

mars 2007

DÉCISION SANTÉ

PROFESSION MÉDECIN

Education thérapeutique à l'hôpital : la révolution silencieuse

N° 2



Dossier

- Education thérapeutique à l'hôpital : reconnaissance par les institutions sanitaires p.6
- Education multiforme pour les jeunes diabétiques p.8
- Asthme : l'école du souffle de l'hôpital Ambroise-Paré p.9
- Obésité : un accompagnement valorisant pour les soignants p.10
- Hémophilie : comprendre la maladie pour mieux vivre avec elle p. 11

Actualité

- Première Journée d'EPP : un millier de médecins certifiés p.12

Une offre organisée autour de vos 4 principales préoccupations

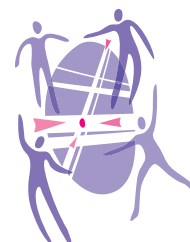
Pour accompagner l'évolution
de votre relation au patient



Pour mieux gérer
votre temps



Pour optimiser en permanence
votre pratique médicale



Pour faciliter le travail
avec vos partenaires

quelques exemples :

Formation "Mieux connaître mon patient pour mieux communiquer avec lui"

Formation "Comment répondre à une demande illégitime d'un patient"

Formation "L'annonce d'un diagnostic difficile"

Des formations élaborées en partenariat avec vos collègues professionnels et dispensées par des experts en technique de communication.

Pour en savoir plus :

Contactez votre visiteur médical sanofi-aventis,

Composez le N° Azur : **0811 888 881** (prix d'une communication locale),

Ou rendez-vous sur **Santéa**^{com}

Décision Santé - Profession Médecin :

21, rue Camille-Desmoulins,
92789 Issy les Moulineaux, cedex 9.
Tél. : 01 73 28 16 10 - Fax. : 01 73 28 16 11

• Directeur de la publication :

Dr Pascal Maurel (01 73 28 16 12),
pascal.maurel@fr.cmpmedica.com

• Rédacteur en chef :

Dr Gilles Nousseenbaum (01 73 28 16 16),
gilles.nousseenbaum@fr.cmpmedica.com

• Rédacteur en chef adjoint :

Jean-Bernard Gervais (01 73 28 16 15),
jean-bernard.gervais@fr.cmpmedica.com

• Secrétaire de rédaction

Cécile Desmet (01 73 28 16 17),
cecile.desmet@fr.cmpmedica.com

Comité d'experts :

Pr J.-P. Bader,
Dr C. Bérard-German,
Pr J. Calop,
Pr Y. Cohen,
Dr M. Cohen-Solal,
Pr C.-F. Degos,
Pr R. Gagnayre,
Dr A. Gruson,
Pr G. Hazebroucq,
Pr R. Rymer,
Pr M.-P. Serre,
Pr J.-J. Zambrowski.

Studio graphique :

Interligne – Rédacteurs graphistes :
Alain Constantin, Florence Gravis,
Marie Guillet, Jean Hernandez

Impression :

IPPAC & Imprimerie de Champagne ZI.
Les Franchises 52 200 Langres

ISSN 1952-9724

CPPAP 1207 T 81075

Société éditrice : PGP

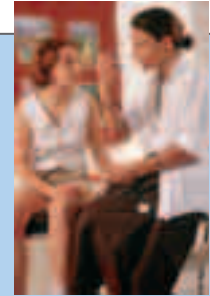
SA au capital de 80 000 €.
21, rue Camille-Desmoulins,
92789 Issy les Moulineaux, cedex 9
Actionnaires principaux : CMPMEDICA HOLDING
FRANCE, CMPMEDICA SERVICES, MEDICAPRO.

www.decision-sante.com

Le prochain numéro sera consacré à
la Formation Médicale Continue en cancérologie,
Juin 2007.

N°2 Mars 2007

Décision Santé Profession Médecin



Apprendre à apprendre

Il y a des révolutions qui se produisent à bas bruit, sans clairon, presque dans l'indifférence. Dans les services de diabétologie par exemple, on supprime des lits pour installer des salles de classe. En pneumologie s'ouvre des écoles de l'asthme. Dans les services de maladies chroniques, certains médecins troquent le stéthoscope pour le tableau noir. Bref, l'école s'invite à l'hôpital. Après avoir longtemps été ignorée, sinon méprisée, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) susciterait même des convoitises. Comment en est-on arrivé-là ? Dans le champs sanitaire, l'ETP occupe désormais une place stratégique. Au carrefour de la prévention, de la santé publique et du soin, la reconnaissance de l'ETP par les pouvoirs publics s'est imposée. L'ETP participe dans le même temps au mouvement irrésistible de l'implication du patient dans le système de soins. Tendances lourdes, le patient a des droits (cinq ans déjà !). Il demande aussi à être compétent dans le suivi de son traitement.

Enfin, l'environnement économique, démographique incite à l'optimisation de la prise en charge. L'ETP s'inscrit dans le concept de *evidence based medicine*. De nombreuses études anglo-saxonnes ont démontré l'intérêt de l'ETP pour un meilleur contrôle de la maladie.

Bref, le mouvement est lancé. Il ne s'arrêtera pas. Le moment pour les médecins est venu de se former, d'apprendre à apprendre. La nouvelle classification des actes médicaux devrait traduire cette nouvelle réalité.

Dr Gilles Nousseenbaum

SearchMedica, le « Google » médical

Sous la houlette des équipes du *Quotidien du médecin*, épaulées pour l'occasion par des experts du web, le moteur de recherche médical searchmedica.fr, en ligne dans sa version *beta* depuis le 12 décembre dernier, entame, à l'occasion des journées Medec du 14 au 16 mars prochain, sa deuxième phase de développement. Auparavant en accès libre, le moteur de recherche de la société CMPMedica sera, à partir de la mi-mars, en accès réservé aux seuls médecins. Très pratiques, les résultats de recherche proposés par searchmedica.fr sont classés par catégories : formation, recommandations, information patients, etc. Les catégories utilisées ont été définies par les médecins utilisateurs. Par ailleurs, vous avez le choix entre effectuer votre recherche sur l'ensemble du web (« *tout le web* ») ou filtrer votre demande sur les sites médicaux pertinents. Vous avez aussi la possibilité de limiter votre recherche aux sites francophones ou de l'étendre à des sites anglo-saxons.

Les résultats obtenus sont parfaitement indépendants et classés en fonction de leur pertinence médicale. SearchMedica est développé simultanément en Grande-Bretagne (www.searchmedica.co.uk), aux États-Unis (www.searchmedica.com) et bientôt en Espagne (www.searchmedica.es). C'est une initiative de CMPMedica à l'échelle mondiale.



Réduire les inégalités sociales face à la mort en France

La France présente de larges inégalités sociales face à la mort selon le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) du 23 janvier dernier. Au milieu des années 90, environ sept années séparaient l'espérance de vie à 35 ans d'un cadre ou d'un homme occupant une profession intellectuelle supérieure de celle d'un ouvrier. La France occupait alors une piètre position en Europe. Elle s'expliquait par des différentiels de mortalité beaucoup plus large que dans les autres pays dans la tranche d'âge 45-59 ans. Les rapports de taux de mortalité entre professions manuelles et professions non manuelles s'élevait à 1,7 dans cette tranche d'âge alors que ces rapports sont inférieurs à 1,5 dans les autres pays. Dans les années 80, l'impact des facteurs sociaux était significatif dans certains localisations du cancer comme le cancer du poumon, le cancer du foie pour l'homme, les cancers de l'œsophage, de l'estomac et de l'utérus pour les femmes. En revanche, le risque était plus élevé dans les classes favorisées inversant le sens des inégalités dans le cancer du côlon et de la peau ainsi que les tumeurs du cerveau pour les hommes et les cancers du sein ou des ovaires pour les femmes.

Dans les années 90, en Europe, les maladies cardiovasculaires sont en tête des affections responsables des différences sociales de mortalité, notamment chez les femmes où elles sont à l'origine de 60 % des différences de mortalité entre les plus instruits et les moins instruits. La contribution des cancers aux inégalités de mortalité est de 24 chez les hommes et 11 % chez les femmes.

EPP : mode d'emploi

Le document synthétique rappelant en particulier les conditions de validation de l'EPP de chaque médecin est désormais disponible. Pour les médecins exerçant dans les établissements privés, les règles de validation de l'EPP sont clarifiées. Quant à la mise en œuvre du dispositif d'accréditation des médecins pour les spécialités dites à risque, il fait l'objet d'une chartre « *Médecins-Etablissements de santé* » qui doit être diffusée.

communiqué

Roche s'est depuis longtemps investi dans le domaine de l'éducation thérapeutique. En matière de transplantation ou d'anémie, c'est un enjeu essentiel pour les équipes médicales puisqu'on évalue que 10 à 20 % des personnes transplantées ne respectent pas leur traitement. Une mauvaise observance dans le suivi des traitements immunosuppresseurs, par exemple, peut se traduire par un risque augmenté de rejet du greffon. Afin d'aider les équipes, Roche propose différents outils pédagogiques destinés aux patients et mis à la disposition du corps médical comme des piluliers adaptés à la prise quotidienne, des *Guides d'alimentation pour l'insuffisant rénal ou le patient transplanté* qui prodigue de véritables conseils en matière de diététique et de nutrition, une collection de *Mémos Roche* rédigés en partenariat avec des médecins, des infirmières ou des associations de patient selon les thèmes abordés : les voyages, les prestations sociales, les examens biologiques, la fatigue, etc. Un numéro spécial porte sur l'observance. Pour les insuffisants rénaux, il y a désormais une obligation à délivrer une information objective sur les différentes techniques de suppléance. Le volet nutritionnel constitue aussi un enjeu important. L'ensemble des documents doit en fin de compte favoriser le dialogue entre soignants et soignés. Outre les patients, les infirmières doivent bénéficier d'une formation adaptée. A ce titre, nous collaborons avec un organisme ayant l'agrément de formation, SAISIR, qui dépêche une formatrice pour former sur place le personnel soignant. SAISIR s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients en apportant une aide concrète et en favorisant les échanges et la communication entre les professionnels. Ce type de formation avec émargement est reconnu comme élément de formation du personnel soignant dans le cadre de la V2 de la certification des établissements de santé. Bref, Roche a vocation à favoriser l'accompagnement des médecins et les équipes soignantes dans leur mission d'information auprès des patients. Sans jamais se substituer à l'un ou l'autre des partenaires. Mais à s'inscrire dans le long terme tout en respectant une démarche éthique.



INFORMEDICA 2007

Jumelé avec le
MEDEC

Palais des congrès • Porte Maillot • Paris • 14, 15, 16 mars 2007 de 9h30 à 19h

Rendez-vous annuel de tous les acteurs N.T.I.C santé, médecins libéraux et hospitaliers, industriels, institutions... Informedica sera l'occasion d'évaluer les premières expériences de déploiement du Dossier Médical Personnel et la transformation du système d'information de santé avec ses nouvelles orientations en termes d'informatisation, d'infrastructures, de sécurisation des échanges, de certification et de standardisation.

Consultez le programme Informedica ci-dessous


OU SUR www.lemedec.com

Inscription directement sur place au Palais des Congrès

Mercredi 14 mars

| | Horaires | Codes |
|---|---------------|-------|
| DMP – Les logiciels CEGEDIM et le DMP : retour d'expérience terrain <i>Cette session est parrainée par Cegedim Logiciels Médicaux</i> | 16h00 – 17h30 | A80a |
| VIDAL Recos – Intégrer les recommandations à la pratique quotidienne <i>Cette session est parrainée par VIDAL</i> | 14h00 – 15h30 | A81a |

Jeudi 15 mars

| | Horaires | Codes |
|--|---------------|-------|
| CPS – Bâtir la confiance dans les échanges de données médicales : l'apport de la Carte de Professionnel de Santé (CPS) <i>Cette conférence est organisée par le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé »</i> | 14h00 – 15h30 | B80a |
| Dossiers de santé – Les dossiers de santé : quelle articulation, pour quelle coordination ? <i>Cette conférence est parrainée par Santeos</i> | 10h30 – 12h00 | B81a |
|  Conférence inaugurale : Le DMP , mieux partager l'information pour mieux soigner Président : M. Jacques SAURET, Directeur du GIP-DMP, chef de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS) <i>Cette conférence est parrainée par le GIP-DMP</i> | 16h30 – 18h00 | B82a |

Vendredi 16 mars

| | Horaires | Codes |
|---|---------------|-------|
| Télémédecine – La télémédecine pour un système de santé plus efficace <i>Cette session est parrainée par TMT Télémédecine</i> | 10h30 – 12h00 | C80a |
| Télémédecine – Soigner à distance, en pratique <i>Cette session est parrainée par TMT Télémédecine</i> | 12h30 – 14h00 | C81a |
| Télémédecine – Technologies et services pour la santé et le social à domicile <i>Cette session est parrainée par TMT Télémédecine</i> | 15h00 – 16h30 | C82a |

En partenariat avec



MISSION SANTÉ

LE QUOTIDIEN
DU MEDECIN

le généraliste

Programme mis à jour le 26/02/2007 • Programme complet consultable sur www.lemedec.com

Secrétariat du Medec : secretariat@lemedec.com • Tél. : 02 38 90 80 06 • Fax : 02 38 98 41 15

Education thérapeutique : la révolution silencieuse

Après un long combat, l'éducation thérapeutique du patient à l'hôpital commence à faire l'objet d'une réelle reconnaissance par les institutions sanitaires. Des modèles de prise en charge du diabète et de l'asthme sont désormais disponibles. Des comités de nomenclature se penchent sur le délicat problème d'une juste rémunération. En revanche, la place des médecins dans ces programmes est loin d'être tranchée.

Dossier réalisé par Nadine Allain et le Dr Gilles Noussenbaum

« *L'éducation thérapeutique est encore en France à la recherche d'un modèle de prise en charge : elle ne bénéficie d'aucune définition stabilisée, les conditions de sa prise en charge par les régimes d'assurance maladie ne sont pas posées, les professionnels qui en ont la charge ne sont pas identifiés et les programmes ne sont pas labellisés* ». Ce constat dressé par l'Igass (Inspection générale des affaires sociales) en septembre 2006, particulièrement sombre, est-il le reflet fidèle de la situation française ? En partie seulement. « *Le développement de l'éducation thérapeutique constitue une priorité de santé publique* », proclame une circulaire DHOS/DGS du 12 avril 2002. Selon les recommandations d'un groupe de travail de l'OMS-région Europe en 1998, « *l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation thérapeutique implique l'organisation d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion, et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et leur planification, les comportements de santé et de maladie et ses traitements, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie* ».

Acquisition de compétences par le patient

Compétences est ici le mot clé. Renversement copernicien, l'action éducative est centrée sur le patient éduqué plutôt que sur le soignant qui éduque. Avec

comme idée force, l'opportunité offerte au patient de contrôler le processus naturel de la maladie. Loin du soignant tout puissant, l'éducation thérapeutique transforme le rôle du patient et celui du médecin. Ce changement de statut explique peut-être la résistance de certains soignants à s'emparer de ces nouvelles méthodes. Mais renvoie également à une éthique du soin. Les dérives sont en effet possibles. Le Pr Rémi Gagnayre (laboratoire de pédagogie de la santé, Université Paris XIII) n'esquive pas la question. Et souligne l'importance à interroger les valeurs véhiculées par ce type d'éducation avec en ligne de mire les limites de ce type d'intervention. Jusqu'où doit-on aller ? Le risque de culpabiliser le patient, de se décharger sur lui en cas d'échappement, ou d'évolution mal contrôlée n'est-il pas élevé ? La réponse tombe. « *[Le patient] a également le droit de résister à cette éducation jusqu'à la rejeter ou la faire sienne* ».

Cependant en aucune façon, il ne peut être reproché au patient de ne pas avoir voulu ou pu développer les compétences thérapeutiques », lit-on dans un éditorial paru en 2002 (1).

Une fois ces risques écartés, la mise en oeuvre d'une éducation thérapeutique répond à un cahier des charges précis. Plusieurs textes sont aujourd'hui disponi-

bles. On peut citer l'exemple du rapport de synthèse, établi par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) publié en février 2002.

Les huit compétences

Dans ce rapport axé sur l'activité d'éducation thérapeutique en groupe dans le cadre de la prise en charge de l'asthme et du diabète, les experts ont distingué deux axes principaux :

- recenser les compétences à acquérir par le patient au cours d'un programme éducatif ;
 - relever les circonstances de recours à une éducation thérapeutique.
- Mais avant d'aller plus loin, deux principes doivent être réunis avant de se lancer dans ce type d'activité :

Quel rôle pour les médecins

La place des médecins dans l'éducation thérapeutique ou plus largement dans les programmes de disease management est loin d'être claire. En Allemagne, ces programmes s'articulent autour des médecins. Un choix différent a été réalisé aux Etats-Unis. Ils sont mis en place en dehors du corps médical. Contre toute attente, le rapport de l'Igass privilégie l'option américaine. « *Il semble qu'au plan de l'efficacité, la démarche américaine soit la plus pertinente. Elle permet un mode de recrutement plus efficient. Elle évite de demander un effort supplémentaire aux médecins et peut même dans certains cas faciliter leur travail. Elle est plus économe dès lors qu'elle ne suppose pas a priori une rémunération supplémentaire des médecins. Elle ne fait pas dépendre le développement des actions du bon vouloir des médecins.* »

Education thérapeutique du patient

- Respecter l'unité de lieu et d'action consacrées à l'éducation thérapeutique. Traduction, les soins seront programmés à un autre moment. Autre critère, l'équipe est multiprofessionnelle, structurée autour de professionnels de santé et d'intervenants dotés d'une compétence en éducation thérapeutique.

- L'équipe animant les groupes doit disposer d'une double compétence biomédicale et psycho-pédagogique.

Concernant les compétences, une grille de huit objectifs a été listée (voir tableau). Ils mobilisent des ressources différentes avec des temps moyens spécifiques. Pour le diagnostic éducatif par exemple, il est nécessaire d'envisager pour le colloque singulier une durée de 30 à 45 minutes par acteur, un temps de synthèse formalisée d'environ 60 mn pour cinq patients, une séance collective facultative de 60 mn, et un entretien individuel avec le patient de 30 à 45 mn.

Cadre éducatif

Quelle équipe doit-être réunie dans le cadre du diagnostic éducatif ? En ce qui concerne le patient diabétique, elle doit être constituée par un médecin, un infirmier, un diététicien. L'idéal serait d'y associer un psychologue et un travailleur social. Pour le patient asthmatique, on réunira un médecin, un infirmier, un kinésithérapeute.

Deuxième axe, dans quelle circonstance doit-on recommander au patient de participer à une éducation thérapeutique de groupe ? Trois moments sont repérés, à savoir la prise en charge initiale, le suivi éducatif et la reprise éducative.

L'éducation thérapeutique initiale doit se dérouler dans la première année suivant le diagnostic et aider à l'acquisition des huit compétences évoquées ci-dessus. La durée du programme éducatif est de huit heures pour l'asthme et de 8 à 24 heures pour le diabète.

En cas de diabète de type 2, non compliqué sans autre facteur de risque vasculaire, 8 à 12 heures de prise en charge sont suffisantes. En revanche, un diabète de type 2 insulino-requérant ou compliqué ou associé à d'autres facteurs de risque vasculaire bénéficiera de 16 à 24 heures d'éducation initiale en groupe.

| Compétences à acquérir par le patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique, quels que soient la maladie, la condition ou le lieu d'exercice | |
|--|---|
| Compétences | Objectifs spécifiques (exemples) |
| 1. Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage | Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif) |
| 2. Comprendre, s'expliquer | Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement |
| 3. Repérer, analyser, mesurer | Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe... |
| 4. Faire face, décider... | Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...), décider dans l'urgence... |
| 5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention | Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...) |
| 6. Pratiquer, faire | Pratiquer les techniques (injection d'insuline, auto-contrôle glycémique, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer les gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls...). Pratiquer des gestes d'urgence |
| 7. Adapter, réajuster | Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse...). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie |
| 8. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits | Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...). Participer à la vie des associations de patients... |

Quant à l'enfant, une cession de 24 heures cumulées paraît nécessaire.

Second moment, le suivi doit être réalisé systématiquement dans l'année suivant l'éducation initiale. « Elle est destinée à maintenir, améliorer et actualiser les diverses compétences préalablement acquises ». Le temps de mobilisation annuel est compris dans un intervalle de deux à huit heures pour l'adulte et de huit heures pour l'enfant.

Enfin, une reprise d'éducation thérapeutique est programmée lorsque les objectifs pédagogiques, cliniques ou thérapeutiques de l'éducation initiale n'ont pas été atteints. Autres circonstances, la survenue d'une complication, d'un événement de vie comme un voyage, une grossesse, la pratique d'un sport, ou simplement une nouvelle phase du développement (passage à un nouveau cycle scolaire) justifie le recours à une nouvelle cession. Le pôle nomenclature de la Cnamts s'ef-

force de mettre en place les conditions financières permettant de valoriser à un juste niveau cette nouvelle pratique.

La Haute Autorité de santé s'est emparée de cette thématique. Selon le rapport de l'Igass, les travaux devraient s'achever cette année. Avec à la clef, « la rédaction de recommandations professionnelles, la formalisation de nouvelles qualifications [...] ou sur une clarification des prestations d'éducation actuellement incluses dans les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la contractualisation. »

Selon l'équipe du Pr Jean-François d'Ivernois (Université Paris XIII), il est même légitime de parler de révolution silencieuse comme l'a été la reconnaissance d'un droit à la couverture maladie universelle. Quelle place doit être réservée aux éducateurs non soignants ? La soignants doivent-ils conserver la maîtrise du processus ? Les arbitrages sont loin d'être achevés.

D'après les Prs J.-F. d'Ivernois et R. Gagnaire, ADSP, n° 36, Septembre 2001.

Une éducation multiforme pour les jeunes diabétiques

A l'hôpital Necker, le service d'endocrinologie-diabétologie travaille en étroite relation avec l'association Aide aux Jeunes Diabétiques pour une éducation thérapeutique multiforme. En projet : un centre d'éducation permanent pour les enfants franciliens.

Dès la détection de sa maladie, un jeune diabétique et ses parents doivent savoir faire les injections, les analyses, en interpréter le résultat pour modifier les doses et reconnaître les situations d'urgence... des heures d'apprentissage ! A l'hôpital Necker, dans le service endocrinologie-diabétologie, l'hospitalisation de départ et les consultations servent aussi à cette éducation thérapeutique. « *Mais je ne veux pas distinguer mon action ici ou ailleurs.* » déclare d'emblée le Professeur Jean-Jacques Robert dont les actions d'éducation thérapeutique, multiformes, sont étroitement en phase avec l'AJD, l'Association Aide aux Jeunes Diabétiques⁽¹⁾ qu'il préside.

Il y a vingt ans, les diabétologues proches de l'AJD décident de faire l'évaluation de l'éducation initiale proposée à l'hôpital aux jeunes patients et à leur famille. « *On réalise que tout le monde "bricole". Nous avons donc décidé de créer une commission au sein de l'AJD pour rédiger une documentation pour cette éducation initiale.* » explique le professeur Robert. L'emploi des termes médicaux est évité. Les textes, très simples, sont illustrés de dessins. Les médecins réalisent la difficulté de rédiger certains textes, comme, par exemple, celui expliquant le passage du sucre dans les urines.

Situation d'urgence

En 2000, cette documentation devient « *Les Cahiers de l'AJD* ». C'est un guide sous forme d'un classeur de douze modules édité en 30000 exemplaires désormais utilisé par la plupart des services hospitaliers français. Thèmes : principes et pratiques du traitement, situations d'urgence, alimentation et retour à la maison. Modules réactualisés et nou-

veaux modules sont insérés dans le bulletin de l'AJD. Ce classeur est utilisé par les professionnels dans le cadre des formations qu'ils animent. Chaque famille reçoit son exemplaire à la fin de la formation initiale. Les cahiers s'internationalisent. Une version arabe existe déjà. Une version anglaise est en préparation. Un autre classeur intitulé « *Séquences pédagogiques* » a été réalisé. Ce support d'intervention destiné aux pédagogues pour les séances destinées aux enfants a été réalisé par le Dr Delphine Martin. Enfin, un troisième document destiné aux soignants et aux publics souhaitant se documenter est en préparation. Thèmes : fêtes et sorties, contraception, écoles, voyages, questions-réponses, diététique, autres diabètes, sports, autres maladies auto-immunes...

Eduquer 400 personnes

Depuis près de trois ans, le Centre d'éducation thérapeutique situé dans les locaux de l'AJD propose des programmes d'éducation complémentaires de la prise en charge assurée par les équipes hospitalières. Ils s'adressent aux jeunes Franciliens répartis en groupes d'âges : 5-6 ans, 8-9 ans et 12-13 ans. Enfants et parents se réunissent séparément, mais travaillent sur le même thème. Un cycle d'éducation comporte des séries de 5 à 6 demi-journées conçues autour d'un thème et espacées d'un mois, ce qui permet aux parents de se libérer plus facilement et de leur « *distiller* » l'information pour qu'ils puissent mieux l'assimiler. Chaque groupe est animé par des professionnels rémunérés (médecin, infirmière, diététicienne, psychologue). Afin d'évaluer les connaissances des stagiaires, 5000 questionnaires ont été dif-

Les Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire

Situées en Normandie, Bretagne, Alpes, et Aquitaine, les Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire sont l'activité principale de l'AJD. Les premières ont été créées en 1953. Elles ont permis aux jeunes diabétiques de bénéficier d'une éducation bien avant que le principe ne s'en impose à la communauté diabétologique.

A côté d'activités ludiques, culturelles et sportives, les enfants reçoivent un apprentissage sur leur traitement : injections, analyses quotidiennes...qui se poursuit tout au long de la journée à l'occasion des repas et des diverses activités. Les enseignements, adaptés à l'âge des enfants, se font sous forme de cours théoriques, questionnaires, jeux, dialogues médecins-enfants.

Un enfant diabétique sur deux vient en Maison Sanitaire. Plus d'un millier d'enfants de 4 à 17 ans y participe chaque année, pour des séjours de une à quatre semaines. Depuis 1987, des séjours parents-enfants ont accueilli 450 familles.

L'encadrement est assuré par un médecin directeur, assisté par un médecin adjoint, un médecin stagiaire pour 15 à 20 enfants et au moins une infirmière diplômée, un directeur des activités et un animateur diplômés pour 6 à 8 enfants.

fusés en janvier dernier auprès des enfants de plus de dix ans et de leurs parents.

Ce Centre est actuellement financé par l'AJD. L'association fait actuellement des démarches pour essayer d'obtenir un financement public permettant de créer un Centre permanent pour les Franciliens. Ambition : éduquer 300 à 400 personnes par an, alors qu'actuellement, il n'en forme que 250, dont une centaine d'enfants.

(1) Association Aide aux Jeunes Diabétiques : www.ajd-educ.org

Asthme : l'école du souffle de l'hôpital Ambroise Paré

A l'hôpital Ambroise Paré, Bénédicte Rossignol explique calmement la maladie et les traitements aux jeunes patients asthmatiques. Ce côté psychologique joue énormément dans la réussite du traitement.

Hôpital Ambroise Paré dans un quartier résidentiel de Boulogne-Billancourt. Service pédiatrique du docteur Etienne Bidat. Avec ses petits fauteuils et ses jouets colorés, la salle d'attente ressemble à une école maternelle. L'éducatrice Bénédicte Rossignol s'occupe des enfants asthmatiques, âgés en moyenne de 4 à 14 ans. Le service organise 500 consultations par an. Chaque patient est vu en moyenne trois fois. « Notre objectif est la qualité de vie des patients », explique Bénédicte. « Il faut leur permettre de vivre avec leur maladie le mieux possible. »

C'est le docteur Etienne Bidat qui a conçu le programme d'éducation thérapeutique propre à l'établissement et mis en œuvre avec deux autres médecins, une éducatrice et une infirmière. Toute l'équipe a suivi une formation à l'IPCEM (Institut pour la Communication et l'Education Médicales). En pratique, l'enfant accompagné par ses parents vient pour la journée en hôpital de jour faire un bilan médical comportant des tests : bilan d'asthme ou bilan d'allergie alimentaire, par exemple. Il est reçu en consultation initiale, qui peut durer une heure, pour vérifier toutes ses connaissances, ses techniques et surtout la façon dont il vit sa maladie avec sa famille. Il existe deux extrêmes : le déni de la maladie ou l'hyper-anxiété qui fait réagir à la moindre manifestation. Cette consultation est complétée par une rencontre avec l'éducatrice qui accompagne les soins.

Au RMI à 14 ans !

La périodicité de la consultation de suivi varie selon les cas. Elle comporte la consultation médicale au cours de laquelle le médecin refait l'état des lieux médicaux. Le traitement est réévalué.

On rebondit sur les incidents. Par exemple Raphaël, 14 ans, vient une fois par semaine depuis plusieurs mois. Il est allergique aux arachides, au latex et à d'autres substances. Obèse, il fait encore pipi au lit. Il sait tout de sa maladie. Lors de la consultation médicale, il confie au médecin qu'il serait plus tard au RMI. A 14 ans ! « Ce côté psychologique ou socio-affectif est encore plus important que la maladie, commente Bénédicte. Il joue énormément dans la réussite du traitement. Ce n'est pas le médecin qui sait et qui divulgue son savoir, nous sommes dans un système questions-réponses. Chaque patient a sa propre histoire avec ses croyances, le cours de sa maladie. Il faut s'adapter. »

Au début, l'équipe s'adresse surtout aux enfants asthmatiques. Elle a étendu son action aux enfants atteints d'eczéma ou d'allergies alimentaires. La mise en place d'une action d'éducation thérapeutique

s'avère un long parcours semé d'embûches à tous les niveaux. Mobiliser parents et enfants pour une éducation de groupe se révèle quasiment impossible. La formule retenue est finalement la consultation thérapeutique couplée à la consultation médicale. Bien sûr, le référant reste toujours le médecin.

L'éducation thérapeutique passe par le dialogue avec le support d'un outil pédagogique. Ce sont des bronches fictives en caoutchouc fabriquées par un grand laboratoire pour expliquer à l'enfant le mécanisme de l'asthme. L'éducatrice lui montre la différence entre une bronche malade, serrée par les muscles et qui devient enflammée et une bronche saine ouverte et non enflammée. Les jeunes patients repartent toujours avec un plan d'action pour savoir comment prévenir une crise d'asthme, par exemple.

Comme pour tout enseignement, le temps nécessaire pour expliquer et dialoguer est très important. Les moyens financiers et humains, aussi. Ainsi, la présence d'un psychologue dans l'équipe serait essentielle. Orthophoniste rémunérée à temps partiel par l'AP-HP, Bénédicte Rossignol a fait bénévolement de l'éducation thérapeutique pendant des années. Depuis 7 ans, elle est payée le mardi et le jeudi via une association qui s'intéresse à l'éducation thérapeutique.

Comment se former

Rémi Gagnayre préside aux destinées de l'Institut de promotion de la communication et de l'éducation médicale (IPCME), entièrement dédié à l'éducation thérapeutique des patients.

Cet organisme propose des formations pédagogiques aux soignants ; réalise documents et outils pédagogiques destinés aux personnels soignants ainsi qu'aux patients.

Son colloque national annuel, permet échanges et réflexions sur un thème relevant de l'éducation thérapeutique du patient.

Enfin, il collabore avec des instances internationales, telles l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), permettant d'élaborer des documents de référence et d'organiser des colloques.

Obésité : un accompagnement valorisant pour les soignants

Le suivi personnalisé des patients induit par l'éducation thérapeutique est aussi extrêmement valorisant pour les soignants. Une « philosophie » mise en œuvre à la clinique du château de Vernhes à Bondigoux.

« Nous avons été formés à guérir les gens. Mais, aujourd'hui, nous avons tellement poussé les choses vers l'hyper spécialisation que nous sommes amenés à soigner des chiffres plutôt que des personnes, style "vous avez trois grammes de cholestérol, je vais vous donner tel traitement...". L'éducation thérapeutique casse cette approche et permet de partir du patient et non pas de nos souhaits de soignants. Nous devons rester humbles devant la maladie ! » s'enthousiasme avec le Dr Frédéric Sanguignol. Titulaire du Diplôme européen d'éducation thérapeutique (cours du professeur Assal à l'Université de médecine de Genève), ce spécialiste de la nutrition dirige la clinique du château de Vernhes à Bondigoux, près de Toulouse. L'établissement comporte 135 lits dont un secteur de réadaptation nutritionnelle de 80 lits, où est développé un programme d'éducation thérapeutique. Une vingtaine de médecins et 25 soignants (infirmières, professeurs d'éducation physique, diététicienne...) prennent annuellement en charge 1 800 patients obèses avec complications.

La chance d'avoir le temps

Organisés en groupes de dix, où le patient à la CMU côtoie le PDG de société car « nous pensons que l'échange entre patients est tout aussi important que celui avec les soignants. » Les patients suivent 35 heures d'éducation thérapeutique par semaine. Un programme trop chargé ? « Contrairement au secteur MCO où la durée de séjour baisse de plus en plus, ne favorisant pas l'éducation thérapeutique, nous avons la chance d'avoir des patients en moyens séjours durant 3 ou 4 semaines. Cela nous donne le temps de prendre en charge leur maladie chronique. » répond le Dr Sanguignol.

La clinique propose trois types de programmes :

- ceux destinés aux obèses sans diabète ;
- ceux destinés aux obèses diabétiques ;
- ceux destinés aux obèses diabétiques suivant un programme d'art thérapie en relation avec le centre hospitalier de Genève.

A son arrivée, le patient voit successivement tous les soignants. Chacun établit un diagnostic éducatif dans son domaine pour bâtir un projet médical de prise en charge.

La prise en charge globale comprend quatre axes : biomédical, physique, psychologique et diététique. Ils permettent d'établir un diagnostic éducatif du patient avec ses cinq dimensions : biomédicale, (ce que le patient a), socio-professionnelle (ce que le patient est), psychologique (entourage psychosocial où l'on va découvrir des facteurs favorisant la prise pondérale), cognitive (ce que la patient sait de sa maladie, ses croyances de santé, ses représentations de sa maladie), dimension projective, vers quoi le patient se projette.

Savoir et savoir-faire

Le programme diététique n'est pas établi par les soignants, mais par le groupe de patients. L'éducation thérapeutique intervient aussi tout au long des exercices pratiques. Par exemple, un exercice s'appelle « j'en ai plein le dos ». Le patient apprend à se relever s'il tombe et à se lever d'un fauteuil ou d'un lit.

L'équipe s'adapte aux besoins du patient et de son entourage. Une façon de travailler très valorisante pour les soignants. Un rôle qui ne se limite pas en effet à l'acquisition de connaissances par un patient et au côté systématique et répétitif de l'apprentissage des glucides, des

Quel financement ?

Dans une clinique privée, quel est l'intérêt de faire de l'éducation thérapeutique, puisque cet acte n'est pas coté ? « L'intérêt, c'est celui du patient. » répond le docteur Sanguignol.

En 1999, le ministère de Bernard Kouchner fait un premier bilan des structures faisant de l'éducation thérapeutique. L'intérêt pour celle-ci reprend en 2002 avec le lancement d'appels d'offres nationaux visant à financer des programmes dans des structures publiques. L'ARH Midi-Pyrénées souhaite étendre ce financement au secteur privé et lance un appel d'offre régional public et privé pour aider des structures souhaitant développer leurs programmes. Le projet de la Clinique du château de Vernhes est retenu et elle obtient une tarification spécifique, soit 10 euros supplémentaires par jour et par patient pour poursuivre le développement de son programme. Cet argent est employé à étoffer les équipes. Le prix de journée est désormais de 87 euros, pris en charge par l'assurance maladie.

lipides et des protéides... Il faut lui apprendre à gérer sa maladie, avec trois grandes composantes : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

Des outils pédagogiques permettent de mettre le patient le plus possible en phase avec le quotidien. Par exemple, un atelier s'intitule « carte de restaurant ». On lui demande sur cette carte « qu'auriez-vous choisi à midi ? » Pas de jugement brutal qui assénerait : « c'est bien, ce n'est pas bien. » C'est un accompagnement qui ne sanctionne pas.

Hémophilie : comprendre la maladie pour mieux vivre avec elle

Dans le centre de traitement de l'hémophilie du CHRU de Tours, intégrer l'éducation thérapeutique est une étape normale du soin et de la prise en charge globale de cette maladie chronique.

« *Nous essayons de permettre au patient hémophile de comprendre sa maladie pour mieux vivre "malgré" ou "avec" elle et arriver à participer pleinement à l'organisation mise en place avec l'équipe soignante. Il faut qu'il accepte notre accompagnement avec une évaluation de ses acquis, même quand tout va bien.* » explique le Dr Claude Guérois, praticien hospitalier, coordonnateur régional du Centre de traitement de l'hémophilie du service d'hématologie-hémostase du CHRU de Tours.

Tous les soignants du Centre ont participé à un stage d'éducation thérapeutique à l'IPCCEM (Institut pour la communication et l'éducation médicales). Le Dr Guérois elle-même a été formée à ce travail dans les années 80 par l'équipe du Centre de traitement de Bicêtre.

Consultation égale éducation

Un travail continu d'éducation thérapeutique est mis en œuvre lors des consultations avec le médecin, l'infirmière et la kinésithérapeute du centre. Selon les besoins, il a aussi lieu dans les services d'hospitalisation. Il existe aussi des consultations spécifiques programmées en une dizaine de séances avec un programme de formation précis pour l'apprentissage de l'auto traitement par l'IDE, puis le médecin. Les patients porteurs de la forme sévère de la maladie bénéficient au moins une à deux fois par an d'une action éducative en consultation. Pour les formes modérées et mineures, l'action est plus irrégulière. 365 patients ont suivi des consultations pour hémophilie en un an, sans compter les interventions téléphoniques.

Des stages d'initiation et d'évaluation de quelques jours destinés à des groupes sont organisés en dehors de l'hôpital avec l'aide de l'Association Française des Hémophiles

(AFH)⁽¹⁾ Ce sont des entretiens ou des formations pratiques sous forme de tables rondes à thèmes (cf. encadré). Toute l'équipe soignante (médecins, IDE, kinésithérapeute, secrétaire, assistante sociale, psychologue) y participe activement ainsi que le comité régional de l'AFH et des étudiants IDE bénévoles pour les très jeunes enfants. Le stage de 2006 a réuni 38 personnes, enfants et parents.

Avant de décider si le patient peut prendre en charge seul son traitement à domicile, une évaluation est faite avec l'infirmière et le médecin. Pour faciliter ce passage à l'auto traitement et maintenir les liens avec les soignants à l'hôpital, un contact est établi avec les infirmières libérales s'occupant de lui. Certaines ont aussi suivi une formation à l'IPCCEM : 12 en 2004, 25 en 2006.

Non codifié

A part le montant des stages, le budget des actions d'éducation, très difficile à estimer, est en cours d'évaluation. Les actions d'éducation thérapeutique s'intègrent complètement dans le temps de

la consultation et ne sont pas vraiment reconnues sur le plan administratif par le CHU. L'action éducative de l'IDE sur l'auto traitement sera codifiée 4 AMI. Le temps médecin n'est pas codifié, ni celui de la kinésithérapeute.

Le stage réalisé en 2006 a coûté 6 000 euros, environ. Mais, les enseignants étaient bénévoles et les soignants hospitaliers, sauf les médecins, ont récupéré le temps donné à cette formation. Budget et organisation logistique des stages sont gérés par le comité régional de l'AFH : gestion des versements de la CRAM destinés à ces actions, collecte de la participation des familles, recherche et réservation des lieux de réunion, convocation des stagiaires...

L'éducation thérapeutique est exigeante en temps de préparation et d'exécution. Les consultations individuelles nécessitent une heure. La préparation du dernier stage a pris environ une semaine, non compris le temps de travail effectué par les membres du comité régional de l'AFH.

(1) Association Française des Hémophiles : www.afh.asso.fr

Contenu pédagogique

Lors du stage de 2006, les thèmes suivants s'organisaient autour de tables-rondes :

- Avec les médecins

Qu'est-ce que la récupération et la demi-vie d'un facteur anti hémophilique ?
A quoi cela sert-il dans votre traitement ?

- Avec la kinésithérapeute et une secrétaire

Les pratiques sportives

A quelles fins existe-il une organisation des consultations régulières dans l'hémophilie, comment s'en servir ?

Gestion des appels urgents

- Avec les infirmières

L'asepsie et la préparation des médicaments anti hémophiliques

- Avec le psychologue et l'assistante sociale

Les temps d'échanges et de partage autour du vécu de la maladie

Première Journée d'EPP : un millier de médecins certifiés

Quinze programmes ont été présentés lors de la première « Journée d'évaluation des pratiques professionnelles – Retours d'expériences » organisée par la HAS le 18 décembre dernier à la Cité des Sciences et de l'Industrie de la Villette. Un millier de médecins ont reçu un certificat d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

« *L'EPP concerne tous les secteurs du monde médical* » souligne Claude Maffioli, membre du collège de la HAS dans son intervention d'ouverture lors de la « Journée d'évaluation des pratiques professionnelles – Retours d'expériences » du 18 décembre dernier. « *Ce n'est pas la HAS qui fait les EPP, insiste le Dr C. Maffioli, tout ce système est confié aux professionnels. Mais il ne faut pas en*



L'EPP doit être un système simple et s'insérer dans la pratique médicale quotidienne.

faire un but. Ce n'est qu'un moyen. Il faut avant tout penser aux médecins de terrain. » C'est pourquoi le système doit être simple, s'insérer dans leur pratique quotidienne, mais aussi divers et évolutif. Enfin, le but est d'arriver à la création d'une véritable culture de l'EPP intégrée dans les études médicales.

Quinze expériences impliquant environ un millier de médecins ont été présentées devant les cinq cent participants de ce colloque. Très divers, ces programmes s'adressent à tous les médecins généralistes ou spécialistes exerçant en ville ou en établissement de santé. Ils illustrent concrètement les différents modes d'application de l'EPP : groupes d'échan-

ges de pratiques (groupes de pairs, cercles de qualité), réseaux de santé et, pour les établissements, revues de morbidité-mortalité ou réunions de concertation pluridisciplinaire.

L'originalité au rendez-vous

Une expérience originale menée dans le cadre de l'UFCV (Union Nationale de Formation Continue et d'Evaluation en Médecine Cardiovasculaire) auprès de cardiologues libéraux volontaires dont la consultation de « vrais-faux » patients, comédiens ou patients spécialement entraînés, était filmée. Les « patients » remplissaient ensuite une grille d'analyse pour déterminer les items manquants durant la consultation.

La journée était divisée en plusieurs sessions : « groupes d'analyse de pratiques entre pairs », « réseaux », « établissements de santé » et « organismes agréés ».

Au terme de chaque session, des certificats d'EPP ont été remis par les URML (avec le concours des médecins habilités) et les CME aux médecins engagés dans les démarches présentées.

Analyse des décès

Dans le cadre de la session « établissements de santé », le docteur Benoît Misset, réanimateur dans le service de réanimation de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris, a présenté comment ses collègues et lui-même, avaient conduit depuis août 2003 une analyse des causes de décès de patients dans ce service afin d'en améliorer les performances. Elle montre que 11 % des prises en charge peuvent être améliorées. 20 % des

patients décédés ont subi un événement iatrogène infectieux ou non, jouant un rôle important dans le décès dans 30 % des cas. Et 35 % de ces événements auraient pu être évités grâce à un meilleur respect des procédures, l'encadrement du personnel en formation et des types de prises en charge médicales.

Autre exemple, le Pr Pierre-Marie Girard, infectiologue et le Dr Franck Boccard du service des maladies infectieuses tropicales du CHU Saint-Antoine de Paris ont présenté le programme orchestra mis en place en 2004. Son objectif : améliorer la prise en charge des patients atteints du VIH en intégrant systématiquement la prévention et le dépistage de certaines co-morbidités (sur-risque cardio-vasculaire, cancers gynécologiques, hépatite B et autres infections sexuellement transmissibles). Dans son intervention de clôture, François Romaneix, directeur de la HAS, a remercié tous les participants et particulièrement les présidents de URML. Il s'est félicité de la dynamique créée autour de l'EPP et de l'engagement d'un millier de médecins aux statuts différents dans ces 15 programmes. La Haute Autorité et ses partenaires vont s'efforcer d'approfondir le dispositif en procédant à des ajustements. Une tâche qui concerne actuellement 190 000 médecins et quelques milliers d'autres professionnels de santé dans un proche avenir. Quant à la question qualifiée de « lancinante » du financement de l'EPP, M. Romaneix a souligné que la Haute Autorité n'est pas en charge de ce problème, mais qu'elle se tient aux côtés des professionnels dans les discussions avec l'Assurance Maladie.

Les quinze programmes présentés lors de la première Journée d'EPP

| Responsables | Lieux | Thèmes |
|--|--|--|
| Dr Jean-Pierre GARNIER, généraliste | Apt (84) | Expérience de 33 groupes d'échanges de pratiques entre pairs de l'URML PACA |
| Dr Yves LEQUEUX, généraliste | Saint-Père-en-Retz (44) | Groupes d'échanges de pratiques – Pays de Loire : analyse d'ordonnances de personnes âgées |
| Dr Jean-Yves HASCOËT, généraliste | Rosporden (29) | Cercles de qualité de l'URML Bretagne |
| Dr Jean-Pierre LEGROS, généraliste | Monthois (08) | Association « Partenaires Santé de l'Argonne » : sevrage des benzodiazépines chez les personnes âgées |
| Pr Maurice LAVILLE, néphrologue | CHU Edouard-Herriot Lyon (69) | Expérience du réseau TIRCEL et amélioration des pratiques pour le traitement de l'insuffisance rénale |
| Dr Michel VARROUD VIAL, diabétologue | Villeneuve-Saint-Georges (94) | Réseaux « diabète » |
| Pr Patrick JOURDAIN, cardiologue | CH René-Dubos – Pontoise (95) | Programme CASPER = éducation thérapeutique des insuffisants cardiaques |
| Dr Benoît MISSET, réanimateur | Hôpital Saint-Joseph Paris (75) | Analyse des causes de décès dans un service de réanimation |
| Pr Jérôme MOUROUX, chirurgien thoracique et GOTHa (Groupe d'Oncologie Thoracique Azuréen) | Hôpital Pasteur CHRU de Nice (06) | Prise en charge pluridisciplinaire du cancer du poumon |
| Dr Michel CARLES Pr Marc RAUCOULES – AIME | Hôpital l'Archet CHRU de Nice (06) | Amélioration de la prescription des antibiotiques |
| Pr Pierre-Marie GIRARD, infectiologue, | CHU Saint-Antoine Paris (75) | Dépistage et prise en charge des co-morbidités des patients VIH |
| Dr Nicolas FRIES, gynécologue – Collège français d'échographie fœtale (CFEF) | Montpellier (34) | EPP de l'échographie fœtale au 1 ^{er} trimestre de la grossesse |
| Dr Jean-François THEBAULT, cardiologue et UFCV | Sarcelles (95) | EPP en cardiologie. Comparaison de trois méthodes : patients standardisés, audit de dossiers, tests cliniques de cohérence |
| Dr Hubert LE HÉT T, anesthésiste réanimateur. Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) | Polyclinique Sévigné Cesson-Sévigné (35) | Améliorer la qualité en chirurgie ambulatoire |
| Pr Tan Dat NGUYEN, Dr Catherine GRENIER, responsable du secteur qualité indicateur et du Comité des pratiques de l'EFEC, | Institut Jean-Godinot Reims (51) et FNCLCC, Paris (75) | Réunion de concertation pluridisciplinaire et réseau des centres de lutte contre le cancer |

références bibliographiques

Education thérapeutique

Albano MG, Jacquemet S, Assal JPH – 1998, *Patient education and diabetes research : A failure! Going beyond the empirical approaches*, Acta Diabetologica, 35, 207-214.

Baptiste A et C Belisle – Photolangage : une méthode pour communiquer en groupe par la photo. Edition de l'organisation. 1991.

Boilevin L, Didier A, Harribey N, Ormieres JJ – Guide pratique éducation thérapeutique du patient, phase 5. Editions Médicales, décembre 2003.

Brun MF, Gagnayre R, Libion F, Deccache A – Elaboration d'un cahier des charges d'activités : Pôles de prévention et d'éducation de picardie. *Gestion hospitalières* 2006; 452 : 36-44.

Bruttomesso D, Costa S, Dal Pos M, Crazzolaro D, Realdi G, Tiengo A, Baritussio A, Gagnayre R – Educating diabetic patients on insulin use : change with time of certainty and correctness of knowledge. *Diabetes and metabolism* 2006 (accepting for publication).

Crozet C, Van Bockstael V, d'Ivernois JF, Devos J, Winock A, Bertrand D – Education cardiovasculaire de patients âgés : Evaluation d'un programme, *Le concours médical* 2006; 29/30:1202-1205.

Gagnayre R, Ivernois (d') JF – 1991, *L'éducation du patient : le rôle pédagogique des soignants*, Cahiers Santé, 1, 334-338.

Gagnayre R, Marchand C, Pinosa C, Brun MF, Billot D, Iguenane J – Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient. *Pédagogie médicale* 2006; 7 : 31-40.

Gagnayre R, Traynard PY – L'éducation thérapeutique. In : *Traité de diabétologie*. Grimaldi A. (coord.), Paris, Flammarion, Sciences, 2005.

Ivernois (d') JF, Gagnayre R – 1995, *Apprendre à éduquer le patient*, Paris, Vigot.

Lacroix A, Assal JPH – *L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris : Vigot 1998.

OMS, bureau régional pour l'europe – 1998, *Education thérapeutique du patient, programme de formation continue par des pro-*

fessionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague.

Pelican J, Gagnayre R, Sandrin-Berthon B, Aujoulat I – A therapeutic education programme for diabetic children : recreational methods, creative instruments and use puppets, *Patient Education and Counseling* 2006; 60 : 152-163.

Reach G – Pourquoi se soigne-t-on ? Le bord de l'eau édition, 2005.

Reach G – Réflexion sur la maladie chronique : une approche physiopathologique pour comprendre la place du temps. Chapitre de conclusion du traité de diabétologie, A. Grimaldi, Flammarion, Sciences, 2005.

Sandrin-Berthon B – Eduquer un patient : comment être plus performant ? Rev du Prat MG 2001;15: 549.

Hémophilie

Revue Hémophilie et Maladie de Willebrand éditée par l'Association Française des Hémophiles.

Diabète

Traitement médicamenteux du diabète de type 2. 15/11/2006.

Traitement médicamenteux du diabète de type 2 – L'Afssaps et la HAS actualisent les recommandations. 28/11/2006.

Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. 1/7/2005.

Pourquoi commencer par le diabète et l'hépatite C ? Quels critères de priorité ont conduit à ce choix ? 19/9/2006.

Une évaluation de l'Anaes propose de nouvelles modalités de dépistage du diabète de type 2 11. Prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent 31/5/2006.

Prise en charge du diabète de type 1 chez l'adulte. 31/5/2006.

Prise en charge du diabète de type 2. 31/5/2006.

Conférence de presse : Affections de Longue Durée : premières recommandations de la HAS sur le diabète et l'hépatite C. 31/5/2006.

Résumés des travaux de recherche des projets sélectionnés 2001. 17/1/2007.

Diabète de type 1 et 2. 12/9/2006.

Travail de la Haute Autorité de Santé sur les ALD. 19/9/2006.

Traitement médicamenteux du diabète de type 2 – L'Afssaps et la HAS actualisent les recommandations. 28/11/2006.

Asthme

Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. 1/9/2004.

Insuffisance respiratoire chronique grave secondaire à un asthme. 8/11/2006.

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 1/9/2005.

Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. 1/6/2001.

Le suivi médical au long cours des patients asthmatiques adultes et adolescents. 29/9/2004.

Mieux vivre avec votre asthme (grâce à l'éducation thérapeutique). 9/8/2006.

Obésité

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 1/9/2005.

Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. 1/9/2005.

Lit XXL. Lit médical pour personnes présentant une obésité massive. 17/5/2006.

Pl@nète
Roche **Nephro**

NOUVEAU

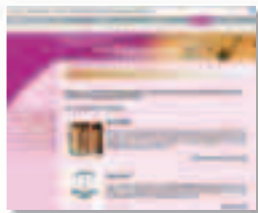
www. Roche.fr

Une pl@nète de

Solutions



Un site dédié aux Néphrologues
Une double expertise en IRC et Transplantation



Déléguer sa recherche documentaire et recevoir
des articles complets

C'est Pl@nète Roche Nephro



Imprimer ou commander des documents sur mesure
pour vos patients

C'est Pl@nète Roche Nephro



Trouver une iconographie pour votre EPU

C'est Pl@nète Roche Nephro



Télécharger le diaporama de votre choix

C'est Pl@nète Roche Nephro

Terre Neuve - Etabli le 11/06/06.

Demandez à
votre attaché
scientifique
Roche votre
bulletin d'inscription.

Pour en savoir plus
planetene.nephro@roche.com



Pharma