



## Réseau Pré-Ré-Diab



# Rapport d'évaluation quadriennale ETP Réseau Pré-Ré-Diab

octobre 2014

26 rue d'Harfleur  
71200 LE CREUSOT  
Tel : 03 85 77 74 79  
Fax : 03 85 77 74 18  
[ansberna@gh-cm.fr](mailto:ansberna@gh-cm.fr)

# RAPPORT D'ÉVALUATION QUADRIENNALE ETP

## RESEAU PRE RE DIAB

### A. PROGRAMME ET IDENTIFICATION DU COORDONNATEUR DE L'ÉQUIPE :

- . Date d'autorisation du programme : 25 février 2011
- . Date du rapport d'Évaluation quadriennale : 25 octobre 2011
- . Intitulé du programme : « **Prise en charge ambulatoire globale des patients diabétiques type 1 et type 2** »
- . Identification du coordonnateur :  
Docteur Sylvaine CLAVEL - endocrino diabétologue – Médecin chef du service de diabétologie Hôtel Dieu LE CREUSOT  
26 rue d'Harfleur 71200 LE CREUSOT  
[ansberna@gh-cm.fr](mailto:ansberna@gh-cm.fr)  
03 85 77 74 79
- . Composition de l'équipe au moment de l'évaluation quadriennale, y compris les patients intervenants :  
Médecin coordonnateur : Dr S. CLAVEL  
Médecins : Dr A. POUSSIER - Dr L. LABBE - Dr H. AGOPIAN  
Infirmières : Ch. DENIZOT - A DESSERPRIX -  
Diététiciennes : M. BOUVILLON – D. COGNEAU  
Sages – femmes : RESPAM AUTUN et maternité du CREUSOT
- . Description du programme :
  - **Prise en charge globale ambulatoire des patients diabétiques de type 2** dans l'objectif de développer des compétences d'adaptation du traitement et de modification du mode de vie quotidien en proposant un cycle de 6 séances abordant les thèmes du diabète, de la nutrition et de l'activité physique.
  - **Prise en charge ambulatoire des patientes atteintes de diabète gestationnel** dans l'objectif de développer des compétences d'auto surveillance, d'auto soins et de modification du mode de vie quotidien en proposant un cycle comprenant un apprentissage de l'autocontrôle glycémique, une éducation nutritionnelle et un apprentissage de l'injection d'insuline avec un accompagnement téléphonique hebdomadaire ou bi mensuel jusqu'à l'accouchement.
  - **Prise en charge ambulatoire des patients porteurs de pompe à insuline** dans l'objectif de développer des compétences d'auto soins et d'adaptation du traitement avec l'appropriation d'un outil spécifique au traitement du diabète dans la vie quotidienne comprenant un cycle initial et un cycle de suivi d'approfondissement personnalisé.
  - **Prise en charge ambulatoire des patients diabétiques insulinisés en difficulté** dans l'objectif d'apporter une assistance et un soutien jusqu'à autonomisation sous forme d'un cycle d'accompagnement de 3 à 6 mois.

## **B. DEROULEMENT DE L'EVALUATION QUADRIENNALE :**

Sous l'égide du coordonnateur, une auto évaluation interne a été réalisée chaque fin d'année afin d'analyser les résultats quantitatifs et qualitatifs de chaque cycle éducatif.

3 réunions ont été programmées en septembre et en octobre avec l'ensemble de l'équipe éducative :

1° juin 2014 : présentation de la maquette du rapport d'activité 2014

2° septembre 2014 :

- préciser les modalités de l'évaluation quadriennale
- demander à l'équipe éducative de réfléchir individuellement au questionnaire sur la mise en œuvre du programme et les effets constatés.
- demander aux responsables de chaque cycle éducatif d'effectuer la synthèse de l'évolution de chaque cycle au cours des 3 dernières années, notamment à partir des questionnaires de satisfaction, souhaits et acquisitions des compétences complétés par les patients.

3° octobre 2014 : La 3<sup>ème</sup> réunion a permis d'analyser les réponses aux questionnaires sur la mise en œuvre du programme, et les synthèses de chaque cycle éducatif afin d'en dégager les améliorations et les modifications à apporter.

## **C. ANALYSE DES EFFETS DU PROGRAMME ET CONCLUSIONS :**

Effectuée :

- à partir des questionnaires complétés par l'équipe éducative qui a répondu avec les critères : très bien - bien - à améliorer - insuffisant.
- à partir des questionnaires adressés aux patients durant les cycles éducatifs (satisfaction, acquisitions, changement de comportement).
- à partir des questionnaires envoyés aux médecins généralistes en 2011 et 2012 à l'occasion des thèses des Dr HERRY et VINATIER : « intérêt d'un réseau de diabète » et « relais d'éducation retenus par les médecins généralistes » au décours d'un questionnaire sur l'incitation à l'activité physique.

### **La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle abouti aux changements attendus par les bénéficiaires ?**

→ **Point de vue de l'équipe :**

1° Acquisition des compétences à l'issue des séances :

La compréhension de la maladie, des principes des traitements et des soins : très bien et bien pour le cycle diabète gestationnel et le cycle pompes à insuline, bien et à améliorer pour les cycles prise en charge globales des patients diabétiques de type 2.

2° Les compétences auto soins et sécurité : bien et très bien pour le cycle DG, pompes à insulines, bien et à améliorer pour les 2 autres cycles.

3° La mise en application des compétences au quotidien : bien et très bien pour le DG, bien pour les pompes à insulines, à améliorer pour le cycle diabète type 2, bien et à améliorer pour le cycle de soutien à l'adaptation des injections d'insuline.

4° Le changement de mode de vie : très bien et bien pour le DG, à améliorer pour le cycle diabète type 2.

Pour l'équipe éducative, les effets sont plutôt favorables pour l'ensemble des cycles éducatifs ; des améliorations sont cependant à apporter au cycle de diabète de type 2 (activité physique insuffisante dans le changement de mode de vie) et nécessité de renforcer la notion de résistance à l'insuline liée à la graisse abdominale.

La mise en œuvre du programme a amélioré les échanges interprofessionnels, le partage des informations et des idées et la recherche de l'adaptation du contenu de chaque cycle éducatif au plus près des besoins, souhaits et capacités des patients avec le souci d'une organisation efficace dans le but de favoriser l'accueil des patients.

C'est une dynamique motivante et valorisante génératrice de créativité dans l'animation et le développement des cycles éducatifs.

Remarques : difficultés constatées dans l'organisation du diabète gestationnel ou la gestion téléphonique a augmenté de façon anarchique avec un enregistrement du suivi des patientes insuffisant et incomplet, et gestions des mails des patientes peu pratique. Le parcours des cycles éducatifs des patients sous pompe à insuline n'est pas suffisamment formalisé dans son dossier.

Comment gérer la fidélisation de certains patients à un cycle éducatif ?

→ **Point de vue des bénéficiaires :**

• Cycle de prise en charge globale ambulatoire des patients diabétiques de type 2 :

- 83 % des patients sont satisfaits de l'organisation et de la gestion des RV
- 60 % sont satisfaits de la fréquence des réunions
- 81 % sont satisfaits des connaissances apportées
- 57 % sont satisfaits des locaux
- 67 % sont satisfaits de la méthode

Remarques :

- 85 % souhaiteraient un suivi un an après
- les personnes travaillant n'ont pas accès facilement au cycle éducatif
- 44 % seulement ont augmenté leur activité physique

• Cycle prise en charge ambulatoire des patientes atteintes de diabète gestationnel :

- 78 % sont satisfaites du suivi (entretien initial, groupe et suivi téléphonique)
- 100 % ont les réponses à leurs interrogations concernant la pathologie
- 77 % apprécient la séance de groupe multidisciplinaire

Remarques :

- difficultés parfois à joindre la cellule de coordination lors du suivi téléphonique
- déplacements difficiles pour certaines mamans pour le premier entretien multidisciplinaire
- des demandes thématiques sont récurrentes pour les séances de groupe

• Cycle prise en charge ambulatoire des patients sous pompe à insuline :

- Le développement de cet outil thérapeutique dont la technicité de plus en plus performante permet une adaptation plus efficace aux différentes situations de vie, a

entraîné une demande des patients pour approfondir et utiliser au quotidien et au maximum les différents paramètres. De nouveaux thèmes ont été proposés depuis 2011 et l'élaboration d'autres thèmes est prévue pour l'année à venir.

- Les patients qui travaillent demandent encore plus de souplesse des cycles par rapport aux heures de travail.
- difficultés pour certains patients de suivre plusieurs cycles éducatifs en cas d'autre pathologie nécessitant également un processus d'auto soins et d'adaptation à la maladie.

• Cycle de prise en charge ambulatoire d'assistance et de soutien pour l'autonomisation dans l'adaptation du traitement insulinique :

- 80 % des patients déclarent être rassurés, mis en confiance par cet accompagnement.
- 80 % des patients ont acquis les compétences d'adaptation du traitement insulinique au quotidien.

Remarques :

Demandes de certains patients à poursuivre cet accompagnement après le cycle

→ **Point de vue du médecin traitant et professionnel de santé du parcours de soins :**

90 % des MG sont satisfaits dans l'aide pour l'éducation thérapeutique et 84 % dans l'aide à la motivation des patients :

- dont 95 % pour l'éducation diététique
- dont 58 % pour l'aide à la motivation à pratiquer une activité physique

Les rencontres multidisciplinaires lors des formations inter professionnelles permettent de constater un ressenti positif.

De nouvelles cellules d'éducation thérapeutiques diététiques ont été développées à la demande des médecins généralistes.

Les échanges sont facilités et favorisent l'harmonisation des pratiques, l'implication des soignants locaux et leur motivation à orienter les patients.

Remarque :

- insuffisance toutefois d'information sur le contenu du programme et des cycles proposés.
- harmoniser, synthétiser et simplifier les comptes rendus de suivi des cycles éducatifs.
- territoires éloignés et isolés non pourvus.

**La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle eu des conséquences sur le fonctionnement de l'équipe ?**

D'avantage de cohésion, d'implication active, et de complémentarité entre les différents intervenants. Amélioration du partage de l'information, des expériences. Amélioration de la cohérence des contenus, des méthodes pédagogiques (formalisation écrite mise à jour des protocoles de chaque cycles éducatifs) . Développement de la créativité dans l'animation des séances, dans la conception et l'utilisation de nouveaux outils pédagogiques plus ludiques et attractifs. Equipe plus constructive, à l'écoute.

Remarques :

Les réunions de l'équipe éducative sont plus régulières et plus fructueuses, ressenties comme une nécessité. Mais l'augmentation du temps de partage avec une équipe de plus en

plus sollicitée, avec l'augmentation des besoins, l'exigence de répondre à cette augmentation, est parfois difficile à concilier.

La création d'outils éducatifs, le développement de nouveaux projets sont très chronophages.

### **Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme ETP a-t-elle entraîné une dynamique au niveau individuelle ?**

Reconnaissance de l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'éducation, demande et réalisation de formations pour développer les capacités d'écoute, de pédagogie et d'animation de groupe. Propositions de projets et d'outils éducatifs innovants.

### **Dans quelle mesure la mise en œuvre du programme ETP a-t-elle fait évoluer la relation interpersonnelle entre les bénéficiaires ?**

Renforcement de l'écoute active, reconnaissance et respect de la personnalité et de la dignité de chaque bénéficiaire, reconnaissance des efforts et difficultés pour gérer au quotidien la maladie et sa répercussion sur le plan émotionnel et relationnel.

Remarque :

L'équipe plus aguerrie a été amenée à réfléchir pour **reformuler le questionnement du diagnostic éducatif** en prenant compte d'une dimension plus humaine et comportementale. Meilleur accompagnement du patient avec un risque de fidélisation.

### **La mise en œuvre du programme d'ETP a-t-elle permis son intégration dans l'offre de soins locale ?**

- bonne liaison avec les MSP où un cycle éducatif a été développé, où les médecins généralistes sont davantage impliqués dans l'inclusion des patients.
- bonne liaison avec le service de diabétologie bien informé du programme éducatif qui oriente de façon ciblée les patients diabétiques dans un cursus éducatif au sein du parcours de soins.
- demandes actuellement en cours afin de développer des partenariats dans les territoires isolés (futures MSP).

Remarque:

Objectifs, contenu, déroulement, accessibilité du programme éducatif avec ses cycles insuffisamment connus par les professionnels de santé non adhérents au réseau.

Le programme éducatif ambulatoire de proximité réduit les inégalités de santé dans la mesure où il devient plus accessible aux patients (réflexion en cours sur la formation et l'intégration active des professionnels de santé locaux dans le programme).

La démographie médicale appauvrie explique un manque de disponibilité des professionnels de santé dans certains territoires.

La continuité du parcours éducatif en lien avec le médecin traitant n'est pas suffisamment formalisée concernant la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques de type 2, des patientes atteintes de diabète gestationnel et des patients diabétiques du cycle d'aide à l'adaptation du traitement à l'insuline.

## **CONCLUSION DE L'ANALYSE DES EFFETS DU PROGRAMME**

Intérêt de poursuivre un programme d'éducation thérapeutique ambulatoire de proximité visant à réduire les inégalités de santé par son accessibilité et s'intégrant dans une offre de soins locale dont il convient de renforcer la communication, avec des équipes éducatives multidisciplinaires impliquées, formées et motivées.

Les effets constatés sont favorables dans l'ensemble pour les bénéficiaires et les équipes éducatives, mais demandent des améliorations et des adaptations pour chacun des cycles afin de répondre aux demandes et besoins des bénéficiaires, tant au niveau des contenus des programmes, de leur organisation et de leur transmission auprès des MG.

Des réflexions doivent être orientées vers une prise en charge encore plus adaptée à partir d'un diagnostic éducatif mieux élaboré, mieux formulé, et un partage des informations plus efficace avec les professionnels de santé intégré dans le parcours de soins des patients.

Enfin, l'équipe éducative doit s'attacher à poursuivre en continu l'évaluation de ce programme en améliorant le recueil des avis des bénéficiaires, des équipes médicales, et des médecins traitants et autres professionnels de santé en axant davantage les questionnaires sur les compétences acquises et les changements de comportement au quotidien.

Au total, cette démarche d'analyse a permis de formaliser les remises en question de l'équipe éducative de façon cohérente vers une démarche de qualité éducative en lien avec tous les partenaires du parcours de soins. Une dynamique de développement et de suivi de projet est instaurée.

## **D. ANALYSE DES EVOLUTIONS DU PROGRAMME D'ETP ET CONCLUSIONS**

### **Evolution du programme grâce aux évaluations annuelles :**

Le rapport d'activité réalisé chaque année avec des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de l'activité de chaque cycle est analysé en tenant compte des résultats des questionnaires de satisfaction, d'acquisition et des différentes demandes émanant des bénéficiaires, des professionnels de santé (il est commenté lors du CA du réseau dont font partie des médecins généralistes), et de l'équipe éducative.

- depuis 2011, le cycle éducatif pompes à insuline en ambulatoire a rendu plus évolutif son cycle initial en proposant un cycle de suivi d'approfondissement.
- en 2012, un plan de communication a été relancé auprès des MG et des pharmaciens sur l'existence du cycle éducatif pour les patients diabétiques de type 2, son contenu et l'accessibilité. Une restructuration de ce même programme a débuté en 2014.
- des réflexions autour du diagnostic éducatif ont conduit à la reformulation du document de synthèse depuis 2012.
- en septembre 2012 a été mis en place un cycle de prise en charge en ambulatoire des patients diabétiques en difficulté pour adapter leur traitement à l'insuline afin de renforcer et de mieux adapter leur prise en charge.
- L'organisation des cycles diabète type 2 et diabète gestationnel a été revue en 2014.

## **Comment ont évolué les indicateurs de fonctionnement, de mise en œuvre, de coordination ?**

### Analyse de la qualité de fonctionnement du programme ETP :

Médecin coordonnateur : Dr S. CLAVEL

Médecins : Dr A. POUSSIER - Dr L. LABBE - Dr H. AGOPIAN

Infirmières : Ch. DENIZOT - A DESSERPRIX -

Diététiciennes : M. BOUVILLON – D. COGNEAU

Sages – femmes : RESPAM AUTUN et maternité du CREUSOT

L'équipe éducative est restée stable ; Les médecins, infirmières, diététiciennes sont tous formés à l'éducation thérapeutique et poursuivent cette formation en continu. Une IDE est actuellement en 2<sup>ème</sup> année de formation « master santé publique, éducation thérapeutique, éducation santé ». Les IDE et diététiciennes ont toutes bénéficié d'une formation à l'écoute du patient (entretien motivationnel).

### Analyse de la qualité de la mise en œuvre du programme :

#### **1) Prise en charge globale ambulatoire des patients diabétiques de type 2**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Nb total de patients pris en charge	350	326	333
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre initiale	307 87,7 %	265 81,2 %	268 80,5 %
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre de suivi	43 12,3 %	61 18,8 %	65 19,5 %
Nb de cycles /nb de patients par cycle	64 / 5 à 6	73 / 4 à 5	80 / 4
Nb de patients sortis du cursus	14,5 %	17 %	15,3 %

#### **2) Prise en charge ambulatoire des patientes atteintes de diabète gestationnel**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Nb total de patients pris en charge	178	173	181
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre initiale	154 86,5 %	153 88,4 %	181 85,6 %
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre de suivi	24 13,4 %	20 11,5 %	26 14,3 %
Nb de cycles /nb de patients par cycle	178	173	181
Nb de suivis téléphoniques	1422	2591	2437
Nb de séances en groupe (bi mensuelles)	41	43	42
Nb moyen de participants aux séances de groupe	4 à 6 participants		

#### **3) Prise en charge ambulatoire des patients porteurs de pompe à insuline**

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Nb total de patients pris en charge	116	129	153
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre initiale	25	21	26
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre de suivi	55	68	80
Nb de cycles /nb de patients par cycle	27/1 à 5	29/1 à 5	35/ 1 à 6
Nb de suivis téléphoniques	116	202	288



#### 4) Prise en charge ambulatoire des patients diabétiques insulinisés en difficulté

	2011	2012	2013
Nb total de patients pris en charge		19	24
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre initiale		19 100 %	20 84 %
Nb de patients ayant bénéficié d'une offre de suivi			4 16 %
Nb de cycles /nb de patients par cycle		19	24
Nb de suivis téléphoniques		458	435
Nb de patients sortis du cursus		3	4

Stabilité de l'effectif des bénéficiaires des cycles éducatifs ;

En 2012, la diminution du nombre de bénéficiaires du cycle diabète de type 2 a entraîné une relance de communication auprès des professionnels de santé.

Le nombre de bénéficiaires sortant du cursus avant la fin est également stable, témoignant de la motivation des patients mais aussi de l'attractivité et de l'intérêt du cycle éducatif ; cet indicateur renseigne sur la pertinence du diagnostic éducatif et les motivations des patients lors des inclusions. Augmentation du nombre de patients dans le cycle aide à l'adaptation des traitements à l'insuline témoignant d'un besoin.

Le nombre d'entretiens téléphoniques lors des cycles (DG +adaptation du traitement à l'insuline) est en augmentation, et est significatif du souci de l'équipe éducative de s'adapter aux patients (éviter les déplacements pour les femmes enceintes en raison de leur état de santé et pour les patients éloignés et isolés).

Augmentation du nombre des patients en cycle d'approfondissement pour pompes à insuline lié aux progrès de la technologie et aux demandes des patients.

##### Analyse de la qualité de la coordination :

- information du médecin généraliste : chaque inclusion dans un cycle éducatif est communiquée au médecin traitant. Un courrier de synthèse du déroulement du cycle éducatif, et des objectifs réalisés ou non est également communiqué en fin de cursus, ou en cours de cursus si le patient ne termine pas le cursus. Le MG est contacté directement en cas de problème avec un patient.

	2011	2012	2013
Nb total de patients pris en charge tous cycles confondus	578	566	606
nb de synthèses adressées au MG	503	486	510

Remarque : réflexion en cours sur l'harmonisation d'un document synthétisant la fiche d'inclusion avec le diagnostic éducatif remplie par le prescripteur, à compléter et à renvoyer en fin de cursus par l'équipe éducative pour le cycle de prise en charge du diabète de type 2.

##### **Comment a évolué la structuration de programme ?**

Reformulation du **diagnostic éducatif** en prenant compte d'une dimension plus humaine et comportementale dans le questionnement.

### 1) Prise en charge globale ambulatoire des patients **diabétiques de type 2**

Compte tenu de la demande des bénéficiaires (mieux comprendre la maladie, son traitement et les complications), des améliorations à apporter pour renforcer un changement de mode de vie (intégration plus importante de l'activité physique à la demande des médecins), le **contenu du programme a été revu** : 2 thèmes sur les 6 thèmes auparavant consacrés à la diététique, seront désormais orientés vers la **connaissance de la maladie, son traitement et les complications avec l'infirmière** pour le premier, et pour le deuxième **l'activité physique avec la diététicienne et l'infirmière**.

Un calendrier du programme des ateliers avec le descriptif du contenu des différents thèmes est remis à chaque patient.

### 2) Prise en charge ambulatoire des patientes atteintes de **diabète gestationnel**

Le cycle de prise en charge pour chaque future maman comprenant un entretien multidisciplinaire (diabétologue-infirmière-diététicienne), un ou plusieurs ateliers de groupe (bimensuels), si besoin un atelier éducation à l'insuline et un accompagnement téléphonique, a évolué compte tenu de la difficulté de déplacement pour certaines patientes vers une **augmentation des entretiens téléphoniques** : des jours et horaires ont été redéfinis, ainsi que les critères de rappels, en incitant l'équipe à s'y tenir. Une **transmission par mail** sur le site du réseau a également été proposée facilitant la retransmission des glycémies et permettant une meilleure gestion des réponses. Pour des raisons de **sécurité**, le listing de suivi de toutes les patientes est réactualisé et vérifié chaque mois, avec une grille de suivi comptabilisant toutes les interventions et les intervenants.

Une documentation **langage commun** sur le diabète gestationnel et sa prise en charge à destination des bénéficiaires et des soignants a été actualisée ; un **protocole** de surveillance et d'adaptation du traitement à l'insuline a été instauré à la demande des soignants.

Au sein des ateliers de groupe un **nouveau thème** est abordé : « cas concret » permettant de s'identifier à une femme porteuse d'un diabète gestationnel.

La **collaboration avec le RESPAM d'AUTUN** a permis de redynamiser l'atelier de groupe sur AUTUN avec des thématiques autour de la nutrition, la conduite à tenir après l'accouchement, l'atelier «cas concret» répondant à la problématique de déplacement pour la population de cette ville.

### 3) Prise en charge ambulatoire des patients porteurs de pompe à insuline

Depuis 2011, création d'un cycle de suivi d'approfondissement personnalisé pour chaque patient pour répondre à sa demande ou aux besoins après un cycle initial : 12 thèmes sont désormais proposés et une documentation adaptée à chaque thème a été élaborée pour remettre aux patients :

- Comment je vis mon diabète avec ma pompe à insuline ?
- Comment voyager avec ma pompe à insuline ?
- Qu'est-ce-que qu'un schéma de remplacement ?
- Ma pompe, mon cathéter et mon prestataire

**Hypoglycémies et hyperglycémies**

- Comment faire face à une hyperglycémie avec acétone ?
- Comment prévenir et corriger les hypoglycémies ?
- Comment réagir face à une hypoglycémie sévère ?

### **Insulinothérapie fonctionnelle et pompe à insuline**

- Comment adapter mes doses de bolus à mon alimentation ? Initiation insulinothérapie fonctionnelle (IF)

### **Grossesse**

- Comment équilibrer mon diabète en vue d'une grossesse ?
- Comment adapter mes doses d'insuline pendant ma grossesse (débit de base et bolus) ?

### **Mesure continue de glucose**

- Comment varient mes glycémies ?
- Comment utiliser la mesure continue du glucose ?

Une fiche récapitulative des cycles éducatifs effectués par chaque patient a été revue avec l'introduction des nouveaux thèmes proposés, à intégrer dans le dossier éducatif et médical du patient simplifié, de façon à faciliter l'évaluation du suivi.

#### **4) Prise en charge ambulatoire des patients diabétiques insulinisés en difficulté**

Créé en septembre 2012 pour répondre au besoin des patients et des soignants :

- constat des difficultés des patients qui appellent la cellule de coordination du réseau pour adapter leur traitement,
- constat que la durée de séjour en milieu hospitalier est trop courte pour certains patients qui s'approprient la technique d'injection mais pas l'adaptation des doses d'insuline et qui nécessite parfois le recours à l'IDE libérale,
- constat du besoin d'être rassuré, mis en confiance, accompagnés dans la gestion d'un traitement qui fait peur,
- constat que les patients n'améliorent pas leur équilibre dans les mois qui suivent les mises à l'insuline par crainte de modifier les doses,
- et constat qu'aucune structure actuellement ne peut proposer ce type d'accompagnement.

Un cycle comprenant un entretien multidisciplinaire (médecin, IDE, diététicienne, patient) permettant d'élaborer un diagnostic éducatif, puis un accompagnement téléphonique hebdomadaire le 1<sup>er</sup> mois, puis bi mensuel les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> mois, puis mensuel les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> mois a été instauré.

Remarque : nécessité d'accorder le temps nécessaire à la vérification des acquisitions techniques avant de débiter le cycle. Un atelier de groupe autour du ressenti du parcours éducatifs, de la vérification des acquisitions au quotidien, permettra de conclure ce cycle éducatif de façon à mieux en analyser les effets.

#### **Evolution des outils éducatifs - nouveaux outils créés :**

- photo langage autour de l'activité physique en 2011

- livret diététique imagé à destination de toutes les populations (DG, diabète type 1 et type 2, enfants, parents, et soignants) permettant de mieux repérer les groupes d'aliments (légumes verts, féculents, fruits, charcuteries...) et d'en apprécier la charge en sucres et graisses sous forme d'un fléchage du moins au plus (sucré, gras, calorique) créé en 2013.
- livret langage commun sur toute la prise en charge du diabète gestationnel à destination des patientes et des soignants.
- jeu éducatif de mise en situation sur l'adaptation du traitement hypoglycémiant avec des comprimés fictifs, des insulines fictives et cartes de mise en situation (repas, activité physique, hypoglycémies, glycémies élevée) .
- atelier «cas concret» et « le goût » pour le diabète gestationnel.

## CONCLUSION DE L'ANALYSE DES EVOLUTIONS DU PROGRAMME

### **En ce qui concerne la qualité de la mise en œuvre de l'ETP :**

L'ensemble de l'équipe a entamé sa réflexion et revu la validité des **diagnostics éducatifs** afin de mieux orienter les patients et de mieux cibler leurs besoins et l'attitude éducative qui en découle.

Chacun des 4 cycles éducatifs a vu des **restructurations**, tant au plan des **contenus**, que sur le plan de l'**organisation au cours de ces 4 années qui sont à poursuivre** ; 4 nouveaux thèmes sont prévus pour le cycle d'approfondissement des pompes à insuline, modification du contenu du cycle de prise en charge ambulatoire des patients diabétiques de type 2 avec l'introduction d'un thème plus général sur le diabète et un travail de recherche sur une méthode plus active, plus ludique et plus incitative, est engagé pour l'atelier activité physique .

### **En ce qui concerne la qualité du fonctionnement de l'ETP :**

Poursuite de la formation continue de l'équipe éducative, avec la formation en 2<sup>ème</sup> année pour une infirmière en « master éducation santé publique, éducation thérapeutique, éducation santé ». Participations prévues pour les autres membres de l'équipe éducative à des formations ponctuelles et poursuite des échanges formateurs interprofessionnels internes de l'équipe éducative.

### **En ce qui concerne la qualité de la coordination :**

Un plan de communication des cycles éducatifs va être relancé pour 2015.

L'harmonisation (après avis des prescripteurs) d'un document synthétisant la fiche d'inclusion avec le diagnostic éducatif remplie par le prescripteur, à compléter et à renvoyer en fin de cursus par l'équipe éducative pour le cycle de prise en charge du diabète de type 2 et sur l'ensemble des sites simplifiera l'accessibilité, la transmission et la retransmission des informations.

## **E. DECISIONS PRISES POUR L'AVENIR DU PROGRAMME**

**Mettre en œuvre l'analyse des évolutions du programme ci-dessus.**

Pour permettre une meilleure intégration dans l'offre de soins locale et réduire les inégalités de santé, la coordination s'oriente pour l'année à venir vers un **appui de proximité à l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 sous 2 formes** :

- l'aide au développement de ce cycle éducatif en mobilisant et en formant les professionnels de santé locaux, ce qui en favorisera l'implication.
- la poursuite et le développement de ce cycle avec l'équipe mobile actuelle (infirmière et diététicienne) lorsque les équipes soignantes ne sont pas en mesure de les assurer (manque de moyens, de formation ou de motivation).

Orientations pour lesquelles il convient **d'harmoniser les pratiques de diagnostic éducatif, de recueil des informations et des évaluations en collaboration avec les acteurs locaux plus impliqués.**

Le cycle de prise en charge ambulatoire des patientes atteintes de diabète gestationnel devra s'orienter également vers un appui de proximité dans les zones éloignées.

Les cycles plus spécifiques de prise en charge des patients sous pompe à insuline et d'aide à l'adaptation du traitement insulinique peuvent rester centralisés, l'un par sa spécificité et l'autre par sa structuration basée en grande partie sur l'accompagnement téléphonique, mais les deux devant être coordonnés et supervisés par le médecin spécialiste.

## **F. MISE A DISPOSITION DU RAPPORT D'EVALUATION QUADRIENNALE**

Le rapport d'évaluation quadriennale sera mis à disposition des bénéficiaires et professionnels de santé sur le site public du réseau : [www.prerediab.fr](http://www.prerediab.fr)

L'information sera diffusée auprès des secrétariats de la coordination du réseau et des cellules d'éducation thérapeutique qui pourront les communiquer à la demande.

L'information sera également diffusée sur les courriers de transmissions des cycles éducatifs et sur le flash info annuel envoyé à tous les patients chaque année.