



**HAL**  
open science

# Développement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein d'un établissement de soins psychiatriques

Elodie Guionet

► **To cite this version:**

Elodie Guionet. Développement d'un programme d'éducation thérapeutique du patient au sein d'un établissement de soins psychiatriques. Santé publique et épidémiologie. 2013. hal-01866666

**HAL Id: hal-01866666**

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01866666v1>

Submitted on 3 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2012-2013

**Développement d'un programme d'éducation  
thérapeutique du patient  
au sein d'un établissement de soins  
psychiatriques**

Soutenu en juin 2013

Mademoiselle Elodie GUIONET

Maître de stage :

Madame Isabelle BORDAT

Guidant universitaire :

Docteur Jean-Francois COLLIN

# REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent à tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à remercier :

La direction et l'ensemble du personnel de la clinique Bell-Rive, qui m'ont accueilli.

Mon maître de stage, Mme Isabelle BORDAT, qui est restée disponible et a su répondre à mes demandes tout au long de cette période.

Mon guidant universitaire, Dr Jean-François COLLIN, pour son implication et son suivi qui m'ont apporté un soutien essentiel.

Ma famille pour leur lecture et relecture

Mes amis pour leur présence.

## **ABREVIATIONS**

**ADSP** : Actualité et dossier en santé publique

**ALD** : Affection de Longue Durée

**APM** : Agence de Presse Médicale

**ARS** : Agence Régionale de la Santé

**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

**INVS** : Institut national de veille sanitaire

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**QQOQCP** (méthode) = Qui, quoi, ou, quand, comment, pourquoi

# TABLE DES MATIERES

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>1- Contexte</b>	<b>5</b>
1.1- L'éducation thérapeutique	5
1.1.1- Définition	5
1.1.2- Cadre légal	5
1.2- Programme d'éducation thérapeutique	6
1.2.1- Quelques chiffres	6
1.2.2- Cadre légal	6
1.2.3- Cadre logique	6
1.3- Le programme à la clinique Belle-Rive	7
1.3.1- La structure	7
1.3.2- Les ALD 23	7
1.3.3- Le programme	8
1.3.3.1- Généralités	8
1.3.3.2- Population cible	8
1.3.3.3- Objectifs	9
1.3.3.4- L'équipe projet	9
1.3.3.5- Développement	10
1.3.3.6- Etat actuel	10
1.3.3.6.1- Modules du programme	10
1.3.3.6.2- Format proposé	11
1.3.3.6.3- Auto-évaluation à 1 an	11
1.4- Objectifs de la mission	12
1.4.1- Général	12
1.4.2- Spécifiques	12
1.4.3- Opérationnels	13
<b>2- Méthode</b>	<b>14</b>
2.1- Présentation de la démarche	14
2.2- Objectif 1	14
2.3- Objectif 2	15
2.4- Objectif 3	16
<b>3- Résultats</b>	<b>18</b>
3.1- Logigramme	18
3.1.1- Logigramme de départ	18
3.1.2- Logigramme après intervention	19
3.2- Objectif 1	19

3.2.1- Etat des lieux	19
3.2.2- Analyse de la situation	19
3.2.3- Proposition de solutions	20
3.2.3.1- Construction de l'outil	20
3.2.3.2- Traçabilité	20
3.2.3.3- Période d'essai	21
3.2.4- Nouvelle proposition	21
3.2.4.1- Principe	21
3.2.4.2- Période d'essai	22
3.2.5- Principaux résultats	22
3.3- Objectif 2	23
3.3.1- Etat des lieux	23
3.3.2- Proposition de solutions	23
3.3.2.1- Création des outils	23
3.3.2.2- Déroulement de l'entretien	23
3.3.3- Traçabilité	24
3.3.4- Période d'essai	24
3.3.5- Principaux résultats	24
3.4- Objectif 3	25
3.4.1- Objectifs de l'évaluation	25
3.4.2- Echantillon et période	25
3.4.3- Recueil de données	25
3.4.4- Analyse des résultats	26
3.4.4.1- Généralités	26
3.4.4.2- Résultats principaux	26
<b>4- Discussion</b>	<b>28</b>
4.1- Méthode	28
4.1.1- Une population cible à redéfinir	28
4.1.2- Un diagnostic éducatif peut conventionnel	28
4.1.3- Une temporalité singulière	28
4.1.4- Une évaluation trop courte	29
4.2- Résultats	29
4.2.1- Un diagnostic éducatif initial pour tous	29
4.2.2- Une alliance thérapeutique renforcée	29
4.2.3- Des actions plus adaptées	30
4.2.4- La traçabilité, un outil utile à tous	30
4.3- Perspectives	30
4.3.1- Evolution du diagnostic	30
4.3.2- Evolution du programme	31

4.3.2.1– La file active	31
4.3.2.2– Le parcours du patient	31
4.3.2.3– Le long terme	31
<b>Index des tables</b>	<b>32</b>
<b>Index des illustrations</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>34</b>
<b>Annexes</b>	
1– Annexe I : Auto-évaluation à 1 an	I
2– Annexe II	II
2.1– Grille d’entretien diagnostic	II
2.2– Blason du diagnostic	VII
3– Annexe III : Charte d’engagement	VIII
4– Annexe IV : « matrice de compétences » appliquée à l’ETP	IX
5– Annexe V : Planning des activités	X
6– Annexe VI : questionnaire de satisfaction	XI

## INTRODUCTION

Les affections de longues durées, définies par la Haute Autorité de Santé, regroupent divers pathologies. Celles concernant les troubles psychiatriques sont nommées « ALD 23 » ; elles correspondent aux troubles anxieux, bipolaires, dépressifs récurrents et la schizophrénie. Elles représentent la première cause d'ALD chez l'adulte de 15 à 44 ans<sup>1</sup>.

Globalement, environ 2% de la population française est concernée par une ALD 23<sup>2</sup>. Les troubles mentaux et du comportement ont été responsables de 4% des décès en 2009. Par ailleurs, les ALD 23 sont fréquemment associées à des co-morbidités telles que les addictions à l'alcool ou aux toxiques. Elles entraînent des arrêts maladies, souvent de longue durée<sup>3</sup>. Le coût financier lié aux pathologies psychiatriques s'élèverait à près de 80 milliard d'euros en France. Ainsi, l'ensemble de ces éléments caractéristiques de cette affection en fait un problème de santé publique prioritaire<sup>4</sup>.

La clinique Belle-Rive, lieu de ce stage, accueille tout au long de l'année des patients atteints de pathologies psychiatriques pour une prise en charge de leur trouble en phase aiguë ou pour un suivi régulier. Au travers de ces prises en charge, les données décrites aux paragraphes précédents ont été constatées. Ainsi, l'établissement a souhaité proposer une approche permettant d'apporter des solutions à ces difficultés. L'ETP est alors apparue comme une démarche pouvant répondre aux attentes des soignants et des patients.

Concrètement, les objectifs fixés par l'établissement sont d'éviter les ré-hospitalisations, les ruptures de soins, et renforcer l'alliance thérapeutique. Ainsi, depuis juillet 2011, l'autorisation par l'ARS a permis le lancement d'un programme d'éducation thérapeutique auprès des patients accueillis en hospitalisation complète et de jour, utilisant la psychoéducation comme outil d'ETP.

Toutefois, la pérennisation de ce programme est soumise à des exigences émanant de l'HAS. Des améliorations doivent encore être faites, notamment concernant le respect du processus. Ainsi, ma mission principale est de faire évoluer le programme de la clinique afin qu'il réponde au mieux aux exigences de l'HAS. Mes objectifs pour ces 5 mois ont été déterminés à partir de l'auto-évaluation effectuée après 1 an du lancement du programme, et concernent son processus.

---

<sup>1</sup>Weil A. La fréquence des 30 affections de longue durée. *ADSP*, 2007 juin, 59, p. 18-29

<sup>2</sup>Cnamts-DSES. Fréquence des ALD au 31/12/2011, Tableau I : répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2011 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. 2012. [en ligne] <http://www.ameli.fr> (Page consultée le 15 février 2013)

<sup>3</sup>Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". *INVS, Santé travail*, 2007 aout, 6p.

<sup>4</sup>Ministère de l'emploi du travail et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.[en ligne] 2012 fèv, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf) (Page consultée le 15 février 2013)

# 1-CONTEXTE

## 1.1- L'éducation thérapeutique

### 1.1.1- Définition

L'OMS en 1998 propose de définir l'éducation thérapeutique comme : « *un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie.* »<sup>5</sup>

Ainsi, l'objectif premier de l'ETP est l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie. Elle ne se limite pas à de l'information, mais vise à transmettre les connaissances et les compétences nécessaires à la gestion de sa pathologie au quotidien. Il s'agit d'un processus continu allant de paire avec la prise en charge des soins. Celui-ci est encadré par des lois.

### 1.1.2- Cadre légal

L'article 84 de la loi portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) de juillet 2009 a inscrit l'ETP dans le code de la santé publique. Cette loi est fondamentale dans le développement de l'ETP. Elle précise que « *l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient* » et « *a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* ». <sup>6</sup>

La loi HPST donne, pour la première fois, un cadre réglementaire précis aux programmes d'ETP. En effet, selon l'arrêté ministériel du 2 août 2010, ils doivent répondre à un cahier des charges national et être autorisés par les ARS. Ainsi, la loi HPST se place comme la première loi permettant de mener des actions structurées et coordonnées.

---

<sup>5</sup> OMS-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, Rapport traduit en français en 1998, 1996

<sup>6</sup> Ministère de la santé et des sports, Publication des textes d'application de la loi HPST relatif à l'ETP, communiqué de presse, 2010 août, [en ligne]<http://www.sante.gouv.fr/publication-des-textes-d-application-de-la-loi-hpst-relatifs-a-l-education-therapeutique-du-patient-desormais-inscrite-officiellement-dans-le-parcours-de-soins.html> (page consultée le 20 Février 2013)

## **1.2- Programme d'éducation thérapeutique**

### **1.2-1. Quelques chiffres**

Selon les données obtenues de l'analyse de 25 ARS datant de mai 2011, par l'APM internationale, près de 2700 programmes seraient autorisés actuellement. La psychiatrie ne représente que 2% des programmes<sup>7</sup>. Au sein du département du Gard, 19 programmes sont autorisés actuellement, dont 2 concernent les addictions et 1 concerne la santé mentale<sup>8</sup>.

### **1.2.2- Cadre légal**

L'ETP nécessite un programme structuré et autorisé par l'ARS, un défaut d'autorisation peut être puni d'une amende s'élevant à 30000 euros. En 2010, plusieurs décrets et arrêtés précisent les conditions d'autorisation auprès des ARS et fixent les compétences requises pour dispenser l'ETP. Un programme doit toujours être proposé par le médecin prescripteur et fait l'objet d'un programme personnalisé. Il peut être conduit par un établissement de soins, en médecine de ville, par un réseau ou par une association.

Le programme ne peut être mis en œuvre au niveau local qu'après autorisation par l'ARS, si celui-ci répond au cahier des charges national. Cette autorisation est valable pour 4 ans. Une évaluation quadriennale est alors pratiquée par l'ARS. Celle-ci débouche soit sur une nouvelle autorisation pour 4 ans, soit sur une réorientation du projet soit sur un arrêt.<sup>9</sup> Pour se préparer à cette échéance, l'HAS propose de réaliser des autoévaluations annuelles, menées en interne, par les responsables du projet. Il n'y a pas de caractère obligatoire à cette réalisation. L'HAS met à disposition un guide pour les coordinateurs et les équipes souhaitant évaluer leur projet.

### **1.2.3- Cadre logique**

En Juin 2007, l'HAS a émis un guide méthodologique visant à structurer un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ; ce guide décrit notamment les modalités de mise en œuvre d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique pour un patient. Ainsi, les programmes doivent comporter 4 étapes :

---

<sup>7</sup> APM international. Programmes d'éducation thérapeutique autorisés : les ¾ sont portés par les hôpitaux. [en ligne] <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/programmes-education-therapeutique-autorises-les-trois-quarts-sont-portes-par-des-hopitaux.html> (paru le 18 mai 2011)

<sup>8</sup> Dormont AS, Picquet D. tableau des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés. ARS Languedoc. En ligne] <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr> (consulté le 18 février 2013)

<sup>9</sup> HAS. Programme d'éducation thérapeutique du patient : grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. 8 pages. [en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp\\_grille\\_aide\\_evaluation\\_autorisation\\_programme\\_ars\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf) (consulté le 10 mars 2013)

- un diagnostic éducatif, qui permet d'identifier les besoins et les attentes du patient.
- un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage négociées avec le patient. Cette étape débouche sur l'engagement du patient à suivre le programme et sur un planning des séances.
- la planification et la mise en œuvre des séances d'éducation thérapeutique individuelles et/ou collectives. Elles sont dispensées par des professionnels de santé, le contenu des séances peut concerner le « savoir », « savoir être » ou « savoir faire ».
- une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.<sup>10</sup>

Selon les recommandations de l'HAS le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du patient. Il permet d'identifier les besoins et les attentes du patient. Il découle sur la formulation des compétences qu'il doit acquérir, mobiliser ou maintenir. Cette démarche se fait en collaboration avec le patient. Il s'agit d'être attentif à sa réceptivité à intégrer un programme d'ETP. L'HAS propose un ensemble d'éléments à rechercher lors de la réalisation du diagnostic.

Le programme réalisé, dans le cadre de mon stage, doit se soumettre aux exigences et recommandations, et donc comporter ce format.

## **1.3- Le programme à la clinique Belle-Rive**

### **1.3-1. La structure**

La clinique Belle-Rive est un établissement privé de soins psychiatriques à but lucratif. La capacité d'accueil est de 110 lits d'hospitalisation complète. La durée moyenne d'hospitalisation est de 35 jours. L'âge moyen des patients est de 51 ans. 115 professionnels exercent au sein de la clinique.

C'est un établissement qui ne reçoit pas d'urgence psychiatrique et qui pratique une hospitalisation complète et ouverte. Il reçoit environ 1 300 patients par an, avec un taux d'occupation des lits de 99,61 %. C'est une clinique conventionnée, l'activité médicale y est libérale pour quatre médecins et salariée pour cinq autres postes.

Les médecins assurent une activité de consultations au sein de l'établissement. Il n'y a pas de plateau technique radiologique, ni de laboratoire.<sup>11</sup>

### **1.3.2- Les ALD 23**

---

<sup>10</sup> HAS. Education thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser ? Recommandations. 2007 juin. 8p.

<sup>11</sup> PMSI. Tableau 1 : synthèse d'activité. 2012

La clinique reçoit tout type de pathologies psychiatriques. Toutefois, les troubles dépressifs concernent plus de la moitié des patients pris en charge (Cf. schéma 1 : répartition des patients par diagnostic).

Les co-morbidités de dépendance à l'alcool et aux autres produits toxiques représentent 433 patients pour l'année 2012, soit plus de 34% des patients.<sup>12</sup>

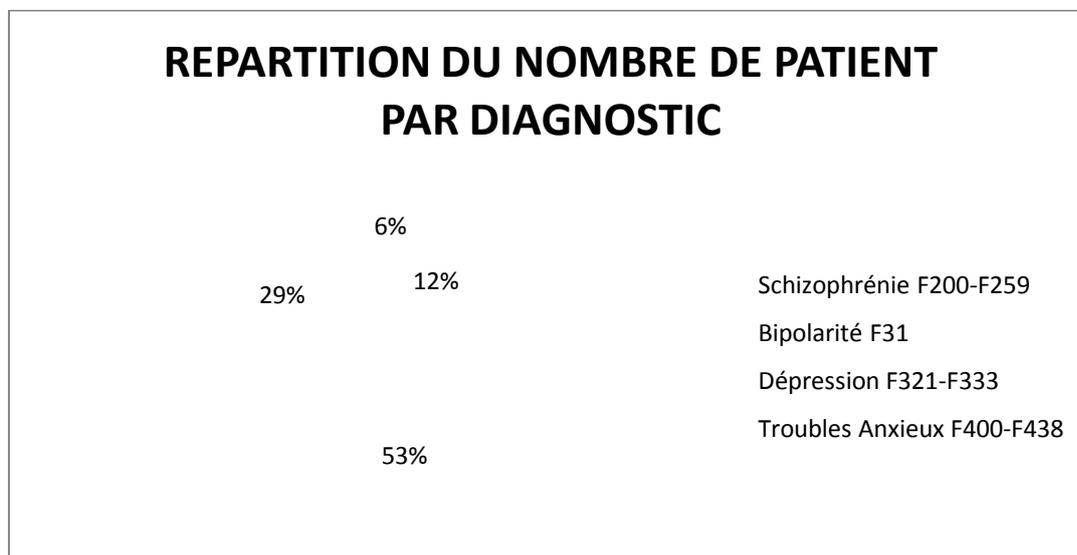


Schéma 1 : Représentation de la répartition des patients par diagnostic.

La spécificité de la population accueillie est un élément essentiel dans la proposition des actions du programme d'ETP réalisé.

### **1.3.3- Le programme**

#### **1.3.3-1. Généralités**

Le programme et les divers modules qui le composent ont été élaborés à partir des expériences cliniques des différents intervenants, des revues de littérature, en collaboration avec les représentants des usagers qui interviennent dans les instances de l'établissement. L'autorisation du programme a été obtenue le 07 octobre 2011.

#### **1.3.3.2- Population cible**

Ce programme s'adresse aux patients adultes hospitalisés dans le cadre d'un séjour à temps plein, éventuellement prolongé d'une période de prise en charge en hospitalisation de jour, pour une affection psychiatrique telle que la schizophrénie, les troubles bipolaires,

<sup>12</sup> PMSI. Tableau 6c : Liste des diagnostics de pathologie mentale. 2012, 3p.

anxieux, de la personnalité ou les épisodes dépressifs récurrents, relevant d'une ALD 23. Ils peuvent présenter des co-morbidités associées, notamment des comportements addictifs.

Quel que soit le type, le stade et l'évolution de la maladie, les notions de chronicité, d'altération de la qualité de vie, de vulnérabilité psychique et sociale, sont prises en compte dans la proposition de participer au programme. En outre, l'ensemble des patients hospitalisé à la clinique participe à une ou plusieurs activités d'éducation thérapeutique.

### **1.3.3.3- Objectifs**

L'éducation thérapeutique destinée aux pathologies psychiatriques est un processus dans lequel il est essentiel de créer les conditions favorables à l'acquisition de compétences et l'utilisation d'outils qui visent : l'auto soins, l'auto-surveillance des symptômes et de leur évolution, une meilleure connaissance de soi et de ses capacités de maîtrise émotionnelle et comportementale, le renforcement de l'estime de soi, la mise en œuvre de comportements promoteurs de la santé, le développement d'un réseau social, la psychoéducation. Les ateliers proposés investiguent l'ensemble de ces domaines.

Par la réalisation de ces axes de travail et d'apprentissage, l'objectif du programme est de proposer une prise en charge globale au patient, c'est-à-dire de lui apporter une triple approche : médicale, psycho-sociale et éducative. Ce dernier point doit permettre la participation active du patient, le développement de son investissement à prendre en charge sa pathologie. L'objectif à long terme est la réduction du nombre d'hospitalisation et des accueils en service d'urgence et ainsi une réduction de la durée et du nombre d'arrêt de travail. L'atteinte de ces objectifs devront faire l'objet d'une évaluation avant la fin de l'autorisation du programme.

### **1.3.3.4- L'équipe projet**

Une équipe pluridisciplinaire a été construite pour la réalisation de ce projet, en fonction de leurs compétences.

Ainsi, l'équipe se compose :

- D'un médecin psychiatre, responsable du projet ;
- De la directrice des soins, coordonne du projet ;
- De la pharmacienne ;
- De l'assistante sociale ;
- De la psychologue ;
- D'une stagiaire.

### 1.3.3.5- Développement

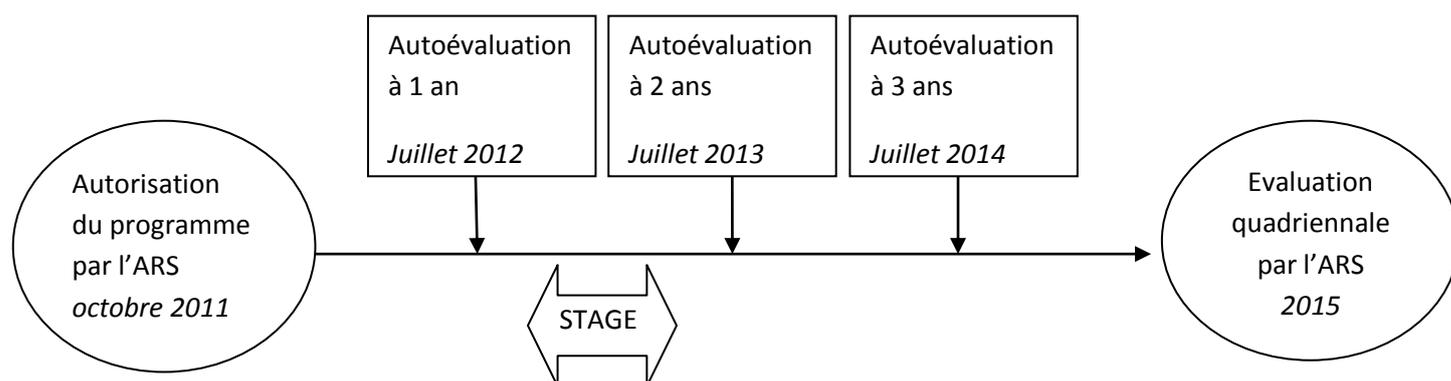


Schéma 2 : Développement du programme d'ETP en fonction des temps d'évaluation

L'autorisation obtenu en 2011 permet une évolution du programme jusqu'en 2015. Mon stage s'effectue entre la première et deuxième année de mise en œuvre.

### 1.3.3.6- Etat actuel

#### 1.3.3.6.1- Modules du programme

15 ateliers en groupe fonctionnent actuellement :

- 1 sur les questions relatives aux traitements : « Mieux vive avec mon traitement ». Cet atelier se déroule en séquence de 2H30, en groupe de 12 patients. Il permet d'aborder l'ensemble des questions relatives aux traitements. Une évaluation des compétences et de satisfaction est réalisée en fin de programme.
- 2 sur la prise en charge de la co-morbidité alcool : « Autour de l'alcool » et « Forum ». Ces ateliers permettent d'aborder des thèmes à la demande des participants et prévoit une information sur les dispositifs auxquels les patients peuvent avoir recours. Une évaluation des compétences est réalisée par questionnaire.
- 1 sur les représentations de la maladie : « Contradiction ». Ce groupe d'environ 12 participants favorise la réflexion à partir d'un travail d'induction (phrase, mot...). Il s'apparente à une psychothérapie groupale.
- 1 sur la dépression : « Autour de la dépression ». Ce groupe d'environ 12 patients permet d'aborder divers problématiques associées à la pathologie dépressive et bipolaire. Un temps d'information est prévu (à partir d'un support écrit).

- 1 sur l'image de soi : « Madeleine de Proust ». Cet atelier propose d'effectuer un travail sur l'image de soi.
- 4 sur les activités physiques : « Vélo médical », « Gym douce », « Culture physique » et « Parcours santé ». Ces activités permettent au patient de pratiquer une activité physique adaptée mais aussi de découvrir et apprendre des techniques de respiration, de relaxation. L'objectif est l'intégration de ces apprentissages dans la vie quotidienne du participant.
- 3 sur le raisonnement créatif : « Ecriture », « Sculpture sur pierre » et « Modelage ». Ces ateliers favorisent l'expression des émotions, la reconnaissance des sentiments des patients par une médiation.
- 2 sur la confiance en soi et la communication : « Cafeteria » et « Théâtre ». Ces ateliers ont pour objectif de travailler sur la socialisation et la relation à autrui.

Deux ateliers en individuel, concernant la nutrition et les difficultés sociales, sont proposés.

L'ensemble de ces ateliers est encadré par des professionnels ayant les compétences nécessaires comme le prévoit le décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif « aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient ». Diverses techniques de communications, d'animation de groupes, corporels, cognitifs et comportementaux sont utilisées. Les outils sont nombreux (affiches, grilles, vidéos, brochures...).

### **1.3.3.6.2- Format proposé**

Le programme est proposé à tous les patients hospitalisés ayant un diagnostic médical correspondant au projet. Le médecin responsable du patient propose les ateliers selon leur problématique. Ce dernier, intègre ou non les ateliers. Sa participation est tracée dans le dossier médical informatisé. Une prise en charge en hôpital de jour peut ensuite être proposée avec plus ou moins des ateliers d'éducation thérapeutique. Les animateurs rencontrent une fois par semaine les médecins pour discuter de la prise en charge de certains patients.

### **1.3.3.6.3- Auto-évaluation à 1 an**

Le bilan d'autoévaluation de juillet 2012 met en évidence les points forts et les points faibles du programme (Cf. annexe I : Bilan autoévaluation à 1 an). La file active globale n'est pas connue pour cette première année d'exercice. Les chiffres présentés sont exprimés par atelier. Ainsi 179 patients ont participé aux groupes concernant les addictions, 77 patients ont participé au groupe « autour de la dépression, 36 patients ont participé au groupe « mieux vivre avec mon traitement » et 25 ont bénéficié d'un entretien sur l'équilibre nutritionnel.

Les points suivants à améliorer ont été soulignés :

- La création d'une grille d'évaluation et de diagnostic
- La création d'un contrat éducatif
- Développer un outil d'analyse de pertinence
- Anticiper la programmation des entretiens individuels afin de définir le contrat

Les axes d'améliorations concernent prioritairement le processus du programme. Cette auto-évaluation permet de dégager des objectifs à atteindre d'ici l'auto-évaluation suivante.

## **1.4- Objectifs de la mission**

### **1.4-1. Général**

La mission de mon stage concerne les améliorations du programme entre la première et la deuxième année de sa mise en œuvre. L'objectif général est :

**L'amélioration du programme d'ETP, auprès des patients en ALD 23, d'ici la prochaine auto-évaluation en juillet 2013.**

Les objectifs spécifiques qui en découlent ont été fixés après analyse de l'auto-évaluation et du « guide d'auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient » proposé par l'HAS.

### **1.4.2- Spécifiques**

Le principal problème relevé, lors de l'auto-évaluation, a été le non respect des étapes du programme comme le préconise l'HAS. Le diagnostic éducatif et le projet personnalisé ne sont pas réalisés à la clinique. Ces insuffisances, relevant du processus du programme, sont des axes prioritaires d'amélioration après un an de mise en œuvre. De plus, il manque des éléments dans l'évaluation des compétences de certains ateliers. Ainsi, les objectifs spécifiques sont :

**Objectif 1 : 80% des patients participants au programme d'ETP auront bénéficié d'un diagnostic éducatif, d'ici mai 2013.**

**Objectif 2 : 90% des patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif initial, auront un programme personnalisé d'ici mai 2013.**

**Objectif 3 : les compétences des patients seront évaluées après leur participation à l'atelier « Autour de la dépression » d'ici mai 2013.**

La réalisation de ces objectifs implique la mise en place d'actions concrètes citées ci-dessous.

### **1.4.3- Opérationnels**

Objectif 1 :

- Créer l'outil de diagnostic
- Prévoir son intégration au parcours du patient
- Prévoir la traçabilité dans le dossier du patient

Objectif 2

- Utiliser le document de consentement écrit
- Utiliser le diagnostic éducatif
- Créer un planning pour le patient
- Prévoir la traçabilité dans le dossier du patient
- Prévoir une information au personnel

Objectif 3

- Etablir un recueil de données

## **2- METHODE**

### ***2.1- Présentation de la démarche***

Nos objectifs concernent la réalisation des 2 premières étapes du programme « Elaborer un diagnostic » et « Définir un programme personnalisé ». Nous envisageons la traçabilité de ces étapes. Par ailleurs, nous devons aussi prévoir la réalisation de l'évaluation des compétences de l'atelier « autour de la dépression » pour lequel il n'y a pas de données.

Pour présenter ces objectifs, nous avons choisi de proposer la démarche selon un logigramme. Cette méthode permet de visualiser les étapes à réaliser et de les replacer dans le contexte. Nous réaliseront deux logigrammes successifs, l'un représentant la démarche telle qu'elle est proposée avant la réalisation de ces objectifs ; l'autre la représentant après l'atteinte des objectifs. Ainsi nous obtenons une procédure clairement définie, dans laquelle le parcours du patient est retracé<sup>13</sup>.

Pour la présentation, nous nous sommes inspirés du logigramme proposé par l'HAS dans lequel les 4 étapes d'un programme sont représentées et intégrées au parcours de soin. De plus, ce logigramme expose la notion de coordination et de transmission.<sup>14</sup> Ce cadre logique permet d'obtenir un visuel de l'ensemble de nos objectifs à atteindre.

### ***2.2- Objectif 1 : 80%des patients, participants au programme, ont bénéficié d'un diagnostic éducatif initial***

Le diagnostic éducatif apporte des connaissances sur le patient, ses besoins et ses attentes. Il s'agit d'appréhender les différents aspects de sa vie, de prendre en compte ses demandes et ses projets.<sup>15</sup>

L'objectif 1 est réalisé selon le cadre logique présenté sur le schéma 3. L'analyse de la situation est réalisée par la méthode du QQQCP lors d'une réunion du groupe projet. Cette méthode permettra de décrire la situation.<sup>16</sup> Le choix des outils se fera en fonction de l'objectif recherché, des résultats attendus, des moyens matériels et de la population cible.<sup>17</sup> Une grille d'entretien semi-directive sera réalisée afin d'approfondir les ressources et les difficultés du patient. Celle-ci permet une investigation de qualité de l'ensemble des axes prévu par la grille.

---

<sup>13</sup> Collin JF, Potron D. Outils de la conduite d'un projet, chapitre 2, 2010 Janv.

<sup>14</sup> HAS. Education thérapeutique du patient :définition, finalité et organisation, Recommandations.2007 jun, 8p.

<sup>15</sup> HAS. Education thérapeutique du patient :définition, finalité et organisation, Recommandations.2007 jun, 8p.

<sup>16</sup> Collin JF, Potron D. Outils de la conduite d'un projet, chapitre 2, 2010 Janv.

<sup>17</sup> Douiller A, et coll. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. : Brignais : édition le Coudrier, 2012, 191p.

La traçabilité des données de la réalisation des diagnostics permettra d'obtenir des informations quantitatives. Ainsi, par l'analyse de ces données nous pourrons nous prononcer sur l'atteinte de l'objectif.

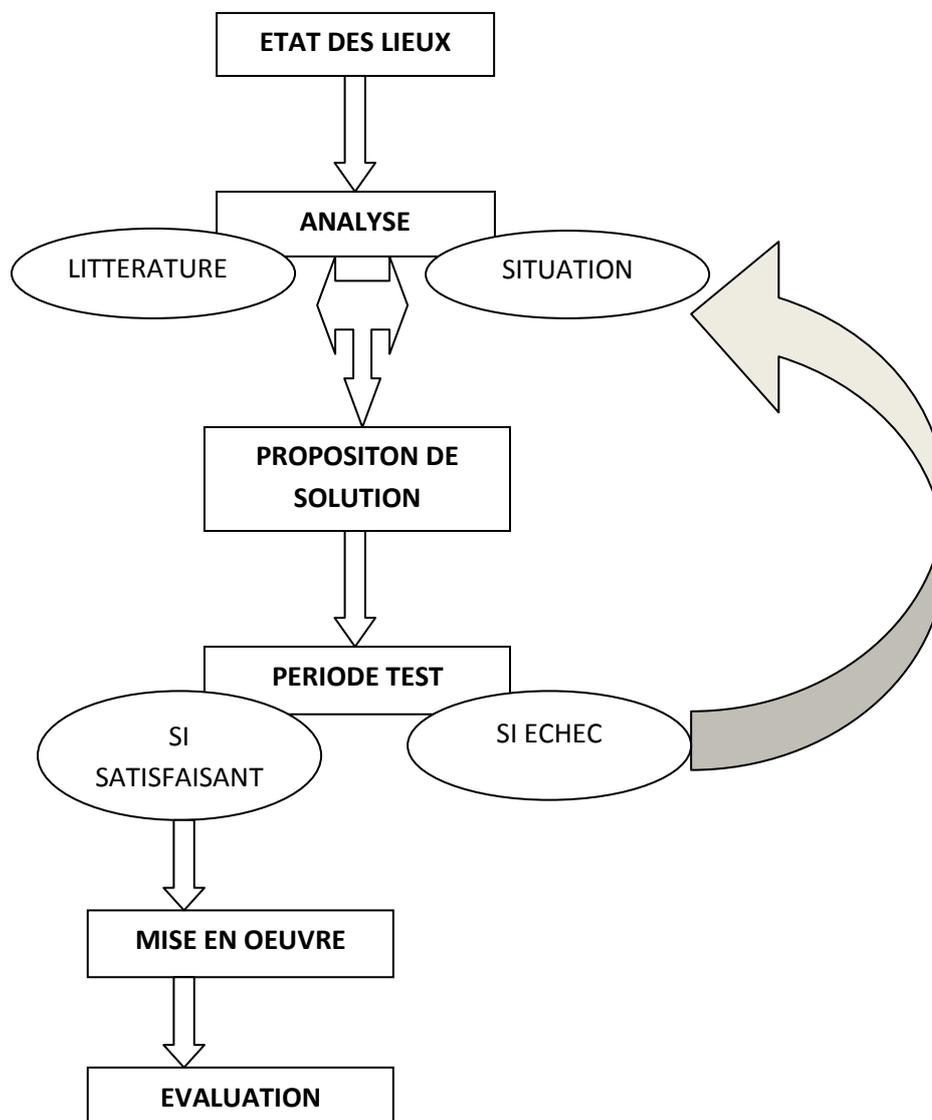


Schéma 3 : cadre logique de l'objectif 1

### ***2.3- Objectif 2 : 90% des patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif initial, ont un programme personnalisé***

La stratégie de résolution de cet objectif, respecte le même cadre logique que pour l'objectif 2 (cf. schéma 3).

Le programme personnalisé consiste en la formulation avec le patient des compétences à acquérir selon son projet. Il s'agit de lui proposer une stratégie thérapeutique caractérisée par un programme individuel auquel il adhère. Celui-ci débouche sur un accord écrit.<sup>18</sup>

Pour réaliser cette phase, nous définissons les 15 ateliers de groupes et les entretiens individuels qui constituent les séances d'ETP par compétence. Pour caractériser ces compétences à acquérir en fonction des ateliers proposés, nous utilisons la « matrice de compétence » développée en 2001 par JF D'Ivernois et R Gagnayre. Cette matrice propose 7 compétences relevant de l'auto-soin et de l'adaptation, correspondants à des objectifs différents<sup>19</sup>. Ces caractéristiques serviront de référence à l'animateur. Par ailleurs, un planning hebdomadaire regroupant l'ensemble des activités proposées sera créé afin de le présenter aux patients. Ils pourront alors garder un visuel des activités auxquelles ils participent. Enfin, l'engagement du patient sera recueilli par écrit.

La traçabilité de chaque programme personnalisé permettra d'obtenir des données quantitatives. Ainsi, par leur analyse nous pourrions nous prononcer sur l'atteinte de l'objectif.

### **2.4- Objectif 3 : les compétences des patients seront évaluées après leur participation à l'atelier « Autour de la dépression » d'ici mai 2013.**

Une compétence est un « *savoirs renvoyant à des situations complexes qui amènent à gérer des variables hétérogènes et qui permettent de résoudre des problèmes qui échappent à des situations référables épistémologiquement à une seule discipline.* »<sup>20</sup>

Il s'agit d'effectuer une évaluation pédagogique enquêtant sur les domaines de compétences suivants : cognitifs, sensori-moteur et psychoaffectifs.<sup>21</sup> Les questions du recueil sont définies à partir du contenu délivré au cours des séances, afin de se rendre compte, si celui-ci apporte aux patients une amélioration dans la résolution des problèmes liés à sa pathologie.

---

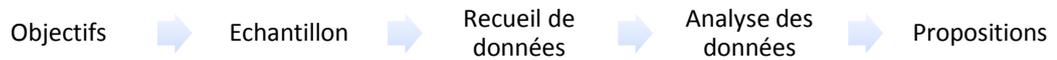
<sup>18</sup> HAS. Education thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser ? Recommandations. 2007 juin. 8p.

<sup>19</sup> D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris : édition Maloine, 2004, 155p.

<sup>20</sup> Meyrieux P. *L'Envers du tableau. Quelle pédagogie pour quelle école ?*, ESF, Paris, 10ème édition, pp.111-112

<sup>21</sup> d'Ivernois J-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. 3ème éd. Paris: Maloine, 2008. 142p.

Il s'agit d'une évaluation normative auprès des patients participants au groupe « autour de la dépression ». L'objet d'évaluation est un atelier du programme d'ETP. La composante évaluée concerne les résultats en interrogeant la satisfaction des patients participant à ce groupe par un recueil de données quantitatives. La satisfaction concernera à la fois la forme (en groupe) et le fond (apport de connaissances). La méthode suivante sera appliquée :



**Schéma 4 : processus de réalisation de l'objectif 3<sup>22</sup>**

---

<sup>22</sup> Agrinier N , Baumann C, Fournel I. Investigation en santé publique-méthode quantitative, l'enquête descriptive simple. Chapitre 3, 2010 sept, 52p.

### 3-RESULTATS

#### 3.1- Logigramme

##### 3.1.1- Logigramme de départ

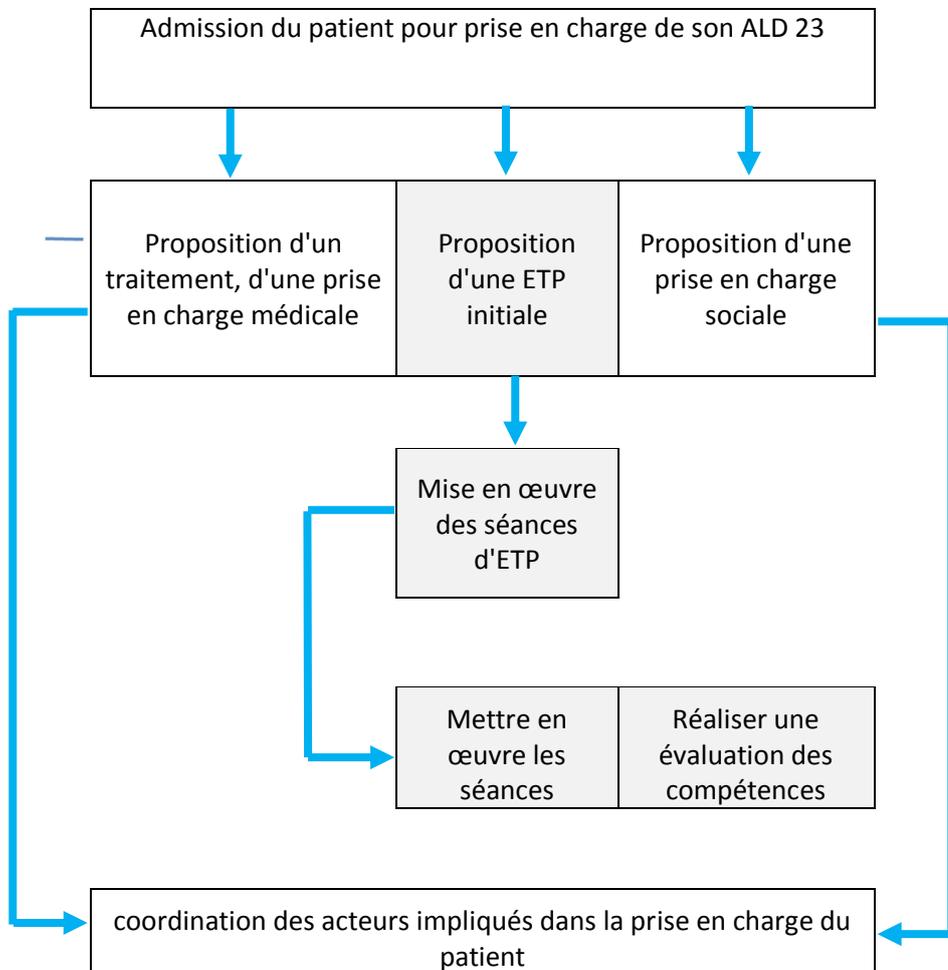


Schéma 5 : représentation graphique de la démarche d'ETP réalisé à la clinique

Le programme est proposé à toute personne hospitalisée, dans les premiers jours du séjour. Il est complémentaire à la prise en charge sociale et médicale. Toutefois, la réalisation de l'ETP se fait en 2 étapes (« mettre en œuvre les séances » et « réaliser une évaluation des compétences »). Cette évaluation n'est effective que pour certains ateliers. Il n'y a pas de coordination et de transmissions spécifiques à l'ETP. En effet, celles-ci concernent seulement les données médicales et sociales.

### 3.1.2- Logigramme après intervention

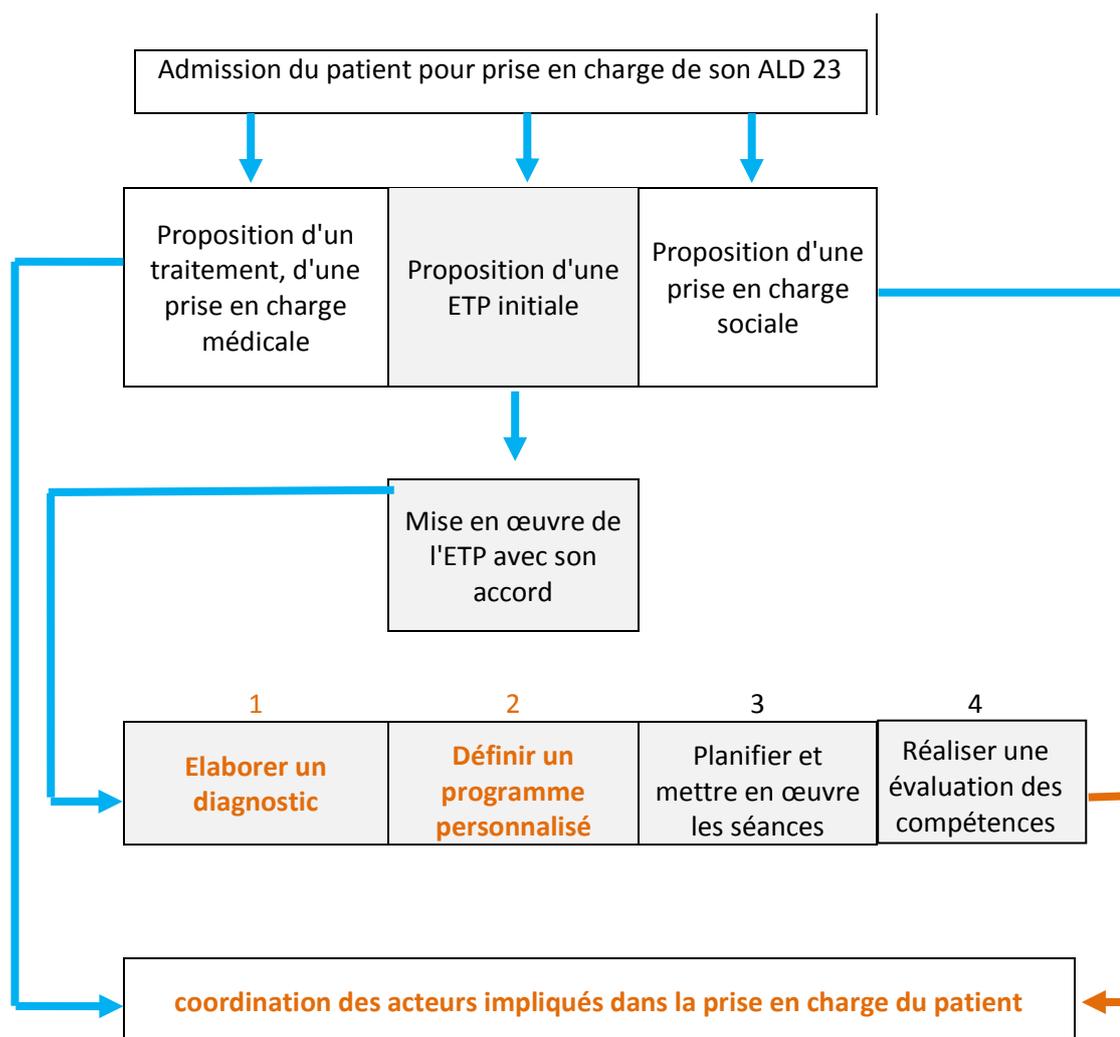


Schéma 6 : représentation graphique de la démarche d'ETP recherchée

## 3.2- Objectif 1

### 3.1.1- Etat des lieux

Avant la réalisation de notre premier objectif, le diagnostic éducatif se limite à un diagnostic médical. En effet, le médecin prescripteur des séances d'ETP, rencontre le patient lors de sa visite quotidienne ; il lui propose, de manière informelle, de participer à un ou plusieurs ateliers selon sa problématique. Toutefois, il n'y a pas d'investigation des besoins, demandes et projets du patient. Celui-ci peut ensuite participer ou non à l'atelier proposé.

### 3.1.2- Analyse de la situation

L'analyse de la mise en œuvre du diagnostic éducatif a été menée selon la méthode QQQQCP, réalisée par le groupe projet.

Qui ? : L'ensemble des animateurs des groupes et des séances individuelles peuvent mener l'entretien diagnostic, soit 7 personnes. La population cible est celle des patients relevant d'une ALD 23.

Quoi ? : Il s'agit d'effectuer un bilan initial (=diagnostic éducatif) avec le patient, à l'aide d'une grille d'entretien permettant un entretien semi-dirigé. L'objectif étant d'évaluer les besoins, les attentes du patient selon les recommandations de l'HAS.

Où ? : Au chevet du patient ou dans le bureau de l'animateur. Il s'agit de mener l'entretien dans un endroit confidentiel, calme, favorisant la communication.

Quand ? : L'entretien doit avoir lieu avec le patient dès que celui-ci est disponible pour débiter une éducation thérapeutique. Pour une hospitalisation complète, il s'agit de mener l'entretien dans les 2 premières semaines du séjour. L'entretien aura lieu une fois avec une réévaluation éventuelle au cours du programme. La durée de l'entretien prévue est de 45 min à 1h.

Comment ? : Il s'agit d'un entretien semi-dirigé, mené à l'aide d'un support écrit (grille de diagnostic créée spécifiquement pour cette situation). Les techniques d'entretiens devront être connues par l'intervenant.

Pourquoi ? : L'objectif est de faire connaissance avec le patient, de lui présenter l'ETP et analyser ses demandes et besoins en ETP.

### **3.1.3- Proposition de solutions**

#### **3.1.3.1- Construction de l'outil**

L'analyse de la littérature a permis de définir les points à aborder avec le patient pour recueillir ses besoins. La grille d'entretien définitive a été validée par l'équipe projet, après avoir été testée auprès de 2 patients et avoir été modifiée (cf. annexe II : 2.1- grille d'entretien de diagnostic éducatif du patient en ALD 23). Cet outil permet de rechercher les facteurs de risques, les ressources, le stade d'acceptation de la maladie et les demandes du patient.

#### **3.1.3.2- Traçabilité**

La traçabilité est assurée par un fichier Excel en réseau pour que chacun puisse de son ordinateur ajouter ses modifications. Ce fichier permet l'analyse quantitative des patients bénéficiant d'un diagnostic.

NOM PRENOM	PATHOLOGIE	REALISE PAR	DATE REALISATION

**Tableau 1 : traçabilité des patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif**

Par ailleurs, une synthèse de cet entretien est tracée dans le dossier informatique du patient. Pour cela, un onglet « éducation thérapeutique » a été créé dans le dossier informatique. L'objectif de cette traçabilité est de favoriser les transmissions au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Chaque intervenant peut avoir accès aux données concernant le patient. Le dossier papier conserve simplement l'outil ayant permis la réalisation de l'entretien. Aucune synthèse n'est tracée dans ce dossier.

### **3.1.3.3- Période d'essai**

Les entretiens se sont déroulés du 18/02/2013 au 22/03/2013. 9 entretiens ont été menés par 2 membres de l'équipe. Ils ont tous fait l'objet de transmissions dans le dossier papier et informatisé des patients. Toutefois, devant l'insuffisance de réalisation de ces entretiens, une analyse a été menée par le groupe projet.

Le problème principal exposé par les membres de l'équipe est un manque de temps et de compatibilité d'emploi du temps. En effet la durée d'un entretien est d'en moyenne 1h. L'emploi du temps des patients et des animateurs est difficilement compatible pour prévoir ce temps d'échange.

### **3.1.4. Nouvelle proposition**

#### **3.1.4.1- Principe**

Réaliser un diagnostic en 2 temps, assuré par 1 seul animateur. un premier temps d'échange en séance de groupe mené par l'animateur avec environ 10 patients pendant 1h, puis un temps d'échange de quelques minutes en individuel permettant d'affiner le diagnostic.

Outil : le blason permettant de déterminer les besoins et les attentes du patient par un support écrit (Annexe II : 2.2- le blason du diagnostic éducatif).

Déroulement d'une séance :

- Présentation de l'ETP
- Présentation du blason et de ses objectifs
- Réalisation du blason par les patients
- Proposition d'un RDV pour entretien individuel dans la même semaine ou la semaine suivante.

Si 10 patients sont vus ensemble pendant 1h + 10 minutes en individuel = 16 minutes/patient. Ainsi, il n'est pas nécessaire de prendre des RDV longs en individuel.

### 3.1.4.2- Période d'essai

La méthode utilisant la séance de groupe a la capacité de rencontrer tous les patients entrée dans les 2 premières semaines de leur admission. Quatre séances ont été réalisées du 8/04 au 03/05. Elles ont permis de rencontrer 37 patients (12, 9, 10 et 6 patients). Par ailleurs, 25 RDV ont été honorés dans les jours suivants. Les 12 autres n'ont pas eu lieu soit parce que le patient a quitté la clinique prématurément, soit par oubli du RDV. Ainsi, il est attendu que l'objectif de 80% de diagnostic éducatif réalisé chez les participants sera atteint.

### 3.1.5. Principaux résultats

Sur la période d'essai, 60 patients ont été admis à la clinique. Ils participent tous à au moins une activité d'éducation thérapeutique. Toutefois, parmi ces admissions, 42 le sont pour un premier séjour.

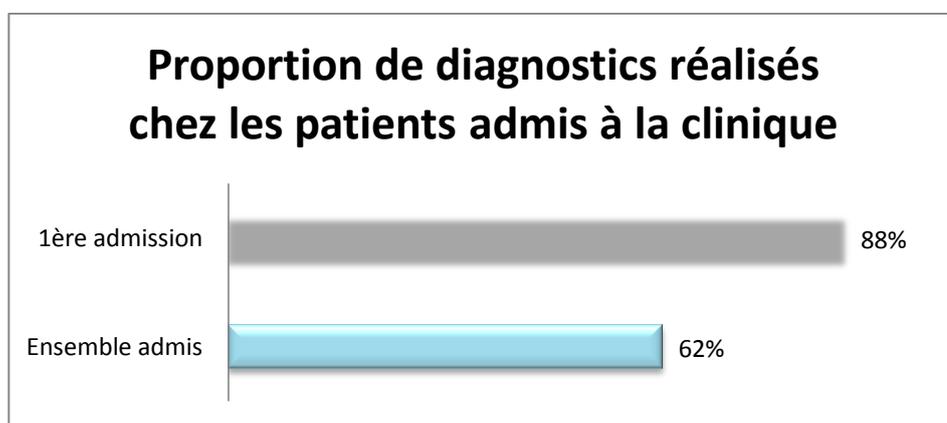


Schéma 7 : Représentation de la proportion de diagnostics réalisés chez les patients admis à la clinique

La période d'essai a permis de réaliser un diagnostic éducatif chez 62% de l'ensemble de la population. L'objectif de départ n'est alors pas atteint. Toutefois, ce procédé est destiné à réaliser un diagnostic « initial ». Il implique donc des patients entrant pour la première fois dans le programme. Ainsi, à terme, la réalisation du diagnostic « initial » ne concernera que les patients admis pour la première fois à la clinique. Cette situation, sur notre période d'essai a permis de réaliser le diagnostic chez 88% de cette population.

### **3.3- Objectif 2 : 90% des patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif initial, ont un programme personnalisé**

#### **3.2.1- Etat des lieux**

Avant la réalisation de notre second objectif, les patients bénéficient d'une orientation par le médecin prescripteur sur les séances auxquelles il pourrait participer, selon sa problématique médicale. Cette étape n'est pas formalisée ; ainsi le patient n'a pas conscience de participer à une ETP. Il existe un document destiné à recueillir l'engagement du patient dans le programme (Cf. annexe III : charte d'engagement), toutefois, celui-ci n'est pas utilisé.

#### **3.2.2- Proposition de solution**

##### **3.2.2.1- Création des outils**

Actuellement le programme comprend différents modules en groupe mais aussi en individuel. Le but du programme personnalisé est de relier chaque atelier proposé au patient à une compétence. Ainsi une orientation pertinente est attendue. Un tableau doit servir de référence pour la personne réalisant le programme personnalisé avec le patient (cf. annexe IV : « matrice de compétences » appliquée à l'ETP en psychiatrie).

Par ailleurs, un planning regroupant toutes les séances proposées a été créé (cf. annexe V : planning des activités en groupe). Celui-ci permet de présenter un support écrit au patient.

##### **3.2.2.2- Déroulement de l'entretien**

Un entretien individuel avec le patient, après la séance de groupe du diagnostic éducatif permettant la réalisation d'un programme personnalisé se déroule de la manière suivante :

- 1- Analyse avec le patient de son « blason »
- 2- Négociation des objectifs
- 3- Proposition d'un ensemble d'actions (à l'aide de la matrice de compétence)
- 4- Formalisation du programme par la délivrance du planning d'activité en surlignant celles concernant le patient
- 5- Signature de son « engagement » à participer au programme
- 6- Traçabilité dans le dossier papier et informatisé

### 3.2.3- Traçabilité

L'onglet « éducation thérapeutique » du dossier informatisé du patient permet de noter le projet personnalisé du patient à la fin de l'entretien. Le dossier patient papier conserve le document de consentement écrit ainsi que le blason rempli au moment du diagnostic éducatif. De plus, le fichier Excel, traçant les patients ayant bénéficié du diagnostic éducatif, est utilisé pour tracer les personnes ayant signé le consentement.

### 3.2.4- Période d'essai

Les entretiens se sont déroulés du 10/04 au 10/05 chez les 37 patients ayant participé aux séances de diagnostic éducatif. 25 entretiens individuels ont été honorés. Ils ont tous permis de définir des objectifs précis avec le patient et ont tous débouché sur l'engagement des patients à participer au programme.

### 3.2.5- Principaux résultats

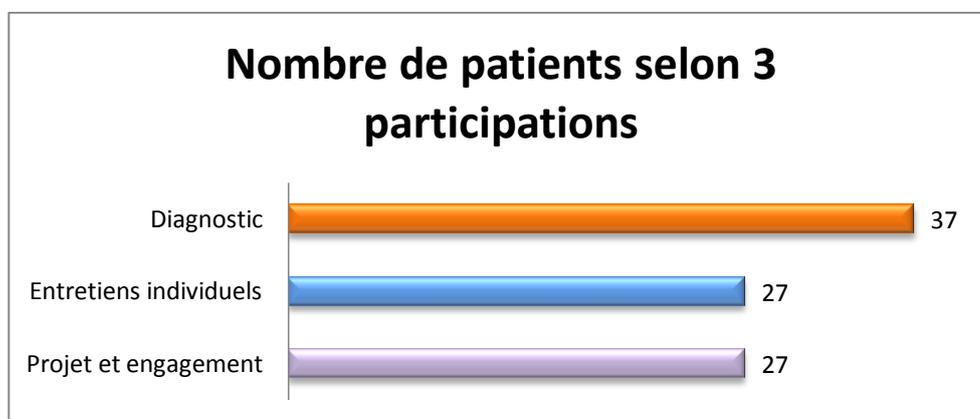


Schéma 8 : représentation du nombre de patients selon 3 niveaux de participation

Les résultats obtenus à ce jour, sont ceux de la période d'essai. Au cours de cette période, 73% des patients ayant eu un diagnostic éducatif, ont bénéficié d'un programme personnalisé et 100% des patients ayant eu un entretien individuel se sont engagés dans le programme.

### **3.4- Objectif 3 : les compétences des patients seront évaluées après leur participation à l'atelier « Autour de la dépression » d'ici mai 2013.**

#### **3.4-1. Objectifs de l'évaluation**

L'atelier « autour de la dépression » à pour objectifs :

- D'améliorer les connaissances des participants sur la pathologie dépressive et la bipolarité,
- D'améliorer les connaissances des participants sur les traitements associés,
- D'améliorer leurs reconnaissances des symptômes,
- De reconnaître leurs émotions.

Le recueil de données doit mesurer si :

- L'atelier en groupe est une forme pertinente pour travailler sur le sujet avec ces patients ou s'il représente un frein à la communication ?
- L'animateur est adapté au groupe,
- Les objectifs de l'atelier (décrit ci-dessus) sont atteints.

#### **3.3.2- Echantillon et période**

La population cible est l'ensemble des patients participant à l'atelier autour de la dépression. Cette population représente environ 12 patients par semaine.

La période d'investigation s'étend sur 9 semaines (du 25 février au 26 avril 2013), soit 9 groupes interrogés. Devant la faible population représentée, aucun échantillonnage n'a été effectué.

#### **3.3.3- Recueil de données**

Le recueil de données est construit à partir des objectifs recherchés (cf. annexe VI : questionnaire de satisfaction du groupe « autour de la dépression ») :

- L'atelier en groupe est une forme pertinente pour travailler sur le sujet avec ces patients ou est ce qu'il représente un frein à la communication => questions 1 à 4
- L'animateur est adapté au groupe => Question 13
- Les objectifs de l'atelier (décrit ci-dessus) sont atteints :
  - améliorer les connaissances des participants sur la pathologie dépressive et la bipolaire => Question 7

- améliorer les connaissances des participants sur les traitements associés => Question 8
- améliorer leur reconnaissance des symptômes => Questions 9, 10,11
- reconnaître leurs émotions => Question 5, 6,12

### 3.3.4- Analyse des résultats

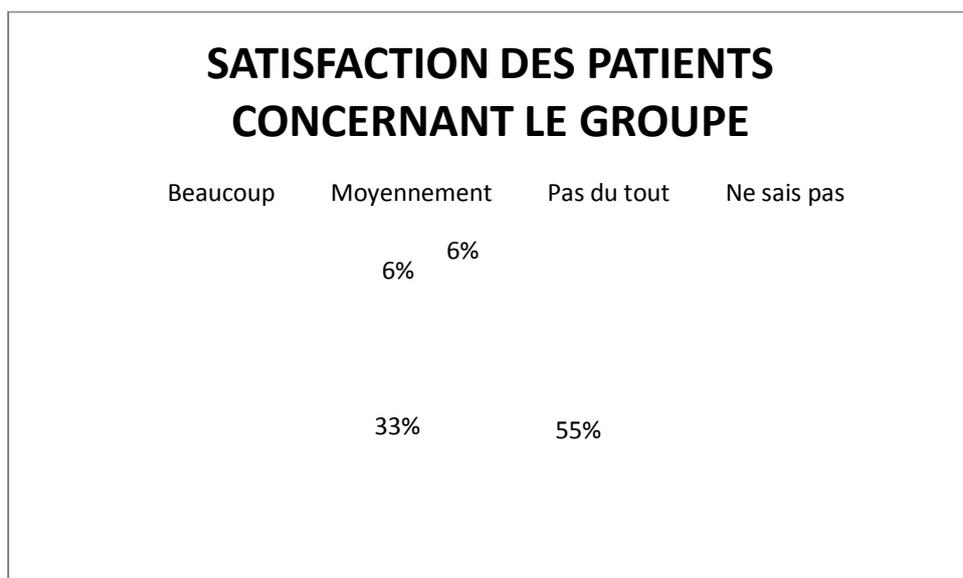
#### 3.3.4-1. Généralités

Sur les 9 semaines, 60 patients ont participé à l'atelier. En moyenne, chaque patient a bénéficié de 2 séances. Le questionnaire a été distribué à tous les participants à la fin de la séance. Il leur est demandé de le remplir et de le rendre par l'intermédiaire de la boîte aux lettres de l'animateur. L'anonymat est respecté.

La répartition des diagnostics des patients est : 61% de troubles dépressifs et 39% de troubles bipolaires. 55 questionnaires ont été restitués.

#### 3.3.4-2. Résultats principaux

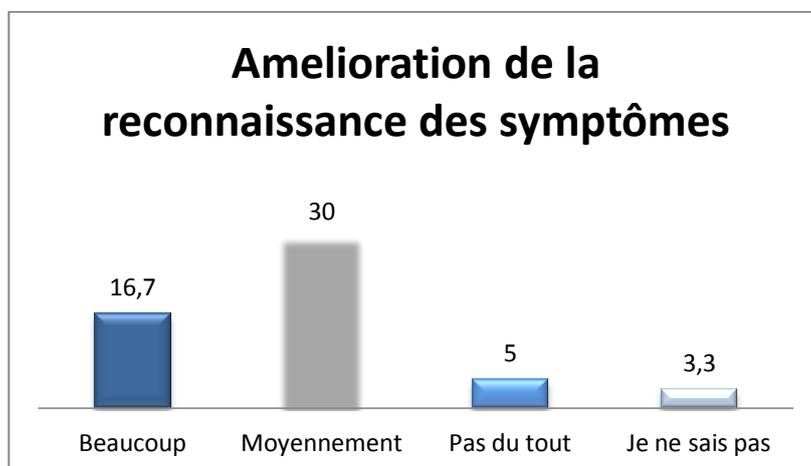
Nous présentons les résultats sous forme de pourcentage. Toutefois, le faible échantillonnage ne permet pas de généraliser les résultats de manière significative. Les résultats ont été analysés à l'aide d'un fichier Excel.



**Schéma 9 : Représentation de la satisfaction des patients concernant le groupe**

Le fonctionnement en groupe permet à plus de la moitié des participants de s'exprimer librement, un tiers de l'effectif est plus mitigé. L'animateur satisfait plus de 90% de la population interrogée.

Par ailleurs, plus de 80% des personnes interrogées ont amélioré leurs connaissances sur leur pathologie et leur traitement. Près de la moitié les ont améliorés de manière significative.



**Schéma 10 : Représentation de l'amélioration de la reconnaissance des symptômes de dépression par les patients**

Les séances ont permis aux patients d'améliorer la reconnaissance de leurs symptômes. Plus de la moitié évoque une amélioration « moyenne ».

Les réponses concernant les émotions sont plus mitigées. Près de 20% de la population interrogée n'a constaté aucun changement et 10% ne sait pas répondre à ces questions. Les 2/3 restants sont partagés entre « beaucoup » et « moyennement ».

## **4-DISCUSSION**

### **4.1- Méthode**

#### **4.1.1- Une population cible à redéfinir**

La population cible du programme est celle des patients atteints d'une ALD 23. Il s'avère qu'en pratique, les bénéficiaires ne concernent pas seulement cette population. En effet, nous intégrons au programme tout patient atteint de pathologies psychiatriques en rapport avec le programme, même si celui-ci n'est pas reconnu en ALD 23. Ainsi, les ALD 23 servent à définir les diagnostics médicaux des actions du programme, mais nous ne pouvons pas aujourd'hui affirmer que les patients participants sont pris en charge à 100% pour une ALD 23.

La notion de maladie chronique comme « *maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves* » semble convenir d'avantage au programme réalisé à la clinique<sup>23</sup>. Ainsi, la traçabilité et la surveillance de la file active seraient simplifiées. En effet, il n'y aurait plus besoin d'extraire la liste des personnes prise en charge à 100%.

#### **4.1.2- Un diagnostic éducatif peu conventionnel**

Idéalement, un temps en individuel avec le patient permettrait une approche plus fine de ses problématiques. Toutefois, les contraintes de personnels, directement liées au fait qu'aucun financement spécifique à la réalisation de l'ETP n'est prévu, entraînent une impossibilité de réaliser le diagnostic en individuel. Ainsi, la réalisation se fait en groupe, à l'aide d'un outil rempli individuellement. Une telle réalisation peut paraître complètement inadaptée, pourtant, des travaux remettent en cause l'entretien individuel du diagnostic éducatif. En effet, celui-ci repose sur une relation soignant/soigné déséquilibrée avec un soignant se plaçant comme expert et acteur, posant les questions pour les analyser et en tirer des conclusions. Le soigné répond simplement aux questions, il est dans une position passive. Ainsi, lui proposer de remplir lui-même son diagnostic permet une participation active du patient<sup>24</sup>. Ce procédé permet de poser le cadre de l'ETP, dès le premier contact avec le patient. Le point faible de cette méthode concerne les patients illettrés ou ayant des difficultés à écrire.

---

<sup>23</sup> Lacroix A, Assal J-Ph. L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Maloine, 2003. 240 p.

<sup>24</sup> Sandrin-Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques. 2010 fév, (4) 1, p38-43

### **4.1.3-une temporalité singulière**

D'un point de vue de la méthode, la réalisation de cette étape se chevauche avec la réalisation du diagnostic. Nous avons fait le choix de rencontrer individuellement le patient une seule fois avant le début des séances. Cette rencontre permet d'une part d'affiner le diagnostic et d'autre part de définir le programme personnalisé. D'un point de vue temporel, il était prévu une rencontre d'environ 10 minutes par patient. Il s'est avéré que les entretiens sont plus chronophages et leur durée varie de 20 à 40 minutes. L'essentiel dans ce temps de rencontre est la recherche de l'engagement du patient en lui proposant des activités faisant appel à sa participation. La signature du contrat renforce la motivation du patient<sup>25</sup>.

### **4.1.4- Une évaluation trop courte**

La période de réalisation de recueil de données est trop courte pour être représentatif. Il aurait été intéressant de pouvoir présenter les résultats après une année de réalisation. Le questionnaire continue d'être distribué aux patients. Ainsi, des données plus précises seront analysées pour la prochaine auto-évaluation de 2014.

## **4.2- Résultats**

### **4.2.1- Un diagnostic éducatif initial pour tous**

Les résultats obtenus pour cet objectif sont légèrement inférieurs à ce que nous attendions. Il semble que cela soit lié à une période d'essai trop courte (4 semaines), contenant des jours fériés. Cette période aurait été plus conséquente si la méthode choisie avait fonctionné au premier essai. La réorientation de la méthode a décalé le planning d'un mois. Pourtant, les données prévisionnelles théoriques sont encourageantes. La réalisation d'une séance de diagnostic hebdomadaire permet de rencontrer l'ensemble des nouveaux patients admis à la clinique.

### **4.2.2- Une alliance thérapeutique renforcée**

La réalisation du diagnostic associé au programme personnalisé, permet de montrer un engagement plus marqué de la part des patients que lorsque les médecins leurs proposaient d'emblé, au cours de leur visite, des ateliers. En effet, ces étapes, les rend acteurs de leur santé. La loi HPST prévoit de « rendre plus autonome » le patient, ce cadre est alors posé dès la réalisation du diagnostic. De plus, ce processus favorise l'alliance

---

<sup>25</sup> d'Ivernois J-F., Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris : 2ème Ed. Maloine, 2004. p.50

thérapeutique. En effet, selon Bordin, l'alliance dépend du lien entre le patient et son thérapeute, de l'accord entre le thérapeute et le patient sur les objectifs et les buts du traitement et sur les activités spécifiques que le patient devra mettre en place pour provoquer un changement.<sup>26</sup> Cet engagement pourrait être vérifié par la comparaison de la participation des patients aux ateliers entre les patients ayant participé au diagnostic et ceux n'ayant pas participé.

### **4.2.3- Des actions plus adaptées**

La réalisation des 2 premières étapes du programme permet évidemment de mieux orienter le patient vers les activités. Par ailleurs, le respect de cette procédure a permis de mettre en évidence des insuffisances dans les actions. Par exemple, la réalisation d'un projet personnalisé avec le patient, éclaire le fait que nous ne proposons aucune action concernant le sommeil. Pourtant, il s'avère que cette problématique concerne plusieurs de nos patients. Ainsi, ces étapes ont un impact sur la pertinence des ateliers proposés.

### **4.2.4- La traçabilité, un outil utile à tous**

La réalisation du programme personnalisé à un double bénéfice. D'abord elle apporte une meilleure lisibilité de la population accueillie aux animateurs. En effet, cela leur permet de connaître le projet du patient en se référant aux transmissions tracées dans le dossier. Par ailleurs, elle permet au patient de faire le lien entre sa participation aux séances en fonction des objectifs qu'il s'est fixé, en collaboration avec un soignant. Sans traçabilité des données sur le patient, il n'est pas possible d'apporter de la cohérence au projet du patient. En effet, les liens entre actions et objectifs fait au moment de l'entretien, serait, sans transmissions, des éléments perdus.

## **4.3- Perspectives**

### **4.3.1- Evolution du diagnostic**

Après avoir expérimenté le format et l'outil du diagnostic éducatif initial, il semble possible de prévoir pour l'année à venir, d'intégrer les patients souhaitant bénéficier d'une actualisation du diagnostic à ce groupe. En effet, il est envisageable de rencontrer à nouveau les patients lors d'une nouvelle hospitalisation pour réorienter ou affiner leur projet.

---

<sup>26</sup> Bordin E.S. The generalisability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 1979, 16 (3), p. 252–260

## **4.3.2- Evolutions du programme**

### **4.3.2.1- La file active**

La file active de patients participant au programme n'est pas une donnée accessible de manière globale. En effet, les participants sont comptés par atelier. Ainsi, nous savons combien de patients participent à tel ou tel atelier, mais nous n'avons pas le nombre de patient inscrit dans un programme. La mise en œuvre du programme personnalisé avec signature de l'engagement du patient ainsi que la redéfinition de la population cible va permettre d'accéder à cette donnée.

Par ailleurs, l'année à venir, doit envisager une évaluation de l'activité globale concernant les bénéficiaires du programme mais aussi concernant les activités éducatives. Ces étapes nécessiteront la réalisation de tableaux de bords de suivi.

### **4.3.2.2- Le parcours du patient**

Le diagnostic et le programme personnalisé découlent sur une vision précise des attentes du patient. Toutefois, celles-ci sont singulières, multifactorielles. Il est donc difficile en pratique de répondre à toutes les demandes de manière pertinente. De plus, le programme est destiné à des patients aux caractéristiques hétérogènes. Par exemple, il paraît difficile de proposer des actions identiques aux patients schizophrènes et aux patients déprimés ou anxieux. Cette population cible entraîne une complexité dans la mise en place des actions (nombreux ateliers à assurer, ateliers pas toujours pertinent...).

### **4.3.2.3- Le long terme**

L'objectif général à moyen terme du programme est son amélioration, auprès des patients en ALD 23, afin qu'il réponde aux exigences de l'HAS d'ici juillet 2015. Cet objectif est l'objectif général à développer afin de pérenniser le projet après 4 ans de réalisation.

A plus long terme, il serait intéressant que l'établissement accueille des patients de l'extérieur ayant besoin d'une ETP. La structure serait alors une référence pour le secteur, et recevrait des patients adressés par le médecin traitant ou un centre de soins. Ce développement pourrait permettre de réaliser une éducation thérapeutique au long cours, ne se limitant pas à une prise en charge en phase aiguë ou en phase de réhabilitation. Proposer une ETP aux patients atteints d'une pathologie psychiatrique dès son diagnostic pourrait éviter les phases de décompensations. De plus, proposer un suivi aux patients après une hospitalisation, sans passer par l'hôpital de jour, serait un moyen de maintenir un contact avec le patient et continuer à travailler sur son projet. Ainsi, ce procédé serait plus efficient.

## **INDEX DES TABLES**

<u>Tableau 1</u> : traçabilité des patients ayant bénéficié d'un diagnostic éducatif	21
--	----

## INDEX DES ILLUSTRATIONS

<u>Schéma 1</u> : Représentation de la répartition des patients par diagnostic.	8
<u>Schéma 2</u> : Développement du programme d'ETP en fonction des temps d'évaluations	10
<u>Schéma 3</u> : Cadre logique de l'objectif 1	15
<u>Schéma 4</u> : Processus de réalisation de l'objectif 3	17
<u>Schéma 5</u> : Représentation graphique de la démarche d'ETP réalisée à la clinique	18
<u>Schéma 6</u> : Représentation graphique de la démarche d'ETP recherchée	19
<u>Schéma 7</u> : Représentation de la proportion de diagnostics réalisés chez les patients admis à la clinique	22
<u>Schéma 8</u> : Représentation du nombre de patients selon 3 niveaux de participation	24
<u>Schéma 9</u> : Représentation de la satisfaction des patients concernant le groupe	26
<u>Schéma 10</u> : Représentation de l'amélioration de la reconnaissance des symptômes de dépression par les patients	27

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Weil A. La fréquence des 30 affections de longue durée. *ADSP*, 2007, 59, p. 18–29
- (2) Cnamts–DSES. Fréquence des ALD au 31/12/2011, Tableau I : répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2011 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe. 2012. [en ligne] <http://www.ameli.fr> (Page consultée le 15 février 2013)
- (3) Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". *INVS, Santé travail*, 2007 aout, 6p.
- (4) Ministère de l'emploi du travail et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015.[en ligne] 2012 fèv,  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_Psychiatrie\\_et\\_Sante\\_Mentale\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf) (Page consultée le 15 février 2013)
- (5) OMS–Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, Rapport traduit en français en 1998, 1996
- (6) Ministère de la santé et des sports, Publication des textes d'application de la loi HPST relatif à l'ETP, communiqué de presse, 2010 aout, [en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/publication-des-textes-d-application-de-la-loi-hpst-relatifs-a-l-education-therapeutique-du-patient-desormais-inscrite-officiellement-dans-le-parcours-de-soins.html> (page consultée le 20 Février 2013)
- (7) APM international. Programmes d'éducation thérapeutique autorisés : les ¾ sont portés par les hôpitaux. [en ligne] <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/diabete/programmes-education-therapeutique-autorises-les-trois-quarts-sont-portes-par-des-hopitaux.html> (paru le 18 mai 2011)
- (8) Dormont AS, Picquet D. tableau des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés. ARS Languedoc. En ligne] <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr> (consulté le 18 fécrier 2013)
- (9) HAS. Programme d'éducation thérapeutique du patient : grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. 8 pages. [en ligne] [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp\\_grille\\_aide\\_evaluation\\_autorisation\\_programme\\_ars\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf) (consulté le 10 mars 2013)

- (10,18) HAS. Education thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser ? Recommandations. 2007 juin. 8p.
- (11) PMSI. Tableau 1 : synthèse d'activité. 2012
- (12) PMSI. Tableau 6c : Liste des diagnostics de pathologie mentale. 2012, 3p
- (13, 16) Collin JF, Potron D. Outils de la conduite d'un projet, chapitre 2, 2010 Janv.
- (14, 15) HAS. Education thérapeutique du patient : définition, finalité et organisation, Recommandations.2007 jun, 8p.
- (17) Douiller A, et coll. 25 techniques d'animation pour promouvoir la santé. : Brignais : édition le Coudrier, 2012, 191p.
- (19,21, 25) D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique. Paris : édition Maloine, 2004, 155p.
- (20) Meyrieux P. *L'Envers du tableau. Quelle pédagogie pour quelle école ?*, ESF, Paris, 10ème édition, pp.111–112
- (22) Agrinier N, Baumann C, Fournel I. Investigation en santé publique–méthode quantitative, l'enquête descriptive simple. Chapitre 3, 2010 sept, 52p.
- (23) Lacroix A, Assal J–Ph. L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Maloine, 2003. 240 p.
- (24) Sandrin–Berthon B. Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? Médecine des maladies métaboliques. 2010 fév, (4) 1, p38–43
- (26) Bordin E.S. The generalisability of the psychoanalytic concept of the working Alliance. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 1979, 16 (3), p. 252–260

# 1- Annexe I : Auto-évaluation à 1 an

DATE : 06/07/2012

**INTITULE DE LA REUNION : E.T.P.**

**ORDRE DU JOUR : Bilan autoévaluation**

**DISCUSSION :**

Points forts : Formation et motivation des intervenants, nombreux groupes opérationnels, locaux et moyens matériels et logistiques, pertinence de l'orientation au regard du diagnostic médical, le public bien ciblé sur les critères diagnostiques, existences d'outils d'évaluation des compétences acquises sur l'atelier du médicament.

Points faibles : manque de participation des associations d'usagers, procédure insuffisamment formalisée, absence de financement, peu d'information auprès des médecins généralistes, manque d'outils d'évaluation des compétences et de la satisfaction des usagers sur certains ateliers.

**ATTENDUS, REPONSES ou DECISION :**

Amélioration du processus d'entrée dans le programme :

- créer une grille d'évaluation et de diagnostic
- créer un contrat éducatif
- créer un onglet dans le dossier informatisé (diagnostic éducatif, séances éducatives, évaluation).
- Afin de mieux cibler les patients en ALD, mieux anticiper au vue des admissions programmées les personnes qui pourraient relever de ce programme. Programmer les entretiens individuels afin de définir le contrat éducatif, recueillir l'engagement du patient dans le programme (document déjà construit mais à utiliser)

Amélioration de l'évaluation des groupes :

Plusieurs outils existants permettent l'évaluation des compétences acquises, mais il serait nécessaire de les généraliser ou de les adapter en fonction des besoins.

Quelques analyses de pertinence sont réalisées à partir des données statistiques, mais à développer également.

## 2- Annexe II

### 2.1- Grille d'entretien diagnostic

<b>GRILLE D'ENTRETIEN DE DIAGNOSTIC EDUCATIF</b>
--

DATE =

CHAMBRE =

<b><u>RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</u></b>
---

NOM :
-------

PRENOM :
----------

SEXE :
--------

AGE :
-------

ALD :	Motif :
-------	---------

Nombre d'hospitalisations en psychiatrie :
--

<b><u>RESSOURCES</u></b>
--------------------------

Vous vivez :
--------------

<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Avec vos enfants <input type="checkbox"/> Autre _____
---

Avez-vous des enfants ?
-------------------------

Vos proches peuvent-ils vous soutenir ?
---

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
---

Profession :	Depuis :
--------------	----------

Travaillez-vous : <input type="checkbox"/> A temps plein ? <input type="checkbox"/> A temps partiel ?
---

Trajet :
----------

Mode de transport :
---------------------

<p>Avez-vous une <b>activité physique / sportive</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Que faites-vous ? _____</p> <p>Fréquence : <input type="checkbox"/> plus de 3x/sem    <input type="checkbox"/> 2à3X/sem    <input type="checkbox"/> 1x/sem    <input type="checkbox"/> occasionnelle</p>
<p>Quels sont vos loisirs / passions ?</p>
<p>Commentaires</p>

<p><b><u>FACTEURS DE RISQUE</u></b></p>
<p>Poids :</p>
<p>Taille :                      <b>IMC =</b></p>
<p><b>TABAC :</b>    <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Si oui, nombre de cigarette/jour :</p>
<p>Si oui, depuis quand :</p>
<p><b>ALCOOL :</b>    <input type="checkbox"/> OUI      <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Si oui,</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation occasionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation régulière</p> <p><input type="checkbox"/> Consommation quotidienne</p>
<p>Consommez-vous d'autres <b>produits psycho-actifs</b> ?</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Drogues</p> <p><input type="checkbox"/> Produits dopants</p>
<p>Pour ce ou ces produits diriez-vous que vous en êtes dépendants ?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI                              <input type="checkbox"/> NON</p>

Vous sentez-vous stressé ?

- OUI  NON

### **ALIMENTATION**

Prise du petit déjeuner :  Toujours  Régulièrement  Parfois  Jamais

Prise du déjeuner :  Toujours  Régulièrement  Parfois  Jamais

Prise du dîner :  Toujours  Régulièrement  Parfois  Jamais

Grignotez-vous entre les repas ?

- Toujours  Régulièrement  Parfois  Jamais

### **SOMMEIL**

Dormez-vous bien ?

- OUI  NON

Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

- Toujours  Régulièrement  Parfois  Jamais

### **MEDICAMENTS**

Connaissez-vous le nom de vos médicaments ?

- TOUS  AUCUN  CERTAINS

Savez-vous expliquer à quoi servent-ils ?

- TOUS  AUCUN  CERTAINS

Vous arrive-il de ne pas les prendre ?

- OUI  NON

Commentaire :

## STADE D'ACCEPTATION DE LA MALADIE

Sur une échelle de 0 à 10, comment décrivez-vous votre état de santé ? (0= très mauvais, 10 = excellent)

0 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment décrivez-vous votre moral ?

0 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10

Quel est votre principal problème de santé actuellement ?

Est-ce que votre état de santé vous inquiète ?

- OUI       NON

Est-ce que votre état vous empêche d'effectuer ce que vous aimez faire ?

- OUI                       NON

Expliquez : \_\_\_\_\_

Que savez-vous de votre maladie ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que pensez-vous pouvoir faire pour améliorer votre état de santé ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEMANDE**

Que souhaiteriez-vous apprendre concernant votre santé ?

-----  
-----

Dans les mois prochains, avez-vous un projet qui vous tient à cœur?

Familial\_-----

-----

Personnel\_-----

-----

Professionnel\_-----

-----

Seriez-vous intéressé pour participer à des séances d'éducation thérapeutiques ?

**SYNTHESE**

**Objectifs**

**Démarche**

**Planification**

## 2.2- Blason du diagnostic éducatif

### BLASON DU DIAGNOSTIC EDUCATION

<p>Est-ce que votre état de santé vous inquiète ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Quel est votre principal problème de santé actuellement ? _____</p> <p>Dormez-vous bien ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	
<p>Qu'est ce que vous savez de votre maladie et de votre traitement ?</p>	<p>Qu'est ce que vous souhaiteriez savoir /apprendre sur votre maladie/ traitement ?</p>
<p>Qu'est ce que vous aimez faire ?</p>	<p>Qu'est ce que vous aimez mais que vous ne faites plus ?</p>
<p>PROJET (personnel, professionnel, familial...)</p>	

### 3- Annexe III : Charte d'engagement

- 
- 55 Avenue Gabriel Péri – BP 41– 30404 Villeneuve Avignon CEDEX
  - ☎ 0826 30 27 27 - ☎ 04 90 25 55 79
  - info@belle-rive.fr
- SAS AU CAPITAL DE 134 200 € SIRET 600 200 117 00015 - CODE APE 8610 Z

➤ **CHARTRE D'ENGAGEMENT DANS UN PROGRAMME  
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

L'éducation thérapeutique est une pratique et un domaine scientifique récent, en pleine évolution et qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales.

Il s'agit d'une démarche éducative, qui repose sur la relation de soin.

C'est une approche structurée, qui s'inscrit dans la durée.

Après information éclairée, j'accepte de participer aux ateliers suivants :

- L'atelier du médicament « MIEUX VIVRE AVEC MON TRAITEMENT »
- Groupe « FORUM » - L'alcool, un problème bio psycho social
- Le groupe « AUTOUR DE L'ALCOOL »
- Le groupe « CONTRADICTION »
- L'atelier « AFFIRMATION DE SOI »
- Le Groupe « AUTOUR DE LA DEPRESSION »
- LE PROGRAMME NUTRITION SANTE
- ACTIVITES PHYSIQUES (gym douce, parcours santé, danse thérapie...)
- AUTRE .....

je m'engage à informer les animateurs d'ateliers de toute absence, ainsi que le cas échéant, de ma volonté d'interrompre ma participation à ce programme

NOM..... Prénom.....

Date .....

Signature.....

## 4- Annexe IV : « matrice de compétences » appliquée à l'ETP en psychiatrie

COMPETENCES	OBJECTIFS SPECIFIQUES	ATELIERS PROPOSES
1- 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	« Autour de la dépression » « Mieux vivre avec mon traitement » « Forum » Gym, parcours santé, vélo, culture physique
2- Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque.	« Mieux vivre avec mon traitement » « Forum » « Autour de la dépression »
3- Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise	Gym, vélo, parcours santé, culture physique Théâtre, cafeteria « Forum » « Autour de l'alcool »
4-Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie	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	« Contradiction » : travail sur les problématiques du lien, de la dépendance, la honte... Entretien avec la diététicienne. « Mieux vivre avec mon traitement » « Forum » « Autour de l'alcool » « Madeleine de Proust »
5-Pratiquer, faire	Pratiquer des techniques, des gestes.	Sculpture, Modelage, Ecriture Théâtre Culture physique, gym, parcours santé, vélo
6-Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.	« Mieux vivre avec mon traitement » Vélo, parcours santé, gym, culture physique
7-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. Participer à la vie des associations de patients, etc.	Entretien assistante sociale « Forum » « autour de la dépression »



## 6- Annexe VI- questionnaire de satisfaction du groupe « autour de la dépression »

### ENQUETE SATISFACTION

#### GRUPE AUTOUR DE LA DEPRESSION

Je suis un homme  une femme

Age.....

Durée de mon séjour en nombre de semaines.....

Le travail dans ce groupe	Beaucoup	Moyennement	Pas du tout	Ne sais pas
Je me sens plus à l'aise et en confiance dans un groupe				
Je m'exprime et je pose les questions qui me préoccupent				
Je me sens entendu(e) et compris(e) quand je parle de mon expérience				
Je ne me sens pas jugé(e)				
J'écoute davantage les autres				
Je m'affirme davantage				
J'ai une meilleure connaissance de ma maladie				
Je comprends mieux comment agissent les traitements				
Je développe des compétences pour gérer mon quotidien				
Je fais des liens entre mes difficultés et certains de mes comportements				
Je fais des liens entre mes difficultés et certaines de mes pensées				
J'ai moins peur de partager mes émotions				
L'animation du groupe par les personnels soignants me satisfait				

J'aurais aimé aborder le ou les thèmes suivants.....

.....  
 .....

Observation complémentaire (commentaire, critique, proposition....)

.....  
 .....

## RESUME

Depuis un an, un programme d'éducation thérapeutique est réalisé à la clinique Belle-Rive pour les patients atteints de pathologies psychiatriques. Afin de répondre aux exigences de la haute autorité de santé, ce programme nécessite des améliorations concernant son processus.

L'étude visait la réalisation d'un diagnostic éducatif, d'un programme personnalisé et l'évaluation du groupe concernant la dépression. Afin d'y répondre, l'équipe projet s'est appuyée sur les recommandations de l'HAS et sur un cadre logique précis. Un état des lieux a permis de construire des outils et d'envisager la traçabilité des données.

Aujourd'hui, un diagnostic éducatif ainsi qu'un programme personnalisé sont proposés de manière quasi systématique aux patients. Des données quantitatives concernant leur satisfaction à participer à l'atelier sur la dépression sont disponibles.

Ces améliorations ont permis de proposer à la majorité des patients un cadre cohérent et adapté à leurs problématiques. Toutefois, des efforts doivent encore être faits concernant la surveillance de la file active et l'évaluation globale du programme.

**Mots clefs : Education thérapeutique du patient, psychiatrie, processus, ALD 23, clinique**

---

## ABSTRACT

For one year, a therapy education program is conducted at the clinique Belle-Rive for patients with psychiatric problems. In order to meet the requirements of the National Authority for Health, this program needs further process improvements.

The study sought to conduct an educational diagnosis, a individual program and to evaluate the group in terms of depression. In order to achieve this, the core team has built on the recommendations of the HAS and on a precise logical framework. An overview made it possible to create innovative tools and to consider the use of data traceability.

Today, an educational diagnosis and an individual program are proposed almost systematically to patients. Quantitative data about their satisfaction of being part of a workshop about depression are available.

These improvements made it possible to offer the majority of patients a coherent framework and tailored to their problems. However, efforts are to me made in terms of active files monitoring and global program assessment.

**Keywords : Therapeutic patient education, psychiatry, process, private psychiatric hospital**

Intitulé et adresse de l'entreprise d'accueil : Clinique Belle-Rive, Etablissement de soins psychiatrique, 55, Avenue Gabriel Péri, 30 400 Villeneuve les Avignon