervenant engagé dans le programme au cours des 3 dernières années

- Liste des autres professionnels en lien avec le programme

Secrétaire	Monique Robert
Psychologues (4)	Louise Rivallin*, Corinne Waroquet*, Chantal Ravallec*, Christelle Hervouet*

Description succincte du programme : population concernée, objectifs :

Le Réseau Vendée Diabète propose un programme d'ETP, ambulatoire, de proximité, destiné aux patients diabétiques du département de la Vendée. Le nombre de diabétiques en Vendée est estimé à environ 23000 personnes. L'objectif pédagogique du programme est d'aider les patients diabétiques à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur diabète au quotidien. Le parcours du patient au sein du programme se décline en plusieurs étapes : diagnostic éducatif, ateliers collectifs et individuels si besoin, évaluation des acquis.

L'objectif du réseau est de maintenir une file active annuelle de plusieurs centaines de diabétiques bénéficiant des actions du réseau. Depuis 2013, le programme est également accessible aux patients obèses (non diabétiques) sur proposition de leur médecin nutritionniste.

B. Déroulement de l'évaluation quadriennale

Modalités de déroulement de l'évaluation quadriennale (participants, démarche)

L'évaluation quadriennale a été réalisée par l'équipe du réseau sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Le médecin coordonnateur a validé en 2012 une formation à l'AFDET sur le thème : "**Evaluer des activités et des programmes d'éducation thérapeutique**".

Pour cette démarche d'évaluation, plusieurs semaines de travail ont été nécessaires pour regrouper les données, notamment issues des questionnaires adressés aux patients et aux professionnels ou des dossiers patients.

Cette évaluation porte d'une part sur les effets attendus du programme d'ETP et d'autre part sur les évolutions du programme depuis son autorisation en octobre 2010.

1- Effets attendus du programme

Les effets mesurés sont en cohérence avec les objectifs du programme. Ils ont été choisis à priori :

- acquisition de connaissances par les patients, sur leur maladie, son traitement, la place de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique.
- mise en application de ces compétences dans la vie quotidienne : observance du traitement, bilan et suivi des complications de la maladie, amélioration nutritionnelle, intensification de l'activité physique.
- évolution de l'état de santé des patients : paramètres cliniques, biologiques, chez les patients mal équilibrés lors de l'adhésion (HbA1c $\geq 7,5\%$)
- impact sur la qualité de vie.
- satisfaction des patients et des professionnels à l'égard du programme.
- communication avec les professionnels.

Les outils utilisés pour le recueil de ces informations sont :

- groupes de discussion et d'échanges entre les intervenants en ETP (équipe du réseau et vacataires).
- évaluation des séances collectives par le patient (contenu, thème, impact sur son quotidien).
- évaluation des acquis du patient dans le réseau : entretien individuel à 1 an et 2 ans.
- recueil de données cliniques et biologiques de suivi.
- questionnaire spécifique adressé aux patients à l'issue du parcours éducatif (1 à 2 ans) sur les acquisitions de compétences et leur mise en pratique.
- questionnaire qualité de vie.
- questionnaire adressé aux professionnels utilisateurs du réseau (médecins, podologues, diététiciennes).

2- Evolution du programme d'ETP depuis son autorisation.

La démarche d'évaluation est basée sur la méthodologie du guide de la HAS 2014 (fiche 2 et outil 3).

C. Analyse des effets du programme d'ETP et conclusions

La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle abouti aux changements attendus chez les bénéficiaires ? (voir annexes 1 et 2)

Les effets favorables et ce qui les explique

- Les effets bénéfiques de l'éducation thérapeutique sur les **paramètres clinico-biologiques** des patients diabétiques ne sont plus à démontrer. De nombreuses études confirment que l'éducation à l'autogestion du diabète par le patient est efficace sur le taux d'HbA1c. Citons la méta-analyse réalisée en 2002 sur 31 études par Norris SL et al. (1) ou encore celle réalisée en 2004 par Warsi A et al. (2). L'amélioration de l'HbA1c est à chaque fois significative chez les bénéficiaires d'un programme d'éducation thérapeutique.

L'analyse de l'évolution de ces paramètres clinico-biologiques un an après l'adhésion chez un **échantillon de 160 patients de notre file active** mal équilibrés à l'adhésion (critère HbA1c > = 7,5%) ayant suivi le programme d'éducation du réseau Vendée Diabète confirme ces résultats (**annexe 1**).

- **La satisfaction des patients** à l'égard du programme dans sa globalité est importante. Une forte majorité de bénéficiaires du programme (> 80%) reconnaît l'utilité du programme dans l'apport de connaissances sur la maladie et surtout dans la mise en pratique de ces connaissances dans la vie quotidienne. Le programme les aide à développer leur autonomie et leur auto-détermination dans la gestion quotidienne de la maladie (**annexe 2**). Cet effet favorable est en lien avec le contenu du programme adapté aux besoins des patients et à la capacité d'évolution du programme en fonction de la demande.

- **La mise en application des compétences** par le patient est également objectivée par l'équipe, avec notamment un impact très positif du programme sur la remise à l'activité physique ou l'intensification de l'activité physique. Cette mise en pratique des compétences est favorisée par l'évaluation du patient faite au sixième mois d'adhésion. Cette rencontre individuelle ou en groupe à 6 mois permet de remotiver certains patients qui étaient restés inactifs à l'issue des séances éducatives initiales.

- **La qualité de vie des patients** évolue également favorablement chez ces bénéficiaires du programme. Près de la moitié (46,8%) estime que leur état de santé est meilleur qu'avant leur entrée dans le programme et la moitié (51,1%) que cet état de santé est stable. (**annexe 2**).

- Une majorité de patients (70%) reconnaît l'effet bénéfique du programme pour **faciliter la communication avec les professionnels de santé**, du fait d'un apport de connaissances et d'une meilleure compréhension de la maladie et de sa prise en charge (**annexe 2**).

- Un indicateur significatif de la meilleure compréhension de la maladie et de l'importance de son suivi est la réalisation du **bilan annuel des complications dégénératives**. Le pourcentage de patients avec réalisation du fond d'œil est significativement plus élevé chez les bénéficiaires du programme par rapport à la population diabétique départementale. Et ce pourcentage s'améliore également lors du parcours du patient au sein du réseau (**annexe 2, comparaison aux données CPAM 2014**).

- **La satisfaction des professionnels impliqués dans le parcours du patient est élevée (annexe 2)**. Cette satisfaction a été évaluée par questionnaire auprès des médecins généralistes, des podologues et des diététiciennes utilisateurs du réseau. La totalité des médecins généralistes utilisateurs du réseau estime que la participation du patient au programme du réseau améliore beaucoup (76,3%) ou suffisamment (23,7%) l'implication du patient dans la gestion globale de sa maladie. Un médecin souligne quand même que les patients en grosse difficulté sociale, chez lesquels le diabète n'est pas une priorité pour eux, tirent moins de bénéfice de leur participation. Les autres professionnels (diététiciennes et podologues) estiment que la participation du patient au programme du réseau améliore beaucoup (51,7%), suffisamment (41,4%) ou peu (6,9%) l'implication du patient dans la gestion globale de sa maladie.

Les effets défavorables et ce qui les explique

Les effets défavorables du programme sont restreints :

- La difficulté parfois à faire sortir un patient du réseau quand ses acquisitions à l'issue de son parcours sont bonnes et ses objectifs atteints. Certains patients souhaitent continuer à participer aux groupes d'activité ou aux nouveaux ateliers collectifs. Ils retrouvent dans le groupe la motivation, le soutien, la convivialité.

- Les contraintes d'organisation liées au principe de proximité. La multiplication des secteurs de proximité, donc des groupes, des déplacements de l'équipe limite la possibilité d'offrir des horaires inhabituels mais adaptés à certains patients (soirée, samedi) sur tous les secteurs.

La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle eu des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe ? (voir annexe 3)

Les effets favorables et ce qui les explique

Les conséquences favorables du programme sur le fonctionnement de l'équipe sont multiples d'autant plus que l'équipe des intervenants en ETP s'étoffe au fil des années avec un nombre élevé de diététiciennes, de podologues et d'éducateurs physiques :

- **L'amélioration des pratiques professionnelles** et plus spécifiquement l'évolution du professionnel vers une posture éducative, l'écoute du patient, de ses besoins, de ses représentations, de ses freins à la mise en place de compétences (diététique, activité physique notamment).
- La capacité à mieux **communiquer entre les professionnels** qui interviennent dans le parcours du patient soit lors des séances d'éducation collective, soit à l'issue de ces séances, soit par le biais du carnet de liaison du patient.
- La **complémentarité** de l'équipe, le partage d'expérience favorisent le dynamisme et l'évolution du programme : création de nouveaux thèmes d'ateliers, de nouveaux outils éducatifs, de nouvelles méthodes d'animation.
- Au plan individuel, l'implication du professionnel dans le programme et son évolution nécessaire vers une posture éducative favorisent la démarche de **formation spécifique en ETP**. L'équipe du réseau a débuté des formations destinées aux intervenants non formés en ETP, sur l'approche éducative, la gestion du groupe. Actuellement, le réseau construit en co-pilotage avec le CNAM Pays de Loire une formation innovante en ETP à destination des professionnels de santé impliqués en ETP ou souhaitant développer l'éducation thérapeutique dans leur pratique.

Les effets défavorables et ce qui les explique

Aucun effet défavorable de la mise en œuvre du programme sur le fonctionnement de l'équipe n'est retrouvé.

La mise en œuvre globale du programme d'ETP a-t-elle permis son intégration dans l'offre de soins locale ? (voir annexe 4)

Les effets favorables et ce qui les explique

- Le fonctionnement du réseau basé depuis sa création sur le principe de **proximité** a beaucoup contribué à faire connaître le réseau, sa place dans le parcours de soins du patient, son programme d'éducation. Les structures hospitalières du département ont intégré le réseau dans leurs locaux (mise à disposition de bureau, de salle, information). Les services de diabétologie hospitaliers proposent aux patients l'intégration au réseau.
- La collaboration avec **l'association de patients AFD85** se traduit par l'organisation commune de manifestations destinées au public (information, dépistage, conférence). L'AFD est également membre du conseil d'administration.
- Les **professionnels de santé**, notamment les médecins généralistes, connaissent l'existence du réseau et sont régulièrement informés de la présence du réseau dans leur secteur d'activité. Des séances de FMC à destination des médecins généralistes sont organisées par le réseau.
- Le programme d'éducation du réseau est bien intégré dans l'offre de soins locale d'autant plus qu'il s'agit du seul programme proposé en ambulatoire. Les autres programmes sont exclusivement hospitaliers.

Les effets défavorables et ce qui les explique

Il ne s'agit pas d'un effet défavorable mais plutôt d'un point faible :

- La méconnaissance d'une partie des MG de l'importance de l'ETP précoce dans la prise en charge du patient atteint de maladie chronique : les MG connaissent l'existence du réseau, et pourtant un certain nombre ne le sollicite pas. Cette méconnaissance de l'importance de l'éducation thérapeutique par une partie des MG est un frein à la mise en œuvre du programme.

Conclusions de l'analyse des effets du programme

- Du point de vue des bénéficiaires eux-mêmes, de l'équipe d'éducation, des professionnels du parcours de soin, les effets du programme sont globalement très positifs chez les bénéficiaires en termes de connaissances, de mise en pratique de compétences, d'implication dans le suivi de la maladie et de son traitement. Chez certains patients, cet impact positif du programme peut décliner lorsqu'ils quittent le réseau.
- Le programme d'éducation thérapeutique doit être poursuivi :
 - en continuant à privilégier les actions de proximité et en favorisant l'implication des professionnels de santé de secteur.
 - en restant à l'écoute des demandes des patients afin de faire évoluer le programme et de répondre aux attentes des bénéficiaires et des professionnels notamment médecins généralistes.
- Deux points méritent d'être améliorés :
 - la capacité d'offrir des séances collectives sur des horaires inhabituels (soirée, samedi) ce qui améliorerait l'accessibilité des ateliers aux personnes actives professionnellement. Ceci ne serait pas sans conséquence budgétaire du fait de l'emploi d'intervenants en ETP à un coût plus élevé pour des groupes à faible volume de patients.
 - la sensibilisation des médecins généralistes à l'importance de l'ETP dans la maladie chronique. Trop de MG méconnaissent la place de l'éducation thérapeutique empêchant ainsi les patients d'en bénéficier. La communication faite par le réseau auprès des professionnels a un impact limité chez les médecins réfractaires. La résolution de cette difficulté ne dépend donc pas uniquement de l'équipe. Les tutelles (assurance maladie, ARS) doivent encourager d'avantage les MG à faire entrer leur patient dans un parcours d'éducation thérapeutique.

D. Analyse des évolutions du programme d'ETP et conclusions

1. Comment a évolué la mise en œuvre du programme grâce aux évaluations annuelles ?

La prise en compte de besoins spécifiques (détaillés dans les auto-évaluations annuelles).

- Elargissement du réseau à la **nutrition** : création d'ateliers diététiques adaptés au besoin de ces patients non diabétiques suivis en parcours éducatif nutritionnel.
- Augmentation sensible de l'offre **d'activité physique adaptée** de proximité pour favoriser l'accessibilité au plus grand nombre. Collaboration avec l'association SIEL BLEU.
- Création d'un programme d'ETP sur le territoire de **l'île d'Yeu** adapté aux spécificités de l'insularité.

L'évolution des outils du dossier patient:

- Amélioration des documents du dossier patient (charte d'adhésion, recueil de données, PPS, alliance thérapeutique) et de la base de données informatique.
- Carnet de liaison en possession du patient, remodelé après une période d'utilisation et un sondage auprès des professionnels utilisateurs pour améliorer la transmission de l'information.
- La méthodologie d'élaboration du PPS lors du diagnostic éducatif et du bilan des acquis a été refondée dans les suites de l'auto-évaluation de notre procédure réalisée en 2012. Cette auto-évaluation a fait l'objet d'une communication au **congrès AFDET, 7-8 février 2013 «Evaluation de la réalisation du contenu d'un PPS au sein du réseau Vendée Diabète»**

Le contenu des séances et les supports éducatifs :

- Les thèmes éducatifs se sont diversifiés et ont régulièrement évolué. Plus particulièrement dans le domaine de l'alimentation qui constitue un des piliers du traitement du diabète.
- L'expérience de mise en œuvre du programme a permis de mieux s'adapter aux attentes des patients notamment par la création de thèmes d'ateliers souhaités ou l'utilisation de méthodes d'animation plus adaptées visant à favoriser l'interactivité. Les ateliers sont évalués par les patients après chaque session.
- Les conducteurs de séance ont été ajustés.
- Des ateliers spécifiques ont été mis en place pour favoriser la réflexion des patients sur leur vie avec le diabète.
- Les supports éducatifs sont variés, créés par les groupes de travail (diététiciennes, podologues) du réseau ou empruntés à l'IREPS.

2. Les indicateurs associés au programme (IQSS) (voir annexe 5)

Indicateurs 1 et 2 :

- Les principes de fonctionnement du réseau depuis le départ sont : **la proximité** et le recours quand cela est possible à des intervenants du secteur.
- Le nombre d'intervenants en ETP s'est progressivement majoré au fil des années pour atteindre actuellement 37 professionnels de santé représentant 6 professions. Cette **évolution positive** de l'implication des professionnels dans l'ETP est directement liée aux 2 principes énoncés : proximité et recours aux professionnels du secteur quand cela est réalisable.
- Le nombre de professionnels formés spécifiquement à l'ETP évolue favorablement. Toutefois l'objectif est que tout intervenant soit spécifiquement formé à l'ETP, ce qui semble difficile à mettre en place pour certaines catégories d'intervenants (diététiciennes et podologues)
- Le projet en cours du réseau visant à créer en co-pilotage avec le CNAM Pays de Loire, une formation innovante en ETP à destination des professionnels libéraux demandeurs permettra de répondre à ce besoin.

Indicateurs 3 et 4 :

- Tout patient participant à un atelier éducatif a systématiquement été vu au préalable en diagnostic éducatif individuel.
- Parfois le délai entre le diagnostic éducatif initial et la participation aux ateliers est long pour des raisons propres au patient (motivation, disponibilité, problème intercurrent).
- D'autres patients « échappent » à l'évaluation des acquis pour diverses raisons (indisponibilité, oubli, refus) mais poursuivent néanmoins leur implication dans les ateliers (diététiques et activité physique notamment).

Indicateurs 5 et 6 :

- Le médecin traitant et le diabétologue du patient sont informés à chaque étape du parcours éducatif du patient :
 - o Diagnostic éducatif initial : envoi d'une synthèse du diagnostic éducatif, du programme éducatif proposé et validé par le patient.
 - o Participation aux ateliers : envoi d'une information sur la participation et sur les objectifs que le patient se fixe à l'issue de ces ateliers collectifs.
 - o Evaluation des acquis : envoi d'une synthèse de l'évaluation et d'une proposition de suivi ou de nouveau programme éducatif.

3. Comment a évolué la structuration du programme ?

La structuration du programme est conforme à la demande d'autorisation acceptée en octobre 2010.

Les objectifs pédagogiques

Depuis 2013, le réseau est accessible aux patients obèses, non diabétiques par ailleurs suivis par un médecin nutritionniste. Les objectifs pédagogiques déterminés initialement pour un recrutement de patients diabétiques sont élargis à cette nouvelle catégorie de patients. Ces objectifs concernent l'acquisition de connaissances sur l'équilibre alimentaire, la mise en pratique des compétences acquises (diététiques et activité physique) en lien avec le médecin traitant et le médecin nutritionniste du patient.

Le contenu du programme

Le contenu du programme est constitué du socle de référence en diabétologie et nutrition : connaissance de la maladie, de ses risques potentiels, de sa prise en charge, de son suivi, des facteurs de risques vasculaires associés ; principes et bases de l'équilibre nutritionnel, place de l'activité physique dans la prise en charge thérapeutique.

Les thèmes d'ateliers sont déclinés pour permettre aux patients d'acquérir des connaissances et des compétences sur ces différents aspects pour une meilleure gestion au quotidien.

Chaque année de nouveaux thèmes sont créés en fonction notamment de l'attente des bénéficiaires.

Thèmes actuels des ateliers:

- Connaissance du diabète
- Mon assiette à la loupe
- Vivre avec le diabète
- Epiez vos pieds
- A vos menus
- Atelier cuisine « à vos tabliers »
- Motivation à la reprise ou à l'intensification à l'activité physique
- Hypoglycémie
- Repas en cafétéria
- Zoom sur les étiquettes (en supermarché)
- Groupe de parole (animé par psychologue)
- Groupe d'activité physique (marche nordique, gymnastique douce)
- Autosurveillance glycémique
- Adaptation des doses d'insuline
- Savoir adapter une recette
- Atelier relaxation (2014)
- Atelier chaussage (2014)

Les critères de qualité de l'ETP sont présents :

Les étapes du parcours éducatif :

Le diagnostic éducatif individuel suivi d'un contrat d'objectifs co-validés par le patient, son médecin traitant, l'équipe du réseau, puis participation à des ateliers collectifs d'ETP et éventuellement une éducation individuelle, et évaluation des compétences acquises 1 an après l'adhésion avec élaboration si besoin d'un nouveau programme concerté.

La personnalisation du programme :

Le diagnostic éducatif initial et son actualisation à 1 an permettent de personnaliser et d'adapter le programme du patient. Le patient élabore son programme conjointement avec l'infirmière du réseau lors de cet entretien individuel.

Les intervenants en ETP :

Ils forment une équipe multidisciplinaire et complémentaire. Cinq catégories de professionnels interviennent lors des ateliers collectifs. S'y ajoute le psychologue qui anime les groupes de parole. Une partie des intervenants est spécifiquement formée à l'ETP et le nombre tend à s'accroître progressivement.

Le partage d'informations avec les autres professionnels :

La communication avec le médecin traitant existe à chaque étape du parcours. Le médecin est destinataire de la synthèse du diagnostic éducatif et de son actualisation, du contenu du programme personnalisé qu'il doit valider, des conclusions à l'issue de la participation de son patient aux ateliers avec les objectifs déterminés par le patient.

La communication avec les autres professionnels du patient se fait par le carnet de liaison en possession du patient.

Le dossier patient

Il est décliné sous forme papier et informatique. Il contient les éléments du recueil de données du patient, les synthèses de diagnostic éducatif, le contenu du programme personnalisé, les participations du patient aux différents ateliers ou consultations, les données de suivi de la maladie (biologie, bilan des complications dégénératives).

La confidentialité est respectée.

L'accessibilité du programme :

Elle est favorisée par le principe de **proximité** des actions menées. Le réseau se déplace sur l'ensemble du département (iles comprises) et organise les diagnostics éducatifs et les ateliers dans une douzaine de villes.

Les ateliers sont accessibles à l'entourage du patient.

La coordination et l'organisation du programme :

Elles sont assurées par l'équipe du réseau. Le programme d'interventions du réseau (dates, lieux, horaires) est déterminé chaque semestre. Le calendrier d'interventions tient compte des besoins par secteur, certains secteurs sont sensiblement plus actifs que d'autres, et de la disponibilité des intervenants en ETP.

Les patients reçoivent chaque semestre le journal du réseau comportant toutes les dates par secteur. L'information est également disponible sur le site internet du réseau.

Des réunions régulières des intervenants en ETP permettent l'échange d'expérience afin de faire évoluer le contenu du programme.

Conclusions de l'analyse des évolutions du programme

Le programme est bien structuré et sa mise en œuvre a évolué favorablement au fil des années. Le contenu a su s'adapter aux besoins exprimés par les patients que ce soit par la création de thèmes d'ateliers ou l'évolution des méthodes d'animation ou des outils pédagogiques.

Les points forts du programme doivent persister :

La proximité des actions, la multidisciplinarité des intervenants en ETP, les étapes individuelles et collectives du parcours éducatif du patient, le recours aux intervenants de proximité, l'évaluation du programme par les bénéficiaires, la participation de l'entourage, le partage d'informations avec le médecin traitant et les autres professionnels du patient, le partenariat avec SIEL BLEU pour l'activité physique adaptée.

Les actions à poursuivre et les améliorations à apporter

La sensibilisation des médecins traitants à l'ETP :

L'implication du médecin traitant dans l'éducation thérapeutique est la condition principale de la réussite d'un programme. Le médecin traitant doit être à l'origine de l'offre d'ETP. Il doit également prolonger l'accompagnement éducatif du patient à l'issue de sa participation aux ateliers éducatifs

Ainsi, le patient percevra cohérence et continuité dans ce parcours éducatif mais aussi collaboration entre les professionnels.

La formation des médecins traitants et des professionnels de santé à l'ETP :

Afin de permettre d'intégrer l'éducation thérapeutique au sein de leur pratique professionnelle, le réseau construit en co-pilotage avec le CNAM Pays de Loire une formation à l'ETP innovante à destination des professionnels de santé, en priorité les médecins généralistes.

L'évaluation des compétences acquises 1 an après l'adhésion doit être améliorée :

Dans le processus de notre programme, les patients sont revus individuellement à 6 mois pour un point intermédiaire et si besoin une remotivation puis à 1an pour évaluation des acquis.

La montée en charge et la file active actuelle sont incompatibles avec le maintien de ces 2 entretiens individuels qui s'ajoutent au diagnostic éducatif individuel initial.

L'évaluation individuelle à 1 an est un critère de qualité d'une ETP, elle doit être maintenue. En revanche le point intermédiaire à 6 mois sera réalisé en groupe avec reconstitution du groupe initial pour favoriser la dynamique du groupe.

Favoriser l'accessibilité des patients à l'ETP :

En faisant davantage connaître l'éducation thérapeutique aux patients afin de susciter la demande. En incitant les médecins à proposer plus souvent l'ETP aux patients en difficulté (CMU notamment).

E. Décision prise pour l'avenir du programme

Poursuite du programme d'ETP du réseau Vendée Diabète avec des actions de pérennisation, changements et améliorations mineures, faisables à court terme.

Les **besoins en éducation thérapeutique** des patients diabétiques existent. Le nombre de diabétiques de type 2 en Vendée est estimé à 23000. Le programme du réseau Vendée Diabète est le seul programme ambulatoire. Les autres programmes validés sont hospitaliers. Ils ne peuvent répondre aux besoins **d'ETP précoce**. Ils prennent principalement en charge des diabétiques de type 1 ou des diabétiques de type 2 à un stade avancé de la maladie pour mise à l'insuline ou prise en charge des complications de la maladie (neuropathie, pieds, artériopathie, cardiopathie, néphropathie notamment). Conformément à la loi HPST, l'enjeu est de proposer à tout patient atteint de maladie chronique, tel que le diabète, une éducation précoce à la maladie. Le programme du réseau Vendée Diabète a donc toute sa place dans l'offre départementale d'éducation thérapeutique et de soutien du médecin traitant à la coordination du parcours de ses patients.

Le programme d'ETP du réseau Vendée Diabète répond aux **attentes et aux besoins** des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes. Il recueille également un fort taux de satisfaction de la part des bénéficiaires qui trouvent au sein du programme les réponses à leurs questions, les moyens d'apporter les changements souhaités dans leur vie quotidienne, le soutien nécessaire des professionnels de santé intervenants en séance d'ETP et l'aide à la motivation ainsi que le dynamisme au sein des groupes de patients.

Le programme a déjà sensiblement évolué au fil des évaluations annuelles et de la mise en évidence des besoins émanant des professionnels et des patients : ouverture du programme aux patients obèses (parcours nutrition), intensification importante de l'offre d'activité physique adaptée en collaboration avec l'association SIEL BLEU, mise en place d'un programme spécifique à l'île d'Yeu qui fera l'objet d'une évaluation compte tenu d'une certaine similitude avec une MSP, adaptation des outils du dossier patient, du contenu du programme, du contenu des séances, évolution et diversification des supports éducatifs.

Les **points forts du programme** doivent persister: la proximité des actions qui existe depuis la création du réseau, la complémentarité des intervenants en ETP, l'évaluation du programme par les bénéficiaires, la participation de l'entourage du patient, le partage d'information et la communication avec le médecin traitant, l'organisation et la coordination du programme, la collaboration avec les autres structures (spécialistes libéraux, services hospitaliers). L'évaluation du patient au 6è mois instaurée par le réseau a un impact sensible sur la motivation de la personne à réaliser les changements qu'elle avait elle-même décidés à l'issue des ateliers éducatifs. Elle sera poursuivie en groupe.

D'autres actions méritent d'être renforcées ou développées :

- **la plus importante est de sensibiliser les médecins généralistes à l'importance de l'ETP** et les inciter à proposer à leurs patients d'entrer dans un programme éducatif précocement. L'implication du médecin traitant dans l'éducation thérapeutique de son patient est une condition essentielle pour la réussite du programme. Le patient doit percevoir entre le réseau et le médecin traitant, une continuité pédagogique et de soutien pour l'aider à atteindre ses objectifs.

Cette sensibilisation des médecins généralistes ne peut dépendre uniquement de la communication et de la formation réalisées par le réseau. Les tutelles ont toute leur place pour inciter les médecins généralistes à d'avantage s'impliquer dans l'ETP.

- **la formation des professionnels de santé à l'ETP** doit être plus accessible et plus concrète pour les médecins généralistes. Dans ce but, le réseau Vendée Diabète élabore en collaboration avec le CNAM Pays de Loire une formation innovante à l'ETP qui sera soumise à approbation par l'ARS avec demande de soutien financier pour les professionnels libéraux qui s'inscrivent.

- **améliorer l'accessibilité des patients à l'ETP** en s'appuyant sur plusieurs actions : développer des programmes d'ETP au sein des MSP qui le souhaitent, inciter les médecins traitants à renforcer leur démarche d'ETP auprès des patients en situation précaire (isolement, CMU-C), augmenter l'offre d'ateliers en soirée ou le samedi dans la limite du surcoût budgétaire.

F. Modalités de mise à disposition du rapport d'évaluation quadriennale aux bénéficiaires et aux professionnels de santé du parcours

Le rapport d'évaluation quadriennale sera accessible sur le site internet du réseau. Une information sera délivrée aux bénéficiaires du programme et aux professionnels de santé.

Source : Evaluation quadriennale d'un programme d'ETP - Guide pour les coordonnateurs et les équipes. HAS 2014.