



# PROJET DE SANTÉ DU BRIANÇONNAIS

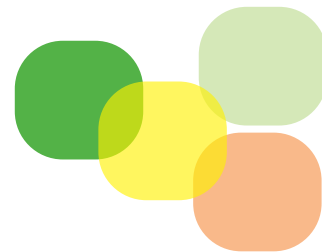
## 2ÈME COLLOQUE

# Maladies Chroniques : Faciliter le parcours du patient

Actes du colloque  
Jeudi 5 et Vendredi 6 Avril 2012  
à Briançon, Hautes - Alpes







## PRÉAMBULE

Ce deuxième colloque sur les maladies chroniques et l'éducation thérapeutique a été organisé par l'UBRAC, Union d'Établissements et de Services de Santé du Briançonnais, en partenariat avec la Société Médicale du Briançonnais. L'Agence Régionale de Santé PACA a apporté son soutien financier à ce programme.

Depuis 2005, les partenaires de santé du territoire nord des Hautes-Alpes ont fédéré leurs actions au sein du Projet de Santé du Briançonnais avec la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Hautes-Alpes, de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation puis de l'Agence Régionale de Santé PACA.

Parmi les programmes engagés, l'éducation thérapeutique a été soulignée du fait de l'engagement tout particulier des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation du Briançonnais dans la prise en charge des différentes maladies chroniques depuis la reconversion des sanas dans les années 70.

L'UBRAC présente depuis plus de 40 ans, a naturellement porté certaines actions de formation ainsi que le premier colloque organisé les 1er et 2 octobre 2009 « Education thérapeutique : Comprendre et gérer sa maladie ».

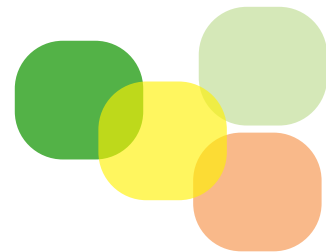
Depuis les établissements ont appréhendé les nouveaux textes de 2010 sur l'éducation thérapeutique, déposé et obtenu de nombreuses autorisations auprès de l'Agence Régionale de Santé PACA pour leurs programmes d'éducation thérapeutique.

Ce deuxième colloque intervient dans ce nouveau contexte d'une prise en charge standardisée, rigoureuse où l'échange de pratiques revêt un intérêt particulier pour les professionnels publics, privés, hospitaliers ou libéraux. La période actuelle de raréfaction des moyens et de diminution des médecins libéraux installés, nous a aussi poussé à renforcer les coopérations entre les acteurs.

Serge Coulais, cadre de santé, a mené sur une période de décembre à mars, une enquête auprès de 74 professionnels de santé libéraux et salariés du territoire apportant leur éclairage sur le parcours du patient.

Ce colloque « Maladies chroniques : Faciliter le parcours du patient » des 5 et 6 avril 2012 a rencontré un vif succès auprès des partenaires du nord des Hautes-Alpes. Les professionnels ont réaffirmé leur souhait de renforcer les synergies autour du parcours du patient atteint de maladie chronique. Il reste à poursuivre au quotidien cette dynamique et son animation, la formalisation de conventions et prochainement un Contrat Local de Santé porté par la commune de Briançon, par l'Ubrac et par les partenaires de santé.

Le bureau de l'UBRAC



# SOMMAIRE

<b>Préambule</b> .....	3
------------------------	---

<b>Ouverture par le Dr Bruno Demarescaux</b> .....	6
--	---

<b>Programme</b> .....	8
------------------------	---

<b>Les maladies chroniques</b> .....	10
--------------------------------------	----

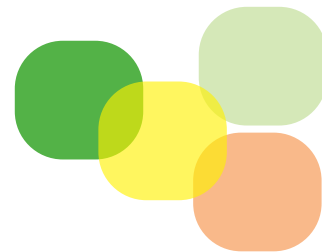
▸ Maladies chroniques : Evolution du concept et de la prise en charge Dr François Bach .....	10
▸ Parcours du patient atteint de maladie chronique Serge Coulais .....	15
▸ Briançon <i>Ville Santé OMS</i> Dr Pascal Musson .....	22

<b>L'implication des acteurs et stratégies de soins</b> .....	27
---	----

▸ Maladies chroniques : De nouvelles modalités de prise en charge Dr François Bach .....	27
▸ Le service <i>Sophia</i> de l'Assurance Maladie Dr Marie - Christine Banide .....	30
▸ Le programme cardiovasculaire de la MSA Dr Jacques Lalouette .....	36

<b>L'approche du territoire nord des Hautes-Alpes</b> .....	40
---	----

▸ Parcours et environnement du patient atteint de maladie chronique Serge Coulais .....	40
▸ Projet de Santé du Briançonnais et Contrat Local de Santé Dr Pascal Musson .....	48

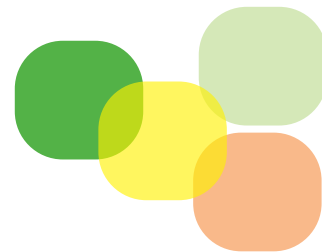


## Les programmes d'ETP engagés ..... 51

▸ Asthme de l'enfant :	
Les Jeunes Pousses, Les Hirondelles, La Guisane .....	51
▸ Obésité de l'enfant : Val Pré vert .....	55
Asthme et maladies respiratoires : Les Acacias, Rhône Azur .....	61
▸ Diabète et psychiatrie : Chant'Ours .....	67
▸ Diabète, cardiovasculaire et obésité :	
Centre Hospitalier d'Embrun .....	71

## Les ateliers ..... 75

▸ Atelier 1 : Liaison entre cabinets médicaux, pharmacies et plateaux cliniques des établissements : charte de collaboration, évaluation Coopération inter-établissements Ouverture des programmes et partage de compétences par coonventions Bruno Fagiano .....	75
▸ 2 : Formation initiale et continue des professionnels libéraux et institutionnels en éducation thérapeutique, groupe d'expert Sylvie Stagnaro .....	76
▸ 3 : Animation territoriale du dispositif Communication auprès des usagers, des associations, guichet unique Dr Méssiat .....	77



# ALLOCUTION D'OUVERTURE

## DR BRUNO DEMARESCAUX

### PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU BRIANÇONNAIS



Bonsoir,

Merci d'avoir pris de votre temps pour participer à ce colloque.

Cette soirée s'adresse à tous les professionnels de santé, libéraux ou non, et est consacrée à la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique dans le Briançonnais.

Je remercie l'UBRAC, le Dr Bach ainsi que les différents intervenants pour l'organisation de cette réunion.

Pour ceux qui ne connaîtraient pas la Société Médicale du Briançonnais, celle-ci existe depuis plus de 25 ans et aborde, mensuellement, des thèmes médicaux et chirurgicaux avec des intervenants, spécialistes locaux ou encore venus de l'extérieur du Briançonnais, constituant ainsi un lieu de formation médicale continue, un lieu de rencontre et d'échange.

Les temps changent et le temps devient de plus en plus précieux.

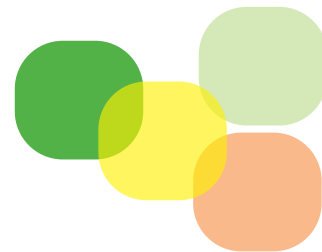
Les professionnels de santé sont entraînés dans une spirale infernale où l'ordinateur n'a pas été synonyme du «zéro papier», bien au contraire, par la multiplication de contraintes administratives amputant largement le temps médical que nous consacrons au patient par des certificats aussi nombreux et inutiles au point de motiver une circulaire nationale pour tenter de les limiter.

La manque de médecins, bien concret dans le Queyras, à l'Argentière la Bessée, pour ne parler que du Nord des Hautes-Alpes, va s'accroître encore largement que ce soit dans les vallées, en ville, à l'hôpital ou dans les centres médicaux.

Pour tenter d'y palier, la délégation des soins aux infirmières, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes va devoir se généraliser, la télémédecine va se développer et la place non tenue par les professionnels de santé sera occupée par des sources d'information non contrôlées comme internet et ses forums, notre entourage, les voisins, les médias.

Ainsi, pour en revenir à notre soirée, il nous apparaît important de trouver un soutien complétant notre tâche de professionnels de santé auprès du patient présentant une maladie chronique par des programmes d'éducation thérapeutique autorisés dont une dizaine sont déjà organisés dans le Briançonnais.

Le programme d'éducation thérapeutique va, entre autre, s'attacher à écouter le patient, à comprendre ses connaissances et son vécu de la maladie, la réaction de son entourage, et chercher à développer ses compétences d'autosurveillance et d'adaptation du traitement.



De son côté, L'Assurance Maladie a organisé sur le plan national le service *Sophia*, ciblé sur l'information à distance des diabétiques par un infirmier-conseiller en santé, un site internet et des documents papiers.

Le médecin traitant est sollicité pour connaître les objectifs à privilégier.

La MSA propose, elle, un programme cardiovasculaire d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur trois séances de 3 heures par petits groupes de 10 patients abordant 6 thèmes différents.

Les maladies chroniques phares sont, entre autres, au niveau national : le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, l'obésité, l'asthme, la bronchite chronique et le tabagisme.

Ces formations sont organisées :

- soit de façon personnalisée, évolutive selon les événements
- soit de façon collective, en groupe à l'aide de programmes préétablis sous forme de modules.

Le Dr Pascal Musson présentera l'implication de la **ville de Briançon** dans les programmes de santé en lien avec les maladies chroniques.

Tandis que Serge Coulais nous rapportera les résultats de son enquête pour l'UBRAC, auprès des professionnels de santé briançonnais.

Constituer une banque de données réactualisée recensant les aides de toutes natures (médicales, sociales, associations) existant dans le Briançonnais, ainsi qu'organiser des filières de santé, sont des objectifs qui seront abordés demain.

Merci pour votre attention



Jeudi 5 Avril 2012  
de 20 h à 22 h 30

Avec la Société Médicale du Briançonnais,

## Répondre aux attentes des professionnels de santé libéraux pour compléter la prise en charge de leurs patients.

*Soirée à l'attention des professionnels de santé, libéraux et institutionnels : médecins, pharmaciens, biologistes, radiologues, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes ...*

- 20 h 00 **Accueil des participants**, buffet
- 20 h 20 **Ouverture** par le Dr Bruno DEMARESCAUX  
Président de la Société Médicale du Briançonnais
- 20 h 30 **Les maladies chroniques** et l'évolution des modalités de prise en charge, éducation thérapeutique, cadre juridique et financier  
Dr François BACH, Fondation Edith Seltzer
- 20 h 50 **Besoins, attentes et offre en Briançonnais**  
Résultats de l'enquête auprès des professionnels de santé libéraux et institutionnels  
Serge COULAIS, UBRAC
- 21 h 30 **Briançon, ville santé OMS**, implication dans les programmes de santé en lien avec les maladies chroniques  
Dr Pascal MUSSON, Adjoint au Maire
- 21 h 45 Accompagner les maladies chroniques, le **service Sophia de l'assurance maladie**  
Dr Marie Christine BANIDE, Médecin conseil de l'Assurance Maladie
- 22 h 00 Débat sur l'évolution possible des prises en charge sur le territoire  
**Quelles filières ?**  
**Quelles coopérations entre domicile, cabinet et offre hospitalière ?**
- 22 h 15 Conclusion

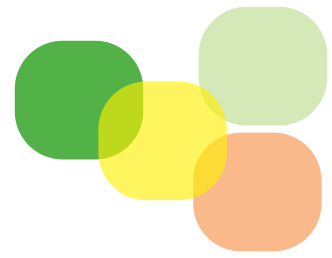




Faciliter le parcours du patient atteint de maladie chronique :  
développer les liens entre besoins des patients  
du territoire et l'offre de service existante

*Journée de travail pluri-professionnelle pour élaborer des modalités de coopération et de mutualisation entre les acteurs de santé publics et privés et les associations représentant les usagers du territoire.*

- 9 h 00 Accueil participants
- 9 h 15 Ouverture des travaux  
Christophe BURNICHON, président de l'UBRAC
- 9 h 30 **Projet de Santé du Briançonnais et Contrat Local de Santé**  
Dr Pascal MUSSON, Adjoint au Maire  
Implication de la ville de Briançon et partenariat avec l'Agence Régionale de Santé
- 9 h 45 **Présentation de l'étude UBRAC**, Serge COULAIS
- ✓ Les besoins des patients et associations d'usagers
  - ✓ Les attentes des médecins traitants et autres professionnels de santé
  - ✓ L'offre existante sur Briançon : plateaux techniques, éducation thérapeutique, compétences des équipes
- 10 h 30 Pause
- 10 h 45 **Evolution des modalités de prise en charge**
- ✓ Développement de l'ambulatoire et des équipes pluridisciplinaires
  - ✓ Nouvelles compétences et autorisations en éducation thérapeutique
  - ✓ Le programme régional de santé, les dispositifs financiers  
Dr François Bach, Fondation Edith Seltzer
- 11 h 15 **Le programme cardiovasculaire** de la MSA  
Dr Jacques LALOUETTE, médecin chef, contrôle médical MSA
- 11 h 30 **Retour d'expérience des programmes d'éducation thérapeutique autorisés**
- ✓ Asthme de l'enfant : Jeunes Pousses, Hirondelles, Guisane
  - ✓ Obésité de l'enfant : Val pré Vert
  - ✓ Asthme et maladies respiratoires : Les Acacias, Rhône Azur
  - ✓ Diabète, psychiatrie : Chant'Ours
  - ✓ Diabète, cardiovasculaire, obésité : Centre Hospitalier Embrun
- 12 h 30 Buffet
- 14h 30 **Créer les conditions d'un travail en filière**
- Atelier 1** : Liaison entre cabinets médicaux, pharmacies et plateaux cliniques des établissements : charte de collaboration, évaluation  
Coopération inter-établissements  
Ouverture des programmes et partage de compétences par conventions
- Atelier 2** : Formation initiale et continue des professionnels libéraux et institutionnels en éducation thérapeutique, groupe expert
- Atelier 3** : Animation territoriale du dispositif  
Communication auprès des usagers, des associations, guichet unique
- 16 h Synthèse et conclusion des travaux



# LES MALADIES CHRONIQUES

## MALADIES CHRONIQUES :

### EVOLUTION DU CONCEPT ET DE LA PRISE EN CHARGE - DR FRANÇOIS BACH

#### Rappeler le cadre mondial pour l'OMS

Maladies chroniques ou maladies non transmissibles (MNT) :

- ✓ Affections de longue durée qui en général évoluent lentement
- ✓ Cardiopathies, AVC, cancers, affections respiratoires chroniques, diabète ...

#### Remise en question des idées reçues

- ✓ Ce n'est pas un problème de pays développés : les MNT représentent 80% des décès dans les pays les moins développés
- ✓ 1ère cause de mortalité dans le monde (sauf en Afrique) :
  - maladies cardiovasculaires : 17 Millions
  - cancers : 7,6 Millions
  - maladies respiratoires : 4,2 Millions
  - diabète : 1,3 Millions

#### Un message mondial simple

- ✓ Des facteurs déterminants :
  - une mauvaise alimentation (manque de fruits et légumes)
  - la sédentarité
  - le tabac et l'alcool

Associés :

- au vieillissement de la population
- à l'urbanisation rapide
- ✓ Des facteurs de risque intermédiaires avec l'élévation de :
  - la tension artérielle
  - la glycémie
  - la lipidémie
  - le surpoids et l'obésité

#### De nouvelles stratégies de prise en charge

L'autonomisation des patients est le nouveau message dominant (OMS Europe) :

- ✓ Accès accru à l'information et la connaissance
- ✓ Programmes d'auto-prise en charge
- ✓ Participation des patients
- ✓ Apport de nouvelles technologies et des médias sociaux

#### Vers une définition plus hexagonale

« Un état pathologique ancien d'au moins 3 mois avec limitation fonctionnelle des activités, dépendance d'un traitement (appareillage, assistance ...) ou de soins (aide, adaptation pour le handicap, surveillance). »

#### Un élargissement du périmètre des maladies chroniques dû :

- ✓ Aux progrès de la médecine (traitement des maladies aiguës, cancers, VIH, tuberculose)
- ✓ A l'allongement de la vie des personnes malades : l'insuffisance rénale chronique, les conséquences chirurgicales (stomies), la maladie d'Alzheimer et de Parkinson



- ✓ A l'environnement : maladies psychiques, asthme, addictions, risques professionnels (amiante)
- ✓ Et encore : la douleur chronique, la polyarthrite rhumatoïde, la mucoviscidose

### L'espérance de vie augmente toujours

Sur les 30 dernières années:

- ✓ Baisse de la mortalité par infarctus et AVC (par un meilleur contrôle de l'HTA et des hyperlipidémies en particulier)
- ✓ L'âge génère de nouveaux risques : pathologies multiples, dégénérescences liées à l'âge
- ✓ Augmentation des décès par insuffisance cardiaque (+40%) et liés au diabète

### Les répercussions sur le patient et de son entourage

Une meilleure prise en compte des conséquences et des bouleversements sur la vie quotidienne :

- ✓ sociale
- ✓ scolaire, professionnelle
- ✓ affective
- ✓ familiale

### Des chiffres qui parlent ...

- ✓ 15 millions de malades en France dont 9 millions en ALD
- ✓ 70% des décès
- ✓ 2/3 des dépenses de l'Assurance Maladie pour 14% des assurés

### Un poids écrasant

- ✓ 460 000 décès par maladies chroniques
- ✓ 3 992 morts sur les routes en 2011
- ✓ 312 décès associés à la pandémie H1N1

Desquels parle-t-on le plus ?

### Des investissements disproportionnés

- ✓ 1 800 à 2 200 Millions d'euros pour l'épidémie H1N1 en 2009 (commission des finances)
- ✓ 2 539 M€ pour le budget de l'état sur la sécurité routière en 2009
- ✓ 145 M€ par an pour le plan maladies chroniques 2007-2011 (727 M€)

Un rapport de 1 à 6000 ...

« L'idéal serait d'être d'une bonne santé contagieuse. »

Robert Sabatier, Le livre de la déraison souriante - 1991

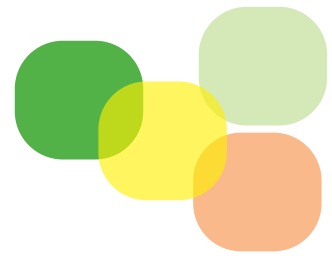
### L'évolution des prises en charge

- ✓ Un suivi médical, complété par l'abord psychologique et social (les équipes pluridisciplinaires)
- ✓ Une prise en charge de proximité (médecin traitant, réseaux, services à domicile...)
- ✓ La participation du patient à la gestion de sa pathologie (l'ETP)
- ✓ Prévention en amont sur les comportements (les TCC)

### Une vision pragmatique à défaut de guérison

« Mieux vivre avec la maladie, en essayant de retarder l'apparition des complications et en améliorant la qualité de vie ... »

C'est la définition de l'éducation thérapeutique.



### L'adaptation de l'offre

- ✓ Ajuster l'offre des établissements jusque là axés sur les soins en phase aigue
- ✓ Du médecin traitant isolé dans le suivi des patients chroniques vers une équipe pluridisciplinaire
- ✓ Renforcer l'intégration des personnes malades et handicapées dans la vie sociale et professionnelle
- ✓ Apporter une aide à domicile et en accueil temporaire
- ✓ Aider les aidants

### Une nouvelle place pour les pharmaciens

Ex. le programme de dépistage du diabète / URPS 2012

- ✓ Repérage de personnes > 45 ans non connues comme malades dans des zones « vulnérables »
- ✓ Sans RV : TA, IMC, problème abdominal, glycémie, capillaire
- ✓ Annonce obésité, confirmation labo, suivi tél.
- ✓ Pas de conseil diététique, respect du libre choix du MT
- ✓ 42 000 € pour 4 200 personnes (10 € par personne)

### Déploiement d'autorisations en Education Thérapeutique ETP

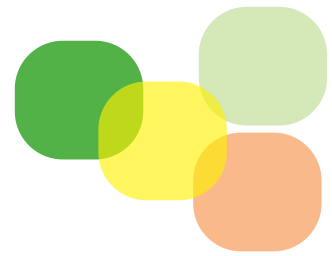
- ✓ Hospitalières (CH, SSR) non financées
- ✓ Ambulatoires (CH, SSR, libérale, mutualiste) financées
- ✓ Thématiques diverses mais éparpillées sur le territoire :

Quel lien entre le médecin traitant et les programmes qui fonctionnent régulièrement avec des professionnels entraînés ?



## CARTOGRAPHIE DES PROGRAMMES ETP AUTORISES EN PACA AU 01/03/2012

NOM COORDONNATEUR	TELEPHONE	ADRESSE MAIL	Dpt	PROMOTEUR	TITRE DU PROGRAMME	AMBULATOIRE
Dr Michel CAHAINE	01 44 16 89 89	<a href="mailto:michel.cahaine@ajp-educ.org">michel.cahaine@ajp-educ.org</a>	05	AJD sur Val pré vert	Diabète de l'enfant	NON
Mme Sylvie STAGLIARO	04 92 25 31 52	<a href="mailto:educationtherapeutique@fondationseltz.fr">educationtherapeutique@fondationseltz.fr</a>	05	Chant'Ours	Psychiatrie	NON
Dr Marc FRERE	04 92 25 31 52	<a href="mailto:m.freere@fondationseltz.fr">m.freere@fondationseltz.fr</a>	05	Chant'Ours	Diabète	OUI
Mme Catherine VERNIET	04 92 21 00 94	<a href="mailto:catherine.verni05@orange.fr">catherine.verni05@orange.fr</a>	05	La Guisane	Asthme de l'enfant	NON
Mr Guillaume BONNET	04 92 25 39 00	<a href="mailto:accasreentrainement@acacias.fr">accasreentrainement@acacias.fr</a>	05	Les Acacias	Asthme et maladies respiratoires	NON
Dr Dominique SABOURAUD	04 92 21 11 10	<a href="mailto:sabouraud@ch-embrun.fr">sabouraud@ch-embrun.fr</a>	05	Les Jeunes Pousses	Asthme de l'enfant	NON
Dr Sophie GUIBERT-BENJASR	04 92 21 07 12	<a href="mailto:sguibert@ch-embrun.fr">sguibert@ch-embrun.fr</a>	05	Les Mitrailles	Asthme de l'enfant	NON
Dr Françoise MALINNAUD	04 90 13 60 79	<a href="mailto:malinnaudfrancoise@alpesvacluse.msa.fr">malinnaudfrancoise@alpesvacluse.msa.fr</a>	05	MSA Alpes Vaucluse	Cardio vasculaire	OUI
Dr Joel BOUSQUET	04 92 52 33 33	<a href="mailto:joel.bousquet05@gmail.com">joel.bousquet05@gmail.com</a>	05	Pôle de santé SELVANCE	Diabète 2	OUI
Dr Laurence SIRDEY	04 92 50 47 03	<a href="mailto:laurence.sirdey@la-source-sa.com">laurence.sirdey@la-source-sa.com</a>	05	Centre médical La Source	Stomisés	NON
Dr Séverine POSTAIRE	04 92 43 73 00	<a href="mailto:s.postaire@ch-embrun.fr">s.postaire@ch-embrun.fr</a>	05	CH Embrun	Diabète 2	OUI
Mme Karine EVRARD	04 92 43 73 00	<a href="mailto:k.evrard@ch-embrun.fr">k.evrard@ch-embrun.fr</a>	05	CH Embrun	Obésité adulte	OUI
Mme Karine EVRARD	04 92 43 73 00	<a href="mailto:k.evrard@ch-embrun.fr">k.evrard@ch-embrun.fr</a>	05	CH Embrun	CV	OUI
Dr Marie Aude DUQUESNOY	826 464 655	<a href="mailto:c.m.rhone-azur@rhonecampanac.com">c.m.rhone-azur@rhonecampanac.com</a>	05	SSR Azur Provence	I Respiratoire chronique	NON
Mme Amandine MOTTE	04 92 46 88 00	<a href="mailto:v.p.v@frce.fr">v.p.v@frce.fr</a>	05	Val Pré vert	Obésité enfant	NON



## Améliorer la qualité de vie des patients

Exemple du diabète

- ✓ Le diagnostic éducatif permet d'identifier avec le patient ses besoins et attentes et définir un programme personnalisé d'ETP :
  - Acquérir des connaissances sur sa maladie : l'information
  - Acquérir des compétences d'auto-soins : résultat d'une auto-mesure, adapter les doses, modifier son mode de vie, son traitement selon le contexte (voyage, sport ...), repérer les signes d'alerte (hypo)
  - Acquérir des compétences d'adaptation : confiance, gérer ses émotions, le stress, résoudre des problèmes

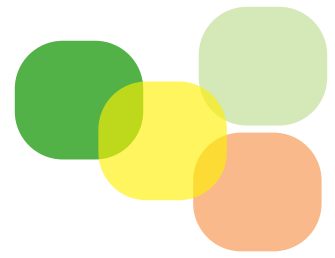
## Admettons l'irrationnel

« L'homme a tout au long de sa vie des comportements en évolution et en contradiction. »

« Arrêtons le discours de moralisation de prof à élève, de parent à enfant. »

T. Dael, Ciss Bretagne



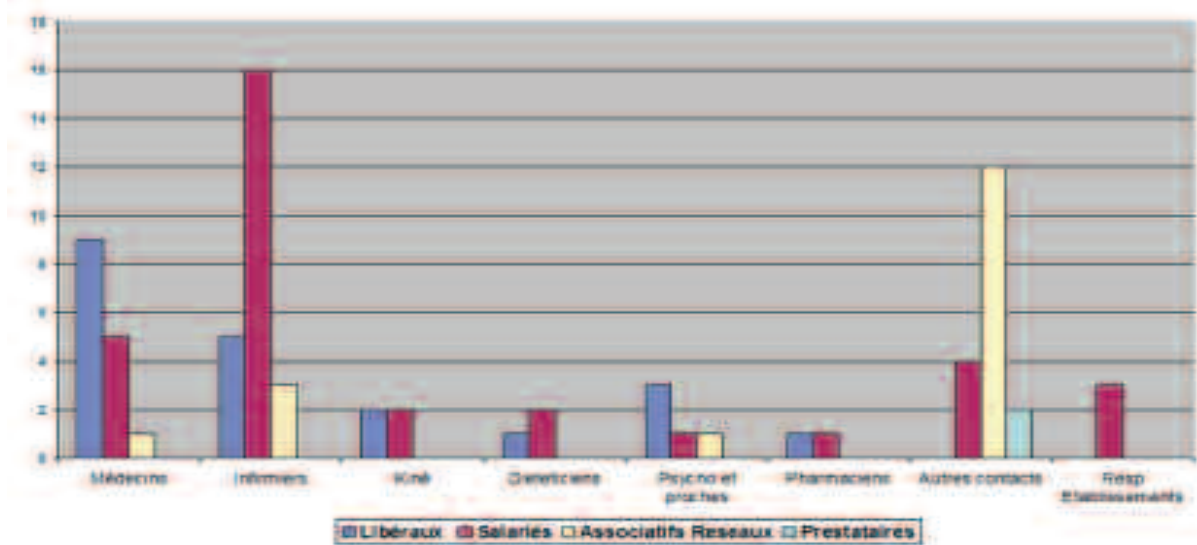


## PARCOURS DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE : UNE (QUELLE) PLACE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE - SERGE COULAIS

### Méthodologie de l'étude

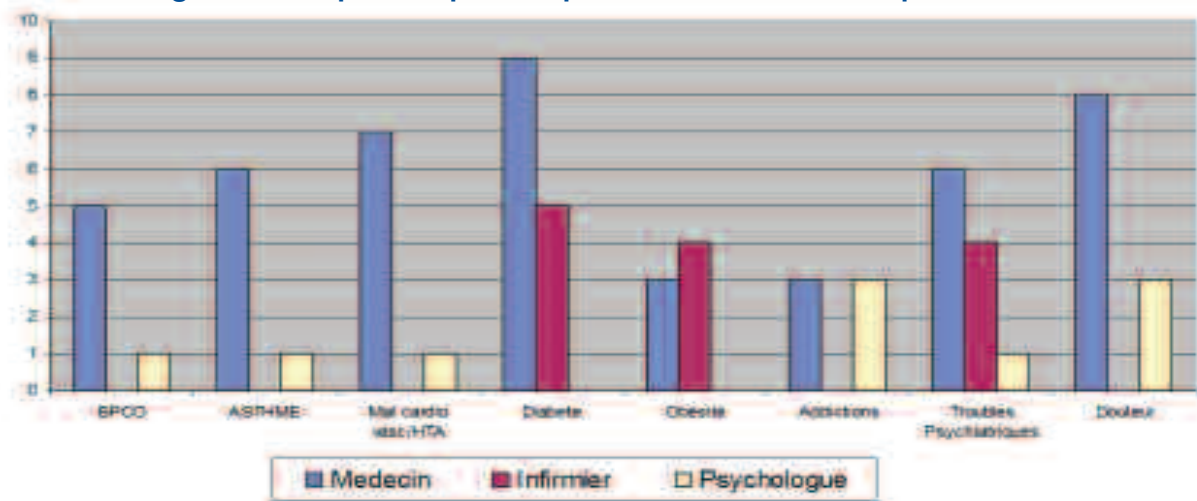
#### ✓ Participants

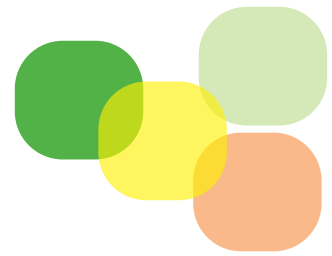
Participants étude



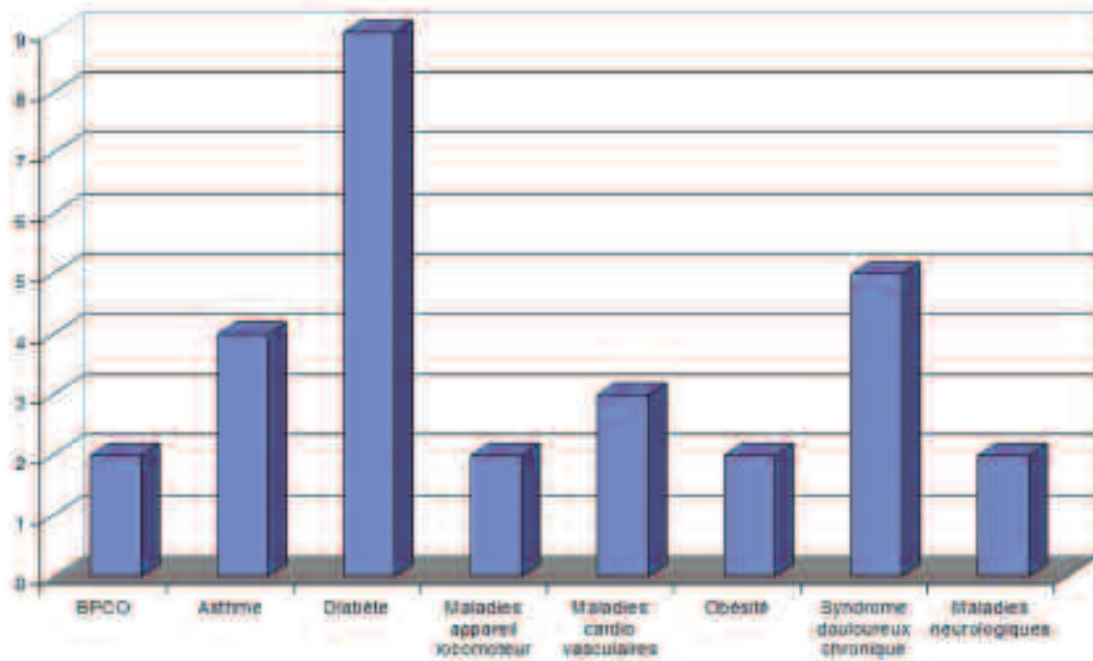
#### ✓ Palmarès des maladies chroniques

Pathologies chroniques les plus fréquentes dans l'exercice professionnel libéral





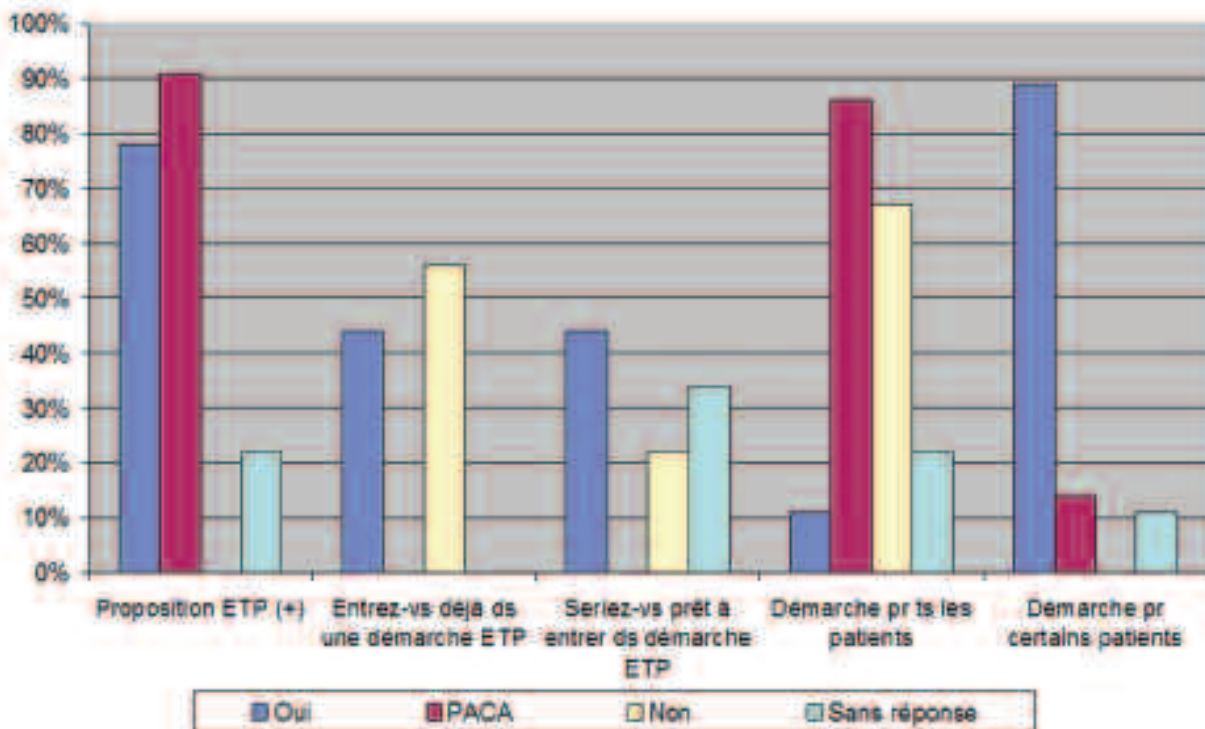
## Palmarès des maladies chroniques concernées par l'ETP



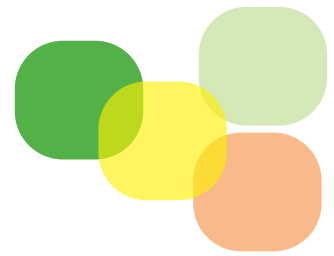
## ETP et professionnels libéraux (médecins)

✓ Positionnement

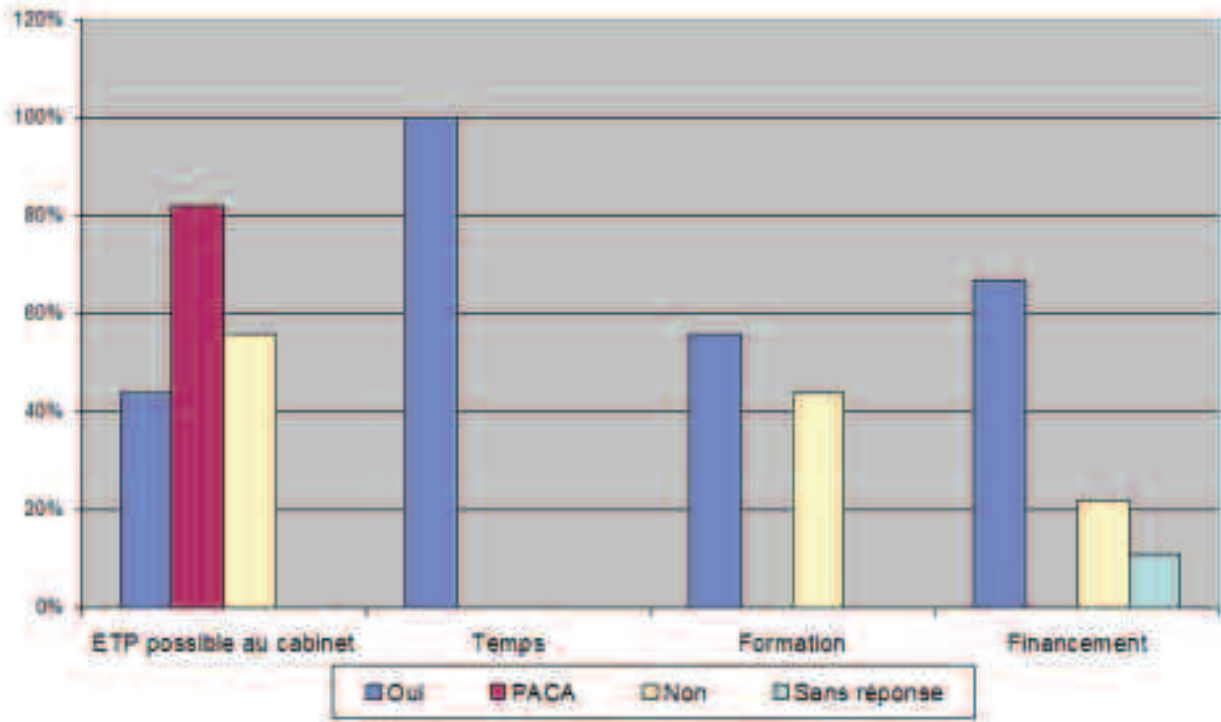
### Positionnement des médecins libéraux par rapport à l'ETP



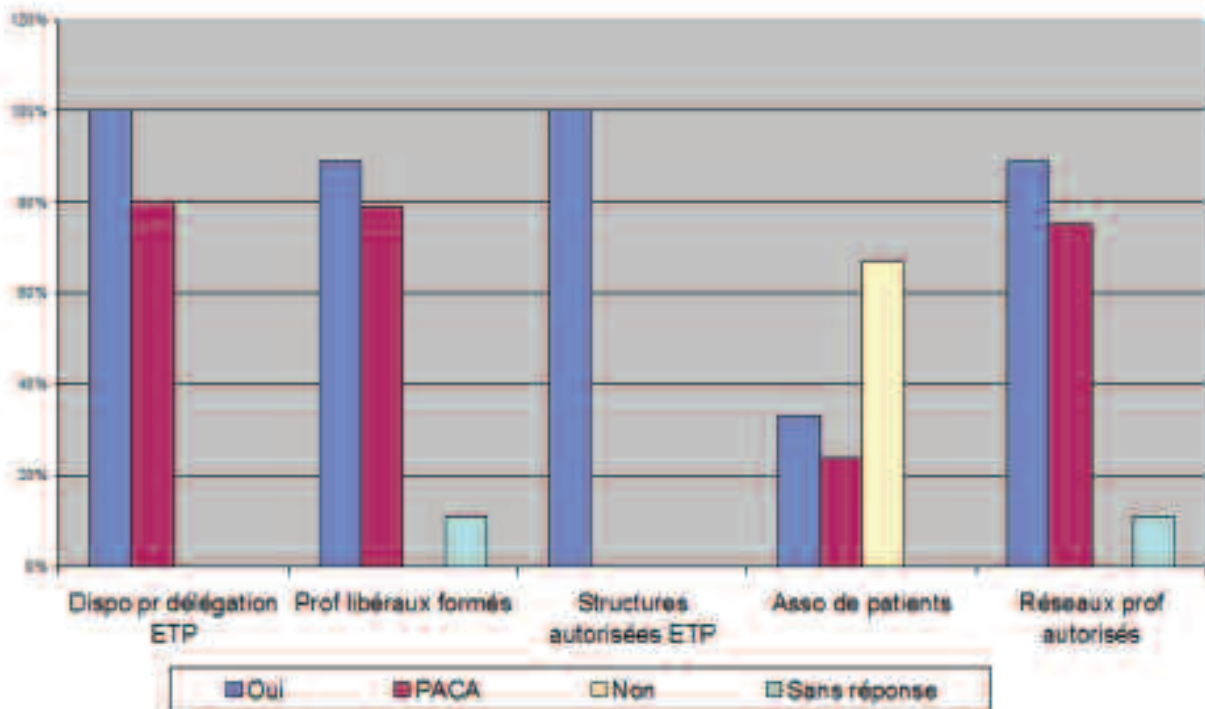


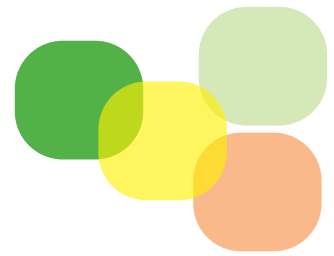


### ETP au cabinet ?



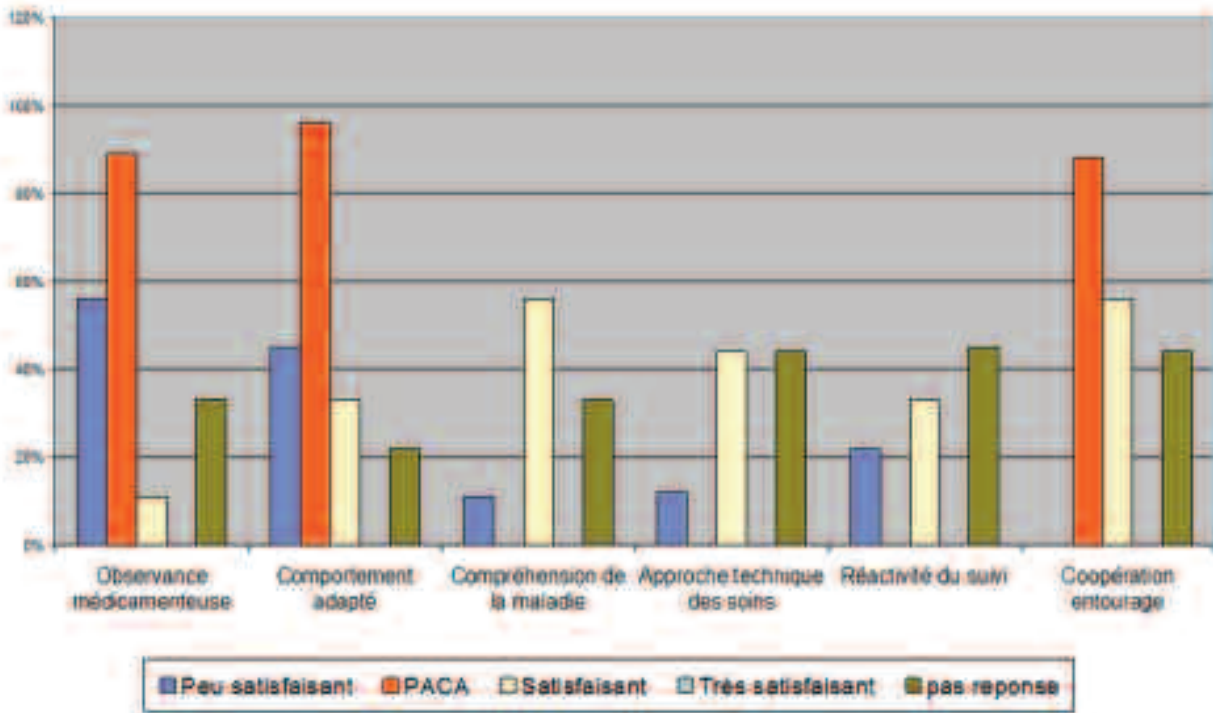
### Délégation ETP ?



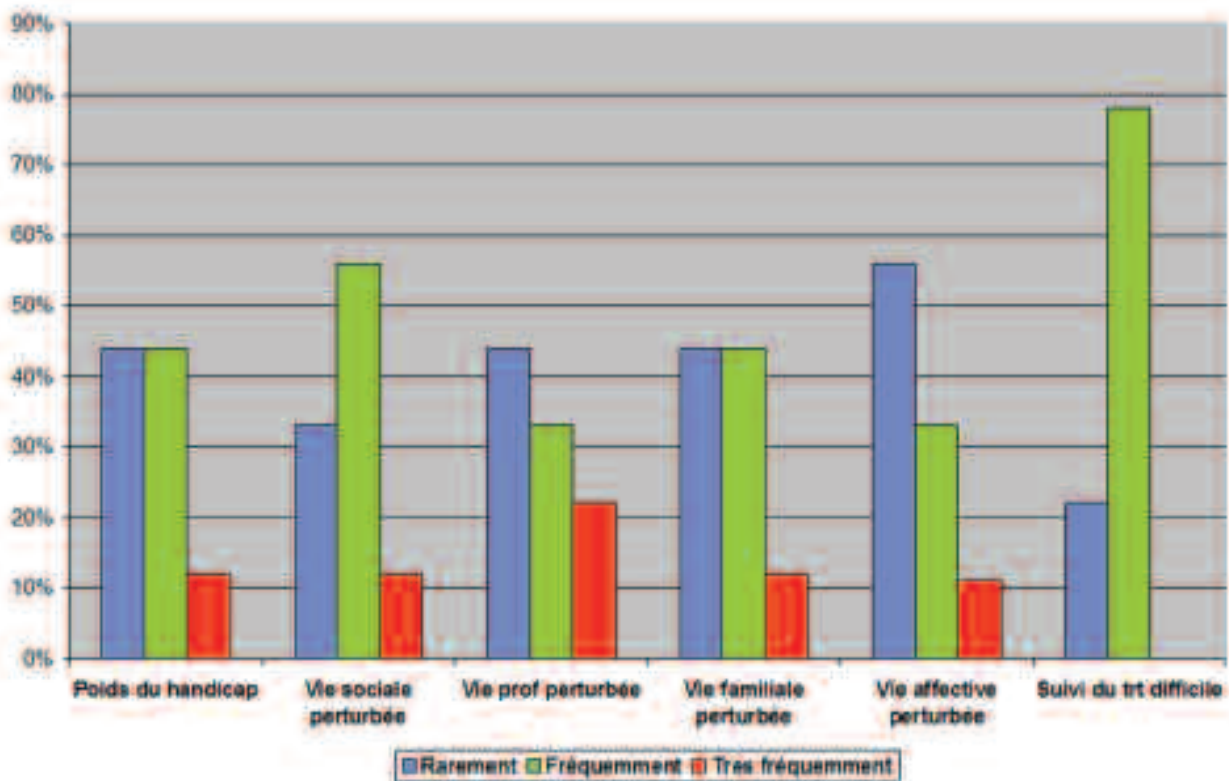


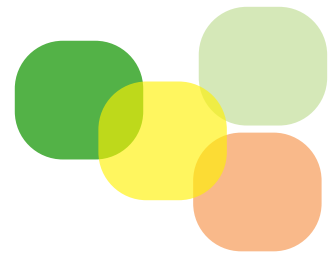
✓ Besoins et attentes

Evaluation médicale de la prise en charge de sa maladie par le patient



Difficultés des patients évoquées en consultations

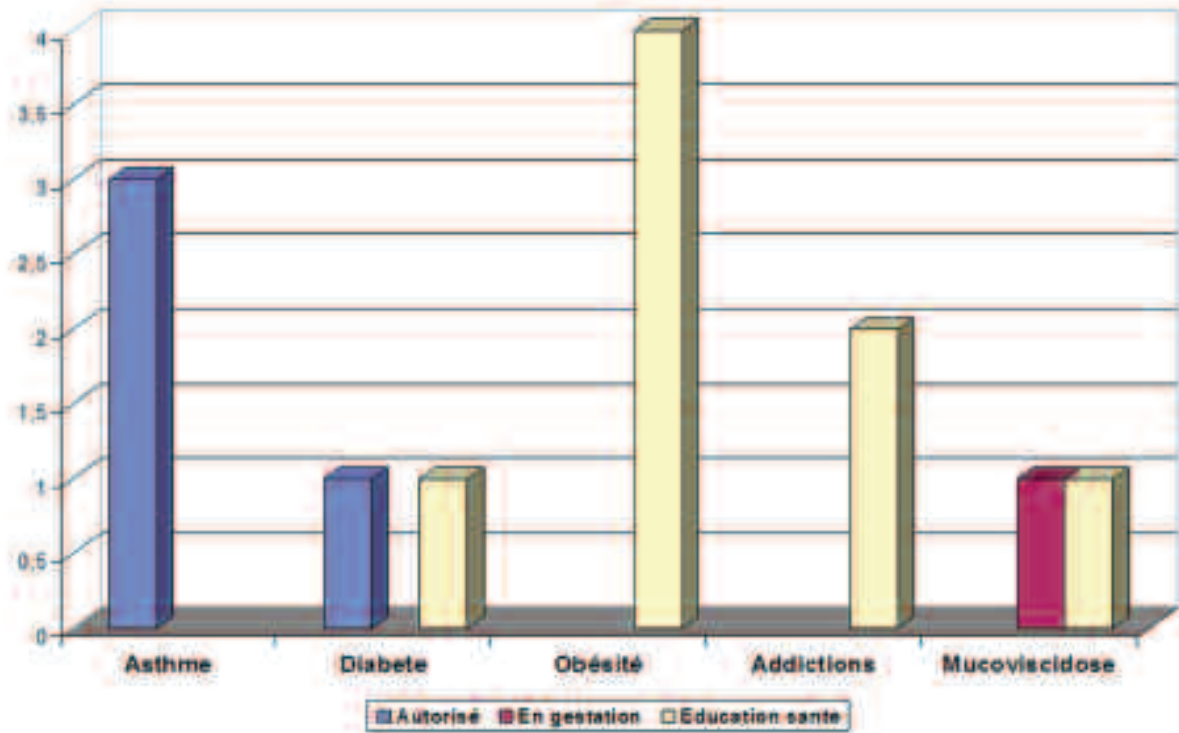




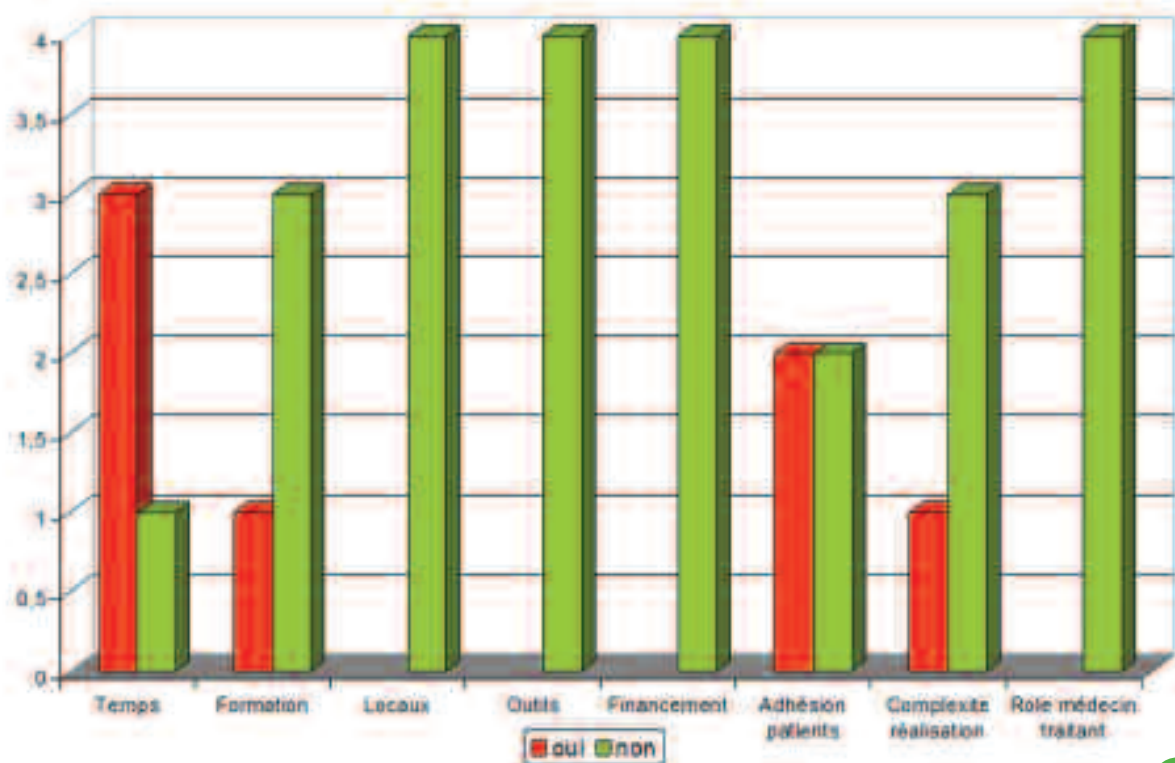
## Offres des services SSR du Briançonnais

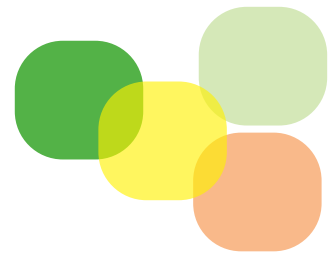
✓ SSR pédiatriques

### ETP autorisée et éducation santé SSR Pédiatrie en Briançonnais



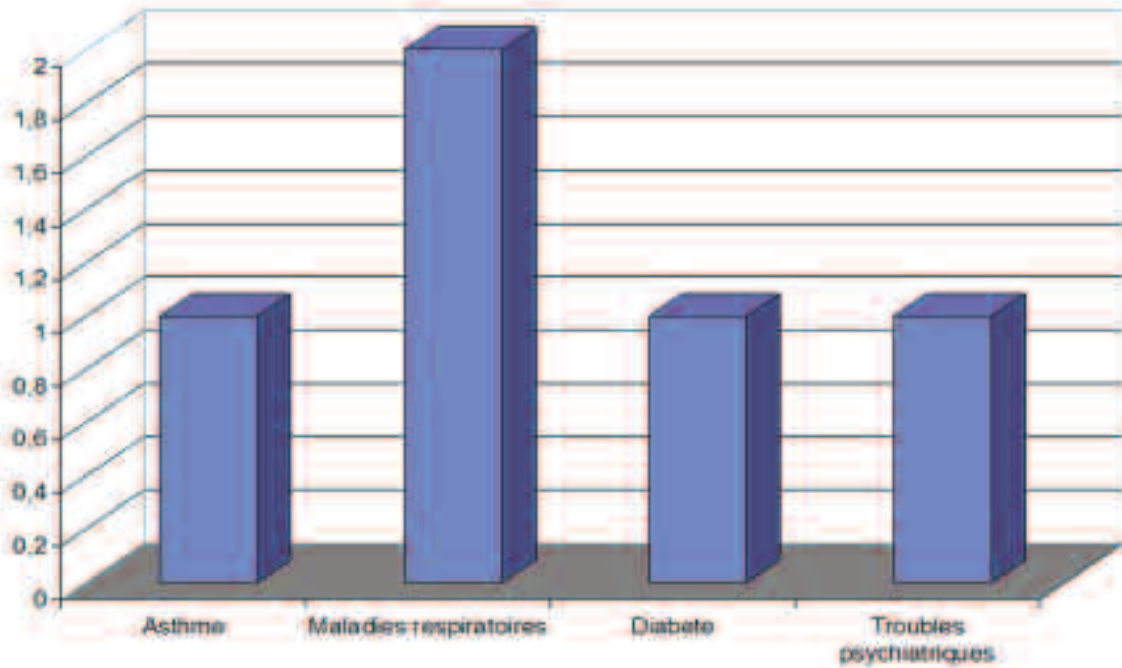
### Problématique d'application ETP SSR Pédiatrie



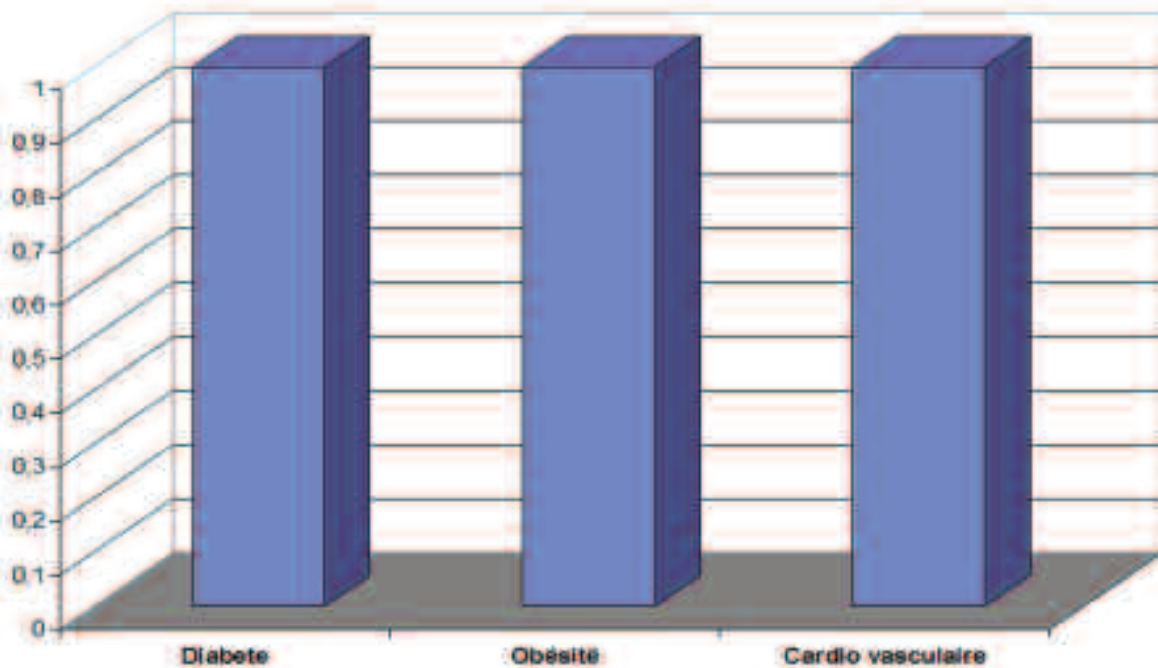


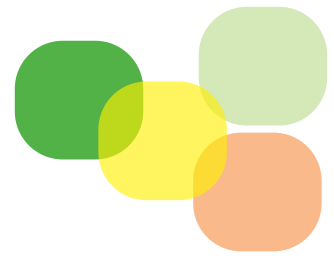
✓ SSR adultes

**Education thérapeutique autorisée SSR adultes territoire Briançonnais**

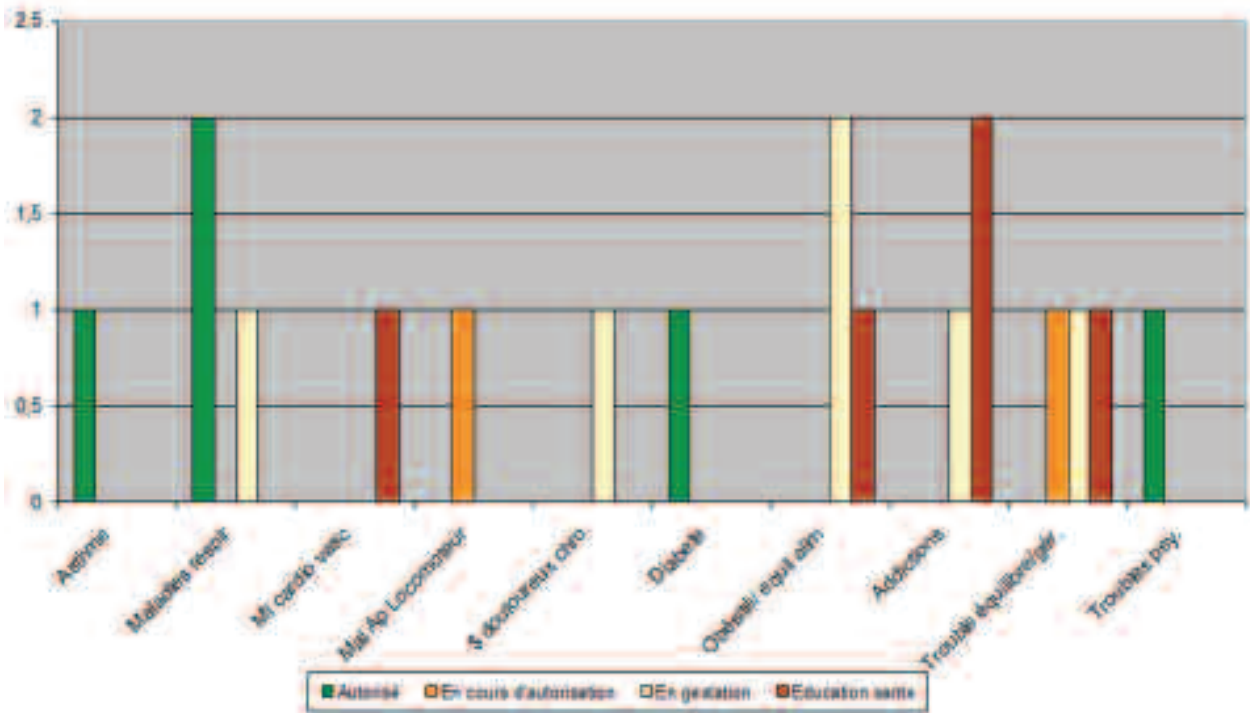


**Education thérapeutique autorisée SSR adultes territoire Embrunais**

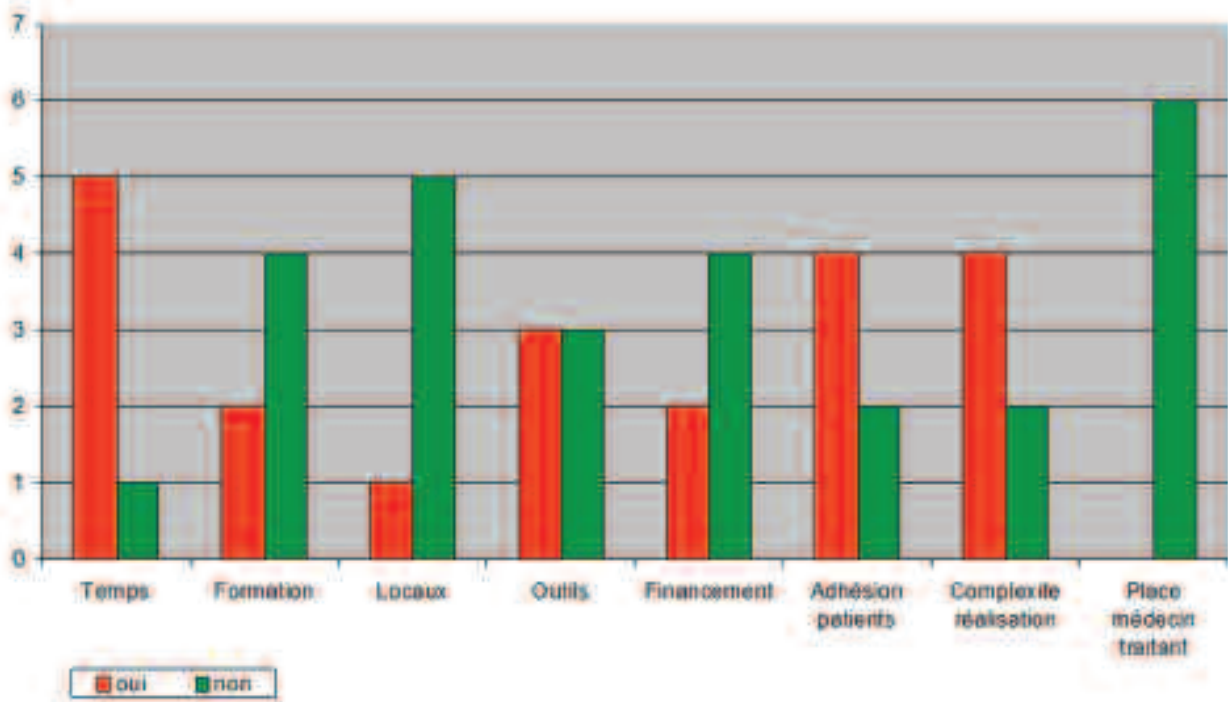




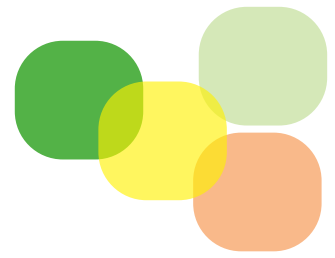
### ETP maladies chroniques / SSR Adultes en développement



### ETP maladies chroniques / SSR Adultes en développement



« Connaissez-vous la différence entre l'EDUCATION et l'EXPERIENCE ?  
 L'EDUCATION, c'est quand vous lisez tous les alinéas d'un contrat.  
 L'EXPERIENCE, c'est ce qui vous arrive quand vous ne le faites pas. »  
 Peter Seeger

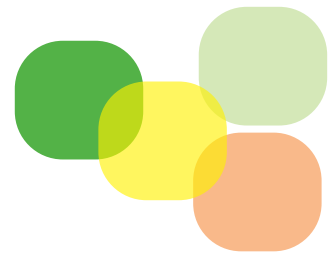


## BRIANÇON VILLE-SANTÉ-OMS

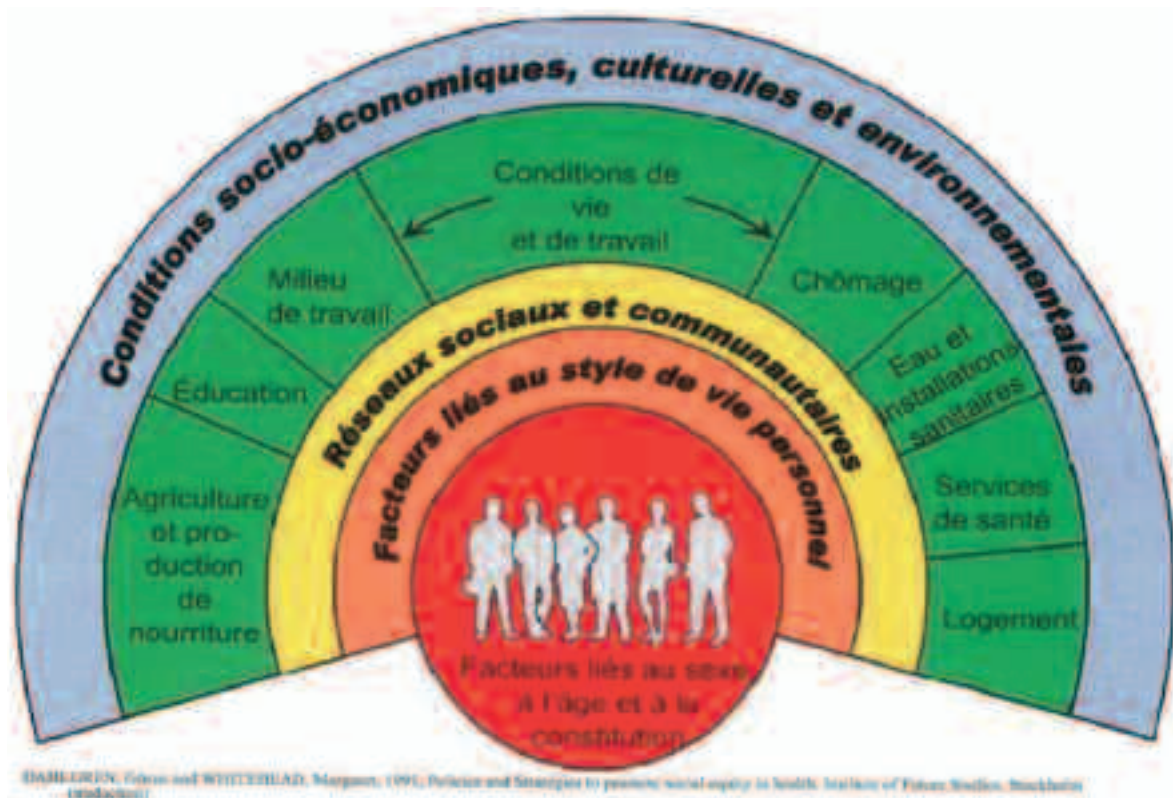
### SON IMPLICATION DANS LES PROGRAMMES SANTÉ EN LIEN AVEC LES MALADIES CHRONIQUES - DR PASCAL MUSSON



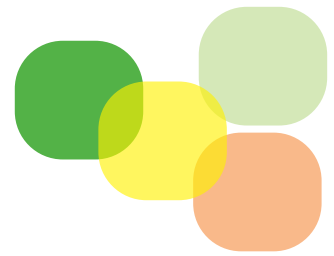
La santé est un état de complet bien-être physique, mental, social et environnemental, et ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.  
(Constitution OMS 1946)



## Les déterminants sociaux de la santé

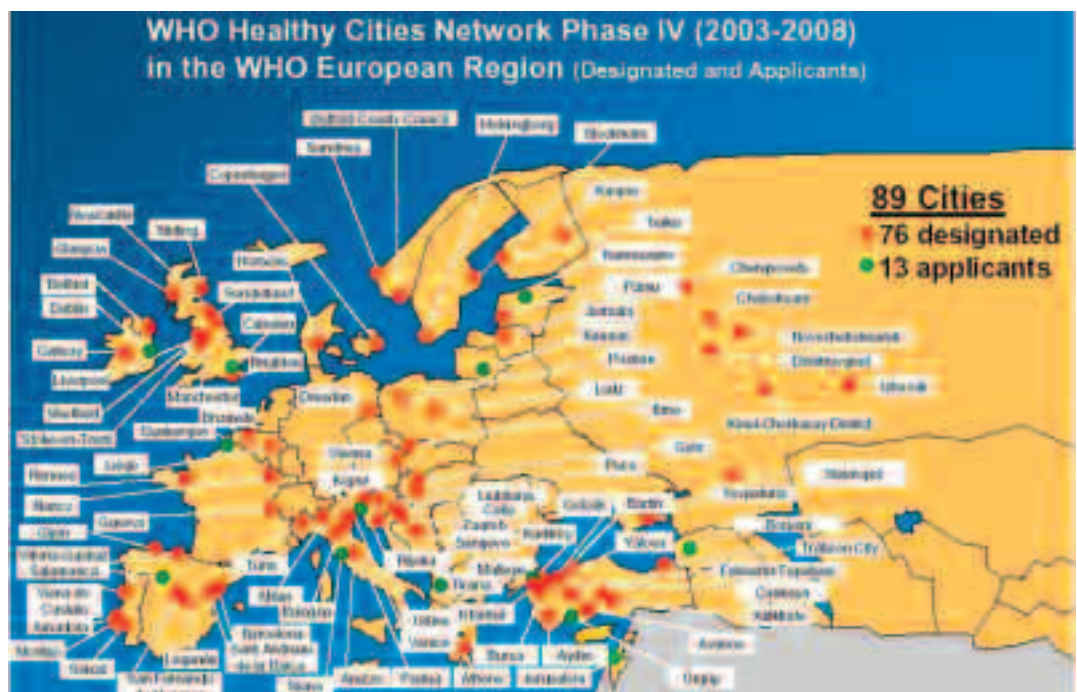


- ✓ La santé ne concerne pas que les soignants, mais aussi :
  - les élus
  - les associations
  - les employeurs
  - les urbanistes, les architectes
  - ...
- ✓ La municipalité a souhaité développer une politique volontariste en matière de santé en rejoignant le réseau des Villes-Santé-OMS en mai 2010.

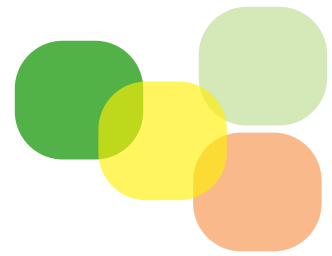


✓ En novembre 2011, 80 villes et Communautés d'agglomération ont suivi la procédure de demande d'adhésion et sont membres du Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS.

Celui-ci s'est agrandi en 2011 avec 9 nouveaux membres, preuve que la politique Villes-Santé répond bien aux préoccupations actuelles des municipalités.







## Principes et valeurs des Villes-Santé-OMS

### Déclaration de Zagreb

- ✓ Equité en matière de santé
- ✓ Participation et développement de l'autonomie
- ✓ Travail en partenariat
- ✓ Solidarité
- ✓ Développement durable

### Briançon Ville-OMS : Objectifs

- ✓ Évoluer du « climatisme » vers la Ville-Santé
- ✓ Créer des liens, des synergies entre les projets municipaux et les acteurs associatifs et socio-économiques
- ✓ Échanger des expériences, des idées avec les autres villes du réseau

### Maladies Chroniques : Définitions

- ✓ OMS : « Un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies. »
- ✓ Personnelle : Etat pathologique de durée persistante dont la guérison est incertaine ou impossible.

### Maladies Chroniques : Quelques données

- ✓ 30 maladies chroniques sont reconnues affections longues durées (ALD) + affections hors liste + poly-pathologies invalidantes
- ✓ 8 millions de patients en 2009
- ✓ 68% des dépenses de l'Assurance Maladie

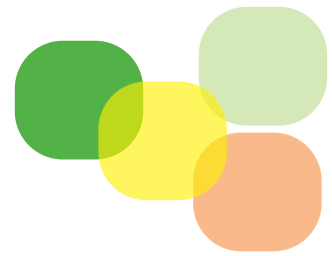
### Maladies Chroniques : Les causes

- ✓ Génétiques (myopathies, hémophilie, diabète)
- ✓ Congénitales (cardiopathies, néphropathies, ...)
- ✓ Accidentelles (paraplégie, épilepsie, ...)
- ✓ Infectieuses (VIH, hépatites C, B, tuberculose)
- ✓ Mode de vie (diabète, infarctus du myocarde, cancer, cirrhose)
- ✓ Environnement personnel, professionnel (insuffisance respiratoire, cancers, troubles psychiatriques)

### Maladies Chroniques : Les conséquences

- ✓ Elles affectent :
  - La vie sociale et professionnelle
  - La vie affective et familiale
  - L'estime de soi
- ✓ Elles rendent dépendant :
  - D'un ou plusieurs médicaments
  - D'une technologie médicale
  - D'une assistance médicale et paramédicale
  - D'une aide psychologique

L'éducation thérapeutique vise à faire du patient un acteur éclairé de sa maladie chronique



## Implications de la Ville-Santé-OMS dans les maladies chroniques :

### Agir en amont sur les causes des maladies chroniques

- ✓ 1 Par une politique municipale environnementale visant à :
  - a) Diminuer la pollution automobile (particules fines, SO<sub>2</sub>, nitrates, ozone, métaux lourds, dioxines, ...) et favoriser les déplacements doux
    - Incitation à l'utilisation des transports en commun
    - Limitation de la circulation dans la cité Vauban
    - Réhabilitation des sentiers piétonniers
    - Projet de la traversée de Briançon par la voie verte
    - Soutien à la création d'un ozonetum
  - b) Favoriser la production énergétique « propre » : panneaux photovoltaïques sur les bâtiments municipaux, développement de l'hydro électricité
  - c) Diminuer les consommations énergétiques domestiques (projet urbain)
  - d) Conserver une eau potable de haute qualité
- ✓ 2 Par une participation à des campagnes nationales de prévention : octobre rose, mars bleu, ...
- ✓ 3 Par des actions pour la promotion d'une alimentation saine
  - Création de jardins familiaux
  - Adhésion au PNNS
  - Journées briançonnaises du développement durable 2012 sur le thème de l'éco jardinage

### Agir en amont sur les conséquences des maladies chroniques

- ✓ Par le soutien à la station sanitaire (Partenariat autour du label Ville-Santé-OMS)
- ✓ Par la mise à disposition d'un logement pour les familles des enfants des MECS
- ✓ Par la réalisation du guide de la Ville-Santé-OMS
- ✓ Par le soutien à la création d'une plate-forme en centre ville réunissant Maison des adolescents, Centre d'addictologie
- ✓ Par la conclusion d'un Contrat Local de Santé entre la ville de Briançon et l'ARS définissant des objectifs prioritaires de santé publique
- ✓ Par l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'un handicap (journées Arts et Handicaps, aménagement urbain, guide de l'Office du tourisme)



# L'IMPLICATION DES ACTEURS ET STRATÉGIES DE SOINS

## MALADIES CHRONIQUES :

### DE NOUVELLES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE - DR FRANÇOIS BACH

#### Une définition large

« Un état pathologique ancien d'au moins 3 mois avec limitation fonctionnelle des activités, dépendance d'un traitement (appareillage, assistance ...) ou de soins (aide, adaptation pour le handicap, surveillance). »

#### Un périmètre intégrant :

- ✓ les maladies cardiovasculaires (HTA, coronaropathies, AVC, insuffisance cardiaque...)
- ✓ les cancers
- ✓ les maladies psychiques, les addictions
- ✓ les troubles métaboliques, le diabète
- ✓ les maladies respiratoires : BPCO, asthme
- ✓ des maladies aiguës « au long cours » : VIH, VHC, tuberculose
- ✓ des maladies liées à l'allongement de la vie des malades : l'insuffisance rénale chronique, les conséquences chirurgicales (stomies), la maladie d'Alzheimer et de Parkinson
- ✓ la douleur chronique, la polyarthrite rhumatoïde, la mucoviscidose

#### Les maladies chroniques sont en constante augmentation :

- ✓ 15 Millions en France dont 9 M en ALD
- ✓ 25% de la population déclare une maladie chronique.

Les maladies chroniques les plus fréquentes :

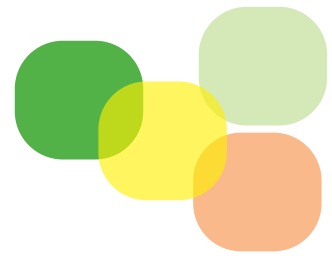
	Hommes	Femmes
Maladies cardio-vasculaires	45%	40%
Tumeurs	29%	20%
Diabète	10%	9%
Troubles mentaux	6%	15%

#### Un cadre qui se précise :

- ✓ Plan national 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (727 M€)
- ✓ Loi HPST du 21 Juillet 2009 : ETP art 84 du CSP
- ✓ Décrets et arrêtés du 2 Août 2010 sur ETP : cahier des charges, compétences, conditions d'autorisation
- ✓ Projet Régional de Santé du 28 Janvier 2012

#### Les répercussions du PRS 2012 et ses schémas sur le territoire des Hautes-Alpes en lien avec la prise en charge des maladies chroniques

- ✓ Réduction des actions de prévention limitées à une zone vulnérable de 500 habitants
- ✓ Fermeture des structures de petite capacité (médecine, SSR, réanimation)
- ✓ Aucune création prévue par l'ARS dans le secteur Personnes Agées / Personnes Handicapées
- ✓ Appels à projet Maladies Chroniques (schéma Prévention) en Décembre 2011 – Rien de déposé sur le 05



### Déploiement d'autorisations en Education Thérapeutique ETP

- ✓ Hospitalières (CH, SSR) non financées
- ✓ Ambulatoires (CH, SSR, libérale, mutualiste) financées
- ✓ Thématiques diverses mais éparpillées sur le territoire

*Quel lien possible entre le médecin traitant et les programmes qui fonctionnent régulièrement avec des professionnels entraînés ?*

### Enquête ARS 2011 sur suivi des autorisations ETP

Sur 150 programmes :

- ✓ Conformés 9%
- ✓ Pas de courrier d'entrée 37%
- ✓ Pas d'association de patients 30%
- ✓ Pas de courrier de sortie 18%
- ✓ Pas de consentement 7%
- ✓ Pas de diagnostic éducatif, de traçabilité ...

### Des financements

- ✓ Rien pour la majorité des programmes d'ETP intra hospitaliers (en attendant la T2A...)
- ✓ Pour l'ambulatoire :
  - autorisations ETP ciblées par territoire en crédits MIG Assurance Maladie (250 € par séquence)
  - programmes spécifiques type MSA (800 € par séquence)
  - pharmacies : hors ETP, dépistage du diabète (10 €)

### La formation : en évolution

- ✓ Médecins : épreuves classantes nationales. Module 1 : l'annonce, les programmes d'ETP, les choix d'examen, le dossier ...
- ✓ Formation continue des professionnels libéraux : Fond National de Prévention de l'Assurance Maladie (1 000 €)
- ✓ Infirmiers : sorties d'IFSI fin 2012 avec équivalence pour la formation de base ETP (40 heures)
- ✓ Enseignement universitaire : DU, DIU, capacités, etc ...

### Une approche thérapeutique élargie

D'une pathologie vers une prise en charge globale du patient :

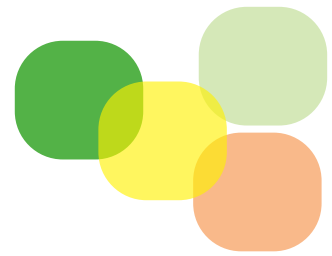
- ✓ Responsabilisation et éducation du patient
- ✓ Coordination des soins entre les intervenants du domicile, le médecin traitant et les structures hospitalières

### L'accompagnement repose d'abord sur le système de santé

- ✓ au domicile
- ✓ en ambulatoire
- ✓ en hospitalisation aigue, SSR

Mais aussi sur l'entourage :

- ✓ moins visible, moins quantifiable
- ✓ essentiel : repas, toilette, transmission d'informations, soutien psychologique ...
- ✓ acteur économique majeur : suivi quotidien, prévention des complications et des hospitalisations



### Des dispositifs existants favorisant la coordination :

- ✓ Médecin traitant (parcours coordonné ALD financé par patient)
- ✓ Les réseaux de soins : Symbiose sur le 05
- ✓ Service d'accompagnement SOPHIA de l'Assurance Maladie (sur le diabète)
- ✓ Services mutualistes (MSA, Mutualité Française...)
- ✓ Services sociaux : Conseil Général 05, établissements

### Des dispositifs existants favorisant la coordination :

En cours aussi:

- ✓ Le dossier « médicament » informatisé
- ✓ Le Dossier Médical Personnel - DMP

### Les stratégies de soins coordonnés

- ✓ Les filières de soins :
  - Trajectoire du patient à travers différents intervenants successifs par adressage
  - Acteurs indépendants, transmission par compte-rendu : médecin traitant, hôpital, SSR, kiné ...
- ✓ Les réseaux de soins / santé :
  - Coordination des acteurs (patients, soignants, financeur) avec des outils communs (dossiers, procédures, évaluation) autour d'une pathologie, d'un territoire

### Vers des soins intégrés ?

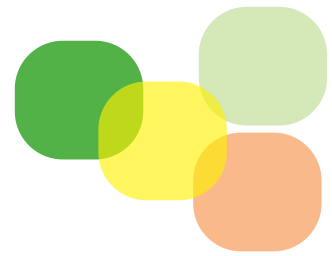
Des modèles émergents ...

- ✓ Le patient est un acteur (avec son entourage) :
  - modification des comportements quotidiens
  - information et éducation pour gérer diverses situations cliniques (guides, film, internet, groupes patients)
  - accès aux soins facilité : téléphone, mail (médecin, IDE)
- ✓ Regroupement des professionnels (médecins, rééducation, activités, cours ..., voire pharmacie) :
  - protocoles de soins standard, repérage des cas complexes
  - délégation aux IDE (prévention, éducation)
  - dossier partagé (suivi informatisé de RV, rappels)
  - formation et concertation
  - évaluation sur critères cliniques, satisfaction

### En conclusion s'il fallait encore renforcer l'approche globale et pluridisciplinaire ...

« Les excès ruinent plus de santés que la médecine ne saurait en rétablir. »

Axel Oxenstiern ; Réflexions et maximes - 1645.



## LE SERVICE SOPHIA DE L'ASSURANCE MALADIE DR MARIE - CHRISTNE BANIDE

### Contexte et origines du service

- ✓ Contexte sanitaire

#### **enjeu de santé publique**

##### **Maladies chroniques**

- maladies de longue durée, évolutives,
- risque de complications graves, invalidité

**Retentissements +++ sur la qualité de vie**

**⇒ 10 à 15 millions de personnes en France**

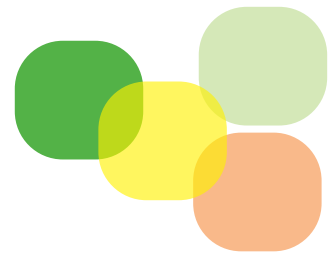
- ✓ Fondements politiques et juridiques

#### **Assurance Maladie :**

**L'accompagnement des personnes atteintes de maladies lourdes ou chroniques : un des axes essentiels de politique de gestion du risque**

**Législateur consacre ces actions d'accompagnement comme une des missions de l'Assurance Maladie (LFSS 2007)**

**Première maladie chronique concernée : diabète**



✓ Une expérimentation sur le diabète, pourquoi ?

### Prévalence du diabète en France

(Sources: BERLIN 2010\* / CCNAMTS-SANTÉ 2010\*\*)

**2 900 000 personnes soit une prévalence de 4,4%**

### Complications du diabète

(Source: CORD 2007)

- 1<sup>ère</sup> cause d'amputation non traumatique
- 1<sup>ère</sup> cause de cécité avant 65 ans
- 37% des nouveaux dialysés sont diabétiques

### Coût du diabète

(Source: CNAMTS 2009)

**16 Mds €** : Montant global remboursé en 2009 (tous régimes confondus).

**6 000€** : Montant moyen remboursé par personne diabétique en ALD en 2009

✓ Les enjeux

#### DOUBLE ENJEU DE PREVENTION ET D'EFFICACITE

1

Améliorer ou préserver l'état de santé et la qualité de vie : diminuer la fréquence et la gravité des complications

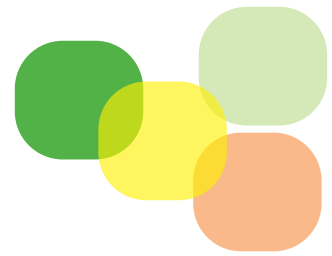
2

Réduire les coûts pour les patients et la collectivité

- un accompagnement couvrant le maximum de personnes
- économiquement soutenable pour la collectivité.

En complémentarité avec l'offre existante (réseaux, associations de patients, maisons du diabète...)

**L'ASSURANCE MALADIE, ASSUREUR SOLIDAIRE EN SANTE**



- ✓ Naissance d'un service innovant



- ✓ Principes fondateurs

- **Un service d'accompagnement à distance (Courrier / Téléphone / Internet)**
- **Dans le temps**
- **Adapté aux besoins du patient**

**En relais du médecin traitant qui est associé au dispositif**

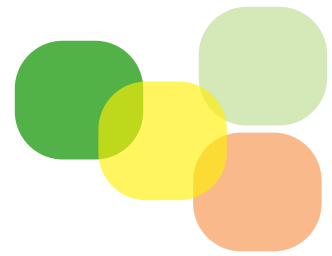
### Trois grands principes

**Inscription libre et volontaire**

**Gratuité du service**

**Respect de la confidentialité et du secret médical**





## L'accompagnement de Sophia

### ✓ Présentation générale



## Modalités d'inscription et questionnaires

### ✓ Invitation des personnes concernées

#### un courrier de lancement envoyé aux patients éligibles

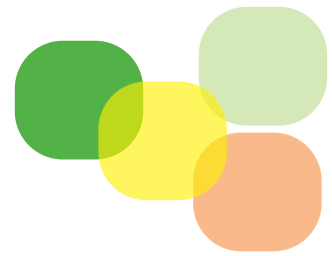
- bulletin d'inscription,
- enveloppe T,
- brochure de présentation du service

Les patients qui ne retourneront pas ce bulletin seront de nouveau sollicités par courrier.



Critères d'éligibilité pour pouvoir s'inscrire à sophia

- **Patients diabétiques de type 1 et 2:** identifiés à partir de leur consommation de soins (trois remboursements d'ADO ou d'insuline dans l'année)
- **Assurés ou bénéficiaires du régime général** hors sections locales mutualistes
- **En ALD** (une des 30 ALD de la liste mais pas forcément l'ALD diabète)
- **Âgés de 18 ans et plus**
- **Affiliés à une des caisses ayant mis en place le service**
- **Ayant un MT exerçant sur un territoire concerné.**



## Evaluations du service

### Une évaluation multi-dimensionnelle et indépendante

#### L'évaluation porte sur:

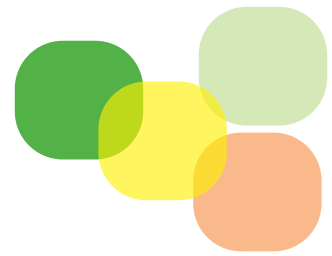
#### ❖ la satisfaction des patients et des médecins traitants

- Évaluation confiée à un institut d'étude externe: Kantar Health réalisé fin 2009)
- Nouvelle étude de satisfaction réalisée par IPSOS disponible réalisée en mai 2011 et disponible depuis septembre 2011

#### ❖ les aspects médico-économiques (première évaluation confiée à un prestataire externe reconnu pour son expertise, la société Cemka-Eval)

#### ✓ Evaluation médico-économique

Suivi des recommandations annuelles	2 <sup>nd</sup> groupe témoin N=248 085	Sophia adhérents N=34 163	Sophia non adhérents N=75 099
	points		
≥ 1 visite ophtalmologique	+0,27	+4,48	+1,75
≥ 1 ECG	+1,70	+4,90	+3,18
≥ 1 visite chez le dentiste	-0,63	-0,54	-0,87
≥ 1 dosage HbA1C	-0,31	+0,82	+0,13
≥ 2 dosages HbA1C	-0,26	+1,55	+0,24
≥ 3 dosages HbA1C	-0,26	+0,68	+0,24
≥ 1 dosage LDL	-0,48	+1,64	+0,12
≥ 1 dosage de lipides (EAL, CHOL, LDL)	-0,01	+1,39	+0,13
≥ 1 dosage protéines/microalbuminurie	+0,12	+4,24	+1,22
≥ 1 dosage de créatinine	+0,70	+1,95	+0,95
évolutions significatives p<0,05			



## Éléments de conclusion et perspectives

- Des premiers résultats très encourageants malgré une période d'observation courte.
- Mise en place d'une évaluation continue du programme pour s'assurer de la confirmation de ces premiers résultats à plus long terme
- Extension du programme à de nouvelles pathologies chroniques et à la France entière
- Importance de poursuivre localement les actions de sensibilisation vers les patients qui en ont le plus besoin

### Place centrale du médecin traitant

- ✓ En relais des recommandations du MT

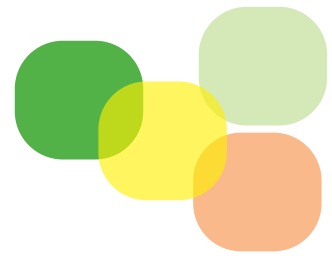
sophia aide le patient à mettre en œuvre les recommandations de son médecin traitant au quotidien.

sophia relaie les messages du médecin traitant.

sophia encourage le patient à échanger avec son médecin traitant.

Pour le suivi médical ou en situation de risque, le conseiller en santé renvoie systématiquement le patient vers son MT.

*sophia ne s'immisce pas dans la relation entre le patient et son MT.*



## LE PROGRAMME CARDIOVASCULAIRE DE LA MSA

DR JACQUES LALOUETTE

### Programme d'éducation thérapeutique à destination des patients atteints d'affections cardiovasculaires

- ✓ Déploiement du modèle institutionnel
- ✓ ETP
  - ambulatoire
  - à proximité du domicile
  - en lien avec le médecin traitant ou le praticien qui a en charge le patient

### Population cible

Programme national concernant les personnes volontaires atteintes de l'une de ces trois affections :

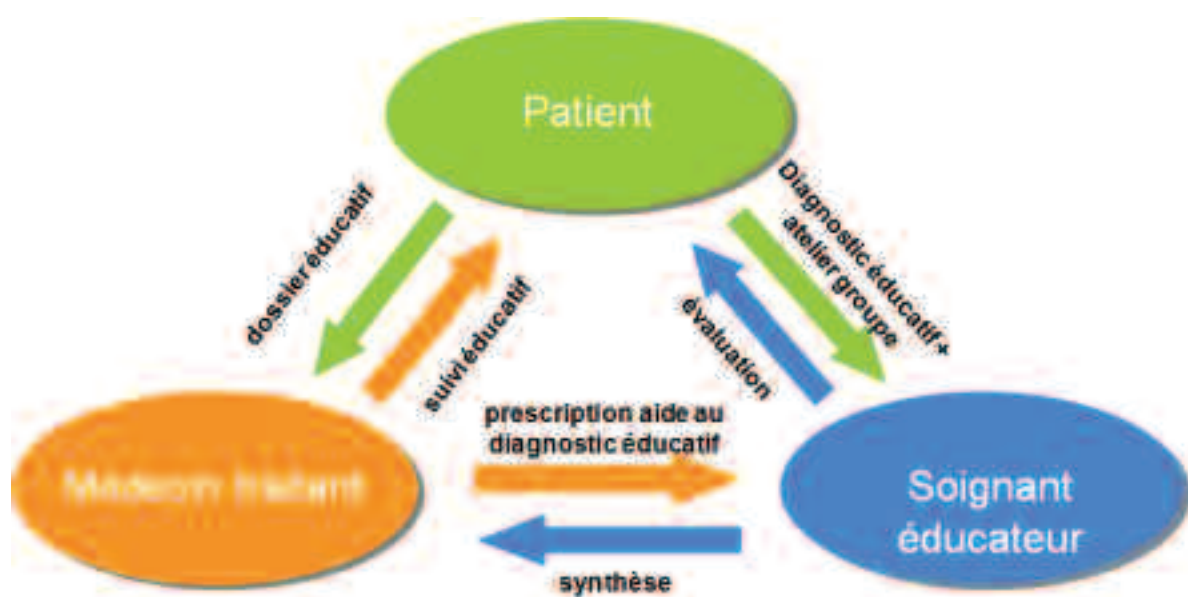
- ✓ HTA
- ✓ maladie coronaire
- ✓ insuffisance cardiaque

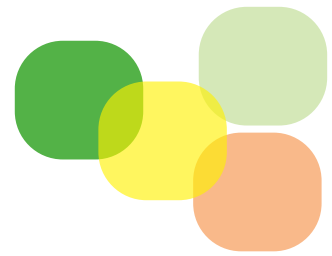
### Objectifs

- ✓ Apprendre aux patients à connaître et identifier leurs facteurs de risques
- ✓ Acquérir les notions et réflexes d'hygiène alimentaire
- ✓ Choisir et quantifier une activité physique adaptée
- ✓ Responsabiliser les patients (observance, hygiène de vie)
- ✓ Limiter la progression de la maladie et réduire les complications
- ✓ Optimiser la prise en charge de la maladie : surveillance et thérapeutique

→ VERS UNE AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE

### Schéma recrutement patient





### Méthode

- ✓ Patients volontaires de moins de 80 ans(+/-accompagnant)
- ✓ 6 à 12 patients par atelier
- ✓ Un diagnostic éducatif individuel
- ✓ 3 séances de 3 heures
- ✓ Une évaluation individuelle
- ✓ 1 semaine d'intervalle entre 2 séances
- ✓ Tables rondes, exposés interactifs, promenade didactique, ateliers techniques, mises en situation
- ✓ Des outils de suivi éducatifs individualisés

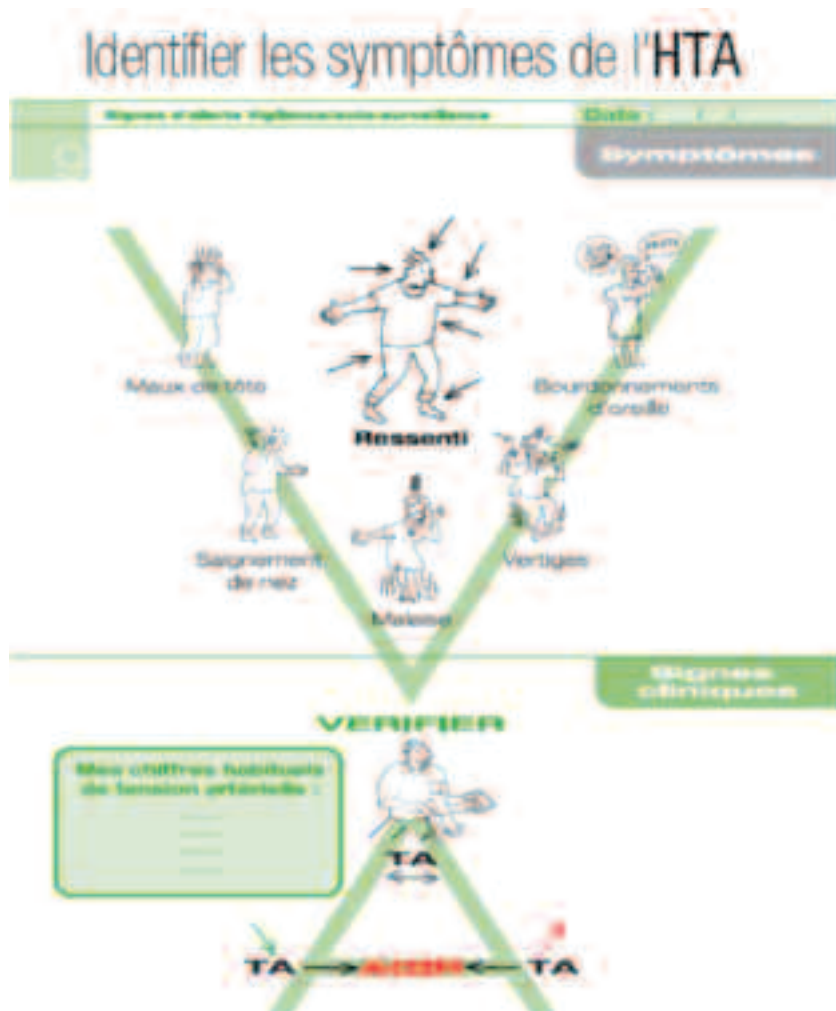
### Le cycle éducatif

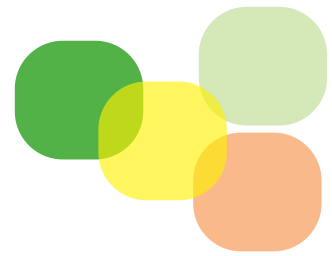
- 1 le diagnostic éducatif individuel
  - 2 la séquence éducative : 6 modules pédagogiques (2 par séance)
  - 3 l'évaluation individuelle
- Le suivi de l'action est confié au médecin traitant.

### Les modules pédagogiques

- ✓ 1er atelier : le vécu, la maladie, les facteurs de risques cardiovasculaires
- ✓ 2ème atelier : activité physique, règles hygiéno-diététiques
- ✓ 3ème atelier : signes d'alerte, l'auto surveillance, traitement

### Dossier éducatif – Partie « aide mémoire »





### Le dossier éducatif

- ✓ Propriété du patient-vecteur de communication :
  - aide au diagnostic éducatif
  - contrat éducatif et objectifs pédagogiques
  - programme-messages des modules éducatifs
  - évaluation pédagogique individuelle
- ✓ Données anonymisées utilisées pour l'évaluation du programme et de son dispositif de mise en œuvre

### Evaluation

- ✓ Individuelle

Evaluation avant-après :

- Initialement : acquisition des connaissances, modification des comportements (post-test à 6 mois), évaluation de l'impact sur les facteurs bio-cliniques (post-test à 6 mois)
- Depuis 2011 : Rosace de compétences + autoefficacité perçue

Evaluation de la satisfaction

- ✓ Autoévaluation des pratiques pédagogiques de l'éducateur (facultative)

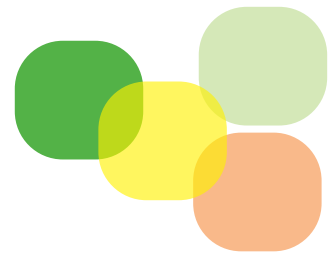
### Le suivi : recueil des données d'évaluation

- ✓ Tableau de bord soignant éducateur
- ✓ Tableau de bord référent en ETP
  - performance
  - atteinte des buts
  - maintien des valeurs
  - adaptation aux besoins

*Modèle EGIPSS/Evaluation Globale et Intégrée de la Performance de Systèmes de Santé*

### Bilan d'activité 2008 - 2010





### Sur le plan national

- ✓ Fin 2011 : 7510 patients
- ✓ Evaluation initiale:
  - Amélioration des connaissances concernant les maladies CV
  - Changement positif de comportement : les patients ont déclaré avoir modifié leur alimentation, leur activité physique et leur auto surveillance à 6 mois des ateliers
  - 5 des facteurs de surveillance bio cliniques se sont améliorés à 6 mois (IMC, activité physique, cholestérol total, triglycérides et PA diastolique)

### L'avenir

- ✓ Développer des partenariats avec les réseaux de soins existants
- ✓ Former/Recruter des animateurs sur le terrain
- ✓ Pour une diffusion de l'offre à tous les territoires





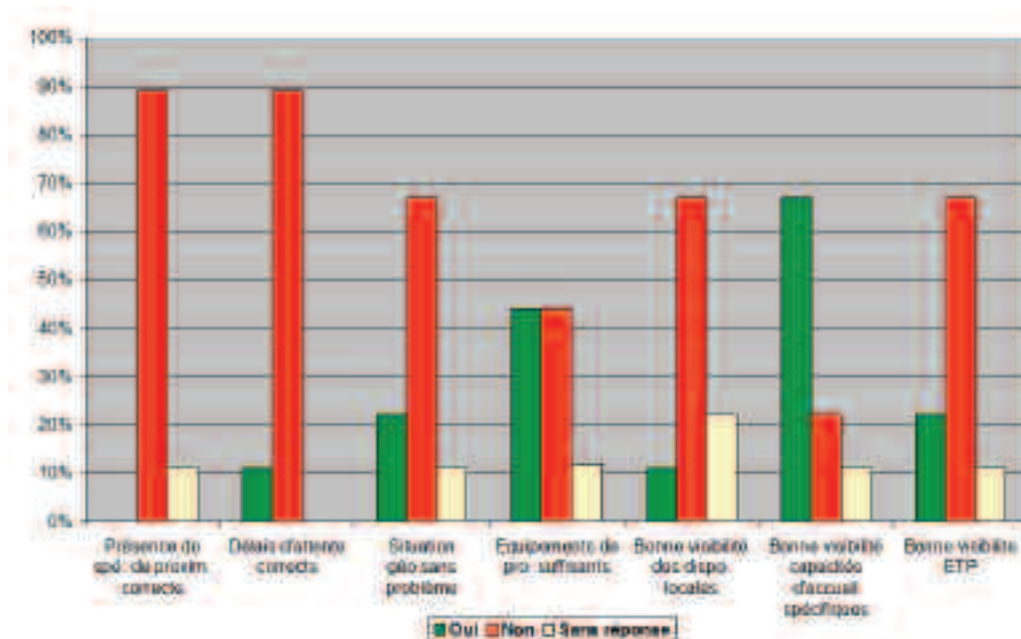
# L'APPROCHE DU TERRITOIRE NORD DES HAUTES-ALPES

## PARCOURS ET ENVIRONNEMENT DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE : UNE APPROCHE TRANSVERSALE SUR LE TERRITOIRE SERGE COULAIS

### Vécu des professionnels de santé libéraux

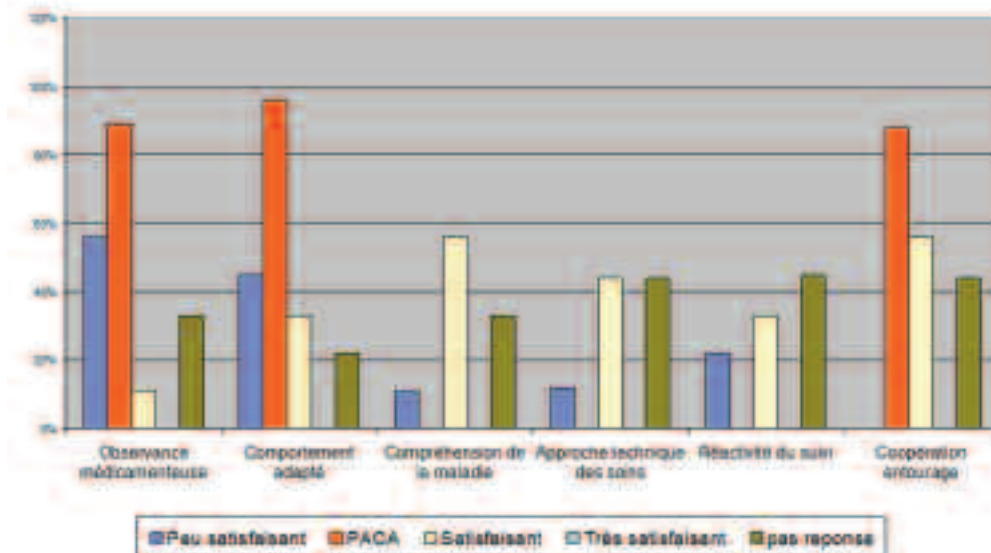
- ✓ Médecins libéraux
- Médecins et disponibilités « soignantes » locales

#### Appréciations médicales des disponibilités locales

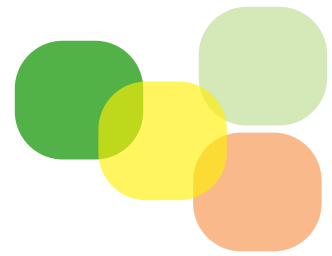


- Evaluation médicale de la prise en charge de la maladie par le patient

#### Evaluation médicale de la prise en charge de sa maladie par le patient

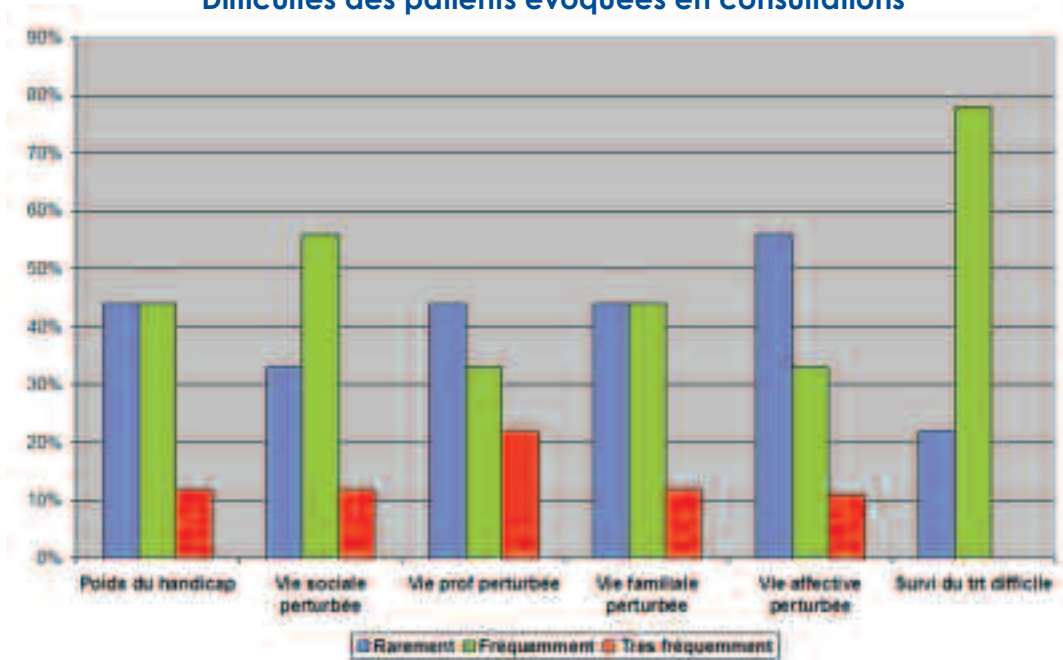






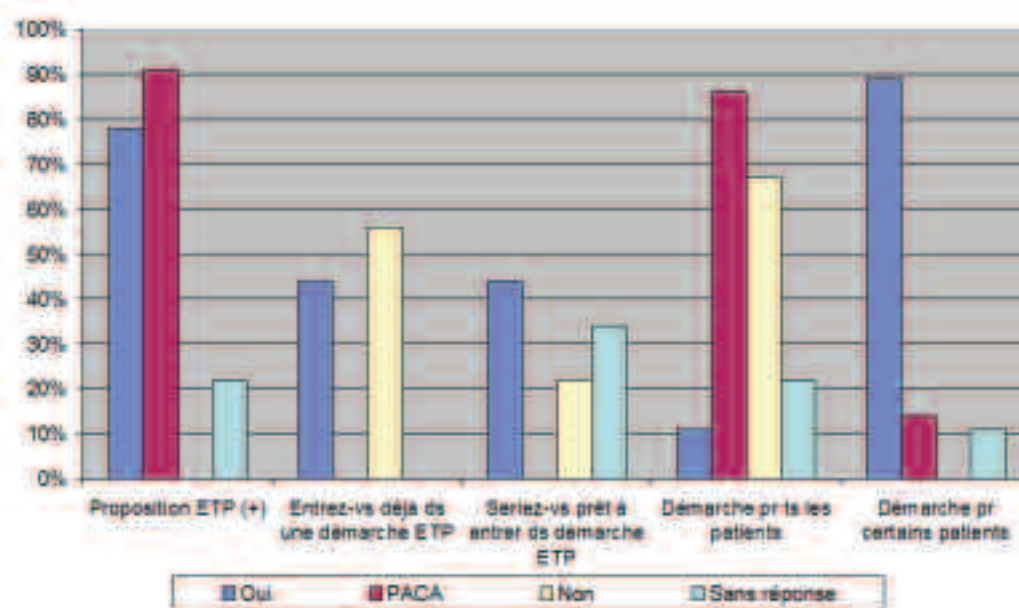
- Difficultés évoquées par le patient en consultation

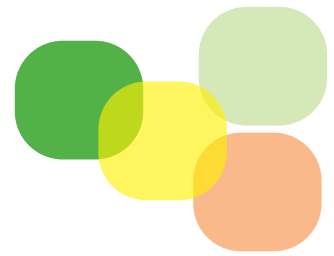
**Difficultés des patients évoquées en consultations**



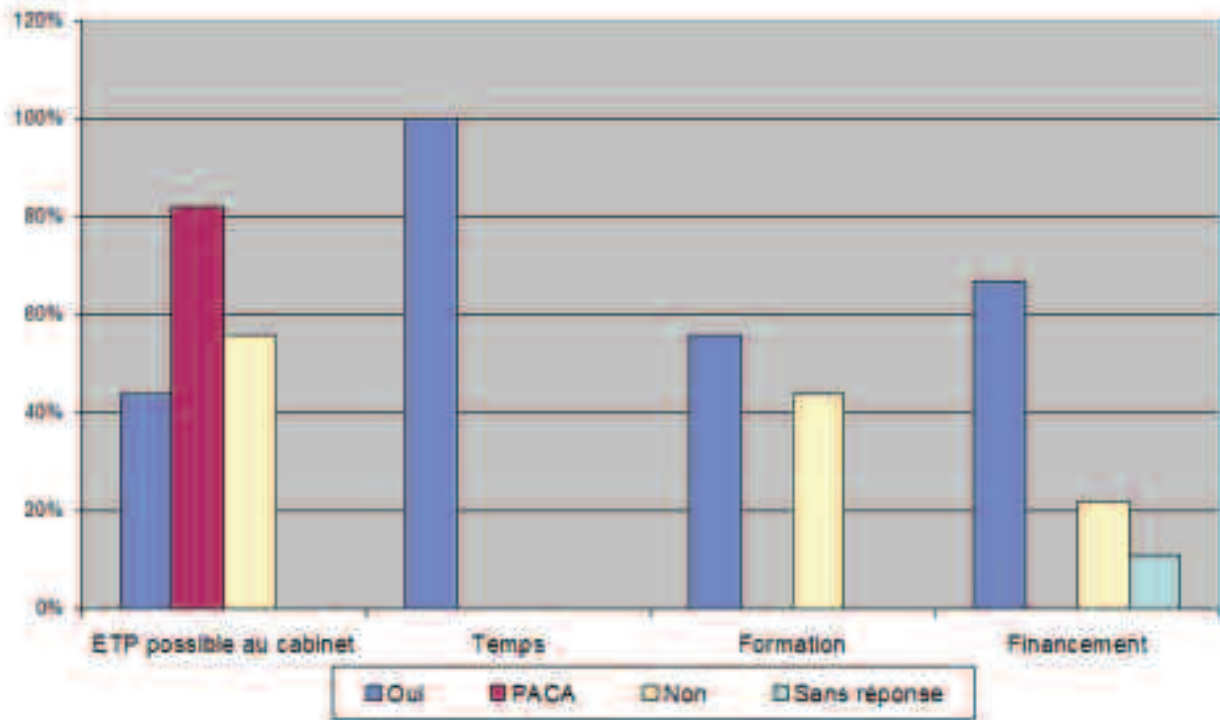
- Médecins et Education Thérapeutique

**Positionnement des médecins libéraux par rapport à l'ETP**

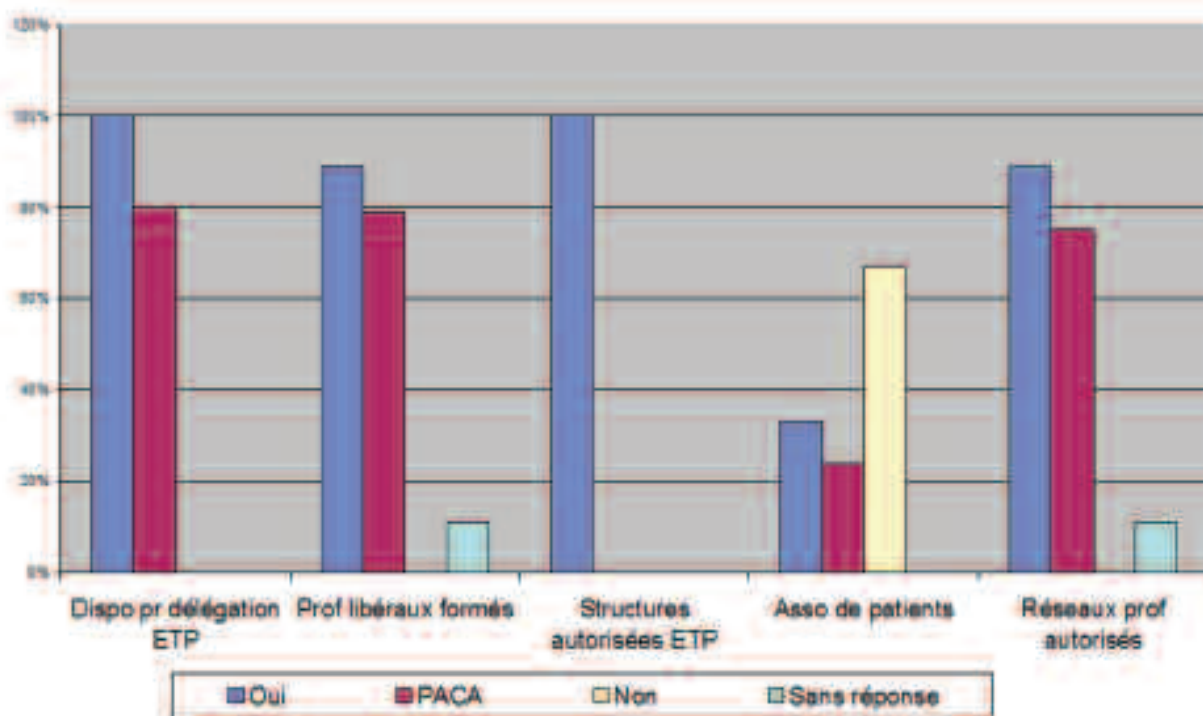


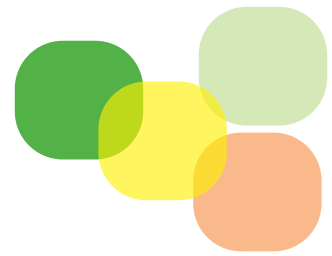


### ETP au cabinet ?



### Délégation ETP ?





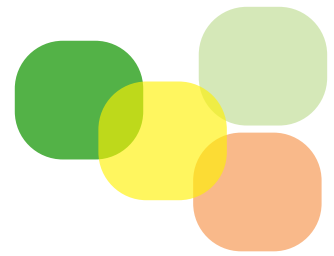
#### ✓ Professionnels de santé : remarques

- Des relations interprofessionnelles limitées
  - Sentiment de « SOLITUDE »
  - Méconnaissance des activités et spécificités des uns et des autres
  - Communications entre médecins généralistes et psychiatres à optimiser
  - Urgence de l'ouverture de maisons médicales, communales ou non (pénurie de professionnels, gestion du temps médical ...)
  - Interrogations quant au développement de l'HAD (avec quels professionnels?)
  - Importance des réseaux, mais certaines approches sont encore trop « nébuleuses »
  
- Des informations envahissantes
  - Trop d'informations sur les bureaux et écrans des professionnels
  - Rôle très ambigu des médias sur la santé
  - Beaucoup de « paperasserie »
  
- Des professionnels libéraux peu familiarisés à l'ETP, quoique ...
  - ETP inhérente à la pratique des professionnels de santé
  - Appropriation de l'ETP par les IDE ?
  - Kiné respiratoires particulièrement sensibilisés à l'ETP
  - Accessibilité des patients à l'ETP ? réceptivité, résignation, isolement géographique pour certains ...
  - Cohérence des messages des intervenants auprès d'un même patient
  - ETP chronophage, encouragée, voire « obligée » mais non « appréciée » ou cotée ou reconnue (non indemnisée)
  - Mise en place de l'ETP et réalisme d'application
  
- Des besoins en formation
  - Importance de la formation professionnelle continue : coût, éloignement, un rôle pour l'IFSI?
  - Formation initiale des professionnels ( IDE et tronc commun)

#### L'offre du Briançonnais

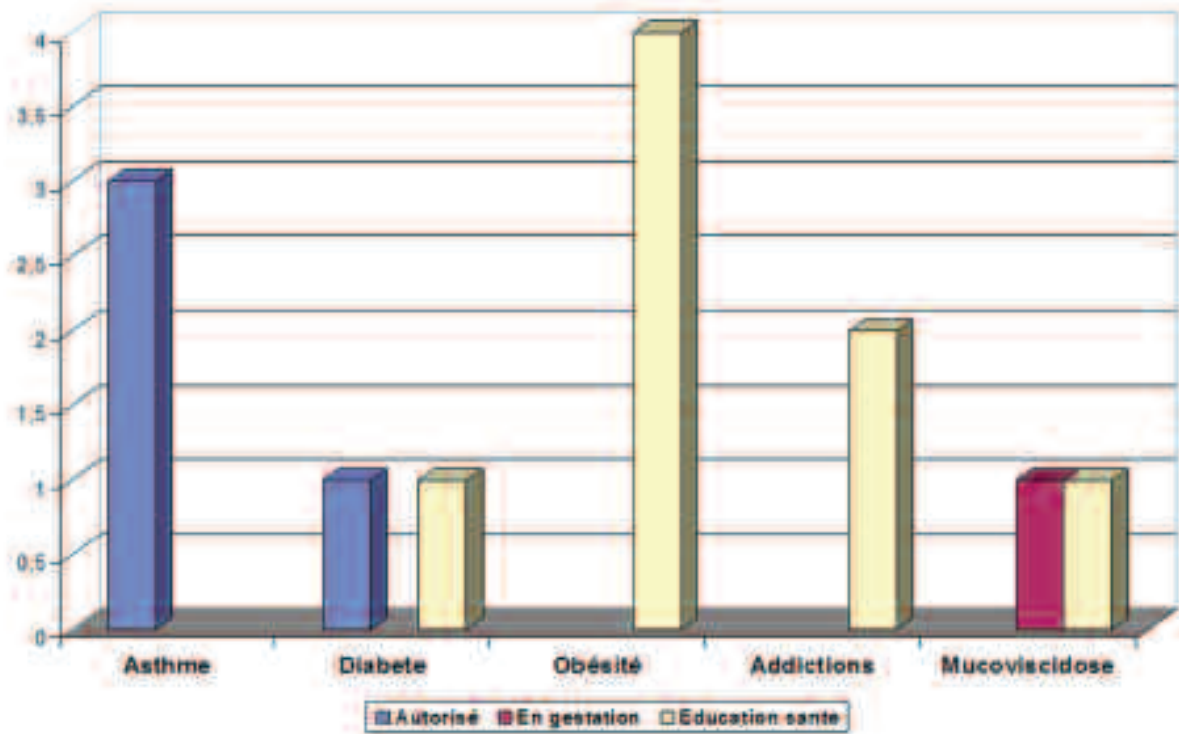
##### ✓ Filières de soins

- Des professionnels de santé libéraux
- Des services d'hospitalisation
- Des structures d'accueil spécifiques
- Des réseaux de santé et environnement
- Des prestataires de services
- Des relais d'accompagnement
- Des associations d'usagers

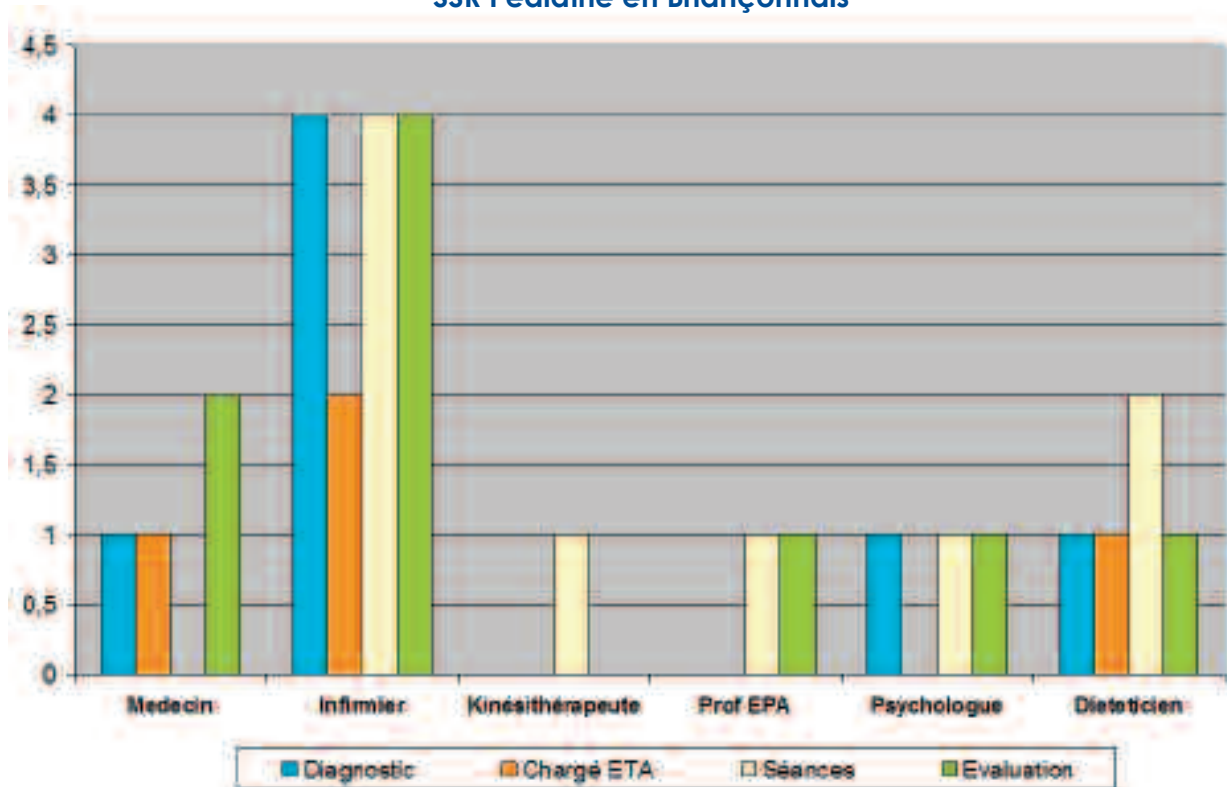


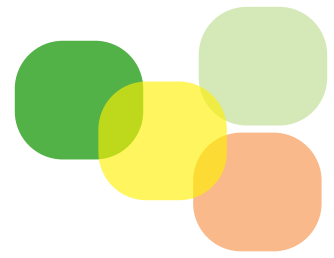
✓ Des propositions d'ETP

### ETP autorisée et éducation santé SSR Pédiatrie en Briançonnais

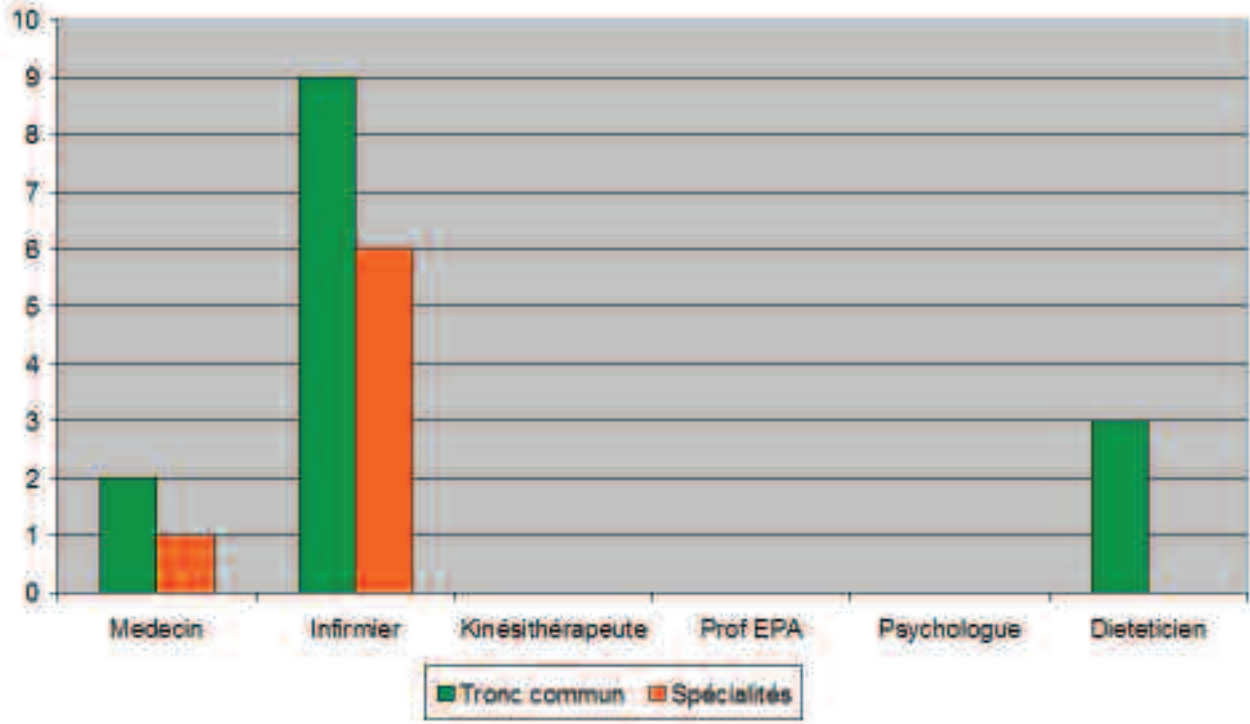


### Intervenants en ETP Autorisée en SSR Pédiatrie en Briançonnais

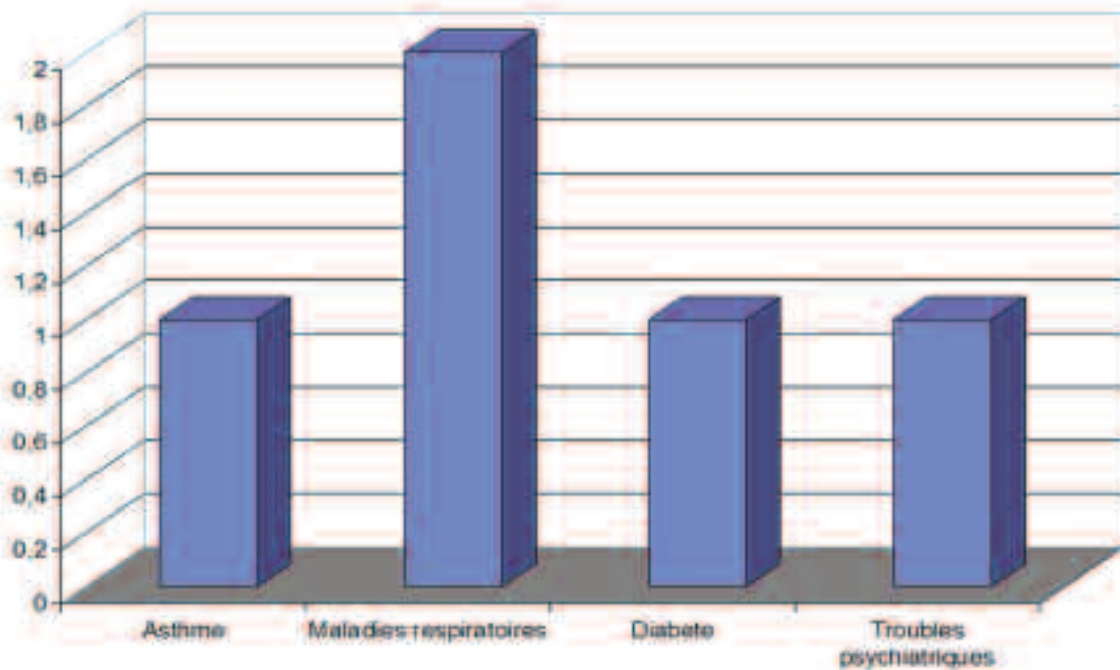


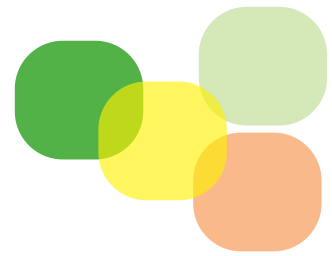


### Formation des Intervenants SSR Pédiatrie en Briançonnais

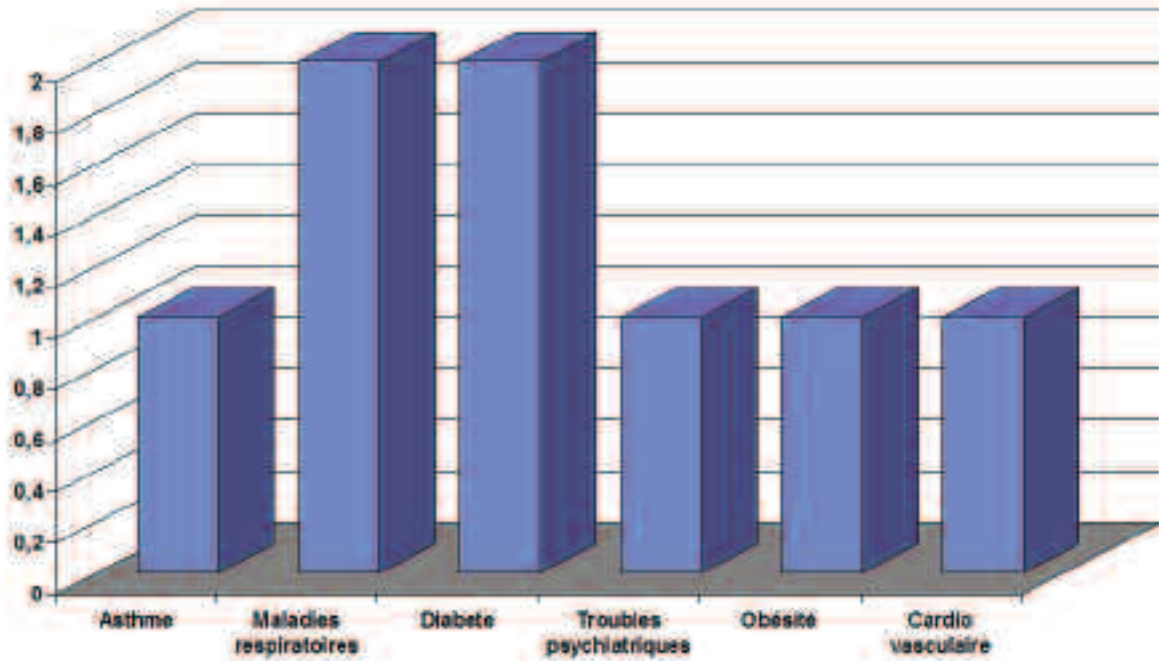


### Education thérapeutique autorisée SSR adultes territoire briançonnais

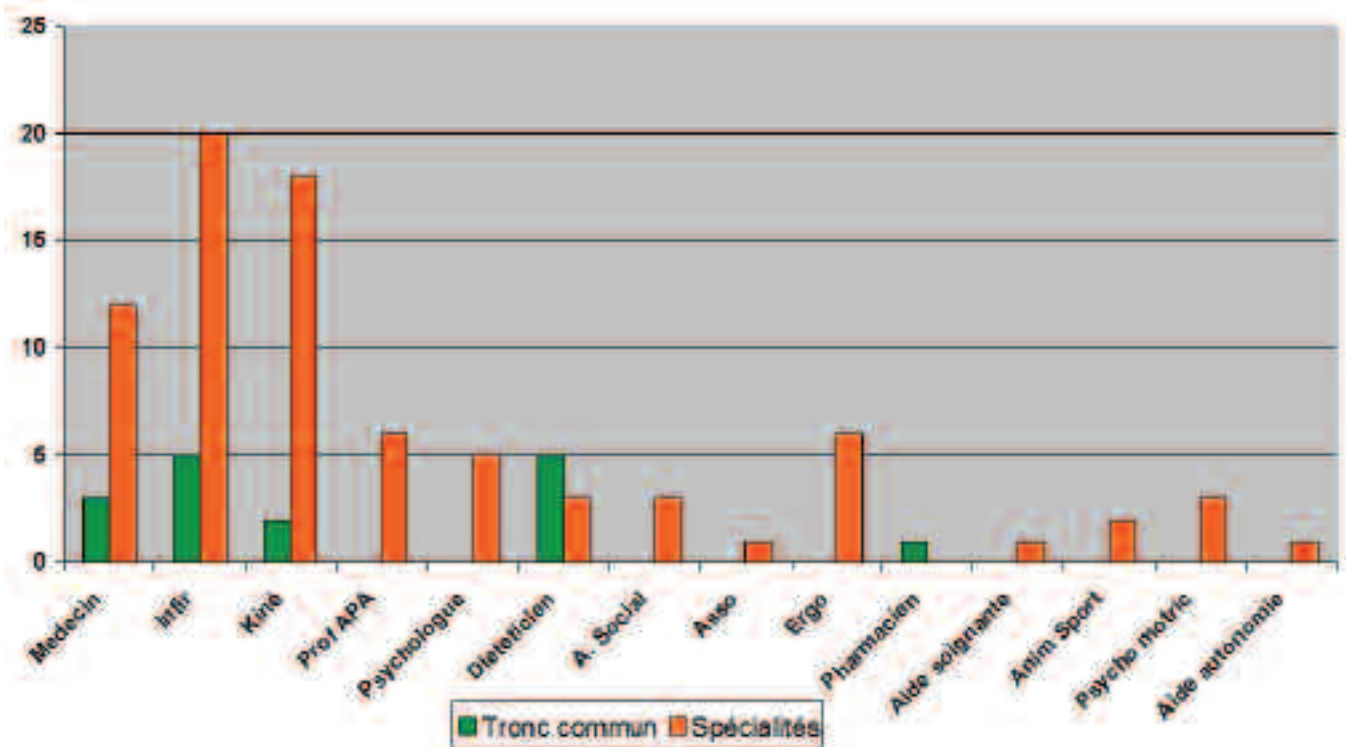


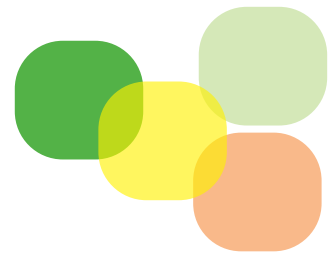


### Education thérapeutique autorisée SSR adultes Territoire briançonnais et embrunais

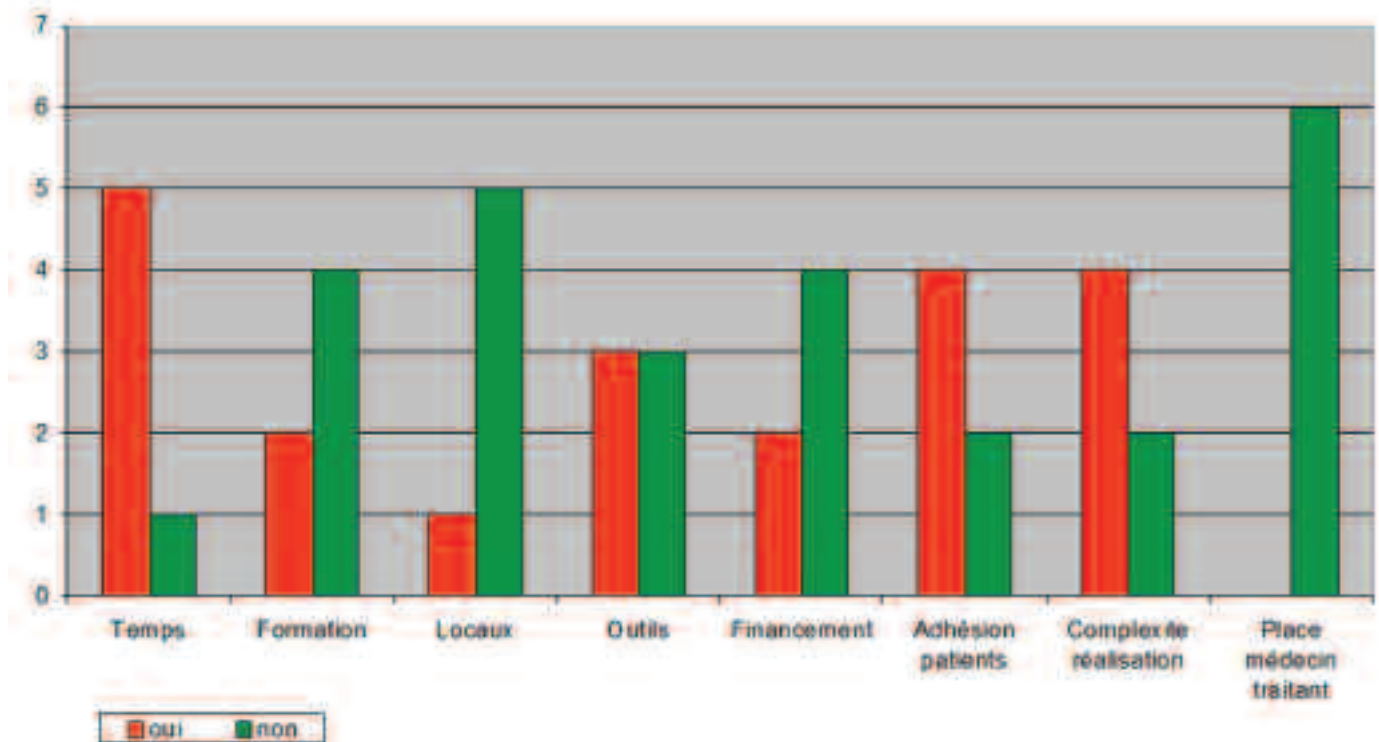


### Formation des intervenants SSR Adultes en Briançonnais





## ETP maladies chroniques / SSR Adultes en développement



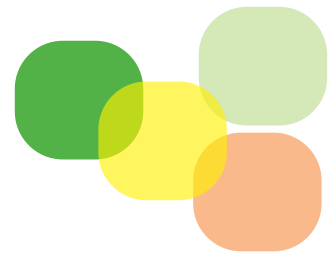
### Les associations de patients

- ✓ Une présence visible, mais ...
  - Peu d'associations de patients locales (voir annuaire de l'ADSCB)
  - Des délégations départementales ou régionales
  - Des associations caritatives bénévoles ressources
- ✓ Coopération associations et professionnels de santé
  - Participation à la vie des établissements
    - Conseils de vie sociale
    - Instances : CRUQPEC, CLIN, CLUD ...
    - Statut, valorisation, formation des représentants des usagers ....
  - Adhésion d'établissements au CA d'associations
  - Implication des professionnels de santé
    - Contacts avec les associations à renforcer (soutien, conseils ...)
    - Informations et orientations des patients vers les associations à diffuser

(repérage)

- ✓ Actualité et devenir des associations de patients
  - Vieillesse et diminution des personnes bénévoles
  - Fatigabilité et appels à l'aide
  - Visibilité par rapport au grand public à mieux éclaircir
  - Coopération inter-associative valides/non valides à développer

Les associations ne se sentent pas de vocation à l'Education thérapeutique, mais à la culture de l'autonomie et de l'intégration.



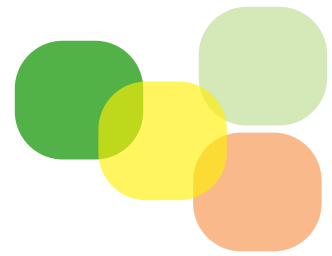
PROJET DE SANTÉ DU BRIANÇONNAIS ET CONTRAT LOCAL DE SANTÉ  
IMPLICATION DE LA VILLE DE BRIANÇON - DR PASCAL MUSSON



IMPLICATION DE LA COMMUNE DE BRIANÇON DANS LES PLANS DE SANTÉ

S'INSPIRER du projet de santé du Briançonnais  
élaboré en 2007  
pour ÉVOLUER vers un Contrat local de santé (CLS)

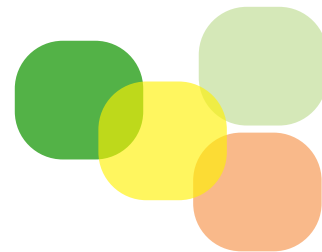




## Le Contrat Local de Santé (CLS)

- ✓ Une approche globale de la santé intégrée dans la démarche Ville-Santé-OMS
  - Émanation de la loi HPST (21/07/2009) relative à la politique de la ville
  - Instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé d'un territoire
  - Moyen permettant de mobiliser autour d'un projet commun sur un territoire donné les acteurs du champ et hors du champ de la santé dans le but de créer des synergies et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé
- ✓ 5 domaines stratégiques :
  - Handicap et vieillissement
  - Risque sanitaire
  - Périnatalité et petite enfance
  - Maladies chroniques
  - Santé mentale
- ✓ Les CLS concernent 5 domaines de compétences





### La démarche de CLS de Briançon

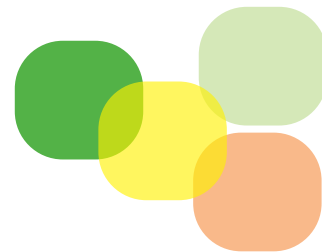
- ✓ S'inspire du Projet de Santé du Briançonnais élaboré en 2007 pour évoluer vers un Contrat Local de Santé (CLS)
- ✓ Traduire dans la grille de lecture du CLS les actions déjà engagées (DEA, PNNS, jardins familiaux, guide de la Ville-Santé-OMS, plate-forme de l'Epicéa, ...)
- ✓ Définir les problématiques médico-sociales prioritaires de notre territoire
- ✓ Adopter une stratégie d'actions transversales s'inscrivant dans les 5 thématiques des CLS

### Actions Ville-Santé-OMS s'inscrivant dans les domaines stratégiques de CLS

- ✓ 1 HANDICAP
  - Amélioration de l'accessibilité
  - Journées Arts et Handicaps
  - Guide de l'office du tourisme
- ✓ 2 RISQUES SANITAIRES
  - Installation de 7 DAE urbains
  - Conservation de la qualité de l'eau et de l'air
  - Amélioration de l'hygiène urbaine
  - Elaboration d'un guide Ville-Santé-OMS
- ✓ 3 PETITE ENFANCE
  - Future création d'une crèche dans le projet DDE
- ✓ 4 MALADIES CHRONIQUES
  - Adhésion de la ville au PNNS
  - Création de jardins familiaux
  - Promotion du sport
- ✓ 5 SANTE MENTALE
  - Création en centre ville d'un espace réunissant maison des adolescents, consultations d'addictologie et point écoute-jeune

#### IMPLICATION DE LA COMMUNE DE BRIANÇON DANS LES PLANS DE SANTÉ

«S'INSCRIRE dans cette démarche  
c'est mieux se positionner  
pour EXIGER des moyens.»



# LES PROGRAMMES D'ETP ENGAGÉS

## ASTHME DE L'ENFANT

### Les Hirondelles

60 lits - 6-17 ans

Villard Saint Pancrace



### La Guisane

39 lits - 6-17 ans

Villard Saint Pancrace

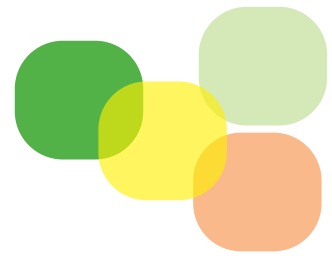


### Les Jeunes Pousses

45 lits - 6-17 ans

Briançon





### Indication et déroulement des séjours

- ✓ Indication : Pathologie respiratoire chronique non contagieuse  
Asthme : 90% des admissions, et DDB, mucoviscidose, post opératoire, relai d'hospitalisation
- ✓ Durée de séjour déterminée par le prescripteur  
15 jours à l'année scolaire, unique ou répétés
  - Séjours courts de 2-3 semaines axés sur l'éducation thérapeutique et activités extérieures
  - Moyens séjours de plus de 4 semaines : ETHP, REE, stabilisation, désensibilisation...
  - Prise en charge pluridisciplinaire : médico-éducative (médecins, infirmiers kiné, psychologue, diét, éducateurs spécialisés, répétiteurs scolaires)

### La réhabilitation respiratoire en 2 volets

- ✓ 1 Education thérapeutique de l'asthme
  - Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient en SSR depuis de nombreuses années
  - Les programmes d'éducation thérapeutique de l'asthme sont maintenant soumis à une autorisation de l'ARS PACA qui a été obtenue en 2010 par tous nos établissements (réévaluée annuellement)
  - Objectifs centrés sur les besoins du patients
- ✓ 2 Réentraînement à l'effort : Médecins, kinés, éducateurs sportifs

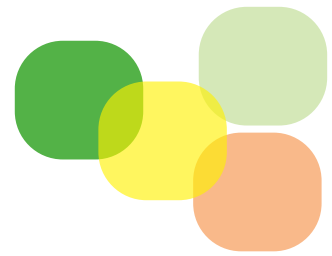
### Education thérapeutique

- ✓ Pour qui : tous les patients asthmatiques et leur entourage-famille
- ✓ Comment : proposée à l'enfant et sa famille avant et lors de l'admission avec acceptation du contrat éducatif.  
Les familles sont accueillies sur rendez vous pour une séance individuelle avec ou sans le patient.
- ✓ Par qui : personnel médical et paramédical formé à l'éducation thérapeutique (IPCÉM), essentiellement médecins et infirmières, patient tuteur

### Organisation et déroulement des programmes d'ETP

(bases similaires dans les établissements selon reco HAS 2007, mais personnalisé à l'intérieur de chaque établissement)

- ✓ 1 Evaluation initiale des connaissances
- ✓ 2 Evaluation finale après le programme  
*Utilisation du questionnaire initial avec proposition éventuelle de renforcer et de cibler les connaissances insuffisantes.*  
Comment ?  
Le Diagnostic éducatif : Fondamental  
Questionnaire standardisé mais individuel et adapté à l'âge (avec réponses attendues et cotation) et permettant de déterminer le programme le plus adapté aux besoins du patient.  
Il met en lumière les difficultés quotidiennes et psychologiques liées à la maladies et les attentes et projets du patients.



### Déclinaison du programme

- ✓1 Programme initial (souvent le 1er contact avec les écoles de l'asthme) 3-4 séances ou modules
- ✓2 Un programme de renforcement au cours de l'année 1 à 2 séances ou modules
- ✓3 Un programme de reprise reprenant tout ou une partie du programme initial

### Les modules

Séances collectives de 5 patients Max : 30 à 45 mn suivi d'une évaluation individuelle des acquisitions par un questionnaire standardisé.

#### ✓Programme initial

- Module 1 : en 1 à 2 séances

- l'asthme et le poumon, le souffle
- les facteurs environnementaux déclenchants ou aggravants

Comprendre et reconnaître sa maladie , et ses allergènes avec outils de démonstration, manipulations de bronches, schémas, films ...

- Module 2 : en 1 à 2 séances

- traitements de fond et de crise
- les dispositifs de délivrance de ces médicaments , sprays , diskus, chambre d'inhalation , peak flow ou DEP, avec manipulation, outils de démonstration, placebos, appareils de démonstration

- Module 3: en 1 à 2 séances

- traitement de la crise d 'asthme
- geste de sécurité, reconnaître la gravité et appliquer son plan d'action individualisé en rapport

Avec remise du carnet de suivi et du plan d'action rempli avec le patient et/ou membre de l'entourage.

Séances collectives de 3 à 5 patients max : 30 à 45 mn suivie d'une évaluation individuelle des acquisitions

#### ✓Programme de renforcement

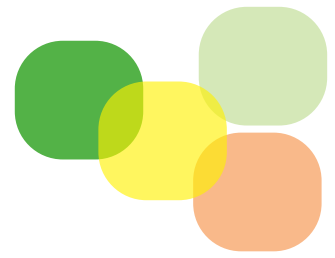
- Module ludique : en 1 ou plusieurs séances

- jeux de rôles
- jeux de cartes
- mise en situation
- ateliers peinture, pâte à modeler, etc ...

#### ✓Programme de reprise (approfondi) :

Dans le cadre du suivi et maintien des connaissances et en fonction des besoins évalués par le diagnostic éducatif.

Orientation vers l'un ou plusieurs modules du programme initial.

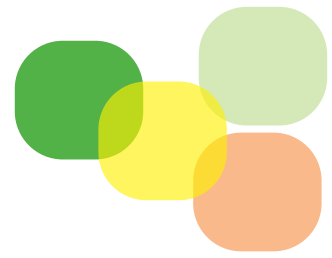


## Séance d'éducation



## Suivi du patients

- ✓ Remise au patient de son dossier éducatif complet
- ✓ Envoi systématique d'un bilan au médecin prescripteur du séjour
- ✓ Envoi systématique d'un bilan à l'école de l'asthme de référence



## OBÉSITÉ DE L'ENFANT

### Val Pré Vert

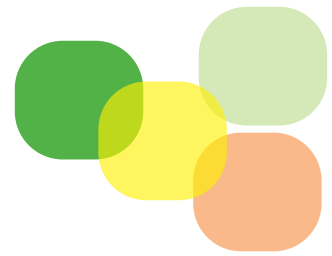


**Programme autorisé par l'ARS PACA le 7 décembre 2010  
« Education Thérapeutique pour des enfants obèses »**

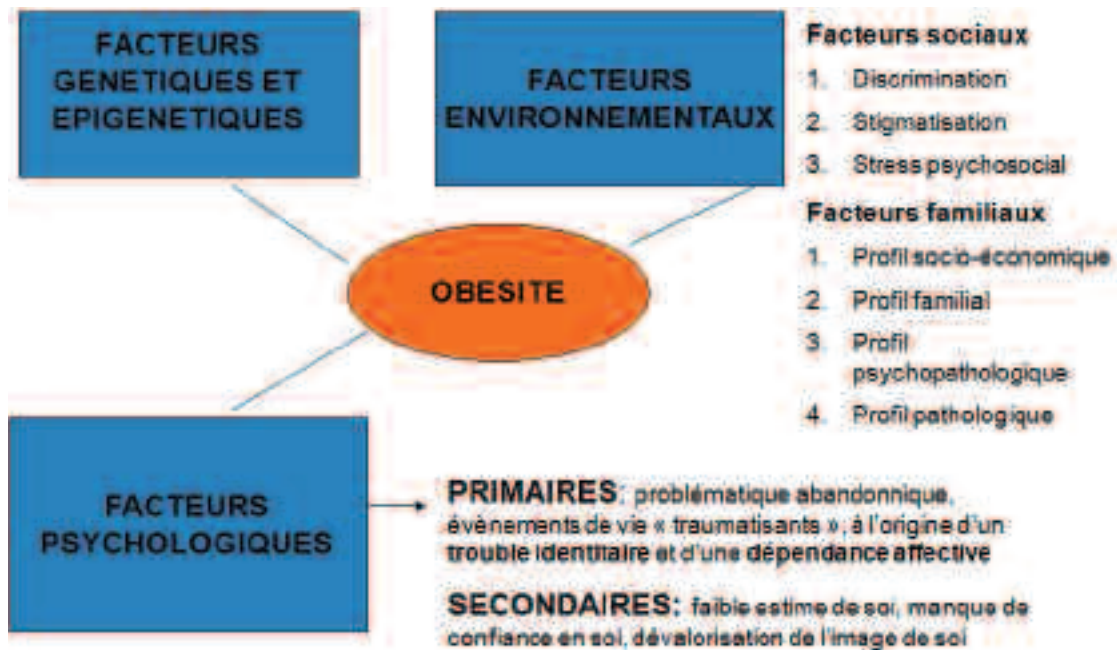


#### **La prise en charge en ETP pour l'obésité chez l'enfant ou l'adolescent**

- ✓ En France, la prévalence de l'obésité est passée de 5,1 % en 1985 à 10-12 % en 1996 et à 16% en 2000
- ✓ Parmi les 15,7 % d'élèves en classe de 3ème en surcharge pondérale (dont 3,3 % d'obèses), 60 % étaient déjà en surcharge pondérale à l'âge de 6 ans
- ✓ À cet âge, la prévalence de la surcharge pondérale était de 14,3 % dont 3,9 % d'obésité
- ✓ Parmi les enfants en surcharge pondérale ou obèses à l'âge de 6 ans, près d'un enfant sur deux l'est resté.



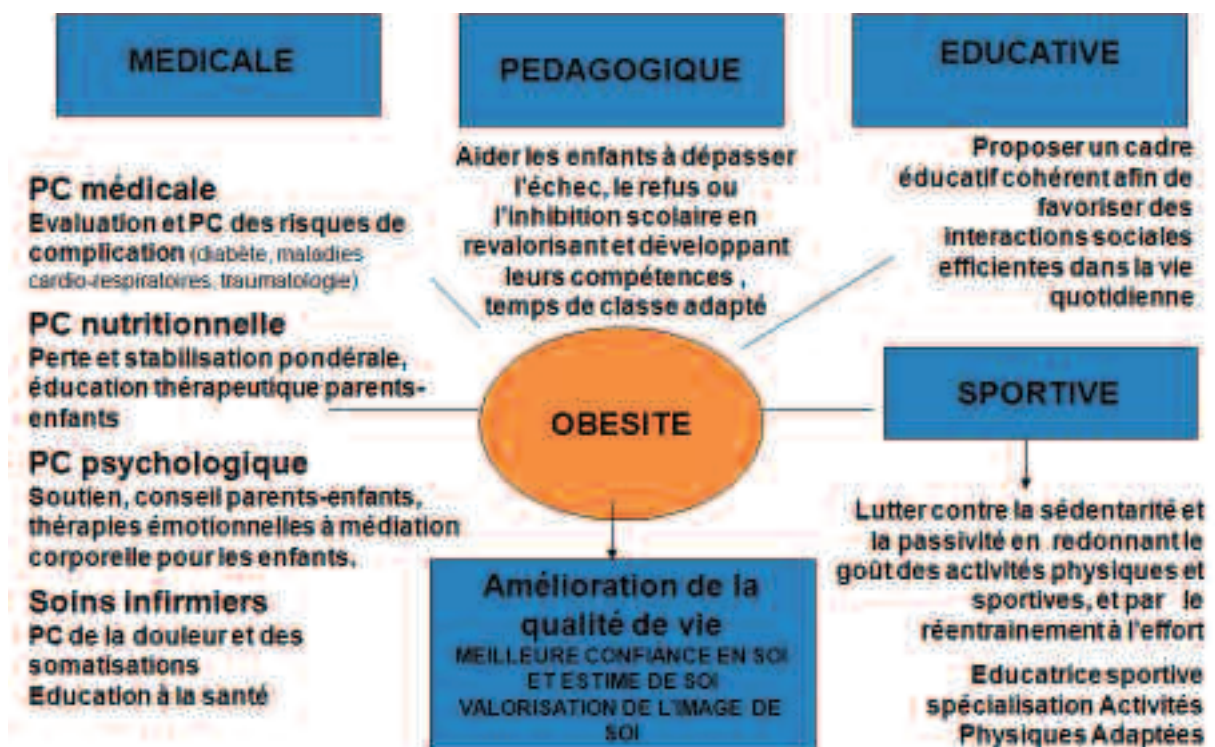
## L'origine plurifactorielle de l'obésité



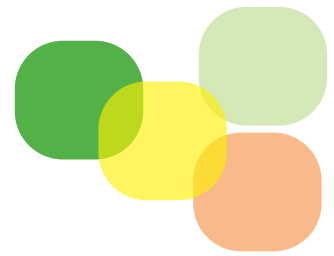
## Objectif de l' Education thérapeutique

- ✓ Améliorer la qualité de vie des jeunes patients obèses
- ✓ Interventions corrélées sur les différentes origines potentielles de la pathologie

## Prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité





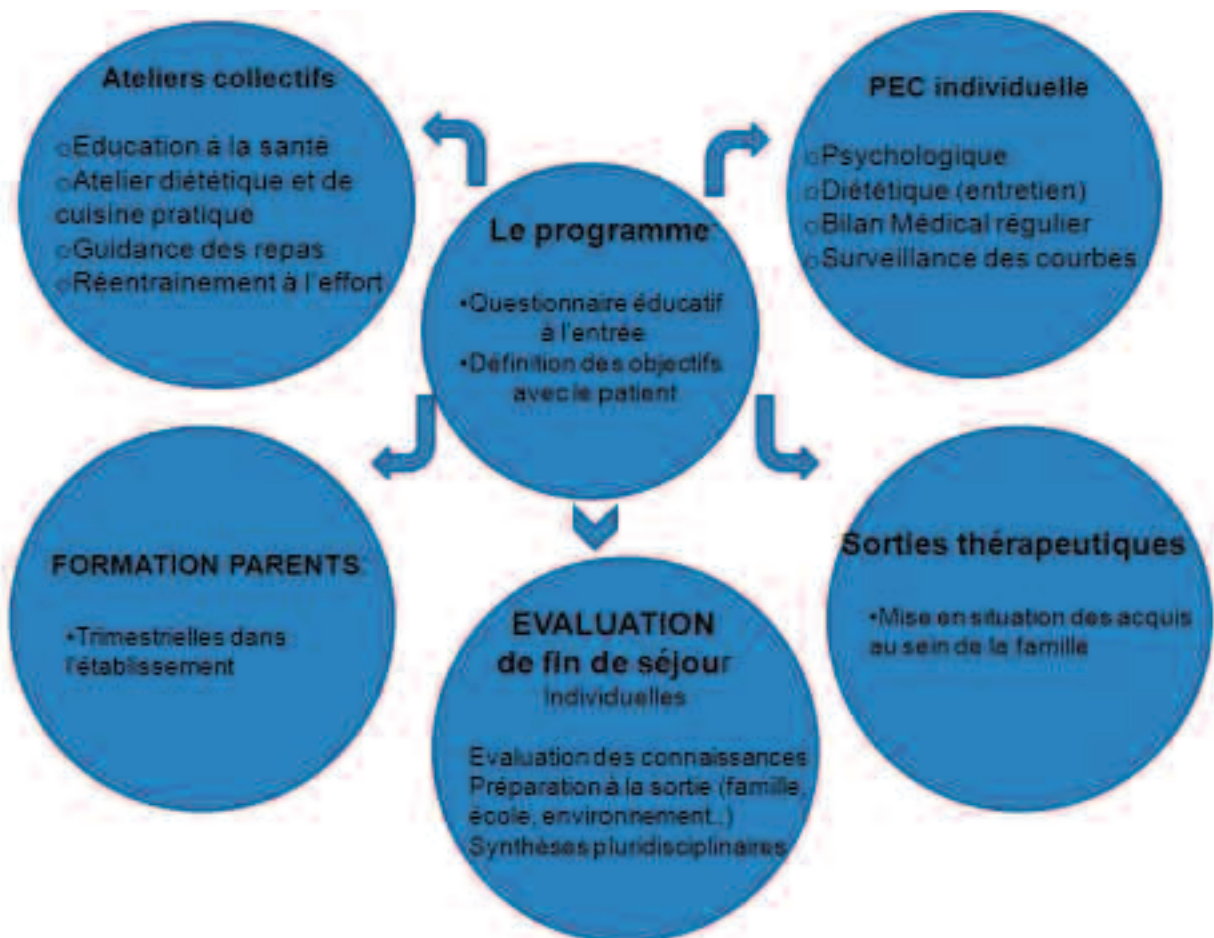


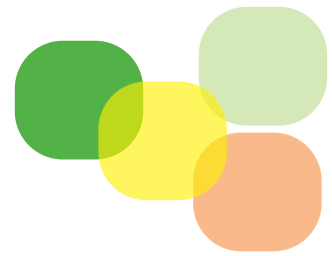
### En 2011

- ✓ 79 patients ont bénéficié d'une prise en charge en ETP
- ✓ 6 patients ont interrompu leur prise en charge avant la fin du programme



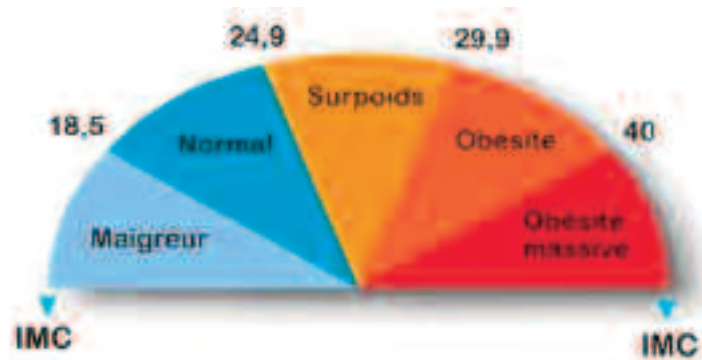
- ✓ Les patients dans leur grande majorité bénéficient d'une prise en charge sur une année scolaire
- ✓ Ils s'y engagent par écrit ainsi que leurs parents





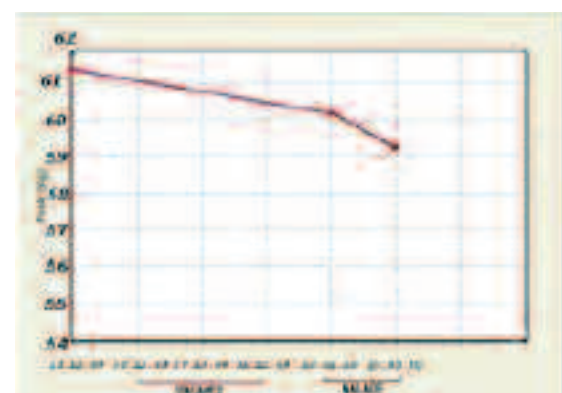
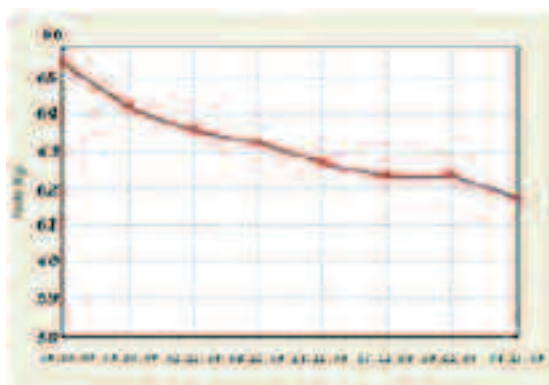
### Les points positifs

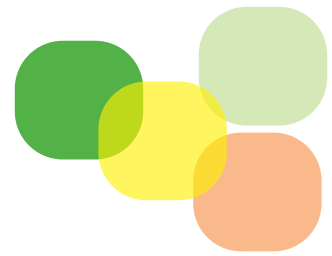
- ✓ Une réelle amélioration de la qualité de vie des patients à la sortie
- ✓ Une implication des parents



### Les points à améliorer

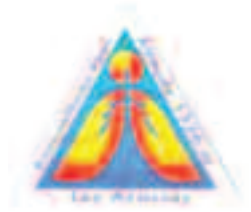
- ✓ Refonte du contenu du diagnostic éducatif
- ✓ Proximité avec les familles
- ✓ Meilleure coordination avec les partenaires extérieurs et les médecins traitants
- ✓ Suivi post cure des patients





## ASTHME ET MALADIES RESPIRATOIRES

### Les Acacias



#### Asthme - Maladie chronique - Education thérapeutique

##### ✓ Avant-propos

Nous faisons souvent de l'éducation thérapeutique sans la nommer.

L'objectif est d'aider le patient à acquérir les moyens de gérer son traitement afin de prévenir les complications éventuelles, tout en améliorant sa qualité de vie. L'asthme est l'une des maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes puisque sa prévalence en France est estimée entre 5 et 7%.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes avec : essoufflement (dyspnée) et avec une diminution du calibre des bronches, une toux plutôt la nuit et/ou au petit matin, une hyper réactivité bronchique.

Les 4 étapes de la démarche éducative :

- 1 le diagnostic éducatif
- 2 le contrat d'éducation
- 3 la planification de la démarche éducative
- 4 l'évaluation

##### ✓ 1 Lors du diagnostic éducatif

Il repose sur un entretien individuel structuré. Il permet d'appréhender les différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses demandes, ses attentes, ses croyances ses représentations.

##### ✓ 2 Le contrat d'éducation

Le contrat d'éducation est un vrai projet de soins conçu avec le patient. Il a une valeur d'engagement mutuel dans le but de renforcer la motivation des deux parties.

Les objectifs éducationnels doivent être clairs, peu nombreux, adaptés et progressifs.

##### ✓ 3 La planification et la mise en œuvre de l'éducation

Il s'agit à ce stade de planifier les séances d'éducation thérapeutique avec le patient. Les activités éducatives peuvent comporter des temps de sensibilisation, d'information orale et écrites, d'apprentissage de l'autogestion de la maladie.

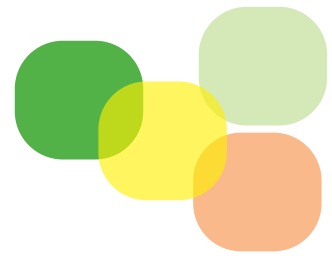
Il n'existe pas de consensus concernant la durée et le nombre de séances.

##### ✓ 4 L'évaluation

Elle concerne les acquis du patient.

C'est un processus indispensable qui permet à l'auteur de réajuster si nécessaire avec l'aide d'un carnet de suivi.

Les cours d'éducation thérapeutique (agrément ARS) proposés aux patients asthmatiques, sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire.



✓ Qu'est-ce que l'asthme ?

- Prévenir une crise et conduites à tenir en cas de crise
- Identifier et réduire les facteurs déclenchant
- Prendre régulièrement son traitement de fond
- La nécessité d'interpréter les résultats d'un débit de pointe
- L'aérosolthérapie
- L'oxygénothérapie.
- La nécessité du réentraînement à l'effort

Mais au préalable une évaluation de la maladie est faite après des examens spécifiques comme l'ECG, la gazométrie, les EFR, le test de marche de 6 minutes, et la VO2MAX. Il est proposé aux patients, en plus de l'éducation thérapeutique du réentraînement à l'effort, un soutien psychologique (accepter sa maladie, son traitement car anxiogène), un soutien au sevrage tabagique, un conseil diététique, et des propositions pour des démarches administratives.

✓ Les points forts :

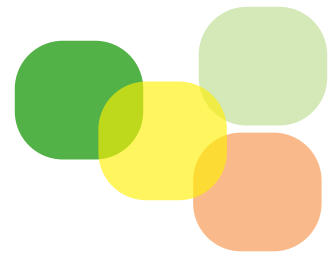
Pour une meilleure prise en charge du patient, nous sommes convaincus que l'association du traitement médicamenteux, du réentraînement à l'effort et de l'éducation thérapeutique est la meilleure des formules pour vivre au mieux avec sa maladie chronique. Le carnet de suivi où tout est répertorié et qui leur appartient, et peut être montré à leur médecin adresseur.

✓ Les points faibles :

- Faire adhérer un patient
- Gérer des groupes homogènes et animer quand on n'a pas eu la formation
- S'exprimer devant un groupe (plus facile en individuel)
- Trouver une grille d'évaluation pour évaluer les connaissances et le continu de l'atelier

✓ Nos limites :

L'animation ne doit pas excéder 45 minutes, au-delà l'attention se relâche.



**Les médicaments**

Il existe 2 familles de médicaments pour traiter l'asthme selon le stade de sévérité : les bronchodilatateurs (BD) et les anti-inflammatoires (AI). Ces 2 familles peuvent être associées sous la forme d'un seul médicament (BD + AI). La voie d'administration habituelle est la voie inhalée.

**Principaux médicaments**

**bronchodilatateurs**  
Action courte et rapide  
Traitement de crise

**anti-inflammatoires**  
Traitement de fond

**associations bronchodilatateur + anti-inflammatoire**  
Traitement de fond

**Association BD + AI**  
Traitement de fond

Quelle médication vous a prescrit le médecin est le plus adaptée à votre cas. Demandez lui de remplir avec vous les cases suivantes :

<b>MON MÉDICAMENT DE CRISE</b>	<b>MON TRAITEMENT DE FOND</b>	<b>MON MÉDICAMENT DE FOND</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B<sub>2</sub>-mimétiques à action courte**

**ACTES**

- Effet en quelques secondes
- Développement rapide de la gêne respiratoire et de la toux

**Effets indésirables**

Toux fréquente ou palpitations rares et sans gravité

**Précautions d'emploi**

Une asthme sévère et aggravação a été constatée à consommer un produit pour empêcher le traitement de fond.

**Bronchodilatateurs**

**B<sub>2</sub>-mimétiques d'action prolongée**

**ACTES**

- Effet en quelques minutes
- Effet prolongé (jusqu'à 12 heures) permettant une prise matin et soir

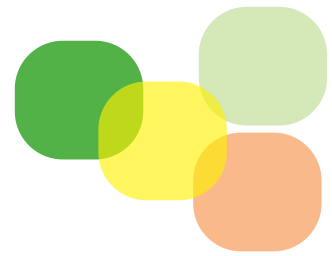
**Effets indésirables**

Toux fréquente ou palpitations rares et sans gravité

**Précautions d'emploi**

Il est toujours à éviter de consommer un anti-inflammatoire systémique.

**Bronchodilatateurs**



### Coricoxibine

**Action**

- Traitement de fond de l'asthme
- Traitement de l'inflammation des bronches (prévention et curatif)
- Prévention des crises

**Effets indésirables**

*Aliments*

- rarement, nausées, brûlures

**Précautions d'emploi**

Eviter le bouchon après usage.

**Anti-inflammatoires**

### Coricoxibine + Bronchodilatateur

**Action**

- Traitement de fond de l'asthme
- Traitement de la crise et de l'inflammation des bronches
- Prévention des crises

**Effets indésirables**

*Aliments*

- rarement, nausées, brûlures
- localisés en particulier dans le nez et dans la gorge

**Précautions d'emploi**

Eviter le bouchon après usage.

**Anti-inflammatoire + bronchodilatateur**

## Document d'évaluation



Centre des Maladies Respiratoires et Allergiques  
LES ACOAS  
OSIRIS BIANCON

### EVALUATION DES EXPOSÉS INTERACTIFS EN EDUCATION THERAPEUTIQUE (Maladies respiratoires et leur traitement)

1. Des axes stratégiques de la prestation ?  
1.  Non pas du tout    2.     3.     4.     5.  Oui, totalement
2. Les informations du sujet vous ont-elles paru pertinentes ?  
1.  Non pas du tout    2.     3.     4.     5.  Oui, totalement
3. Les moyens de l'exposé vous ont-ils paru adaptés ?  
1.  Non pas du tout    2.     3.     4.     5.  Oui, totalement
4. L'exposé vous a-t-il apporté un regard différent sur le problème ?  
1.  Non pas du tout    2.     3.     4.     5.  Oui, totalement
5. Voulez-vous être plus à même de prendre en charge votre malade ?  
 Oui     Non
6. Remarques :

Annexes :

10 / /

Un grand merci pour votre participation

## Carnet de suivi du patient



Centre des maladies respiratoires et allergiques  
« Les Acoas »

### Carnet de suivi pendant mon séjour :

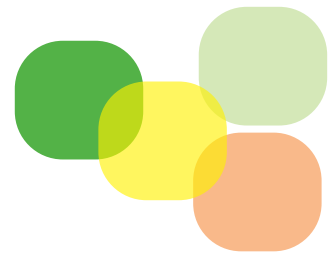


Nom :

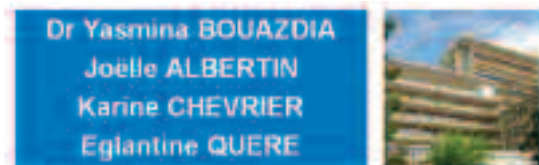
Prénom :

Chambre :

Nous vous demandons de présenter ce carnet lors de chaque activité proposée dans le cadre de votre réentrainement à l'effort et de l'éducation thérapeutique.



## Centre Médical Rhône - Azur



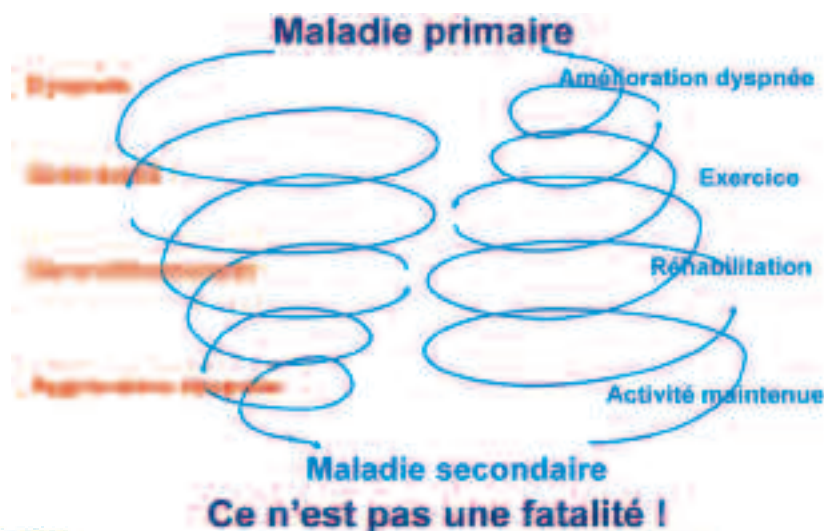
### Définition

La réhabilitation respiratoire est un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie

### Objectif principal

Maintenir dans la durée un niveau d'activités physiques quotidiennes jugé nécessaire à la santé physique et psychique du patient, de façon à diminuer les conséquences systémiques de la maladie et les coûts de santé

### Le cercle vicieux du déconditionnement



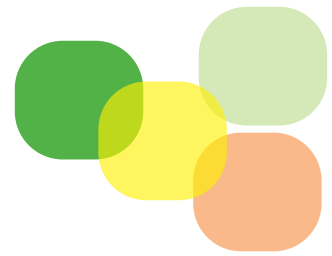
D'après Young, 1983

La réhabilitation respiratoire est :

- ✓ un ensemble de soins personnalisés
- ✓ dispensé aux patients atteints d'une maladie respiratoire chronique
- ✓ par une équipe pluridisciplinaire

Elle a pour objectif :

- ✓ de réduire les symptômes
- ✓ d'optimiser les conditions physiques et psychosociales
- ✓ de diminuer les coûts de santé



## Indications

La réhabilitation respiratoire s'adresse à chaque patient présentant un handicap respiratoire, quelque soit le degré de la déficience.

## La réhabilitation respiratoire à Rhône-Azur Briançon ?

### Historique

En pneumologie, depuis l'année 2000, nous proposons à nos patients porteurs d'une maladie respiratoire chronique, un programme de réhabilitation respiratoire. C'est donc une prise en charge globale où intervient une équipe pluridisciplinaire = médecins, kinésithérapeutes, infirmières, diététiciennes, psychologues, éducateurs en activités physiques adaptées (EAPA) ...

### Ses objectifs

Améliorer la tolérance à l'effort et soulager la sensation de dyspnée = meilleure qualité de vie.

A qui s'adresse-t-elle ?

Tous les patients porteurs d'une pathologie respiratoire et qui présentent une intolérance ou une gêne à l'effort.

### Types de pathologies

BPCO, asthme, dilatations des bronches, suites de chirurgie thoracique, etc ... et à tous les stades de la maladie respiratoire chronique.

### Modalités de cette prise

- ✓ Hospitalisation complète
- ✓ Hospitalisation de jour

### Durée du séjour

- ✓ 4 à 6 semaines

### Evaluations en début de séjour

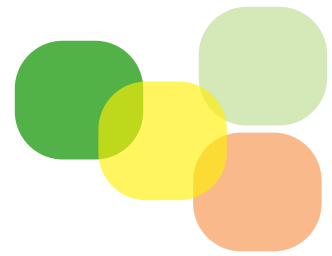
- ✓ Consultations pneumologiques (Dr BOUAZDIA, Dr JANG)
- ✓ EFR, GDS, ECG, radio thoracique
- ✓ TDM6
- ✓ Evaluation nutritionnelle = impédancemétrie
- ✓ Epreuve fonctionnelle à l'exercice (EFX) ou Epreuve d'Effort = évaluation de la consommation maximale d'O<sub>2</sub> (VO<sub>2</sub>Max), le seuil ventilatoire et FC d'entraînement
- ✓ Consultation psychologique si nécessaire

### Pendant le séjour

Programme de réhabilitation respiratoire personnalisé

- ✓ 1 Activités physiques
  - Réentraînement sur cyclo ou tapis de marche
  - Musculation membres sup. et inf.
  - Gymnastique
  - Marche
  - Kinésithérapie respiratoire





- ✓ 2 Éducation thérapeutique
- ✓ 3 Aide au sevrage tabagique
- ✓ 4 Prise en charge nutritionnelle
- ✓ 5 Prise en charge psychologique
- ✓ 6 Activités de la vie journalière
- ✓ 7 Relaxation

### **Evaluation en fin de séjour**

- ✓ EFR
- ✓ TDM6
- ✓ Impédancemétrie
- ✓ Epreuve d'effort = pour les candidats à une post réhabilitation à domicile

### **Après la sortie de Rhône - Azur**

Il est recommandé d'entretenir les bénéficiaires de cette réhabilitation respiratoire

- ✓ Hôpital de jour
- ✓ Kinés de ville : réhabilitation phase IV
- ✓ réhabilitation respiratoire à domicile avec prestataire = AGIR à dom. et ARARD

### **Les objectifs de l'éducation thérapeutique**

- ✓ L'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de pathologie chronique
- ✓ L'augmentation de leur autonomie, l'acquisition ou le maintien des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec leur maladie en s'appuyant sur leur vécu et leur expérience antérieure
- ✓ Pour la plupart de ces compétences, la mise en application associe 3 registres d'acquisitions (savoirs, savoir-Être et savoir-Faire )
- ✓ L'ETP satisfait à des objectifs de :
  - prévention secondaire (prévention des complications de la maladie)
  - ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications)

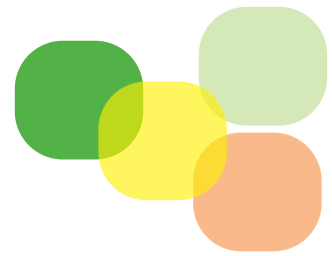
### **Organisation de la prise en charge éducation à Rhône - Azur**

A l'admission

- ✓ La démarche d'ETP est proposée au patient (selon des critères d'inclusion)
- ✓ Faire signer la «Fiche de consentement» d'adhésion au programme et de partage des informations
- ✓ Donner le programme d'information sur la réhabilitation respiratoire
- ✓ Réalisation de l'évaluation du traitement inhalé
- ✓ Réalisation de l'évaluation du débit expiratoire de pointe (DEP)
- ✓ Archivage de ces données dans le dossier du patient

### **Le Bilan Educatif Partagé (BEP)**

- ✓ Entretien individuel réalisé par l'IDE dans la semaine suivant l'admission du patient (support d'entretien)
- ✓ Faire la synthèse du BEP : permet de fixer les objectifs prioritaires avec le patient, en prenant en compte son projet personnel
- ✓ Les objectifs prioritaires du patient seront à travailler en équipes (à renseigner dans le dossier informatique)
- ✓ Le bilan sera enrichi par tous les intervenants de la Pec



### Les séances d'éducation collectives ou individuelles

- ✓ Un tableau des séances est proposé au patient, en fonction des objectifs prioritaires, définis avec lui lors du bilan éducatif réalisé à l'entrée.
- ✓ Connaissance de l'Asthme
- ✓ Connaissance de la BPCO
- ✓ Aide au sevrage tabagique
- ✓ L'oxygénothérapie
- ✓ Gestion des traitements inhalés,
- ✓ Gestion de la crise d'asthme, Gestion des surinfections
- ✓ Surveillance du DEP
- ✓ Equilibre alimentaire
  - Prise en charge de la VNI, PPC
  - Réhabilitation et Activités Physiques Adaptées = gestion du souffle à l'effort
- ✓ Proposition de PEC spécifique si besoin : soutien psychologique, ergothérapie, RDV assistante sociale

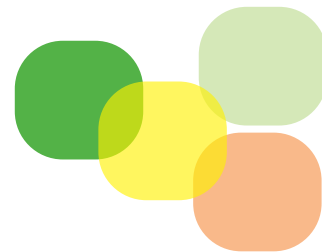
### L'évaluation

- ✓ Réalisée en milieu et fin de séjour
- ✓ Entretien individuel – réévaluation des objectifs
  - Permet de vérifier l'atteinte des objectifs fixés avec le patient
- ✓ Evaluation des connaissances (Questionnaire à remplir avec le patient)
- ✓ Evaluation pratique (inhalation des traitements, DEP, oxygénothérapie, VNI)
- ✓ Fiche de liaison à transmettre au médecin adresseur

*Tu me dis, j'oublie  
Tu m'enseignes, je me souviens  
Tu m'impliques, j'apprends*

Citation de Benjamin Franklin





## DIABÈTE ET PSYCHIATRIE : Centre Médical Chant'Ours

### Diabétologie : décembre 2010

« Education thérapeutique des patients diabétiques »

### Psychiatrie : février 2011

« Programme d'éducation thérapeutique pour les patients hospitalisés atteints d'affections psychiatriques chroniques » (schizophrénie et maladie bipolaire)

### Diabète en ambulatoire : depuis 2011

Financement par l'Agence Régionale de Santé pour 50 actions auprès des diabétiques du grand Briançonnais

#### Cas concret : psychiatrie

Mme X, âgée de 25 ans, est atteinte de schizophrénie depuis l'âge de 17 ans.

Les premières années de vécu avec cette maladie ont été ponctuées de trois décompensations majeures nécessitant de longues périodes d'hospitalisation suite à l'arrêt des traitements. Son entourage, en particulier sa mère, a eu beaucoup de difficultés pour aider sa fille par méconnaissances de la maladie, des symptômes et des traitements.

Depuis 2 ans, Mme X s'est stabilisée. Elle a compris l'importance des traitements même si elle connaît encore mal l'action de chaque médicament. Elle sait néanmoins que l'un d'entre eux (un neuroleptique) a participé à une prise de poids. De ce fait elle aimerait un soutien diététique pour contrôler son poids car elle ne supporte pas son image corporelle avec 10 kg de plus.

Ces dernières années, elle a su repérer les situations d'altération de son état et a réagi en sollicitant les soignants avant d'être trop mal et de se mettre en danger (tentative de suicide d'un pont).

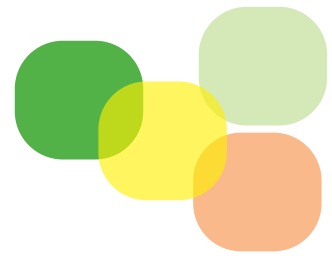
Elle souhaite « vivre comme tout le monde » (avoir un travail, un appartement et un ami...) mais elle est consciente de ses difficultés de concentration et de stabilité. Les techniques de relaxation et les activités sportives l'aide à gérer ses moments difficiles.

Voici ce que lui a proposé l'équipe soignante à son arrivée dans le service de psychiatrie: Suite à un premier entretien, un diagnostic éducatif a été réalisé pour accéder à ses connaissances et ses représentations sur la maladie, les traitements et les complications. Son environnement a été exploré ainsi que le vécu, la gestion de sa maladie et ses projets.

Plusieurs objectifs ont été dégagés de cet entretien :

- Amélioration des connaissances sur la maladie et son traitement
- Pratiquer des activités physiques pour gérer les moments difficiles
- Essayer les techniques de relaxation pour apaiser les angoisses et améliorer sa concentration
- Gérer son poids

Après concertation avec la patiente et l'équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmiers,

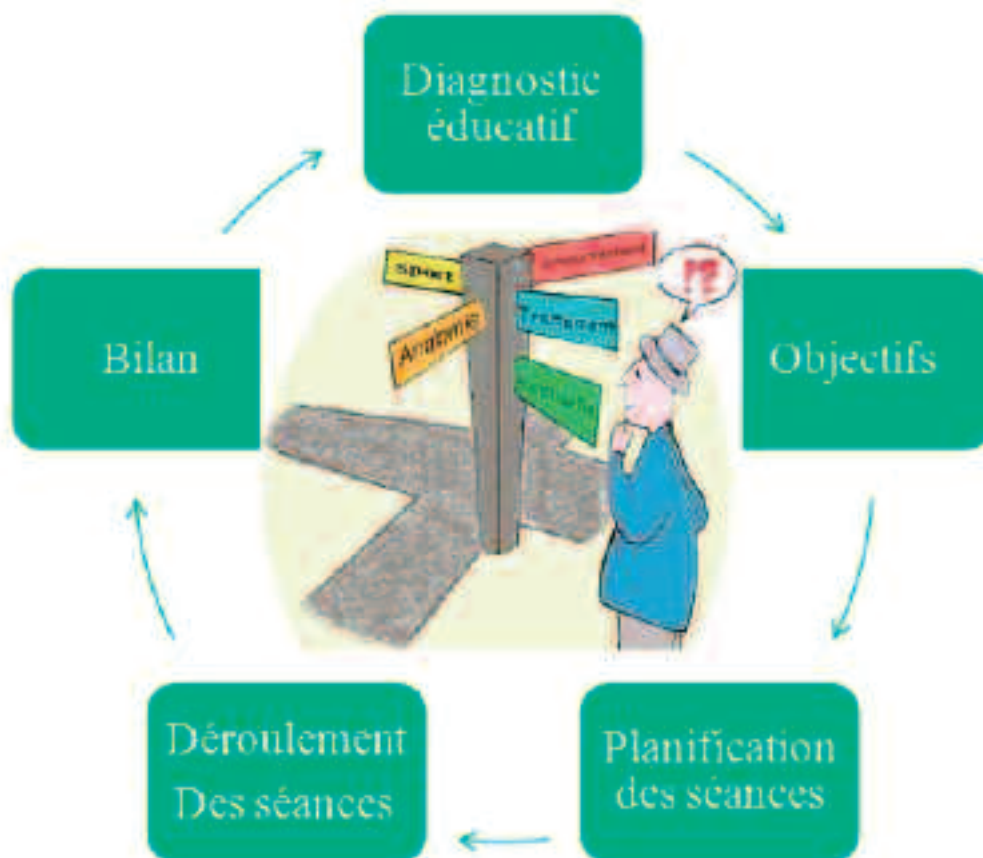


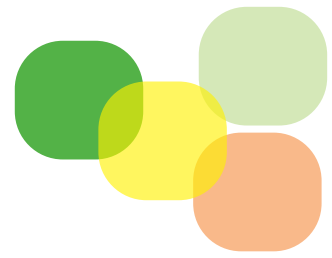
psychologues, psychomotriciens, diététicienne...), un engagement éducatif est signé. Les séances suivantes sont programmées :

- séance individuelle avec le médecin sur les symptômes et les traitements
- séances collectives hebdomadaires de relaxation avec le psychomotricien
- séances collectives gymnastique douce, exercices musculaires avec le psychomotricien
- séances collectives balnéothérapie avec le psychomotricien
- séances individuelles avec la diététicienne
- sorties « marche » hebdomadaires avec l'animation
- séance collective « atelier projet » avec assistante sociale, infirmière et psychologue

Un bilan en fin de programme a permis d'évaluer l'impact des séances et de fixer de nouveaux objectifs.

## Les étapes de l'ETP





### Cas concret diabète ambulatoire

Mr Y, âgé de 68 ans, est atteint de diabète depuis une quinzaine d'année. Il est suivi par son médecin traitant et depuis quelques mois, son traitement a changé puisqu'il doit faire des injections d'insuline.

Jusqu'à présent, Mr Y ne s'est pas beaucoup soucié de sa maladie, se limitant à la prise des médicaments prescrits. Il connaît peu son processus et pense qu'il n'y a aucune complication à craindre.

Néanmoins avec la mise en place de l'insuline, il se pose des questions d'où sa participation au programme en ambulatoire sur les conseils de son médecin traitant et du cabinet infirmier qui vient faire les injections d'insuline à son domicile.

Sur le plan diététique, il a pris conscience d'un manque de connaissance et d'une alimentation inadaptée.

Il a souvent faim, prend du poids et ne sait pas comment réagir.

Lorsqu'il se coupe les ongles de pieds, il se blesse et éprouve des difficultés pour soigner les plaies.

Mr Y est un retraité actif, bricole beaucoup, voyage, fait de la randonnée mais s'inquiète de pouvoir maintenir toutes ses activités avec ce nouveau traitement plus contraignant pour lui.

Voici ce qui lui a été proposé :

Suite à un premier entretien, un diagnostic éducatif a été réalisé pour accéder à ses connaissances et ses représentations sur la maladie, les traitements et les complications. Son environnement a été exploré ainsi que le vécu, la gestion de sa maladie et ses projets.

Plusieurs objectifs ont été dégagés de cet entretien :

- Amélioration des connaissances sur l'équilibre alimentaire et les équivalences glucidiques en particulier pour gérer son poids et équilibrer ses glycémies.
- Avoir des conseils pour prendre soin de ses pieds
- Adapter son comportement et les doses d'insuline en fonction de ses activités

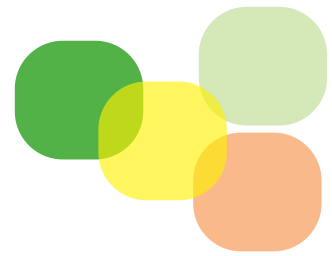
Un courrier est envoyé à son médecin traitant à l'entrée ainsi que le bilan de fin de programme.

Après concertation et accord avec Mr Y, un engagement éducatif est signé. Il viendra participer aux séances sur le site du Bois de l'Ours selon un planning établi lors du premier entretien en fonction de ses disponibilités.

Les séances suivantes sont programmées :

- séance individuelle avec la diététicienne pour un bilan nutritionnel
- séances collectives sur « l'équilibre alimentaire » et « les équivalences » en atelier pratique avec une diététicienne
- séance collective avec un infirmier sur « les pieds et le diabète »
- séance collective avec l'endocrinologue sur « adaptation des doses d'insuline »

Un bilan en fin de programme a permis d'évaluer l'impact des séances et de fixer de nouveaux objectifs.



### Quelques chiffres ...

- ✓ Du personnel formé (minimum 40 h en ETP) : 2 médecins, une responsable des soins, une cadre de santé, 3 diététiciennes, 12 infirmiers, 2 aides-soignants, une coordinatrice de programme.
- ✓ 25 diabétiques du Briançonnais ont déjà bénéficié d'un programme personnalisé en ambulatoire.
- ✓ En psychiatrie, chaque semaine lors de la réunion pluridisciplinaire du service, 2 nouveaux patients sont intégrés dans le programme.
- ✓ En diabétologie, 5 patients minimum suivent en permanence un programme personnalisé pendant leur hospitalisation.

### Les difficultés rencontrées

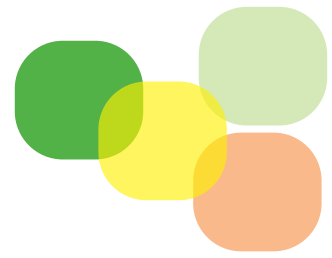
- ✓ Bassin de population réduit dans le nord du département
- ✓ Disponibilité et participation des patients
- ✓ Manque d'information et de formation des professionnels du territoire
- ✓ L'intégration de l'ETP dans les pratiques de soins quotidiennes de l'établissement (temps, coût financier...)

### Les leviers

- ✓ Gratuité du programme en ambulatoire
- ✓ Formation du personnel interne
- ✓ Un temps de coordinatrice en ETP (20%) au sein du service qualité
- ✓ Locaux et plateaux cliniques existants
- ✓ File active des services de psychiatrie et diabétologie

### Les projets

- ✓ Formalisation des activités existantes, en programmes d'ETP autorisés en services de spécialités : obésité, addictologie, équilibre (PA)
- ✓ Partenariat avec les programmes autorisés dans les autres établissements (maladies respiratoires, asthme)



## DIABÈTE, CARDIOVASCULAIRE ET OBÉSITÉ : Centre Hospitalier d'Embrun

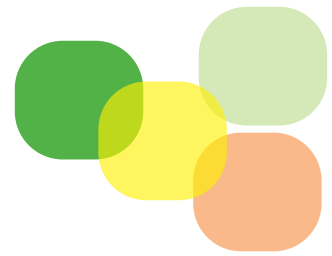


### Le Centre Hospitalier d'Embrun

- ✓ Urgences 24h/24
- ✓ Radiologie conventionnelle: radio, échographie, échographie fœtale, doppler artériel et veineux
- ✓ 12 lits de court séjour gériatrique, 14 lits de court séjour polyvalent
- ✓ 14 lits de SSR gériatrique, 30 lits de SSR polyvalent
- ✓ 30 lits d'USLD
- ✓ 2 EHPAD
- ✓ Consultations externes: orthopédie, urologie, chirurgie viscérale, ORL, addictologie, gynécologie/obstétrique, consultations mémoire
- ✓ Consultants internes: addictologie, neurologie, ophtalmologie
- ✓ Centre de périnatalité

### Historique

- ✓ 2010 : formation à l'ETP par le CRES PACA (6 jours) : 1 cadre de santé, 1 psychologue, 1 médecin.
- ✓ 2011 : formation à l'ETP par le CRES PACA (6 jours) : 3 ide, 1 cadre de santé, 1 médecin.
- ✓ Automne 2011, appel à projet de l'ARS PACA, élaboration de 3 programmes d'éducation thérapeutique du patient ambulatoire :  
Pathologies Cardiovasculaires, Obésité chez l'adulte, Diabète de type 2.
- ✓ Février 2012 : autorisation par l'ARS pour la mise en place des 3 programmes, financement sur la MIG éducation thérapeutique à hauteur de 250 euros / patient pour 30 patients / programme.



### Choix des programmes

#### ✓ Obésité chez l'adulte :

Prévalence actuelle estimée à 15% (soit 15000 patients pour le département) avec une constante augmentation : 20% attendus en 2020.

Prévalence plus importante chez les femmes, en milieu rural et dans les milieux socialement défavorisés.

#### ✓ Diabète de type 2 :

Prévalence actuelle en France à 4%

En 2030, estimations : 7 à 9% de la population entre 20 et 79 ans

#### ✓ Pathologies cardiovasculaires :

Sont à l'origine de 38% des décès chaque année en France, première cause de décès.

Ce « trio » nous a semblé cohérent : facteurs de risques communs, coexistence de plusieurs pathologies fréquente.

Possibilité d'ateliers communs aux 3 programmes (ex : nutrition).

### Compétences disponibles

✓ 3 IDE formées à l'ETP, dont une coordinatrice de l'ETP pour le CH

✓ 2 cadres de santé formées à l'ETP, dont une titulaire des DU: plaies et cicatrisation, plaies vasculaires

✓ 2 médecins formés à l'ETP, dont un titulaire du DU Diététique et Maladies de la Nutrition du CHU Grenoble

✓ 1 psychologue formée à l'ETP

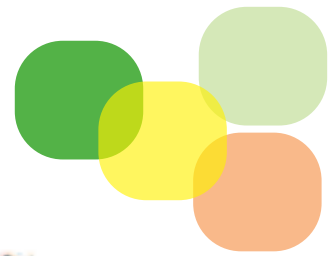
✓ 1 médecin titulaire du DIU de réadaptation fonctionnelle

✓ 2 kinésithérapeutes

✓ 1 ergothérapeute

✓ 2 diététiciennes

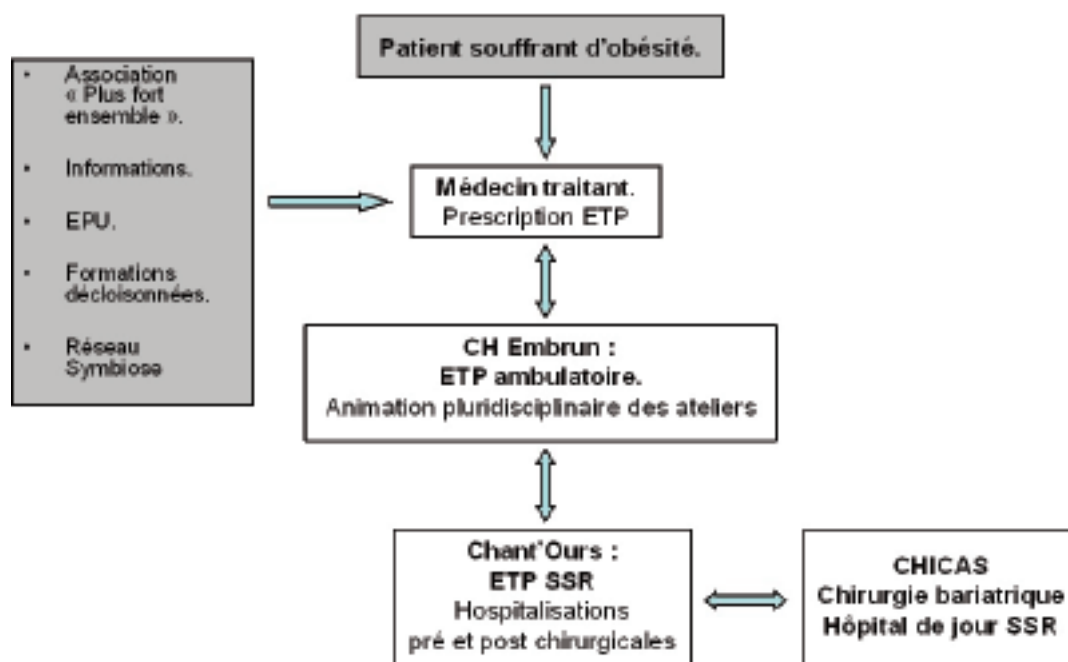


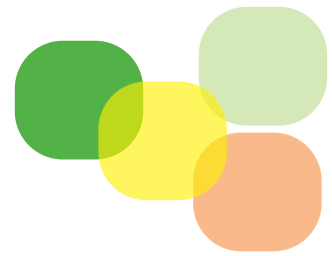


# Organigramme de prise en charge



## ORGANISATION ETP OBESITE – HAUTES-ALPES





## Contenu du programme obésité chez l'adulte

- ✓ Ateliers :
  - Atelier « équilibre alimentaire »
  - Atelier « estime de soi et outil motivationnel »
  - Atelier « activités physiques »
  - Atelier connaissance de l'Obésité et ses complications
- ✓ Outils et méthodes :
  - Séances en groupe, jeux de rôles
  - Mises en situation, ateliers pratiques (cuisine...)
  - Remise de mémos pratiques et remise de carnet de surveillance
  - Utilisation ultérieure de vidéos

## Diabète de type 2

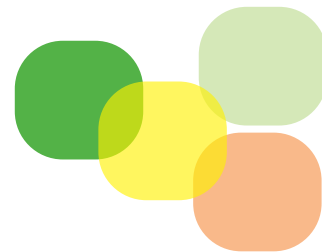
- ✓ 8 ateliers éducatifs :
  - 1 Compréhension simple et traitement du diabète de type 2
  - 2 L'équilibre alimentaire
  - 3 L'activité physique
  - 4 Le pied diabétique
  - 5 L'autosurveillance glycémique
  - 6 L'hypoglycémie
  - 7 L'hyperglycémie
  - 8 Manipulation et injection de l'insuline
- ✓ Outils et méthodes :
  - Ateliers de groupe interactifs avec un ou plusieurs animateurs
  - Mémos
  - Evaluation des acquisitions
  - Cas concrets
  - Ateliers pratiques
  - Quizz
  - Supports DVD interactifs

## ETP cardiovasculaire

- ✓ Adultes de plus de 18 ans
- ✓ Issus des filières de ville (médicale et paramédicale, associatif...), autres établissements à l'issue de leur prise en charge
- ✓ Patients atteints de pathologies cardiovasculaires (insuffisance cardiaque, HTA, FA, AOMI...)
- ✓ Equipe multidisciplinaire
- ✓ En lien avec les autres ETP (diabète et obésité ) si nécessaire

## ETP cardiovasculaire : ateliers

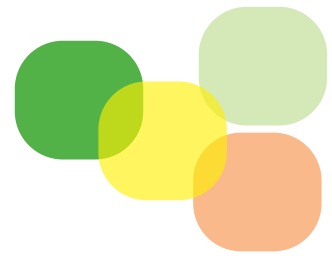
- ✓ Connaissance de la maladie (suivant celle-ci), facteurs de risques
- ✓ CV et traitement
- ✓ CV nutrition
- ✓ Pathologie CV et activité physique
- ✓ CV et estime de soi, gestion stress
- ✓ AVK, FA
- ✓ Ateliers transversaux diabète et obésité



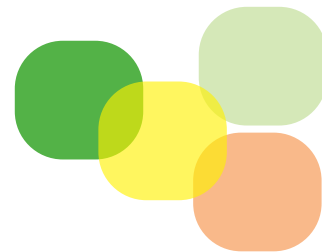
## LES ATELIERS

### ATELIER 1 : COOPÉRATION INTER ÉTABLISSEMENT ET LIAISONS ENTRE CABINETS MÉDICAUX

- ✓ Une vingtaine de participants : IDE, IDEL, médecin, pharmaciens, cadre, directeurs, embrunnais, briançonnais, représentant de la commune, pédiatre, pneumologue
- ✓ Rappel : l'exercice de l'éducation thérapeutique du patient doit passer par un Programme d'éducation thérapeutique autorisé, sinon on a pas le droit d'exercer
- ✓ Concept d'ETP pérenne
- ✓ Sanguinol : se mettre au niveau du patient, le patient définit les objectifs
- ✓ Coopération inter-établissement
- ✓ Groupe d'expert
- ✓ Local où on pourrait exercer des séances d'ETP (maison médicale de Briançon, fournie par la commune), mise en commun des moyens et des personnes, qui finance ? Qui intervient ? Création d'une activité économiquement viable ?
- ✓ ETP bus ?
- ✓ Pour les enfants, ramener les séances d'ETP à des séances ludiques
- ✓ Déplacement des salariés, par exemple vers la maison médicale, problème juridique
- ✓ Passer des conventions inter-établissements
- ✓ On pourrait déplacer les patients en fonction des ateliers : comme Sophie Guibert l'a fait pour l'expérience pilote qu'elle a menée
- ✓ Problème pour faire venir des patients du briançonnais à ces ateliers, qu'est-ce qui va les motiver ?
- ✓ Passage par un système associatif pour arriver à la séance d'ETP
- ✓ On a des compétences éparpillées, on veut les réunir au bénéfice du patient et de l'assurance maladie
- ✓ Séquences par convention pour les patients des établissements
- ✓ Problème pour les patients du briançonnais, montage d'une association pour les réunir et les diriger vers des séances d'ETP ? Mais à partir de là, autre problème, le déplacement des patients. On revient à un problème de responsabilité.



- ✓ IDE à Marseille : séquence ETP facturée, démarche infirmière sur prescription du médecin avec devoir d'information en retour ce n'est pas du vrai ETP, il n'y a pas de programme autorisé correspondant, c'est plutôt de l'éducation à la santé.
- ✓ Un euro d'investit = quatre euros d'économisé  
Pharmacie : elles ont désormais obligation de faire prévoir l'ETP des patients à qui elles distribuent des médicaments, disposition d'un local au sein de la pharmacie.
- ✓ Hôpital de jour des établissements hospitalier : un endroit où réaliser des séances d'ETP ?
- ✓ Un programme autorisé, l'est pour tout type de patient.
- ✓ On peut accepter un patient qui s'intègre gratuitement à un programme d'ETP existant. ?
- ✓ Faire abstraction de la rentabilité lors du démarrage du projet, investissement sur le moyen terme
- ✓ Conclusion :
  - Créer un document commun recensant les programme autorisé et le communiquer à l'ensemble des acteurs du monde médical du briançonnais, convention type inter-établissement
  - Elaboration d'une convention ou de conventions inter établissements
  - Faire un courrier à l'ARS en demandant si on peut intégrer gratuitement des patients du briançonnais
  - Consultation tripartite : médecin traitant, patient, référent ETP du programme
  - Embrun : leurs programmes sont autorisé en ambulatoire



## ATELIER 2 :

# Formation initiale et continue des professionnels libéraux et institutionnels en éducation thérapeutique, groupe expert

### Participants

LELIEVRE Nicole (diététicienne), BEIL Nathalie (cadre de santé), TURLAN Jean-Luc (médecin coordinateur ETP), GAU Vincent (médecin coordinateur ETP), GAIO Gérard (Kinésithérapeute), LELANDAIS Jacques (chiropraticien), STAGNARO Sylvie (coordinatrice ETP).

### Etat des lieux

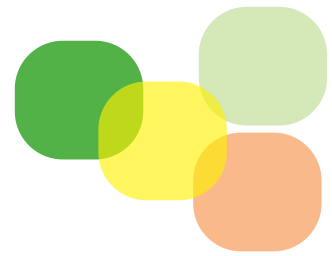
- ✓ Manque d'information et formation des soignants
- ✓ Plan de formation propre à chaque établissement

### Propositions

- ✓ Formations communes de différents niveaux sur le Briançonnais
  - Ouvertes à tous (libéraux et personnels soignants des différents établissements de santé) pour permettre les échanges entre les différents secteurs et une pratique commune
  - Limitation des coûts de formation et déplacements
  - Niveau de sensibilisation gratuit sur un week-end encadré par des DU et un patient expert
  - Niveau qualifiant (40h) par un organisme porteur comme l'IFSI ou autre organisme de formation pouvant se déplacer (CREPS, GRIEPS, IPCEM, AGO)
- ✓ Création d'un groupe d'experts
  - « INTER ETP » : membres du secteur libéral, coordinateurs de programmes ETP, usagers/associations de patients

### Rôles

- ✓ Mutualiser les formations, l'information et les expériences
- ✓ Déterminer des critères d'évaluation communs
- ✓ Créer un dossier éducatif du patient véhiculé par lui même



### ATELIER 3 :

## Animation territoriale du dispositif

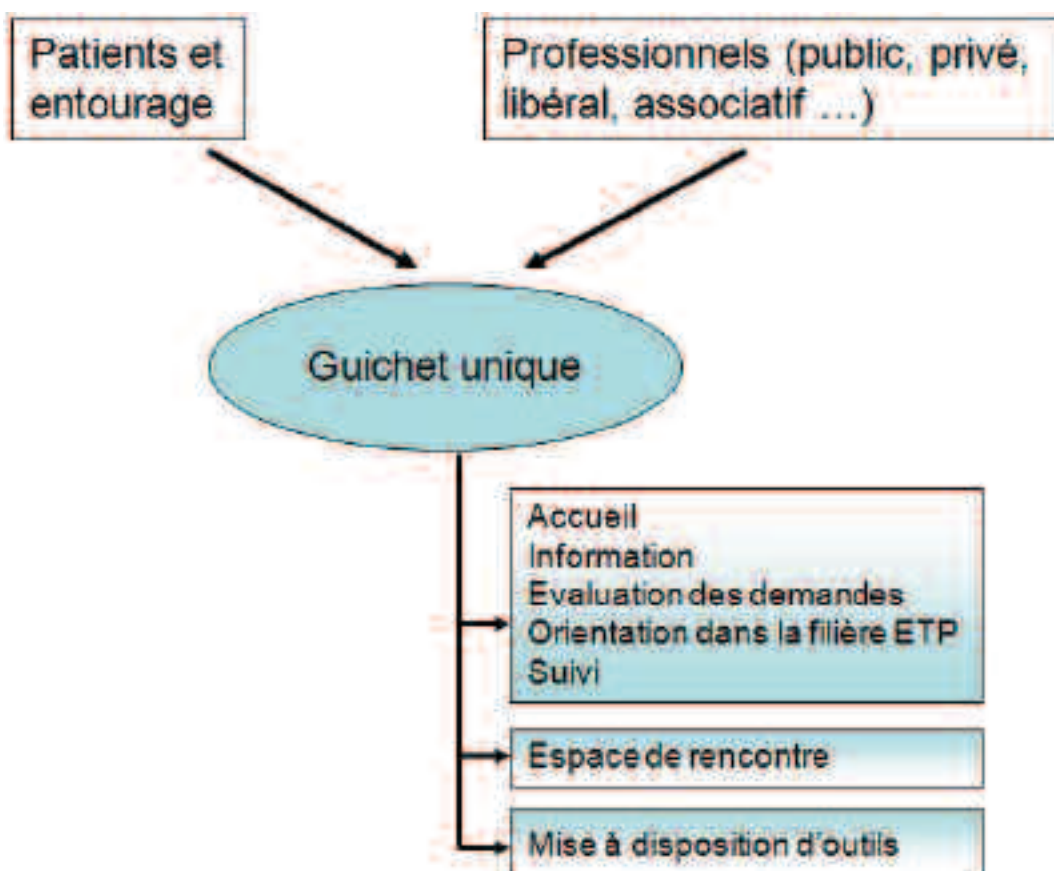
## Communication auprès des usagers, des associations, guichet unique

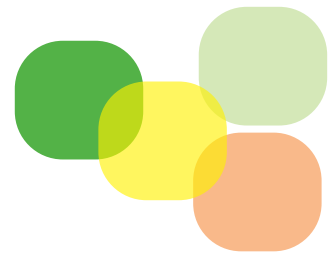
### Développer le lien entre les besoins des patients et l'offre de service existante

- ✓ Animation territoriale du dispositif
- ✓ Communication auprès des usagers, des associations
- ✓ Guichet unique

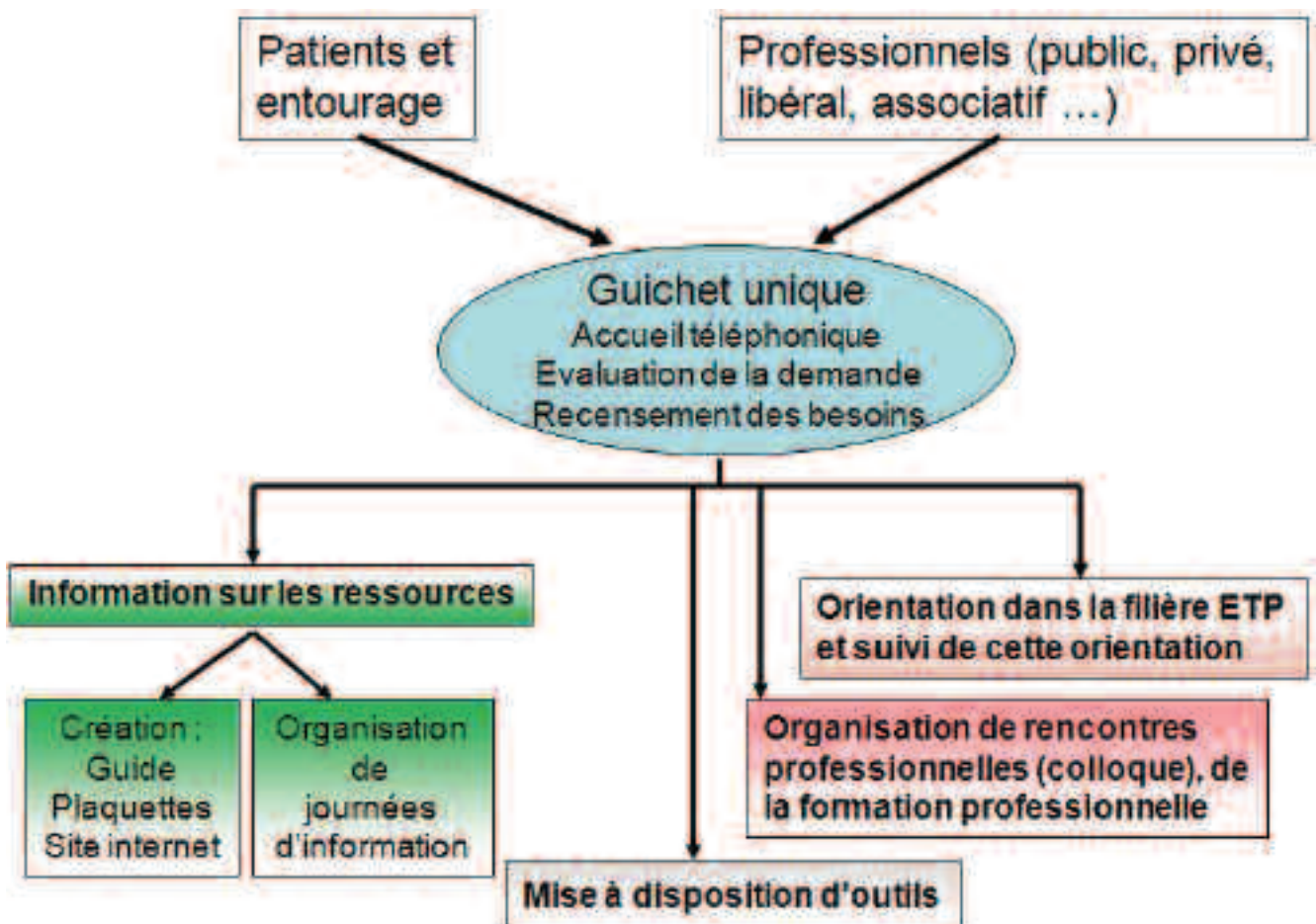
### Guichet unique

- ✓ Porte d'entrée de l'ETP pour :
  - Les professionnels
  - Les patients (et leur entourage) porteurs de maladie chronique
- ✓ Accueil, information, évaluation des demandes, orientation dans la filière ETP et suivi
- ✓ Espace de rencontre, d'échange
- ✓ Mise à disposition d'outils





- ✓ Plateforme avec numéro de téléphone unique
- ✓ Heures d'ouverture : 9 h-12 h et 14 h-17 h du lundi au vendredi
- ✓ 2 animateurs (0,8 et 0,5 ETP) pour couvrir les 12 mois de l'année
  
- ✓ Alimentation en informations du guichet par les acteurs de l'ETP
- ✓ Création de supports pour informer les patients et les professionnels (guide, plaquettes, site internet...)
- ✓ Recensement des besoins des patients, des professionnels (formation initiale et continue) et des outils disponibles
  
- ✓ Animation des journées mondiales dédiées  
(8 janvier Journée Nationale de l'Obésité Infantile, 14 mai Journée Mondiale contre l'Hypertension Artérielle, 2/3ème semaine de mai Journées Nationales de l'Autisme, 31 mai Journée Mondiale de Lutte contre le Tabac, 26 juin Journée Internationale contre l'abus et le trafic illicite des Drogues, 21 septembre Journée Mondiale de la Maladie d'Alzheimer, 28 et 29 septembre Virades de l'Espoir, Vaincre la Mucoviscidose, 14 novembre Journée Mondiale du Diabète)
- ✓ Mise en œuvre d'un colloque annuel à destination des professionnels
- ✓ Rapport d'activité et évaluation.





**Pour tous renseignements, contactez :**  
**Marie-laure MARTIN**  
**Secrétariat de l'UBRAC**  
**118, route de Grenoble**  
**05 100 BRIANCON**  
**09 42 25 32 32**  
**[ubrac@fr.oleane.com](mailto:ubrac@fr.oleane.com)**

*Programme financé par l'Agence Régionale de Santé PACA*

*Avec le soutien de la Société Médicale du Briançonnais et les établissements et services du Briançonnais*

