

**ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS**

**UNIVERSITÉ DE TOURS**

**FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »**

Année 2020 - 2021

N° 15

**THÈSE D'EXERCICE**  
**pour le**  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

**AUBÉ Gaëlle**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06 AVRIL 2021**

**Prise en charge des patients polypathologiques : évaluation annuelle du  
programme d'ETP polypathologie de DIAPASON 36 et perspectives sur le rôle  
du pharmacien au sein du programme**

**JURY**

Président : Mme MAUPOIL Véronique, Doyenne et Enseignante à la Faculté de Pharmacie à Tours

Membres :

Mme LEVITTA Françoise, Médecin généraliste à Pouligny-Notre-Dame

Mme FOUCAULT-FRUCHARD Laura, Praticienne hospitalière et maître de conférence à la Faculté de Tours

Mme BIZZOTO Laura, Pharmacienne d'officine à la pharmacie PARADIS à Nantes

**ANNEE : 2020 - 2021**

**Directrice : Pr Véronique MAUPOIL**

**Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS**

**Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN**

## ENSEIGNANTS

### **10 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ**

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

### **6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS**

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
GIRAudeau	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

### **2 PROFESSEURS ÉMERITES**

GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

### **35 MAITRES DE CONFÉRENCES**

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

### **3 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS**

ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE

### **1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT**

VANIER	Antoine	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
--------	---------	-----------------------------

### **1 PRAG**

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

### **2 CHARGÉS DE RECHERCHE**

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRAE
MOIRE	Nathalie	INRAE

### **1 PHARMACIEN D'OFFICINE – PAST (Enseignant Associé)**

JOYEUX	VINCENT	Filière Pharmacie
--------	---------	-------------------

### **2 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)**

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

### **1 ATER (Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche)**

HEREDIA-MARQUEZ	Arturo Vladimir	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
-----------------	-----------------	--



## **SERMENT DE GALIEN**

*En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :*

***D'**honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*

***D'**exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*

***De** ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;*

***En** aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;*

***De** ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*

***De** faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*

***De** coopérer avec les autres professionnels de santé ;*

***Que** les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

*Date : 06/04/2021*

*L'étudiant  
Mme AUBÉ Gaëlle*

*Le Doyen de la Faculté  
Professeur Véronique Maupoil*

## Remerciements

**À Madame Véronique MAUPOIL**, Professeure des universités

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie également pour ces six années passées à vos côtés qui grâce à votre enseignement, m'ont appris la rigueur et le surpassement de soi.

**À Madame Laura FOUCAULT – FRUCHARD**, Maître de conférence, Pharmacienne hospitalière

Je vous remercie d'avoir encadré cette thèse et d'avoir su répondre à chacune des interrogations que j'ai pu avoir durant ce travail. Merci également pour la qualité de vos enseignements et de vos précieux conseils. C'est grâce à vos enseignements que j'ai eu envie de travailler sur l'éducation thérapeutique et la prise en charge des pathologies chroniques.

**À Madame Françoise LEVITTA**, Médecin généraliste, Médecin coordinateur à DIAPASON 36

Merci de m'avoir fait découvrir le formidable travail que réalise l'association de santé DIAPASON 36 et d'avoir permis la réalisation de cette thèse. Votre implication pour la santé me motive chaque jour à accompagner et conseiller au mieux les patients que je rencontre à l'officine.

**À Madame Laura BIZZOTO**, Pharmacienne d'officine

Je te remercie pour ton soutien et ton accompagnement tout au long de cette thèse. Tes conseils m'ont été précieux. Merci encore pour ton écoute, ta disponibilité et ta gentillesse.

**À l'ensemble de l'équipe de DIAPASON 36,**

En particulier à Mme BRANSON Corinne et M. VEYRAT Ronan qui ont su avec patience et bienveillance répondre à mes questions et demandes pour réaliser cette thèse.

**À ma mère, mes frères et toute ma famille**

Merci d'avoir cru en moi et de me permettre de faire le métier dont je rêvais depuis le collège. Merci pour votre patience, votre soutien et votre amour. Merci Yoann pour tout.

**À mes amis de la faculté de Tours** Pauline, Virginie, Clara, Julie D. et C., Charlotte, Benoît, Alexis, Manon, Élise, Perline, Solène, Paul, Gaya, Juliette, Célia, Aurore, Arthur, Eloïse et plein d'autres qui m'ont accompagné et fait grandir pendant ces belles années.

**À mes amis de longue date** Clémence et Erwan, Maud et Victor, Émeline, Fanny, Ambre et Aurore. Merci pour tous ces moments incroyables passés à vos côtés.

**Aux équipes officinales des pharmacies Saint Jean, Touvent et de Villedieu-sur-Indre** en particulier à Laurence, Samira, Florian et Mme Le Gargasson.

**Merci à tous ceux qui ont rendu ce projet possible.**

# TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE I : CONTEXTE .....</b>	<b>10</b>
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
<b>II. POLYPATHOLOGIE .....</b>	<b>13</b>
<b>1. DÉFINITION .....</b>	<b>13</b>
1.1. DÉFINITION NON UNIVOQUE .....	13
1.2. DEUX NOTIONS AMBIGUËS : POLYPATHOLOGIE ET COMORBIDITÉ.....	14
1.2.1. <i>Comorbidité</i> .....	14
1.2.2. <i>Distinction entre les deux termes</i> .....	14
<b>2. EPIDÉMIOLOGIE DE LA POLYPATHOLOGIE .....</b>	<b>15</b>
2.1. LIMITES DE L'ÉVALUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	15
2.1.1. <i>Différentes mesures possibles</i> .....	15
2.1.2. <i>Notion de chronicité qui divise</i> .....	17
2.1.3. <i>Polypathologie et diversité clinique</i> .....	17
2.2. FACTEURS DE RISQUE DE LA POLYPATHOLOGIE.....	17
2.2.1. <i>Âge</i> .....	17
2.2.2. <i>Milieu socio-économique</i> .....	19
2.3. POLYPATHOLOGIE EN FRANCE .....	21
2.3.1. <i>Effet de l'âge et du gradient social sur la polypathologie française</i> .....	21
2.3.2. <i>Évolution de la polypathologie en France</i> .....	22
2.3.3. <i>Diversité clinique de la polypathologie en France</i> .....	23
<b>3. POLYPATHOLOGIE ET SYSTÈME DE SANTÉ .....</b>	<b>24</b>
3.1. SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ET PRISE EN CHARGE DE LA POLYPATHOLOGIE .....	24
3.2. EFFETS DE LA POLYPATHOLOGIE SUR LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ .....	26
3.2.1. <i>Conséquences pour les professionnels de santé</i> .....	26
3.2.2. <i>Conséquences pour le patient polypathologique</i> .....	28

3.2.2.1.	Différents impacts de la polypathologie sur la vie du malade .....	28
3.2.2.2.	Fardeau du traitement .....	29
3.2.3.	<i>Conséquences d'une telle fracture entre le patient et le système de soins</i> .....	30
3.2.3.1.	Perte de confiance entre le patient et les professionnels de santé .....	30
3.2.3.2.	Demande de soins importante responsable de fortes dépenses .....	30
<b>4.</b>	<b>AXES D'AMÉLIORATION DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYPATHOLOGIE</b> .....	<b>32</b>
4.1.	PRISE EN CHARGE CENTRÉE SUR LE PATIENT .....	32
4.1.1.	<i>Pour appréhender la complexité de la polypathologie</i> .....	32
4.1.2.	<i>Pour répondre aux besoins des patients</i> .....	33
4.1.3.	<i>Pour que le patient devienne acteur de sa santé</i> .....	34
4.2.	PRISE EN CHARGE COORDONNÉE .....	35
4.2.1.	<i>Définition de la coordination des soins</i> .....	35
4.2.2.	<i>Rôle essentiel de coordinateur de soins</i> .....	36
4.2.3.	<i>Intérêt de la coordination des soins</i> .....	36
<b>5.</b>	<b>EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS : UN AXE À ENVISAGER POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES</b> .....	<b>37</b>
5.1.	DÉFINITION DE L'ETP .....	37
5.2.	PROPOSER UN PROGRAMME D'ETP ADAPTÉ À LA PRISE EN CHARGE DE LA PLURIPATHOLOGIE .....	39
5.3.	ETP ET INTÉRÊTS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA POLYPATHOLOGIE .....	40
	<b>PARTIE II : TRAVAIL DE THÈSE</b> .....	<b>42</b>
<b>I.</b>	<b>OBJECTIFS DU TRAVAIL DE LA THÈSE</b> .....	<b>43</b>
<b>II.</b>	<b>PRISE EN CHARGE DE LA POLYPATHOLOGIE PAR LE RÉSEAU DE SANTÉ DIAPASON 36</b> .....	<b>44</b>
<b>1.</b>	<b>OFFRE DE SOINS DANS LE DÉPARTEMENT DE L'INDRE</b> .....	<b>44</b>
1.1.	ETAT DES LIEUX .....	44
1.2.	OFFRE DE SOINS LIMITÉE .....	44
1.3.	DYNAMIQUES LOCALES DE SANTÉ .....	45
1.3.1.	<i>Structures d'accueil locales</i> .....	45
1.3.2.	<i>Programmes d'ETP proposés dans l'Indre</i> .....	46
<b>2.</b>	<b>ASSOCIATION DIAPASON 36</b> .....	<b>48</b>
<b>3.</b>	<b>PROGRAMME D'ETP POLYPATHOLOGIE PROPOSÉ PAR DIAPASON 36</b> .....	<b>49</b>
3.1.	DÉROULEMENT D'UN PROGRAMME D'ETP .....	49
3.2.	PROGRAMME D'ETP POLYPATHOLOGIE DE DIAPASON 36 .....	49

3.2.1.	<i>Objectifs du programme</i> .....	49
3.2.2.	<i>Critères d'inclusion des patients</i> .....	50
3.2.3.	<i>Conduite du diagnostic éducatif</i> .....	50
3.2.4.	<i>Différents ateliers proposés</i> .....	51
3.2.4.1.	Thématique « Maladie » .....	52
3.2.4.2.	Thématique « Autosurveillance » .....	53
3.2.4.3.	Thématique « Alimentation » .....	53
3.2.4.4.	Thématique « Traitements ».....	54
3.2.4.5.	Thématique « Stress ».....	55
3.3.	RÉALISATION DE L'ETP POLYPATHOLOGIE PENDANT LA CRISE SANITAIRE DU COVID – 19.....	55
3.4.	ETP POLYPATHOLOGIQUE : UNE PORTE D'ENTRÉE À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.....	55
<b>III.</b>	<b>EVALUATION ANNUELLE DU PROGRAMME D'ETP POLYPATHOLOGIE PROPOSÉ PAR DIAPASON 36 .....</b>	<b>56</b>
<b>1.</b>	<b>INTÉRÊTS D'UNE ÉVALUATION ANNUELLE .....</b>	<b>56</b>
<b>2.</b>	<b>MÉTHODES D'ÉVALUATION .....</b>	<b>56</b>
2.1.	INFORMATIONS À DISPOSITION .....	56
2.2.	RÉALISATION DE L'ÉVALUATION QUANTITATIVE .....	57
2.2.1.	<i>Composantes étudiées</i> .....	57
2.2.2.	<i>Méthodes de calculs des différents scores</i> .....	57
2.2.2.1.	Autoévaluation du patient sur la gestion de ses maladies et ses traitements.....	58
2.2.2.2.	Score EPICES.....	58
2.2.2.3.	Score de DUKE.....	59
2.2.3.	<i>Finalités de l'étude quantitative</i> .....	60
2.3.	EVALUATION QUALITATIVE .....	60
<b>3.</b>	<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION QUANTITATIVE .....</b>	<b>61</b>
3.1.	EFFECTIF ET PROFILS DES PATIENTS ADMIS DANS LE PROGRAMME.....	61
3.2.	SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PATIENTS ADMIS.....	61
3.2.1.	<i>Score EPICES</i> .....	61
3.2.2.	<i>Score de DUKE</i> .....	61
3.2.3.	<i>Score de qualité de vie estimé par les patients</i> .....	62
3.3.	DIFFÉRENTES PATHOLOGIES CHRONIQUES DONT LES PATIENTS ADMIS SOUFFRAIENT.....	63
3.4.	NOMBRE D'ATELIERS RÉALISÉS .....	63
<b>4.</b>	<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION QUALITATIVE.....</b>	<b>65</b>
4.1.	RÉSULTATS DE L'AUTOÉVALUATION DES PATIENTS.....	65



4.2.	PROFIL DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ORIENTANT LES PATIENTS VERS LE PROGRAMME D'ETP .....	67
4.3.	NOMBRE DE PATIENTS DIRIGÉS PAR LA SUITE VERS UN PROGRAMME D'ETP PLUS SPÉCIFIQUE .....	68
4.4.	RÉALISATION D'UNE COORDINATION DE SOIN VERS UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ .....	68
4.5.	NOMBRE DE PATIENTS INCLUS DANS LE PROGRAMME RE-MED .....	69
4.6.	MISE EN PLACE D'OBJECTIFS PAR LE PATIENT AU COURS DU DIAGNOSTIC ÉDUCATIF .....	69
4.7.	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES ÉDUCATEURS.....	70
4.7.1.	<i>Au cours du diagnostic éducatif.....</i>	70
4.7.2.	<i>Lors de la réalisation des ateliers.....</i>	71
4.7.3.	<i>Lors de la réalisation de l'évaluation du patient à la fin de son parcours d'ETP.....</i>	71
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONS DU BILAN ANNUEL .....</b>	<b>71</b>
5.1.	ÉTUDE QUANTITATIVE SATISFAISANTE.....	71
5.2.	ÉTUDE QUALITATIVE NUANCÉE.....	72
5.3.	ATOUTS ET FREINS DU PROGRAMME D'ETP IDENTIFIÉS PAR L'ÉQUIPE DE DIAPASON 36.....	73
5.4.	OBJECTIFS ET AMÉLIORATION CONTINUE POUR DIAPASON 36 .....	73
<b>6.</b>	<b>BILAN GLOBAL DU PROGRAMME D'ETP.....</b>	<b>74</b>
<b>IV.</b>	<b>PERSPECTIVE D'UNE COLLABORATION DE DIAPASON 36 AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE .....</b>	<b>76</b>
<b>1.</b>	<b>PLACE DU PHARMACIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT POLYPATHOLOGIQUE.....</b>	<b>76</b>
1.1.	PHARMACIEN : ACTEUR CLÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES .....	76
1.2.	INTÉRÊTS D'UNE COORDINATION AVEC LES PHARMACIENS POUR DIAPASON 36.....	77
1.3.	QUELS OUTILS SONT À DISPOSITION DU PHARMACIEN POUR ACCOMPAGNER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ? .....	77
1.3.1.1.	Dossier Médical Partagé (DMP) .....	77
1.3.1.2.	Réalisation du Bilan Partagé de Médication (BPM) .....	78
1.3.1.3.	Pharmacien d'officine : éducateur de santé depuis 2012.....	78
1.3.1.4.	Officine : véritable lieu de santé .....	79
<b>2.</b>	<b>PROPOSITION DE MODÈLES D'ORIENTATION DES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE .....</b>	<b>79</b>
<b>3.</b>	<b>ETUDE RÉALISÉE AUPRÈS DES PHARMACIENS ET MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE SUR LE PROJET DE COORDINATION PHARMACIEN – DIAPASON 36 .....</b>	<b>81</b>
3.1.	MÉTHODES.....	81
3.2.	RÉSULTATS .....	82
3.2.1.	<i>Questionnaire auprès des médecins généralistes .....</i>	<i>82</i>
3.2.1.1.	Coordination Médecin généraliste – DIAPASON 36 .....	82
3.2.1.2.	Coordination encouragée par les médecins généralistes de l'Indre .....	83

3.2.2.	<i>Questionnaire auprès des pharmaciens d'officine de l'Indre</i> .....	83
3.2.2.1.	Etat des lieux sur la formation en ETP des pharmaciens d'officine .....	84
3.2.2.2.	Point de vue des pharmaciens sur une coordination avec DIAPASON 36.....	84
3.3.	CONCLUSIONS DES QUESTIONNAIRES .....	84
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION SUR LA COORDINATION DE DIAPASON 36 EN LIEN AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE ....</b>	<b>85</b>
4.1.	PHARMACIENS INDRIENS PEU FORMÉS À L'ETP .....	85
4.2.	BILAN PARTAGÉ DE MÉDICAMENT TRÈS PEU PRATiqué EN OFFICINE .....	85
4.3.	PERSPECTIVE D'UNE COORDINATION .....	86
	<b>PARTIE III : CONCLUSION</b> .....	<b>87</b>
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>89</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>VOLET MÉDICAL D'ORIENTATION « EDUCATION THÉRAPEUTIQUE &amp; PARCOURS DE SOINS » .</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>SCORE EPICES À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF .....</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>BILAN INITIAL À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF .....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXE 4</b>	<b>PROFIL DE DUKE À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 5</b>	<b>ACCORD DE CONSENTEMENT AVANT LA RÉALISATION DU DIAGNOSTIC ÉDUCATIF .....</b>	<b>100</b>
<b>ANNEXE 6</b>	<b>DOCUMENTS UTILISÉS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF</b>	<b>101</b>
<b>ANNEXE 7</b>	<b>PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ .....</b>	<b>103</b>
<b>ANNEXE 8</b>	<b>FICHE DE RECENSEMENT DES BESOINS.....</b>	<b>104</b>
<b>ANNEXE 9</b>	<b>FICHE SYNTHÉTIQUE À DESTINATION DES PHARMACIENS SOUHAITANT ORIENTER LES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES .....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE 10</b>	<b>PLAQUETTE SUR LES MISSIONS DE DIAPASON 36 .....</b>	<b>106</b>
<b>ANNEXE 11</b>	<b>QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE .....</b>	<b>107</b>
<b>ANNEXE 12</b>	<b>QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PHARMACIES DE L'INDRE.....</b>	<b>110</b>

# LISTE DES FIGURES

	<u>Page</u>
Figure 1 - Représentation schématique de la comorbidité et de la polypathologie.....	15
Figure 2 - Nombre de pathologies chroniques selon les groupes d'âges.....	18
Figure 3 - Prévalence de la polypathologie en fonction de l'âge et de la situation socio-économique. ....	20
Figure 4 - Nombre de maladies chroniques, selon l'âge, en 2013. ....	21
Figure 5 - Fréquence de la polypathologie selon l'âge, le sexe et le niveau socioéconomique en 2013. ....	22
Figure 6 - Fréquence de la polypathologie et évolution entre 2012 et 2016, selon l'âge et le sexe. ....	23
Figure 7- Exemples des dynamiques locales mis en place l'Indre en matière de santé.....	45
Figure 8 - Répartition des programmes d'ETP autorisés dans l'Indre. ....	46
Figure 9 - Répartition des AECP proposées par le GHT de l'Indre.....	47
Figure 10 - Mesure du score EPICE. ....	58
Figure 11 - Moyenne et médiane des scores du profil de sante de DUKE. ....	62
Figure 12 - Recensement des pathologies chroniques et du nombre de patients pluripathologiques dans le programme d'ETP. ....	63
Figure 13 - Pourcentage de patients ayant réalisé les ateliers de l'ETP pluripathologie. ....	64
Figure 14 - Proportions des différentes professions médicales orientant les patients vers le programme d'ETP. ....	67
Figure 15 - Coordinations médicales réalisées au cours du programme d'ETP. ....	69
Figure 16 - Procédures d'orientation des patients polypathologiques par le pharmacien.....	80
Figure 17 - Orientation des médecins généralistes vers les programme d'ETP de DIAPASON	36
.....	82
Figure 18 - Nombre de pharmaciens formés en ETP dans l'Indre.....	84

# LISTE DES TABLEAUX

	<u>Page</u>
Tableau 1 - Description des principaux index de multimorbidité ou comorbidités.....	16
Tableau 2 - Démographie de l'étude et nombre de pathologies chroniques en fonction de l'âge. .....	18
Tableau 3 - Démographie, nombre et prévalence de la polypathologie ainsi que le milieu socio-économique de la population étudiée.....	19
Tableau 4 - Les finalités de l'ETP selon la HAS. ....	38
Tableau 5 - Nombre de patients présents par ateliers d'ETP réalisés.....	64
Tableau 6 – Scores moyens des autoévaluations des patients.....	65
Tableau 7 - de tout âge, de catégorie socio-professionnel différente atteints de diverses pathologies chronique .....	70
Tableau 8 - Freins et leviers du programme d'etp pluripathologie selon l'équipe de DIAPASON 36. ....	73

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>AEC</b>	Activité Éducative Ciblée Personnalisée
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CIM</b>	Classification Internationale des maladies
<b>Cespharm</b>	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>DMP</b>	Dossier Médical Partagé
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>EPICES</b>	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'exams de Santé
<b>ETP</b>	Éducation Thérapeutique des Patients
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier Territorial
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HMO</b>	Health Maintenance organization
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>HTA</b>	Hypertension artérielle
<b>IDE</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
<b>IMC</b>	Indice de Masse Corporel
<b>JO</b>	Journal Officiel
<b>LEEM</b>	Les Entreprises du Médicaments
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>WONCA</b>	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

# PARTIE I : CONTEXTE

## I. INTRODUCTION

Selon l'Assurance Maladie (1), plus de 11 millions de Français bénéficient d'une Affection Longue durée permettant la prise en charge d'une pathologie chronique, soit 1 français sur 6. Cependant, aucune étude épidémiologique, en France, n'a été réalisée sur le nombre de patients atteints de plusieurs pathologies chroniques.

La coexistence de pathologies chroniques chez un même individu peut être définie par différents termes comme la pluripathologie ou en encore la polypathologie. Il est compliqué d'en mesurer son incidence puisqu'il n'existe aucune définition consensuelle et qu'elle varie en fonction de nombreux critères (population étudiée, maladies considérées comme chroniques, diversité clinique des pathologies...), ce qui explique, le manque d'études épidémiologiques sur la polypathologie à ce jour.

La polypathologie étant difficilement mesurable, il en découle une prise en charge complexe puisque son profil diffère d'un patient à un autre et des pathologies dont le patient est atteint. Chaque patient pluripathologiques présentera une association de pathologies chroniques qui lui est propre et dans un contexte socio-économique différent.

Du fait de cette diversité de profils, la polypathologie exige une prise en charge particulière puisque le patient, au cours de son parcours de soin, fait face à de nombreux professionnels de santé et doit suivre divers traitements et soins. Ainsi, pour que cette prise en charge soit bien vécue par le patient, elle devra se faire de façon coordonnée et rendre le patient un acteur majeur de sa santé.

Une des clés de ce bon déroulement est l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) puisqu'elle permet d'appréhender le patient de façon globale. Idéalement, l'ETP ne doit pas être dirigée sur une seule pathologie chronique, mais doit prendre en compte l'ensemble des pathologies du patient.

Dans l'Indre, depuis décembre 2019, l'association de santé DIAPASON 36 a mis en place un programme d'ETP permettant la prise en charge des patients polypathologiques. Ce programme a dû faire face à l'épidémie de la COVID-19, qui a contraint la France au confinement en mars 2020 et a suspendu les rassemblements et les prises charges considérées comme non urgentes. Les ateliers d'ETP habituellement réalisés sur site et en groupe ont donc été maintenus et effectués à distance par visioconférence (e-ETP).

Cependant, compte tenu de la nature de certains ateliers, leur mise en place à distance s'est avérée parfois complexe. De plus, certains patients ne disposent de ressources numériques permettant la participation à l'e-ETP. Le pharmacien pourrait alors être un acteur clé dans la prise en charge et le suivi des patients polypathologiques puisque malgré cette crise sanitaire, l'officine est restée un lieu de santé et de proximité pour les patients et n'a cessé aucune de ses activités.

Cet écrit a donc pour but de détailler le contenu de ce programme, d'établir son bilan annuel et d'en dresser ses atouts et ses axes d'améliorations, notamment sur les rôles du pharmacien dans cette prise en charge.



## II. POLYPATHOLOGIE

### 1. Définition

#### 1.1. Définition non univoque

Actuellement, la polypathologie n'a pas de définition consensuelle et elle peut être désignée sous différents termes : pluripathologie, multipathologie, multimorbidité, etc.

La définition la plus utilisée est celle du Dr Fortin. Ce dernier définit la polypathologie comme la « co – occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période » (2). La notion de maladie chronique est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un problème de santé pouvant nécessiter des soins sur le long terme (sur des années voire des décennies). Les maladies cardio- vasculaires, le diabète, les affections respiratoires chroniques, le VIH, les maladies neurologiques en sont des exemples. Il en existe une multitude d'autres et leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociales, psychologiques et économiques de la vie du malade (3).

D'après l'article R.322-6 du Code de la sécurité sociale, créé par décret n°2008 – 1440 du 22 décembre 2008 publiée au JO du 30 décembre 2008, le terme polypathologie (Affection Longue Durée 32 ou ALD 32) est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois (4) . Néanmoins, de nombreux patients possèdent plusieurs ALD (de l'ALD 1 à 30) et peuvent être ou non considérés comme souffrant de polypathologie.

Cependant, l'absence de définition consensuelle rend difficile la prise en charge des patients atteints de polypathologie, puisqu'il est difficile d'organiser le système de soins sur un terme mal connu et qui présente de nombreuses ambiguïtés (cf partie 1.2.2).

Pour tenter de répondre à la problématique de la polypathologie, dans cet écrit, nous retiendrons seulement la définition du Dr Fortin (2) : la polypathologie se définit comme la coexistence de plusieurs maladies chroniques au sein d'un individu sur une même période. Cette définition est retenue puisqu'au contraire de celles précédemment citées, elle n'exclut aucune pathologie.

## **1.2. Deux notions ambiguës : Polypathologie et Comorbidité**

La notion de polypathologie est très souvent confondue avec celle de comorbidité.

### *1.2.1. Comorbidité*

Alvan R. Feinstein fut le premier à avoir défini la notion de comorbidité en lui donnant un sens large. Il l'a défini comme : « toute entité clinique distincte supplémentaire qui a existé ou qui pourrait survenir au cours de l'évolution clinique d'un patient dont la maladie index (de référence) est étudiée ». Néanmoins, de nombreuses autres définitions peuvent être trouvées dans la littérature ne mentionnant pas de maladie référente (6) .

### *1.2.2. Distinction entre les deux termes*

Tout comme la Haute Autorité de Santé (HAS), dans cet écrit, les termes de polypathologie et de comorbidité seront différenciés afin d'organiser la prise en charge de la polypathologie plus aisément.

La nuance entre ces deux notions réside dans l'approche que l'on a vis-à-vis du patient (7). La comorbidité est un concept issu d'une approche centrée sur la maladie (dite de référence ou index) ; par exemple un patient diabétique présentant une pathologie cardiovasculaire liée à sa pathologie de référence (ici le diabète). Alors que le terme polypathologie est plus généraliste et centré sur le patient. Dans cette dernière, on s'intéresse à la coexistence des pathologies et non au lien qu'il y a entre elles. (Figure 1).

Avoir une telle approche nous permet d'apprécier l'utilisation des services de soins et les dépenses de santé du patient pour ainsi mieux organiser ces derniers (6).

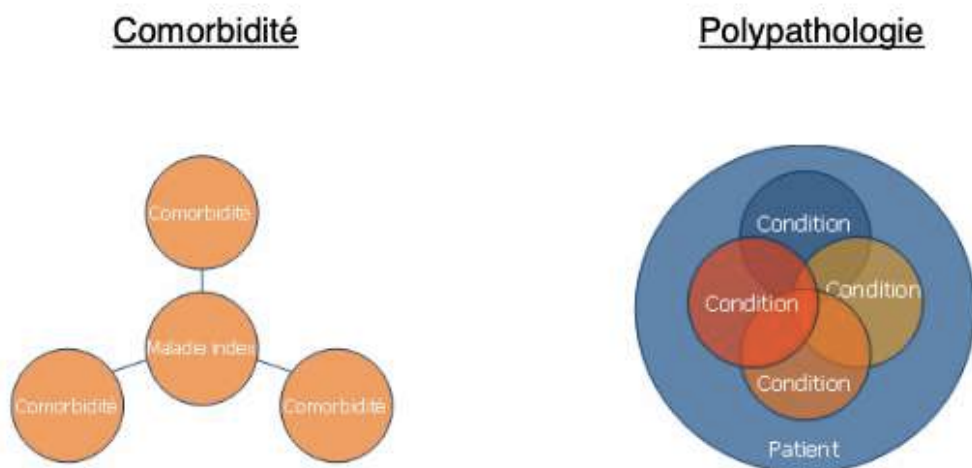


FIGURE 1 - REPRÉSENTATION SCHÉMATIQUE DE LA COMORBIDITÉ ET DE LA POLYPATHOLOGIE.

## 2. Épidémiologie de la polypathologie

### 2.1. Limites de l'évaluation épidémiologique

#### 2.1.1. Différentes mesures possibles

Comme vu précédemment, la notion de polypathologie répond à différentes définitions rendant son évaluation compliquée.

Une méta-analyse (6) a mis en avant l'existence de plusieurs méthodes pour mesurer la multimorbidité : il en existe principalement quatre. La première consiste simplement à compter le nombre de pathologies dont souffre le patient (nommé « décompte des maladies sans pondération »), depuis une liste de pathologies chroniques préalablement définie. La seconde s'appuie sur la sélection d'un binôme ou d'un trinôme de pathologies chroniques (Score de Charlson et Score d'Elixhauser) depuis une liste également définie. Pour la troisième méthode, on mesure un score qui repose sur la nécessité d'un soin (John Hopkins Adjusted Clinical Group), à l'utilisation d'un service de santé (Cumulative Index Illness Rating Scale et Duke Severity illness Checklist Index) ou à la prescription de médicaments (Chronic Disease Score). Enfin, la dernière méthode, consiste à étudier des groupes homogènes souffrant des mêmes pathologies chroniques et présentant des caractéristiques communes.

Il y aura donc différents résultats selon la mesure utilisée et l'on n'aura pas accès aux mêmes informations. En effet, en utilisant les deux premières méthodes, on estime uniquement la prévalence de la multimorbidité sans prendre en compte la gravité et la sévérité de chaque maladie. En utilisant la troisième méthode, on peut déterminer un facteur prédictif de mortalité ; cette méthode prend en compte la sévérité des pathologies chroniques et les soins qu'elles demandent. Cependant, selon le score utilisé, certaines prises en charge ne sont pas prises en considération ; par exemple, si l'étude se base uniquement sur des données hospitalières, seuls les soins réalisés de ce milieu sont pris en considération (et non ceux exercés en ville), et ainsi l'étendue de la pathologie n'est révélée que partiellement (8). Le Tableau 1 illustre les avantages et inconvénients de quelques scores pouvant être utilisés dans cette méthode.

	Description	Avantages / Inconvénients
Décompte des maladies sans pondération	Compte à partir : - des diagnostics codés ; - ou du dossier médical, ou maladies auto-déclarées.	Pas de liste standardisée de maladies, pas de pondération des maladies. Peut être utilisé à partir d'enquêtes par interview ; Très utilisé pour estimer la prévalence de la multimorbidité.
Score de Charlson	Score initial : 17 maladies, codées à partir des dossiers médicaux hospitaliers. Validation source : mortalité à un an, femmes hospitalisées pour cancer du sein. Adapté puis validé pour être utilisé dans d'autres populations, en soins ambulatoires, à partir de bases médico-administratives. Prédictif de la mortalité, de la durée de séjour, des réadmissions, de la qualité de vie, des coûts...	Très utilisé
Score d'Elixhauser	Construit à partir de bases hospitalières codées en CIM-9 puis adapté pour être utilisé avec la CIM-10. 30 comorbidités. Validation source : mortalité hospitalière.	
John Hopkins Adjusted Clinical Group	Calculé à partir de données hospitalières et ambulatoires (codage CIM) Construit pour prédire les recours aux soins. Chaque groupe correspond à un groupe de maladies ayant le même profil de morbidité et de recours aux soins.	Nécessite des dossiers médicaux codés avec CIM. Nécessite un logiciel payant.
Cumulative Index illness Rating Scale (CIRS)	Doit être rempli par des médecins ou des enquêteurs entraînés, pendant la consultation ou à partir de dossiers médicaux. Construit pour mesurer le poids des maladies chroniques. Les maladies sont classées dans 14 domaines d'organes avec une échelle de gravité (de 0 à 4) pour chaque domaine. On obtient un nombre de domaines atteints (N), un total incluant la sévérité (T), et un score T/N.	Prise en compte de la gravité. Remplissage par médecin ou enquêteur formé, part de subjectivité dans le remplissage. Difficilement utilisable pour des études avec grands effectifs.
Duke Severity illness Checklist (DUSOI) index	Score rempli par le médecin pendant la consultation ou à partir des dossiers médicaux. Construit pour mesurer le poids des maladies chroniques. Chaque diagnostic est classé selon 4 niveaux (symptôme, complication, pronostic sans traitement, pronostic avec traitement).	Prise en compte de la gravité Idem CIRS. Jugement subjectif, nécessite entraînement. Pas très utilisé.
Le Chronic disease Score (CDS) et RxRisk model	Utilise des données de pharmacie. Basé sur les médicaments délivrés sur une durée d'un an. Prise en compte de 17 maladies (pondérées). Validation : hospitalisations et mortalité à un an. Adaptations : modifications des poids et du nombre de maladies considérées	Peu utilisé.

TABLEAU 1 - DESCRIPTION DES PRINCIPAUX INDEX DE MULTIMORBIDITÉ OU COMORBIDITÉS.

La prévalence de la polypathologie est compliquée à mesurer puisque des informations manqueront nécessairement qu'un index soit utilisé plutôt qu'un autre.

### *2.1.2. Notion de chronicité qui divise*

La liste des pathologies chroniques utilisée peut varier considérablement d'une étude à l'autre. En effet, cette liste diffère selon la notion de chronicité considérée. Dans certains écrits, elle est confondue par exemple avec la sévérité, le handicap, la déficience, pouvant agrandir considérablement la liste des pathologies chroniques considérées. Or, plus une liste se veut exhaustive (prise en considération de nombreuses pathologies), plus la prévalence augmente (soit le nombre de personne souffrant de polypathologie). (6)

### *2.1.3. Polypathologie et diversité clinique*

La polypathologie étant la coexistence de pathologies chroniques, son expression clinique varie selon les maladies exprimées : la gravité, la mortalité et le recours au soin seront différents selon la pluripathologie (9).

## **2.2. Facteurs de risque de la polypathologie**

### *2.2.1. Âge*

Une étude écossaise (10) a mis en avant un lien entre l'âge et l'apparition de pathologie chronique : plus la population vieillit, plus le nombre de pathologies chroniques augmente chez un même patient.

Cette étude a été réalisée sur plus de 1,7 millions d'écossais avec un ratio homme/femme équivalent (50,5 % de femmes et 49,5 % d'hommes). Les données ont été recueillies auprès de 314 centres médicaux (par le biais des registres médicaux) et sur une liste de 40 pathologies chroniques (cf. Tableau 2)

	n (%)	Mean number of morbidities (SD)*	Percentage (95% CI) with multimorbidity†
All patients	1751 841 (100%)	0.96 (1.56)	23.2% (23.1-23.2)
Sex			
Female	884 420 (50.5%)	1.09 (1.65)	26.2% (26.1-26.3)
Male	867 421 (49.5%)	0.84 (1.46)	20.1% (20.0-20.1)
Age, years			
0-24	479 156 (27.4%)	0.16 (0.44)	1.9% (1.9-2.0)
25-44	508 389 (29.0%)	0.50 (0.92)	11.3% (11.2-11.4)
45-64	473 127 (27.0%)	1.18 (1.50)	30.4% (30.2-30.5)
65-84	254 600 (14.5%)	2.60 (2.09)	64.9% (64.7-65.1)
≥85	36 569 (2.1%)	3.62 (2.30)	81.5% (81.1-81.9)

TABEAU 2 - DÉMOGRAPHIE DE L'ÉTUDE ET NOMBRE DE PATHOLOGIES CHRONIQUES EN FONCTION DE L'ÂGE.

Cette étude montre donc qu'à l'âge de 50 ans, plus de la moitié des patients ont au moins une pathologie chronique, et à l'âge de 65 ans, la plupart (plus de 50 %) sont polypathologiques (présente plus de deux pathologies chroniques). (10)

Ainsi, on peut affirmer (Figure 2) que le nombre de pathologies chroniques coexistant au sein d'un même patient augmente avec l'âge.

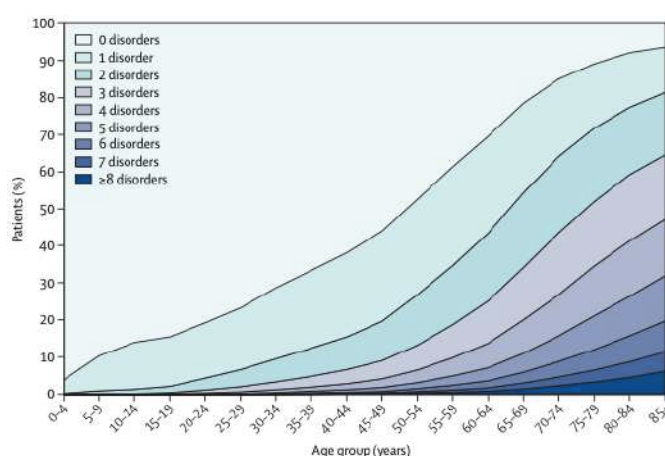


FIGURE 2 - NOMBRE DE PATHOLOGIES CHRONIQUES SELON LES GROUPES D'ÂGES.

Cependant, la Figure 2 permet d'établir de façon empirique une relation non-linéaire entre l'âge et l'augmentation de la prévalence de la polypathologie. En effet, la prévalence de la multipathologie dans la population des plus de 65 ans est évaluée à 67 % (194 966 polypathologiques sur une population de 291 169), et dans celle des moins de 65 ans à 14 %

(soit 210 500 personnes atteintes de polypathologie pour une population de 1 460 672 personnes) – calculs effectués à partir du Tableau 2. Ainsi, d’autres facteurs de risque influencent la prévalence de la multimorbidité.

### 2.2.2. Milieu socio-économique

Comme vu précédemment, l’âge n’est pas le seul facteur influençant sur la prévalence de la polypathologie. Le milieu socio-économique des patients a une conséquence sur l’apparition d’une multipathologie.

Dans l’étude précédemment citée (10), en plus de l’âge, les chercheurs ont mis en lien la polypathologie et le statut socio-économique des patients. Ils ont ainsi établi une échelle de ratio allant de 1 à 10 : 1 étant le milieu le plus riche et 10 le plus pauvre – ratio établi sur le score de Carstairs (11) (cf. Tableau 3).

	n (%)	Mean number of morbidities (SD)*	Percentage (95% CI) with multimorbidity†
All patients	1 751 841 (100%)	0.96 (1.56)	23.2% (23.1-23.2)
Sex			
Female	884 420 (50.5%)	1.09 (1.65)	26.2% (26.1-26.3)
Male	867 421 (49.5%)	0.84 (1.46)	20.1% (20.0-20.1)
Age, years			
0-24	479 156 (27.4%)	0.16 (0.44)	1.9% (1.9-2.0)
25-44	508 389 (29.0%)	0.50 (0.92)	11.3% (11.2-11.4)
45-64	473 127 (27.0%)	1.18 (1.50)	30.4% (30.2-30.5)
65-84	254 600 (14.5%)	2.60 (2.09)	64.9% (64.7-65.1)
≥85	36 569 (2.1%)	3.62 (2.30)	81.5% (81.1-81.9)
Deprivation decile			
1 (affluent)	163 283 (9.3%)	0.82 (1.42)	19.5% (19.3-19.6)
2	171 296 (9.8%)	0.83 (1.44)	19.9% (19.7-20.1)
3	165 199 (9.4%)	0.92 (1.50)	22.2% (22.0-22.4)
4	207 129 (11.8%)	0.95 (1.54)	23.0% (22.9-23.2)
5	198 419 (11.3%)	1.02 (1.60)	24.5% (24.3-24.7)
6	198 526 (11.3%)	0.97 (1.57)	23.4% (23.2-23.5)
7	186 083 (10.6%)	1.00 (1.59)	24.4% (24.2-24.5)
8	147 836 (8.4%)	1.00 (1.59)	24.2% (24.0-24.4)
9	164 386 (9.4%)	1.09 (1.70)	26.3% (26.1-26.5)
10 (deprived)	149 684 (8.5%)	1.01 (1.65)	24.1% (23.9-24.4)

TABLEAU 3 - DÉMOGRAPHIE, NOMBRE ET PRÉVALENCE DE LA POLYPATHOLOGIE AINSI QUE LE MILIEU SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.

Le Tableau 3 ne permet pas d’établir explicitement de lien direct entre la polypathologie et le milieu socio-économique du patient.

Cependant, en mettant ces ratios au regard de l'âge des participants, la polypathologie survient préférentiellement chez des populations vivant dans des milieux précaires (ratio de 10 – cf. Figure 3).

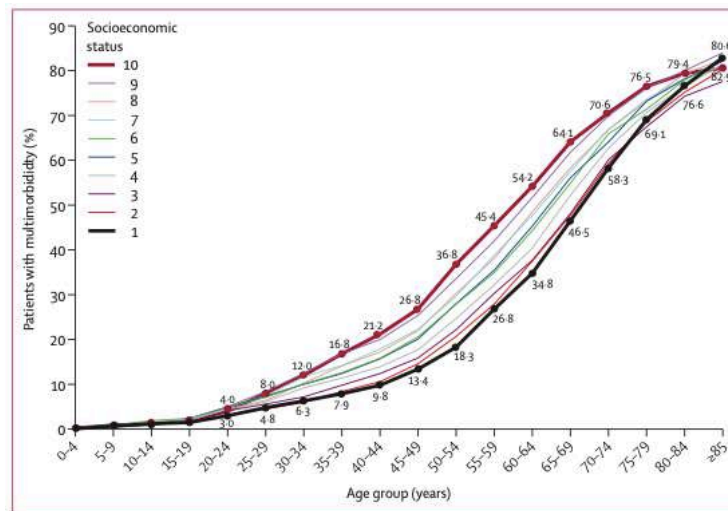


FIGURE 3 - PRÉVALENCE DE LA POLYPATHOLOGIE EN FONCTION DE L'ÂGE ET DE LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE.

La prévalence de la polypathologie chez les jeunes et personnes d'âge moyen (inférieur à 65 ans) vivant en milieu précaire est équivalente à celle des sujets plus âgés (supérieur à 65 ans) vivant en milieu aisé. En effet, le Figure 3 montre que 12% du groupe de sujets de 30–34 ans vivant dans des conditions précaires sont atteints de polypathologie (courbe rouge), alors que ce taux n'est atteint qu'à l'âge de 45 – 49 ans dans le milieu le plus aisé (courbe noire).

Par conséquent, la prévalence de la pluripathologie semble, par cette étude, équivalente entre une population jeune vivant en milieu précaire, et une population âgée (de 10 – 15 ans de plus) vivant en milieu aisée.

En conclusion, l'âge et le milieu socio-économique influent sur la prévalence de la polypathologie.



## 2.3. Polypathologie en France

### 2.3.1. Effet de l'âge et du gradient social sur la polypathologie française

En 2016, l'Assurance Maladie a publié un rapport sur l'évolution de ses charges et de ses produits. Au sein de ce document, l'évolution de la polypathologie y est étudiée (12). Cette analyse a été faite en 2013 sur l'ensemble des assurés bénéficiant du régime général en France, soit 59,2 millions de personnes (13), et l'association de 49 groupes de pathologies y est analysée (notamment les 30 ALD existant en France).

En accord avec l'étude de Barnett (10), le nombre de pathologies chroniques au sein d'un individu augmente avec l'âge de la population française.

La Figure 4 met en évidence que quasiment 5 % de la population française présente deux pathologies chroniques à partir de 50 ans. C'est notamment à partir de cet âge que la co-occurrence de pathologies chroniques s'accélère, puisqu'elle touche près de 70 % des français âgés de 85 ans.

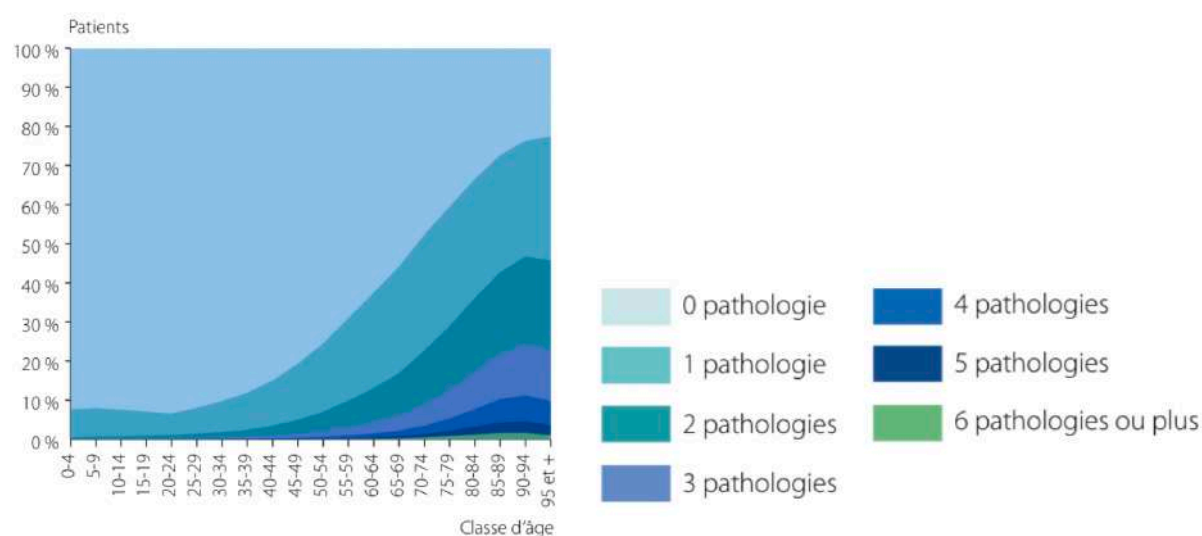


FIGURE 4 - NOMBRE DE MALADIES CHRONIQUES, SELON L'ÂGE, EN 2013.

En plus de l'âge, il est à noter que la polypathologie est plus fréquente dans les communes françaises les plus défavorisées.

En effet, pour une même tranche d'âge, la fréquence de la polypathologie est plus élevée au sein des populations les plus défavorisées (Figure 5). C'est à partir de l'âge de 30 ans que la différence de prévalence se creuse. Elle atteint chez les hommes un écart de 7 % à l'âge de 50 ans entre les milieux les plus favorisés et les plus précaires. Cet écart tend toutefois à diminuer aux âges les plus élevés puisque l'âge est un élément plus déterminant pour la polypathologie que le gradient social (12).

Dans cette étude, l'indicateur utilisé est dit de « défavorisation » et se base sur le taux de chômage, les revenus moyens des ménages, le niveau moyen d'études et la proportion d'ouvriers (12).

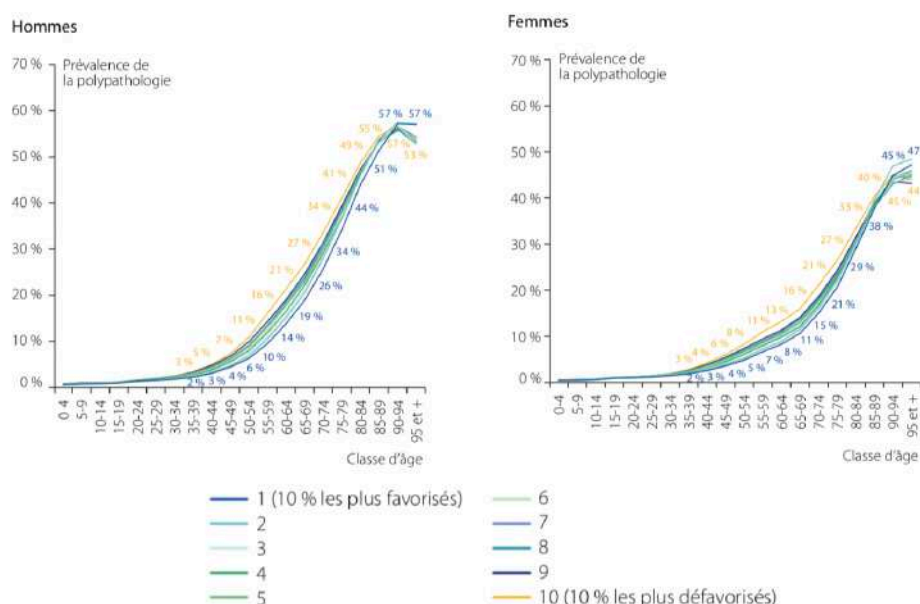


FIGURE 5 - FRÉQUENCE DE LA POLYPATHOLOGIE SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE EN 2013.

### 2.3.2. Évolution de la polypathologie en France

En France, l'espérance de vie moyenne jusqu'en 2025, en France, est estimée à 85,7 ans pour les femmes et 79,9 ans pour les hommes (14). Cependant, une longue espérance de vie n'est pas nécessairement synonyme d'une espérance de vie saine. En effet, comme il a été prouvé précédemment, plus la population est vieillissante, plus le nombre de pathologies chroniques

augmente par personne. Ainsi, au fil des années, la polypathologie verra sa prévalence augmenter.

En mettant en relation l'étude sur la polypathologie menée par l'Assurance Maladie en 2019 (9), avec les espérances de vie respectives des années étudiées (84,8 ans en 2012 contre 85,3 ans en 2016 pour les femmes ; 78,4 ans en 2012 contre 79,4 ans en 2016 pour les hommes(15)), il apparaît que la fréquence de la polypathologie augmente avec l'allongement du vieillissement de la population – cf. Figure 6.

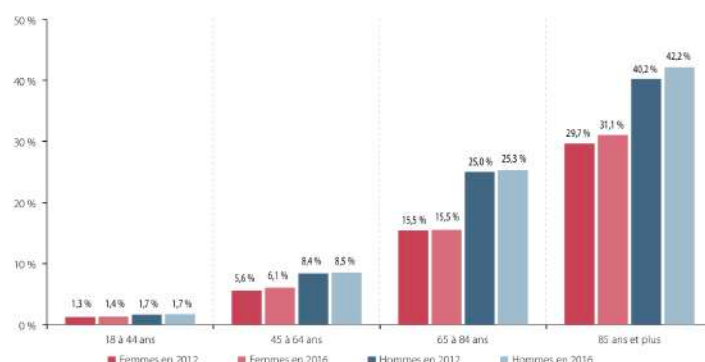


FIGURE 6 - FRÉQUENCE DE LA POLYPATHOLOGIE ET ÉVOLUTION ENTRE 2012 ET 2016, SELON L'ÂGE ET LE SEXE.

Dans un contexte d'une population de plus en plus vieillissante (8), la polypathologie apparaît donc comme un enjeu de santé publique majeur pour les années à venir.

### 2.3.3. Diversité clinique de la polypathologie en France

Bien que la polypathologie soit plus fréquente chez les sujets âgés, elle touche également les populations plus jeunes : par exemple, en 2016, 8,5 % des hommes âgés de 45 à 64 ans en étaient victimes (9). Par conséquent, selon le patient, la multimorbidité s'exprimera différemment et présentera préférentiellement certaines associations de pathologies chroniques.

En France, avant l'âge de 45 ans, les principales pathologies associées sont celles appartenant au domaine de la santé mentale – comme les troubles de l'humeur et les troubles addictifs. Entre 45 et 85 ans, c'est la coexistence des maladies cardio-vasculaire et du diabète qui

prédomine. Enfin, après 85 ans, ce sont l'insuffisance cardiaque et les démences – notamment la maladie d'Alzheimer qui sont le plus souvent représentées.

En revanche, les pathologies respiratoires chroniques (comme l'asthme) sont retrouvées chez des patients polypathologiques de tout âge, aussi bien chez le patient masculin que féminin (9).

De plus, les études de l'Assurance Maladie montre que la co-occurrence des pathologies chroniques est différente selon le sexe (9). En effet, chez l'homme, à partir de 45 ans, les maladies de type cardiovasculaire prédominent (insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque etc.) alors que chez la femme, les maladies de type psychiatrique sont les plus fréquentes (troubles de l'humeur, troubles addictifs ...).

Toutefois, en se positionnant à l'échelle individuelle, la polypathologie présente une diversité clinique très importante, puisque différents facteurs l'influencent (âge, niveau de vie socioéconomique et sexe du patient). De plus, une multitude de combinaisons de pathologies chroniques sont possibles. Par conséquent, chaque patient polypathologique nécessitera une prise en charge spécifique selon ses pathologies coexistantes et ses facteurs.

### **3. Polypathologie et système de santé**

#### **3.1. Système de santé français et prise en charge de la polypathologie**

Actuellement, il n'existe pas en France de recommandation pour la prise en charge de la polypathologie. D'une manière générale, la prescription ou l'ordonnance de soins se fait habituellement par le médecin généraliste. Ensuite, le professionnel de santé dirigera son patient, si besoin, vers un ou des spécialistes.

Les patients atteints d'une pathologie chronique nécessitant un traitement prolongé et thérapeutique particulièrement coûteux, peuvent bénéficier d'une exonération du ticket

modérateur pour les soins en rapport avec leur affection. Cette exonération peut être prise en charge par l'Assurance Maladie. Il s'agit du dispositif ALD (16).

L'ALD est accessible pour une liste de trente pathologies chroniques (elle est établie par décret). En plus de ces affections, l'ALD 31 permet la prise en charge de pathologies dites « hors liste » : il s'agit d'une forme grave d'une maladie, ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas dans la liste des ALD 30. La notion de polypathologie est reconnue pour l'ALD 32, mais elle concerne seulement « les patients atteints de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois » (4).

Cependant, comme étudié précédemment, la polypathologie peut se déclarer sous différentes formes et n'a pas nécessairement de caractère invalidant. L'ALD 32 ne permet donc pas de prendre en charge la totalité des patients atteints. Il est néanmoins possible que la polypathologie soit prise en charge par la reconnaissance de plusieurs ALD pour un même patient. En effet, en 2016, 21 % des patients en ALD ont déclaré plusieurs affections de longue durée distinctes (17).

Bien que ces « multi-prises » en charge existent, l'ensemble des patients polypathologiques n'est pas reconnu par le système de santé français. En effet, la liste d'ALD est seulement constituée de trente pathologies chroniques, elle ne prend pas en compte toutes les pathologies chroniques pouvant exister – c'est le cas de l'hypertension artérielle par exemple. De plus, l'affectation à une nouvelle ALD ou non est régie par des critères médico-réglementaires et dépend des pratiques médicales. Ce dernier point signifie donc que le patient pourra bénéficier d'une ALD et de son financement si une amélioration de sa maladie de longue durée peut être démontrée par la prise en charge de cette ALD (17).

Comme évoqué précédemment, seul le médecin généraliste possède une approche « globale » du patient. La prise en charge d'un patient polypathologique nécessite au médecin

de diriger le patient vers les spécialistes de santé concernés et par la suite, d'appréhender la prise en charge de son patient en fonction des soins proposés par ses confrères. Or, la plupart des recommandations pour la prise en charge des patients étant construite selon une approche de « maladie unique », cela obligerait les professionnels de santé à soigner le patient pluripathologique par l'addition des recommandations d'un dispositif de prise en charge préconisées pour chacune des pathologies. Cela aboutirait donc à des prises en charges médicamenteuses complexes, fort onéreuses et augmenterait le risque de iatrogénies (18).

### **3.2. Effets de la polypathologie sur les différents acteurs du système de santé**

#### *3.2.1. Conséquences pour les professionnels de santé*

Comme énoncé précédemment, le médecin généraliste est le professionnel de santé de premier recours prenant en charge les patients polypathologiques. Les patients multimorbides se dirigent vers eux dès qu'ils font face à un problème de santé ou qu'ils ressentent le besoin de communiquer avec un professionnel de santé. Ainsi, le médecin généraliste rencontre plusieurs difficultés.

Tout d'abord, dans la majorité des cas, bien qu'il soit le premier acteur de santé avec lequel le patient communique, le médecin généraliste n'intervient pas seul. En effet, le patient polypathologique reçoit des soins, ainsi que des prescriptions de divers spécialistes aussi bien du milieu hospitalier que de la médecine de ville. Le rôle du médecin généraliste est alors d'ajuster l'ensemble des traitements prescrits au patient (19). Il doit donc diriger le patient vers les professionnels de santé appropriés et coordonner l'ensemble des acteurs intervenant dans les différents domaines de santé liés à sa polypathologie.

De plus, la prescription de soins effectuée par le médecin est avant tout basée sur une approche mono – problématique, c'est-à-dire « mono-pathologique » (19). Or, prescrire sur ce modèle ne garantit pas nécessairement des résultats probants sur l'amélioration de la santé du patient et peut même engendrer des effets néfastes. Un phénomène de cascade médicamenteuse peut être observé chez ces patients : l'effet indésirable d'un médicament

entraîne la prescription d'un autre traitement avec pour objectif de contrer cet effet. De plus, des mauvaises interactions médicamenteuses peuvent être provoquées par la prescription simultanée de traitements, l'une des pathologies du patient peut également être aggravée par le traitement d'une autre de ces pathologies et le nombre de médicaments prescrits peut augmenter significativement devenant alors un véritable « fardeau » pour ces patients (20).

Enfin, la relation entre le patient et son médecin se voit rythmée par des négociations menées par le professionnel de santé, afin de garantir l'adhésion et l'observance du patient à ses soins et traitements (19). Le médecin doit également prodiguer à son patient des conseils hygiéno-diététiques (19), pouvant (en plus des nombreux traitements) être vécu comme de véritables contraintes ne répondant pas aux attentes du malade. Il y a parfois une véritable fracture entre ce que le patient désire (maintenir sa qualité de vie) et la manière dont le médecin y répond (20).

Par conséquent, les professionnels de santé doivent gérer aux mieux les prescriptions pour leurs patients, tenant compte des recommandations de bonnes pratiques et des retours d'expériences capitalisés pour chacune de ses pathologies. Il doit toutefois prêter attention à ne pas entraver la qualité de vie du malade, ni aggraver l'une de ses maladies ou entraîner des effets indésirables par la prescription de nouveaux traitements.

### *3.2.2. Conséquences pour le patient polypathologique*

#### *3.2.2.1. Différents impacts de la polypathologie sur la vie du malade*

Bien que des études ne démontrent pas un véritable lien entre la polypathologie et la dégradation de la qualité de vie du malade, certaines d'entre elles mettent tout de même en évidence une dégradation des composantes psychologiques et sociétales du patient lorsqu'il présente plus de trois pathologies co-existantes (6).

Cet impact « socio – psychologique » varie d'un patient à l'autre, puisqu'il dépend d'une multitude de critères :

- l'âge du patient : un patient âgé présente plus fréquemment des troubles de la concentration et de la mobilité, pouvant entraver la bonne prise en charge de ses pathologies ;
- l'expression clinique de ses pathologies (nombre et type de pathologies) : présenter des troubles psychologiques peut entraver l'adhésion complète au plan de soins proposé par les médecins ;
- la présence de handicaps : un handicap moteur peut empêcher les déplacements vers les établissements de santé ;
- le milieu socio – économique : si le patient vit dans un milieu défavorisé, l'offre de soins en sera impactée, tout comme la présence ou non d'un entourage aidant.

Ces facteurs influent le profil de la polypathologie et ont donc un ou plusieurs impacts sur la vie du patient (21).

Par ailleurs, la polypathologie peut avoir un impact différent sur la qualité des soins délivrés d'un patient à un autre au vu des facteurs qui lui sont propres (22). En effet, des patients fréquentant le système de santé régulièrement augmente leur probabilité d'être pris en charge rapidement et efficacement par les professionnels de santé. À défaut, la qualité des soins peut toutefois se révéler être complexe : la répétition d'examens de santé, des expertises médicales différentes, l'absence de communication entre les différents



professionnels de santé ou encore les pathologies chroniques invalidantes entravent la bonne prise en charge médicale et la confiance des patients vis-à-vis des soins prodigués (6) (22) (24).

Ainsi, il n'est pas possible de définir précisément et d'une manière générale l'impact de la polyopathie sur la qualité de vie des malades, puisque celui-ci est différent selon chaque patient, complexifiant d'avantage la prise en charge des malades (6).

#### 3.2.2.2. *Fardeau du traitement*

Une revue francophone de médecine générale a défini ce fardeau comme étant « toutes les contraintes liées à ce que fait un patient pour se soigner » (23).

Pour illustrer ce concept, cette revue (23) utilise l'exemple d'un patient sédentaire et fumeur de 55 ans, cadre supérieur et stressé par son travail, souffrant de surcharge pondérale, d'hypertension artérielle, d'un diabète de type 2 et d'une dyslipidémie. Selon les recommandations actuelles, ce patient devrait voir trois ou quatre fois par an son médecin traitant, réaliser annuellement un bilan cardiovasculaire ainsi que des examens complémentaires (prise de sang, analyse d'urine etc.), consulter un ophtalmologue, éventuellement un podologue, un diabétologue et un néphrologue. Il devrait prendre environ sept comprimés par jour, se faire vacciner contre la grippe tous les ans, modifier son hygiène de vie : activité physique, alimentation équilibrée, arrêt du tabac ...

À travers cet exemple, il est évident que se soigner devient un véritable labeur pour le patient : il doit concilier ses vies personnelle et professionnelle avec ses soins. De plus, un tel schéma thérapeutique peut être responsable de nombreuses interactions médicamenteuses et d'effets indésirables impactant la qualité de vie du patient comme évoqué précédemment (18) (20).

Traiter les patients polypathologiques selon des recommandations « mono-pathologiques » se révèle être un fardeau de gestion pour le patient et résulte d'une expérience chaotique au sein du système de soins (24).

### *3.2.3. Conséquences d'une telle fracture entre le patient et le système de soins*

#### *3.2.3.1. Perte de confiance entre le patient et les professionnels de santé*

Une véritable fracture existe entre les professionnels du système de santé et leurs patients multimorbides. En effet, une véritable opposition se crée entre ce que le patient désire pour sa santé et ce que les professionnels de santé mettent en place pour lui. Comme vu précédemment, différentes études mettent en avant l'idée que les patients pluripathologiques souhaitent la mise en place de mesures garantissant le maintien de leur qualité de vie et de leur statut fonctionnel ainsi qu'une diminution du recours à de nombreuses ressources médicales (25). Or, en se basant sur une approche « mono-pathologique », les professionnels de santé ne font qu'accroître le nombre de prises en charge et de traitements pris, occasionnant alors une perte de confiance du patient envers les soignants (24).

#### *3.2.3.2. Demande de soins importante responsable de fortes dépenses*

Une étude suisse (26) réalisée sur 266 925 individus âgés de 65 ans et plus, a démontré que la multimorbidité augmentait le recours aux soins primaires. Dans cette étude, deux populations ont été comparées : des patients présentant deux pathologies chroniques concomitantes ou plus et des patients présentant seulement une pathologie ou aucune.

Cette étude souligne que les patients polypathologiques ont recours à 15,7 consultations par an alors que l'autre échantillon a seulement recours à 4,4 consultations par an. En effet, l'accumulation de pathologies chroniques accroît le nombre de consultations de 3,2 par pathologie chronique. Le nombre d'acteurs de santé prenant en charge les patients multimorbides est également plus fort que celui intervenant auprès des patients non

polypathologiques : 3,3 contre 1,5 professionnels de santé. Il a aussi été observé que le temps d'hospitalisation est doublé chez les patients présentant plus de deux pathologies chroniques par rapport aux patients n'en présentant qu'une seule ou aucune. Cette analyse met également en évidence que les coûts des soins de santé sont 5,5 fois plus élevés chez les patients pluripathologiques.

Par conséquent, la prise en charge de patients polypathologiques représente un coût plus important en raison du nombre conséquent de consultations médicales réalisées par une diversité d'acteurs de soins (26). Un manque de coordination et de communication entre ces professionnels de santé s'ajoute également, ainsi qu'une prise en charge basée sur l'addition des soins et suivi de chacune des pathologies chroniques dont le patient souffre (27). Ainsi, ces dépenses de santé importantes ne concordent pas toujours avec un accès à des soins de qualité.

En France, seul le coût de la prise en charge des patients ALD a été étudié – elle représente 85 milliards d'euros dépensés chaque année (27). A ce jour, il n'existe pas d'étude française mettant en lien la polypathologie et l'accroissement des dépenses de santé pour ces patients.

La DREES (Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques), en étudiant une population de plus de 75 ans, a établi que présenter plusieurs pathologies n'est pas automatiquement responsable d'une augmentation des dépenses de santé mais que le coût des soins dépend de l'association des pathologies et du degré de dépendance qu'elles entraîneront. Par exemple, la prise en charge d'un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer et d'une maladie cardiaque n'entraîne pas une augmentation significative des dépenses de santé par rapport à une personne souffrant uniquement d'une maladie cardiaque. À contrario, l'association de maladies cardiaques et vasculaires entraîne quant à elle plus de dépenses de santé qu'une maladie cardiaque ou vasculaire seule (27).

Bien que les dépenses de santé varient en fonction du profil de la polypathologie, la HAS associe la polypathologie à une augmentation de l'utilisation des ressources du système de

santé et occasionne donc de ce fait des coûts. Ces dépenses se traduisent par le nombre de prescriptions, le nombre de consultations et le nombre d'hospitalisations (7).

À travers les différents articles et études illustrant la prise en charge actuelle de polypathologie, il apparaît que la polypathologie ne soit pas prise en charge de façon efficiente par le système de santé. Une considération réelle de l'impact de la polypathologie sur le patient semble être l'une des solutions pour sa prise en charge : c'est l'approche centrée sur le patient (20).

## **4. Axes d'amélioration dans la prise en charge de la polypathologie**

### **4.1. Prise en charge centrée sur le patient**

#### *4.1.1. Pour appréhender la complexité de la polypathologie*

Une étude américaine réalisée par 45 individus (des professionnels de santé et des patients multimorbides répartis en 4 groupes de recherche) a été menée afin de comprendre quels facteurs pouvaient permettre une prise en charge optimale de la polypathologie. Ces facteurs dits « contextuels » sont directement liés aux patients multimorbides. En effet, en les prenant en compte, plusieurs effets bénéfiques peuvent être apportés aux patients : une amélioration de la qualité de vie et de la qualité des soins du patient, une meilleure gestion de ses dépenses ainsi qu'une harmonisation du système de soin (29).

La biologie du patient (sa génétique, ses mécanismes physiologiques), son statut socio-économique, ou encore l'accessibilité et la disponibilité des offres de soin dont il dispose constituent des exemples de facteurs contextuels mis en évidence dans cette étude (29). Ces critères sont propres à chaque patient et permettent donc de caractériser le profil de la polypathologie. La prise en charge sera par exemple différente entre un patient ayant les capacités physiques et financières à se rendre dans des établissements de santé, et un patient en incapacité physique vivant dans un milieu ayant une offre de soin limitée (29). Ces facteurs permettent donc d'intégrer l'hétérogénéité et la complexité que les patients polypathologiques présentent.

La recherche de ces facteurs s'effectue à travers une approche individualisée et centrée sur le patient. Une telle approche garantirait une prise en charge optimale du patient polypathologique. Cela nécessite, en amont, une phase de recherche des facteurs contextuels responsables de la spécificité de la polypathologie puis, en aval, leur prise en compte.

#### *4.1.2. Pour répondre aux besoins des patients*

Avoir une approche médicale centrée sur le patient s'inscrit dans la volonté de répondre à ses besoins. Cette prise en charge est réalisée selon un but individuel c'est-à-dire en fonction du patient : ses pathologies, ses facteurs de risques et ses priorités doivent notamment être pris en considération (20).

En interrogeant 26 patients multimorbides membres du groupe d'assurance médicale américain HMO (Health Maintenance Organization), une étude (30) a mis en avant les besoins des patients multimorbides. À travers leurs réponses, il apparaît que l'approche centrée sur le patient répond aux difficultés des patients polypathologiques.

L'étude montre que l'accessibilité aux soins doit se faire dès que le patient estime qu'une prise en charge est nécessaire. Cet accès aux professionnels de santé peut se faire sous forme de consultation aux seins des établissements de santé ou bien par des appels téléphoniques voir par des échanges numériques par le biais de mail. Ces échanges se font en fonction des disponibilités et des capacités des patients.

Des patients de l'étude ont relevé qu'une communication trop technique, peu claire et provenant de plusieurs professionnels de la santé peut être problématique. En effet, en garantissant des échanges transparents et précis avec le patient, il sera à même de mieux comprendre sa maladie et les traitements prescrits par le professionnel de santé.

Par ailleurs, les traitements prescrits par les différents professionnels de santé peuvent s'avérer complexes et parfois contradictoires dans leur prise en charge pour le patient. Il convient donc d'établir une coordination des soins entre chaque professionnel de santé consulté pour assurer une bonne gestion de la polypathologie (29). La continuité des soins est donc garantie par cette coordination. En se rendant accessible et en communiquant avec le patient, les professionnels de santé sont donc à même de connaître et de répondre efficacement aux besoins et priorités du patient sur l'ensemble de ses pathologies (30).

Ainsi, l'application de soins centrés sur le patient permet de répondre de façon individuelle aux difficultés qu'il rencontre. Cette approche amène à répondre efficacement à ses besoins en ne se basant pas uniquement sur les recommandations et bonnes pratiques pour le traitement d'une pathologie classique (6). De cette façon, les interventions qui iraient à l'encontre des projets du patient et qui nuirait à sa qualité de vie sont évitées (27).

Individualiser la prise en charge de la polypathologie c'est aussi faciliter la communication du patient avec les différents professionnels de santé, garantir une continuité de soins et le responsabiliser dans sa propre prise en charge.

#### *4.1.3. Pour que le patient devienne acteur de sa santé*

L'approche thérapeutique centrée sur le patient l'engage également dans sa propre prise en charge : elle fait de lui l'acteur de sa santé. Une telle prise en charge demande alors au patient de l'autonomie et des capacités d'autogestion (27).

L'acquisition de ces compétences permet au patient d'organiser et de coordonner ses soins en collaboration avec les professionnels de santé. Ceci répond à la volonté des patients de s'impliquer dans leurs soins et d'avoir les connaissances suffisantes pour gérer, dans la mesure de ses possibilités, leur santé. S'agissant d'une approche individuelle, chaque patient sera directement impliqué dans son parcours de soin en fonction de ses capacités (physiques et mentales) et de son accessibilité aux soins (24).

Intégrer le patient dans son parcours de soin revient à faire de lui un acteur clé de sa prise en charge. Son implication permet d'anticiper tout symptôme ou exacerbation de l'une de ses pathologies et ainsi d'éviter toute complication de la polypathologie. Il s'agit du principe d'autogestion (27). Le patient diabétique a, par exemple, recours à l'autogestion en reconnaissant les premiers signes de l'hypoglycémie et en connaissant la démarche à suivre pour corriger sa glycémie. Expliquer au patient l'intérêt de ses traitements et de ses soins lui permet de ne plus les assimiler à un fardeau, mais comme une aide et une solution dans le maintien de sa qualité de vie (27).

## **4.2. Prise en charge coordonnée**

### *4.2.1. Définition de la coordination des soins*

La direction générale de l'offre de soins en France définit la coordination des soins comme « une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe (comprenant les patients pluripathologiques), en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment » (31).

Selon le ministère de la santé (31), le développement de la coordination des soins doit passer par la synchronisation des interventions autour du patient dans la logique du « juste recours » aux soins. Cela implique un décloisonnement du système de soins, notamment entre la ville et l'hôpital.

Autrement dit, il convient de guider « au mieux » le patient dans le système de santé, c'est-à-dire selon ses besoins et ses pathologies, au moyen de la coordination des différents acteurs (corps médical, sanitaire et/ou social) de ce système.

#### *4.2.2. Rôle essentiel de coordinateur de soins*

La coordination des soins est rendue possible par l'intervention d'un coordinateur de soins. Dans la plupart des écrits sur la polypathologie ((6) (27) (29)), cette fonction revient au médecin traitant des patients puisqu'il possède une vision globale de la santé du patient. Ainsi, il doit coordonner la prise en charge des patients en situation complexe.

Cette mission de coordination des soins est retrouvée dans les caractéristiques de la discipline de la médecine générale définies par la WONCA (World Organization of National Colleges): la médecine de famille doit « utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités... »(32).

Dans les méta-analyses (6) (27), il est également possible que d'autres professions puissent être coordinatrices de soins tels que les infirmiers ou encore les pharmaciens. D'une manière générale, les professionnels exécutant des soins primaires peuvent être coordinateur de soins. La prise en charge du patient multimorbide par ces professionnels de premiers recours permet une approche centrée sur le patient dans un système de santé habituellement fragmenté par la spécialisation des soins.

Enfin, le coordinateur de soins limite le nombre d'interlocuteurs avec lesquels le patient peut interagir garantissant une continuité de soins, une approche individuelle et centrée sur le patient pour la prise en charge de la polypathologie (24).

#### *4.2.3. Intérêt de la coordination des soins*

La coordination des soins est essentielle lors d'une prise en charge centrée sur le patient puisqu'elle va permettre de répondre aux besoins et priorités du patient multimorbide et de ne pas traiter individuellement chacune de ses pathologies.



En s'adressant en premier lieu à un coordinateur de soins, le nombre de professionnels de santé se verra diminué. En effet, de cette façon, la prise en charge du patient multimorbide sera optimale et plus claire (24). De plus, les dépenses de santé ainsi que le nombre de consultations avec des professionnels de santé diminueront et seront plus efficaces (6).

Cette coordination entre professionnels de santé permet également de structurer le système de santé et de favoriser la communication entre les différents acteurs de soins appartenant à des milieux différents (ville, hôpital) (30). Une coordination est également possible avec des structures sanitaires et sociales afin de prendre en charge tous les impacts physiques, psychologiques et socioéconomiques de la polypathologie.

## **5. Education Thérapeutique des Patients : un axe à envisager pour améliorer la prise en charge des patients polypathologiques**

### **5.1. Définition de l'ETP**

Selon l'OMS, l'ETP vise à aider les patients atteints d'une maladie chronique (quel que soit leur âge), à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie. Cette méthode fait partie intégrante de la prise en charge et du traitement de la pathologie du patient. Elle est centrée sur le malade puisqu'elle intègre la stratégie thérapeutique de sa pathologie chronique ainsi que ses besoins et objectifs de santé (33).

D'après la HAS (34), les objectifs d'une telle éducation sont d'acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation afin de garantir une meilleure qualité de vie au patient. Ces deux compétences sont détaillées ci – dessous dans le Tableau 4 :

<b><u>Les compétences d'autosoins</u></b>	<b><u>Les compétences d'adaptation</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soulager les symptômes.</li> <li>• Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.</li> <li>• Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.</li> <li>• Réaliser des gestes techniques et des soins</li> <li>• Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique).</li> <li>• Prévenir des complications évitables</li> <li>• Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.</li> <li>• Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.</li> <li>• Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.</li> <li>• Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.</li> <li>• Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.</li> <li>• Prendre des décisions et résoudre un problème.</li> <li>• Se fixer des buts à atteindre et faire des choix</li> <li>• S'observer, s'évaluer et se renforcer</li> </ul>

TABLEAU 4 - LES FINALITÉS DE L'ETP SELON LA HAS.

L'intégration d'un patient à un programme d'ETP passe par la prise en compte et l'analyse de ses besoins, de sa motivation mais aussi de sa réceptivité à intégrer un tel programme ainsi que les compétences qu'il doit acquérir et soutenir dans le temps (35).

L'ETP permet, in fine, une amélioration de sa qualité de vie grâce à l'autogestion de sa santé permise par la compréhension de sa maladie. Autrement dit, elle permet de mieux vivre avec sa maladie par l'acquisition ou le soutien de diverses compétences.

En France, la loi HPST du 21 juillet 2009 a inscrit l'ETP dans le CSP (Art L. 1161-1 à L. 1161-4) afin de le définir et d'en déterminer ses conditions d'exercice (36). Les compétences dont doivent disposer les professionnels de santé souhaitant exercer de l'ETP s'acquièrent grâce à une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique. Un programme d'ETP peut aussi bien être réalisé dans un établissement de santé qu'en médecine de ville. Il peut concerner une ou plusieurs ALD ainsi qu'un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional (37).

L'ETP apparaît donc comme un élément intéressant dans la prise en charge d'un patient polypathologique puisqu'elle fait partie intégrante de la prise en charge des malades, intègre une coordination de soins et est aussi centrée sur le patient qui devient acteur de sa santé.

En revanche, pour intégrer toute la complexité de la polypathologie, l'ETP doit passer par une phase d'adaptation : elle n'est pas pertinente si elle prend en charge séparément chacune des pathologies du patient multimorbide.

## **5.2. Proposer un programme d'ETP adapté à la prise en charge de la pluripathologie**

Comme évoqué précédemment, la polypathologie ne peut pas être appréhendée de façon efficiente en se reposant uniquement sur un modèle de prise en charge dit « mono – pathologie ». Ainsi, les professionnels de santé ne peuvent pas proposer au patient multimorbide des programmes d'ETP dédiés à chacune de leurs pathologies puisque cela s'avèrerait contre-productif et cela reviendrait à fragmenter leurs soins (38).

Le programme d'éducation thérapeutique doit alors tenir compte des préférences du patient : c'est-à-dire de ses valeurs et de ses priorités. Cela donnera du sens à sa prise en charge et fera de lui un propre acteur de sa santé : le patient sera donc en mesure de « choisir, décider et/ou participer ».

De plus, ce programme doit expliquer le concept de décompensation (39) correspondant à « la rupture de l'équilibre physiologique d'un organisme due à la faillite des mécanismes de compensation qui empêchaient l'apparition des troubles fonctionnels ou métaboliques » afin de sensibiliser le patient au risque d'aggravation de ses pathologies chroniques et d'éviter toutes complications ou hospitalisations. Ainsi, éduquer le patient à reconnaître les prémices d'une décompensation (par exemple des difficultés respiratoires chez un insuffisant cardiaque) et lui expliquer comment maîtriser ses crises (en favorisant l'observance à ses traitements par exemple) permet d'agir au plus vite et d'éviter une aggravation de sa santé

pouvant être responsable d'une perte d'autonomie et d'une détérioration de sa qualité de vie.

Enfin, l'ETP doit s'adapter au parcours de soins du patient et doit prendre en compte toutes les transitions ville – hôpital ainsi que le nombre de professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge.

Le programme d'ETP doit donc s'adapter au profil de la polypathologie mais également aux besoins et aux attentes du patient tout en intégrant l'ensemble des acteurs de soins auxquels il a recours.

### **5.3. ETP et intérêts dans la prise en charge de la polypathologie**

Actuellement, peu d'études existent sur l'intérêt d'un tel programme d'ETP et sur le vécu des patients multimorbides. Il est donc difficile d'en démontrer les bienfaits et de le généraliser à tous les patients malades.

Toutefois, entre 2015 et 2016, une étude française (40) a été menée sur 47 patients polypathologiques (âge moyen : 66,5 ans). Ces derniers ont suivi un programme d'ETP polypathologique, puis ont répondu à des questionnaires fait avant et après leur participation au programme.

Après avoir suivi ce programme d'ETP, il a été mis en évidence que beaucoup plus de patients (45 patients contre 22 avant le programme) se préoccupaient de leur maladie. À la suite du programme, les patients étaient capables de reconnaître leurs pathologies et de les prioriser les unes par rapport aux autres. De plus, ce programme leur a permis de mieux assimiler les causes communes aux différentes pathologies comme le stress, le surpoids ou encore l'alimentation... Les patients ont aussi pu approfondir leurs connaissances sur le rôle des médicaments et ont pu avoir une prise de conscience vis-à-vis de leur alimentation – vigilance accrue vis-à-vis des sucres, graisses et du sel – et de la pratique d'une activité physique

régulière. Grâce à ces séances, plus de patients (+ 10 % par rapport au moment de l'inclusion) savent dorénavant vers quel professionnel de santé se diriger. Enfin, plus de patients acquièrent un sentiment de confiance, maîtrise et d'efficacité au regard de leurs traitements (à T1 : 37 patients avaient confiance en leur traitements et à T2 : 42 patients) et de leur capacité à gérer une crise (T1 : 23 patients et T2 : 35 patients).

Bien cette étude ait été menée sur un échantillon de petite taille, elle met en évidence que l'ETP est un atout majeur dans la prise en charge des patients polypathologique par son action pluridisciplinaire, centrée sur le patient et par l'acquisition de compétences transversales pour le patient.

# PARTIE II : TRAVAIL DE THÈSE

## I. OBJECTIFS DU TRAVAIL DE LA THÈSE

Dans l'Indre, l'association de santé DIAPASON 36 a mis en place depuis décembre 2019 un programme d'ETP accessible aux patients souffrant de polyopathie. Ce programme centre ses ateliers sur l'importance de connaître ses maladies, ses traitements mais aussi sur l'alimentation, l'activité physique et la gestion du stress.

Ce travail de thèse détaillera dans un premier temps l'activité de DIAPASON 36 et son programme d'ETP proposé par ce réseau dans l'Indre.

Dans un second temps, nous nous intéresserons à l'évaluation annuelle du programme réalisée dans le cadre de de cette thèse. Cette évaluation s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue du programme d'ETP, mettant en évidence ses forces et ses faiblesses, afin de rendre le programme plus efficient.

À la suite de cette évaluation et dans une troisième partie, nous nous intéresserons à la place que le pharmacien d'officine pourrait occuper dans ce programme. Une étude a été menée auprès des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine de l'Indre pour recenser leur opinion sur ce sujet.

Enfin, nous présenterons le guide et les procédures de prise en charge des patients polyopathologiques à destination des pharmaciens ont été élaborés dans le cadre de ce travail de thèse.

## **II. PRISE EN CHARGE DE LA POLYPATHOLOGIE PAR LE RÉSEAU DE SANTÉ DIAPASON 36**

### **1. Offre de soins dans le département de l'Indre**

#### **1.1. Etat des lieux**

Selon l'INSEE (41), l'Indre comptabilise 222 232 habitants en 2017 et enregistre une baisse de population d'au moins 0,6 % depuis 2012. Ce département est un territoire semi-rural hébergeant une population vieillissante (55 % de la population a plus de 45 ans en 2017 contre 50% en 2007) avec de faibles revenus – le taux de pauvreté est de 14,5 % des ménages fiscaux dont 25 % des concernés sont des jeunes de moins de 30 ans.

La mortalité prématurée (inférieure à 65 ans) est supérieure à la moyenne régionale et nationale. En 2020, environ 30 % de la population du département bénéficiait d'une ALD contre seulement 23 % au niveau national. De plus, on dénombre une polymédication continue chez les plus de 65 ans, soit 2 % au-dessus de la moyenne nationale (17,3 % pour le département contre 15,9 % au niveau national) (42).

Aux travers de ces données épidémiologiques et démographiques, l'Indre apparaît comme un département hébergeant une population vieillissante, souffrant de pathologies chroniques et d'une polymédication importante, accompagné d'une importante précarité financière.

#### **1.2. Offre de soins limitée**

L'ARS souligne au sein du département des inégalités médicales et paramédicales. En effet, seulement 140 médecins généralistes libéraux étaient actifs en 2019 (43). Cela revient à considérer un ratio de 64 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ratio en-dessous du ratio national : 97 généralistes pour 100 000 habitants. De plus, 62 % des généralistes ont plus de 55 ans et il y a très peu d'installations de jeunes médecins. Ainsi dans l'Indre, 25 000 à 30 000 personnes ne disposent pas de médecins traitants.

Cette difficulté d'accès aux soins est également retrouvée au sein des établissements de santé et médico-sociaux, mais également pour les médecins spécialistes libéraux, les infirmiers, les



chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes ou encore les psychomotriciens... Les services des urgences du département sont quant à eux saturés (43).

Par conséquent, une fracture est nettement perceptible entre les besoins de la population et l'offre de soins du département. La demande en soins dépasse l'offre de soins de l'Indre.

### 1.3. Dynamiques locales de santé

#### 1.3.1. Structures d'accueil locales

Pour pallier cette offre de soins limitée, des dynamiques locales se sont créées. La Figure 7 en illustre les principaux acteurs.



FIGURE 7- EXEMPLES DES DYNAMIQUES LOCALES MIS EN PLACE L'INDRE EN MATIÈRE DE SANTÉ.

### 1.3.2. Programmes d'ETP proposés dans l'Indre

Actuellement dans l'Indre, 11 programmes d'ETP sont autorisés par l'ARS au sein des établissements de santé du département (45). La répartition dans le département de ces programmes est représentée sur la Figure 8 :



FIGURE 8 - RÉPARTITION DES PROGRAMMES D'ETP AUTORISÉS DANS L'INDRE.

Le Groupement Hospitalier Territorial (GHT), a vu le jour en 2016, il correspond à un regroupement de 9 établissements de santé du département et il offre des Activités Éducative Ciblée Personnalisée (AECPP) aux patients. Sur le territoire, 26 offres d'AECPP sont proposées par le GHT, leur répartition est illustrée par la Figure 9. L'AECPP est un apprentissage ponctuel

qui permet au patient d'acquérir une compétence précise (exemple : apprentissage de l'autosurveillance de la glycémie), elle diffère de l'ETP en termes de durée et d'investissement du patient et du professionnel de santé.



FIGURE 9 - RÉPARTITION DES AECP PROPOSÉES PAR LE GHT DE L'INDRE.

Des AECP sont également proposés en ville par différentes entités (45) :

- le dispositif SOPHIA de la CPAM de l'Indre permet un accompagnement téléphonique des adultes atteints d'asthme ou de diabète de type 2 ;
- le dispositif ASALÉE qui a pour but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par une collaboration infirmiers – médecins généralistes. Dans l'Indre, 10 infirmières ASALÉE travaille avec 34 médecins généralistes ;

- le réseau de santé DIAPASON 36 engagé dans le suivi et l'accompagnement des patientes atteintes de diabète gestationnel par télésurveillance et aussi dans le suivi et la pose de capteur de glucose interstitiel.

Depuis décembre 2019, en plus de ces offres, le réseau de santé DIAPASON 36 a développé un programme d'ETP pour les patients souffrant de plusieurs pathologies chroniques : « programme d'ETP pluripathologie ».

## **2. Association DIAPASON 36**

DIAPASON 36 est une association créée en 2009 dans l'Indre. Elle fonctionne comme un réseau de soins. Par définition, les réseaux de santé ont pour objectif de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ces réseaux assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique » (44). Il est constitué « de professionnels de santé libéraux, de médecins du travail, d'établissement de santé, de centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que de représentants des usagers » (44).

DIAPASON 36 est une association de quatre médecins, deux infirmiers, quatre diététiciens et d'une secrétaire. Actuellement, les missions proposées sont la réalisation de divers programmes d'ETP – pour les patients pluripathologiques, diabétiques et les patients souffrant d'obésité – mais aussi le dépistage des complications du diabète et la coordination départementale de l'ETP. De plus, un programme dénommé RE-MED, mis en place en 2019, permet d'accompagner les patients en rupture de soins n'ayant pas de médecin traitant à en trouver un.

### **3. Programme d'ETP polypathologie proposé par DIAPASON 36**

#### **3.1. Déroulement d'un programme d'ETP**

Un programme d'ETP se structure en quatre étapes (45) :

- **Élaboration d'un diagnostic éducatif** : étape indispensable à la connaissance du patient, de ses besoins et de ses attentes ainsi qu'à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir tout en tenant compte de ses priorités. Au cours de cette étape, le professionnel de santé identifie la réceptivité du patient au programme d'ETP.
- **Choix d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage** : cette étape a lieu à la fin du diagnostic éducatif et consiste à définir avec le patient les compétences d'autosoins et d'adaptation à acquérir au regard de ses objectifs. Ainsi, le professionnel de santé pourra avec le patient planifier son programme d'ETP.
- **Planification et mise en œuvre des séances d'ETP collective et / ou individuelle ou en alternance** : il s'agit de la participation par le patient des séances d'ETP correspondant à ses besoins.
- **Réalisation d'une évaluation individuelle de l'ETP** : cette évaluation se réalise à la fin de l'offre d'ETP mais peut aussi avoir lieu à tout moment si le professionnel de santé le juge nécessaire ou à la demande du patient. Il permet de mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient, d'actualiser son diagnostic éducatif et de partager le résultat avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Si nécessaire, une nouvelle offre d'ETP tenant compte des données du suivi de la maladie chronique et des souhaits du patient pourra lui être proposée.

#### **3.2. Programme d'ETP polypathologie de DIAPASON 36**

##### *3.2.1. Objectifs du programme*

Ses objectifs sont de prendre en compte la totalité des besoins en ETP de la personne, de lui proposer un programme d'ETP transversal et de proximité ainsi que de l'orienter vers des programmes monothématiques.

Un tel programme peut constituer une porte d'entrée notamment pour les patients sans médecin traitant et par conséquent, il augmente le nombre de bénéficiaires d'une offre d'éducation personnalisée, graduée et coordonnée sur les territoires de proximités.

Cet ETP permet donc :

- de centrer davantage l'offre éducative sur les besoins du patient en l'abordant de façon globale, en tenant compte de son environnement, de l'ensemble de ses problèmes de santé et de leurs interactions
- de personnaliser et d'adapter les apprentissages à son état de santé global et à ses pathologies, notamment les conseils nutritionnels, d'activité physique, de traitement et de gestion des crises qui peuvent être contradictoires d'une pathologie à l'autre (ex : prise de corticoïde chez un patient asthmatique mais qui souffre également de diabète).

### *3.2.2. Critères d'inclusion des patients*

Les patients participant au programme doivent bénéficier à minima d'une ALD ou souffrir d'obésité (priorité régionale). Ils peuvent être pris en charge dès l'âge adulte. De plus, tous les professionnels de santé peuvent orienter le patient vers ce programme. Ainsi, même les patients sans médecin traitant peuvent assister à ce programme.

### *3.2.3. Conduite du diagnostic éducatif*

Avant de commencer le diagnostic éducatif, les patients sont préalablement adressés par le médecin traitant (ou tout autre professionnel de santé si le patient n'en a pas) à DIAPASON 36 grâce au volet médical d'orientation (ANNEXE 1). La secrétaire du réseau de santé, une fois le volet d'orientation rempli, envoie par e-mail plusieurs formulaires (ANNEXE 2, ANNEXE 3 et ANNEXE 4) devant être remplis et renvoyés par le patient avant la réalisation du diagnostic éducatif dans le but d'évaluer le patient sur différents critères : les pathologies chroniques dont il est atteints, son niveau de précarité (grâce au score EPICES – cf partie IV.3.4.2), l'estime qu'il a de sa santé (grâce au score de DUKE - cf partie IV.3.4.3), . Ces documents (ANNEXE 2,

ANNEXE 3 et ANNEXE 4) permettent aux professionnels de santé de préparer le diagnostic éducatif. Il est également envoyé une demande de consentement aux patients (ANNEXE 5).

Une fois le dossier du patient complété, le diagnostic éducatif peut se dérouler en distanciel. Cet entretien d'une durée d'une heure, débute par une prise en compte de la globalité du patient. Ensuite, prend place une discussion se concentrant sur ce qui, du point de vue du patient, complique sa prise en charge et nuit à sa qualité de vie. Ces informations recueillies permettent de remplir le bilan personnalisé initial (ANNEXE 6).

À la fin de l'entretien et aux regards des informations obtenues, l'éducateur élabore le plan personnalisé de santé (ANNEXE 7) dans lequel est retrouvé de façon synthétique l'identité du patient, ses pathologies mais surtout le parcours éducatif du patient à venir, les observations faites sur la gestion de ses maladies et ses objectifs de santé.

Grâce au projet RE-MED, les patients ne disposant pas de médecin traitant peuvent également être adressés à DIAPASON 36 par d'autres professionnels de santé comme les pharmaciens. Il est alors demandé aux patients de transmettre au secrétariat leurs dernières ordonnances, leurs bilans biologiques ainsi que leur dossier médical.

Suite à la crise sanitaire de la COVID-19, le réseau de santé DIAPASON 36 a su adapter son activité et a ainsi pu maintenir ses missions d'accompagnement et d'éducation thérapeutique grâce aux visioconférences et appels téléphoniques des patients.

#### *3.2.4. Différents ateliers proposés*

Le programme d'ETP pluripathologie proposé par DIAPASON 36 se décompose en plusieurs thématiques et chacune d'entre elles contient un ou plusieurs ateliers. Ce programme accueille tous types de patients quel que soit son âge et le type et le nombre de ses pathologies. Il s'agit d'un programme transversal qui convient à tous types de pathologie

chronique. Ainsi le patient suit uniquement l'atelier répondant à ses problématiques de santé et pourra être dirigé, par la suite si cela est nécessaire vers d'autre programme d'ETP.

#### 3.2.4.1. Thématique « Maladie »

Cette thématique se déroule en deux ateliers comptant au maximum six participants. Ces séances peuvent être menées par un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'État (IDE) ou un médecin. Elles ont une durée d'environ une heure. Elles se déroulent dans les locaux de DIAPASON 36 ou en visioconférence.

Le premier atelier s'intitule « Ma vie, mes maladies ». Ses objectifs sont de faire connaître aux patients l'origine de leurs maladies et d'en établir un lien avec leur mode de vie. À travers cet atelier, chaque patient inscrit sur des post-it les pathologies dont ils souffrent et à la suite de ce métagplan, les patients vont devoir positionner, de façon collective, leurs post-it sur un poster du corps humain. Le but de cette démarche est de mettre en évidence un lien entre les maladies et les organes impliqués dans leurs pathologies. Il leur est demandé ensuite d'identifier les facteurs de risque associés à ces maladies. Une fois cette étape réalisée, un brainstorming prend place autour de la question : « comment puis-je agir sur mes maladies ? ». L'animateur doit alors orienter les réponses sur l'alimentation, l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. Ce premier atelier se termine par la distribution d'un livret contenant des illustrations du corps humain sur lesquelles le patient doit indiquer ses maladies avec ses facteurs favorisants (ex : mauvaise alimentation, stress, sédentarité). L'animateur conclut en demandant aux patients ce qui peut être modifié dans leur quotidien pour améliorer leur état de santé et sur ce qu'ils sont prêts à faire, aux vues de leur réponses, pour améliorer leur santé.

Le deuxième atelier s'intitule « Je gère mon parcours de santé ». Il incite les patients à devenir acteurs de leur santé et à favoriser la communication du malade auprès de son entourage et des professionnels de santé qui le suivent. Cet atelier consiste à lire l'histoire d'un patient et



de ses mésaventures. Ensuite, le patient est invité à y réagir en listant les actions que le personnage aurait pu entreprendre pour éviter ces complications.

#### *3.2.4.2. Thématique « Autosurveillance »*

Il s'agit d'un atelier (mené par un médecin ou une IDE) au cours duquel un groupe de six patients apprend à utiliser et interpréter correctement les appareils d'autosurveillance. Les patients utilisent au cours de cet ateliers un auto-tensiomètre (pour comprendre l'intérêt de suivi de la tension et du lien avec les traitements qui influent dessus), un appareil de glycémie (pour apprendre à mesurer sa glycémie et à la contrôler au moment opportun), un podomètre (pour visualiser son activité au cours de la journée), une balance ainsi qu'une explication de l'Indicateur de Masse Corporelle (IMC). À la fin de cette séance, l'animateur distribue un livret aux patients dans lequel ils devront se fixer des objectifs d'autosurveillance.

En suivant cette séance, le patient connaîtra les surveillances spécifiques à ses pathologies et le rythme de surveillance à adopter pour les gérer et les maîtriser. Le patient saura comment recueillir et interpréter ses résultats, et agir de façon efficiente en fonction d'eux. Pour le patient, mesurer et comprendre ces surveillances instaurera une meilleure communication avec les professionnels de santé qui le suivent.

#### *3.2.4.3. Thématique « Alimentation »*

Ce thème est abordé par un diététicien et se déroule en atelier d'une durée d'une heure par groupe de six patients. Le premier atelier a pour objectif de reprendre avec les patients les différents groupes d'aliments et d'apprendre au patient à équilibrer au mieux son assiette au cours des repas.

Au cours du deuxième atelier, les patients rapportent des emballages alimentaires qu'ils consomment régulièrement. L'objectif est alors d'examiner leurs consommations pour y identifier les éléments importants à contrôler : le sucre, les matières grasses, le sel... À la fin

de cet atelier, le professionnel de santé distribue aux patients un document de synthèse sur l'ensemble des informations nutritionnelles importantes.

Au cours du troisième atelier, les patients sont invités à cuisiner. L'objectif de cet atelier est de sensibiliser les patients à cuisiner différemment et à modifier si nécessaire une recette en gardant la même saveur tout en limitant les glucides et les lipides. Pendant la préparation, l'animateur décortique avec eux les compositions des aliments qu'ils consomment pour faire rappeler les notions vues durant l'atelier précédent.

Cette thématique se termine sur un atelier dédié à la découverte des saveurs. Cet atelier permet aux patients de ressentir la stimulation de tous leurs sens et d'en comprendre l'importance au cours des repas. Au cours de cet atelier, le patient est invité à toucher, sentir, croquer et manger des aliments en décrivant ses sensations.

#### 3.2.4.4. *Thématique « Traitements »*

Au cours de cet atelier d'une heure, le médecin en charge de l'atelier demande au patient d'établir, grâce à une carte conceptuelle (schéma permettant d'établir une relation entre un concept et des idées), un lien entre ses traitements et ses maladies. Par la suite, l'animateur amène les patients à réfléchir sur la question : « Comment améliorer sa prise médicamenteuse et se mettre en sécurité ? ».

Le message clé de cette séance est de mieux connaître son traitement pour mieux y adhérer et mieux l'adapter à son mode de vie et à ses pathologies. À la fin de la séance, le patient aura identifié les freins et les leviers pour une prise régulière et sécurisée de ses traitements et saura à quel moment et auprès de quelle personne donner l'alerte si nécessaire lorsque sa santé se dégrade.

#### *3.2.4.5. Thématique « Stress »*

Il s'agit de séances individuelles, d'une durée de 30 min à 1h, au cours desquelles le patient analyse avec l'IDE les situations stressantes auxquelles il est confronté puis identifie des solutions. Un suivi sur la mise en place de ses solutions est instauré à l'issue de ces séances. Au bout de trois mois, un bilan tient lieu sur l'atteinte de ses objectifs.

### **3.3. Réalisation de l'ETP polypathologie pendant la crise sanitaire du COVID – 19**

La crise sanitaire du COVID-19 a demandé à DIAPASON 36 de nombreuses adaptations pour la réalisation des ateliers d'ETP. Ainsi, grâce à la plateforme BARNABÉ.io, les patients ont pu suivre les divers ateliers d'ETP par visioconférence. Pour les patients ne disposant pas d'ordinateur, de tablette ou de smartphone, l'association a réalisé des appels téléphoniques.

Pour la réalisation des ateliers les patients disposent de supports envoyés par mail avant la séance par DIAPASON 36 et chaque patient utilise son propre matériel d'automesure. L'éducateur adapte la séance en fonction des outils disponibles.

### **3.4. ETP polypathologique : une porte d'entrée à l'éducation thérapeutique du patient**

Comme vu précédemment, la prise en charge d'un patient polypathologique passe par la prise en compte de ses besoins et de ses objectifs. Le patient étant un acteur de sa santé, il faut prendre en compte ses besoins spécifiques. Ainsi, au cours de ce programme d'ETP, l'éducateur peut diriger le patient vers des programmes d'ETP plus spécifiques répondant davantage à ses problématiques.

### III. EVALUATION ANNUELLE DU PROGRAMME D'ETP POLYPATHOLOGIE PROPOSÉ PAR DIAPASON 36

#### **1. Intérêts d'une évaluation annuelle**

Cette évaluation est effectuée par les intervenants et coordonnateurs du programme d'ETP. Son objectif est de prendre des décisions pour améliorer la qualité du programme et de l'ajuster tout au long de sa mise en œuvre. Elle repose sur une analyse qualitative et quantitative des points forts et des points faibles du programme d'ETP (47).

L'évaluation annuelle repose sur une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ainsi, elle permet à l'équipe de DIAPASON 36 d'analyser la mise en œuvre de leur programme d'ETP et leurs pratiques. Cette évaluation, réalisée dans le cadre de cet écrit, permettra de réaliser in fine l'évaluation quadriennale du programme : elle a pour objectif de déterminer si ce programme fonctionne bien dans son ensemble pour décider de sa poursuite, sinon, le cas échéant, de sa réorientation ou de son arrêt (47).

#### **2. Méthodes d'évaluation**

Le programme d'ETP pluripathologique a été lancé en décembre 2019. L'évaluation est réalisée sur la période de décembre 2019 à novembre 2020. A la fin de l'année 2020, l'association a connu un changement de support pour inclure de nouveaux patients et des dossiers informatisés sur un logiciel métier (en cours d'élaboration) permettant à l'équipe de requêter d'autres indicateurs qui ne sont recensés pas dans cet écrit.

##### **2.1. Informations à disposition**

Ces différentes données ont pu être extraites des différents documents remplis par l'éducateur (ANNEXE 7, ANNEXE 6) et le patient (ANNEXE 2, ANNEXE 3, ANNEXE 4) au cours du programme.

Dans un second temps, une synthèse de ces documents a été réalisée sur :

- les informations personnelles du patient (âge, sexe, pathologies, antécédents) fournies par le document d'orientation médicale,
- le Plan Personnalisé de Santé (PPS) réalisé après le diagnostic éducatif,
- des différents scores calculés au cours du diagnostic éducatif

## **2.2. Réalisation de l'évaluation quantitative**

### *2.2.1. Composantes étudiées*

L'équipe a choisi d'axer son évaluation quantitative sur le nombre de patients participant au programme, sur les pathologies dont ils souffrent. Cette analyse s'est intéressée au niveau socio-économique des patients inclus dans le programme d'ETP grâce à l'analyse des score EPICES et de DUKE. Pour finir, cette analyse se termine par le nombre d'ateliers réalisés.

### *2.2.2. Méthodes de calculs des différents scores*

Les auto-questionnaires du type DUKE (ANNEXE 4) et EPICES (ANNEXE 2) ainsi que les évaluations de la gestion de crise et de l'élaboration d'un projet de vie (ANNEXE 6) permettent de sonder les répercussions des différentes maladies du patient dans la gestion de son quotidien. Cela permet d'estimer la qualité de vie du patient avec ses maladies. Biologiquement, cette notion est difficilement mesurable. Ces supports permettent d'évaluer les compétences psychosociales des patients.

Afin d'identifier le profil des patients dans le cadre de ce travail, l'équipe a analysé les questionnaires remplis par les patients avant la réalisation du diagnostic éducatif. À partir de leurs réponses, l'éducateur calcule le score EPICES (ANNEXE 2) pour mesurer le taux de précarité des patients et les scores de DUKE (ANNEXE 4) correspondant à 10 sous-scores : le score de santé physique, santé mentale, santé sociale, santé générale, santé perçue, estime de soi, anxiété, dépression, douleur et incapacité.

### 2.2.2.1. Autoévaluation du patient sur la gestion de ses maladies et ses traitements

Pour préparer le diagnostic éducatif, le patient effectue différentes autoévaluations (ANNEXE 3). Parmi elle, il est demandé au patient de noter sur 10 son niveau de confiance pour diverses situations avec 1 signifiant un « manque total de confiance » et 10 comme le « niveau de confiance maximal ». Les questions portent sur :

- la réalisation régulière de son suivi médical,
- la gestion de ses traitements,
- les actions qu'il peut entreprendre pour contrôler ses maladies et ses crises (autre que ses traitements prescrits),
- les connaissances dont il dispose sur ses maladies.

### 2.2.2.2. Score EPICES

Ce score est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportements et de santé des patients (48). Pour calculer ce score, le patient doit répondre à l'intégralité des questions présentes dans l'ANNEXE 2. Ce score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). La Figure 10 illustre la méthode de calcul :

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) <sup>1</sup> ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants	-9,47	0
10	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?	-7,10	0
constante		75,14	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées. Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Exemple : Pour une personne qui a répondu oui aux questions 1, 2 et 3, et non aux autres questions  
 $EPICES = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$

1. La réponse à la question est oui pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)

FIGURE 10 - MESURE DU SCORE EPICE.

#### 2.2.2.3. Score de DUKE

Le score de DUKE (ANNEXE 4) est obtenu à partir de sous-scores. Leur somme indiquera le score de la qualité de vie du patient. Ce score détaille la perception que le patient a sur différents aspects de sa santé, il est obtenu par un questionnaire dont les réponses sont notées 0 (pour non), 1 (pour c'est à peu près mon cas) ou 2 (pour oui) selon leur qualité croissante en termes de santé.

Pour chaque score voici les calculs à réaliser (49) :

- Le score de santé physique s'obtient par la somme des points obtenus questions 8, 9, 10, 11, 12 de l'ANNEXE 4
- Le score de santé mentale s'obtient par la somme des points obtenus aux questions 1, 4, 5, 13 et 14 de l'ANNEXE 4
- Le score de santé sociale s'obtient par la somme des points obtenues aux questions 2, 6, 7, 15 et 16 de l'ANNEXE 4
- Le score de santé générale s'obtient en divisant par 3 la somme des points obtenues aux trois scores ci-dessus
- Le score de santé perçue s'obtient en multipliant par 5 les points obtenus à la question 3 de l'ANNEXE 4
- Le score d'estime de soi est la somme des points obtenus aux questions 1, 2, 4, 6 et 7 de l'ANNEXE 4
- Le score d'anxiété s'obtient en multipliant 100/12 à la somme des points obtenus aux questions 2, 5, 7, 10, 12 et 14 de l'ANNEXE 4
- Le score de dépression est la somme des points obtenus aux questions 4, 5, 10, 12 et 13 de l'ANNEXE 4
- Le score de douleur s'obtient en multipliant par 5 les points obtenus à la questions 17 de l'ANNEXE 4

Le score de qualité de vie correspond à la somme de ces différents sous score. C'est un score exprimé en pourcentage (un score de 100% signifie une qualité de vie perçue comme excellente). Ce score permet de calculer le niveau de la qualité de vie estimé par le patient.

### *2.2.3. Finalités de l'étude quantitative*

Son objectif est de savoir si cet ETP rend accessible des soins de premiers recours à de nombreux patients, en particulier aux patients présentant des difficultés d'accès au soin, d'observance de leurs traitements et/ou d'un niveau socio-économique précaire. De plus, elle quantifie le nombre d'ateliers d'ETP réalisés.

## **2.3. Evaluation qualitative**

Pour l'analyse qualitative, l'équipe s'est intéressée :

- aux connaissances que le patient estime avoir sur ses traitements, ses maladies, et son suivi médical grâce à l'autoévaluation faite par le patient avant le diagnostic éducatif,
- à la réalisation ou non d'une orientation (mentionnée dans le PPS) du patient vers un autre programme d'ETP plus spécifique et répondant plus précisément à la demande du patient (ex : orientation d'un patient vers l'ETP diabète car il ne sait pas contrôler sa maladie),
- aux acteurs de santé orientant les patients vers l'association DIAPASON 36 grâce à l'analyse du volet d'orientation médicale,
- à la mise en place et la nature d'une coordination de soins pour ces patients,
- à la prise en charge par le programme RE-MED de DIAPASON 36 des patients sans médecin traitant,
- à la rédaction d'objectifs par le patient à son entrée dans le programme en coopération avec l'éducateur dans le bilan initial personnalisé de son parcours d'ETP.

L'évaluation annuelle comprend également la mise en évidence, au cours d'une réunion d'équipe, des points forts et des points faibles de ce programme d'ETP par les éducateurs de DIAPASON 36 pour l'optimiser, s'inscrivant donc dans une démarche d'amélioration continue.



### **3. Présentation des résultats de l'évaluation quantitative**

#### **3.1. Effectif et profils des patients admis dans le programme**

Le programme d'ETP pluripathologie a accueilli 157 patients sur la période de décembre 2019 à novembre 2020. Sur ces 157 patients, 91 d'entre eux souffraient de plusieurs ALD : cela représente plus de 58 % des patients admis. Parmi l'ensemble des patients, 117 femmes et 40 hommes sont recensés. L'âge moyen de la population polypathologique était de 48 ans : le patient le plus jeune avait 25 ans et le plus âgé a 86 ans. En moyenne, les patients pluripathologiques souffraient de 3 pathologies (moyenne à 2,6 de pathologies par patient).

#### **3.2. Situation socio-économique des patients admis**

##### *3.2.1. Score EPICES*

Suite à l'analyse des scores EPICES des 157 patients du programme d'ETP, il est observé que le score EPICES moyen est de 32 avec une médiane à 30 et un minimum de 0, sachant que le seuil de précarité a été fixé à 30 (48). L'étude permet donc d'établir que 50% des patients présentent une situation de précarité.

##### *3.2.2. Score de DUKE*

Une fois les formulaires des patients synthétisés, les résultats suivants sont obtenus :

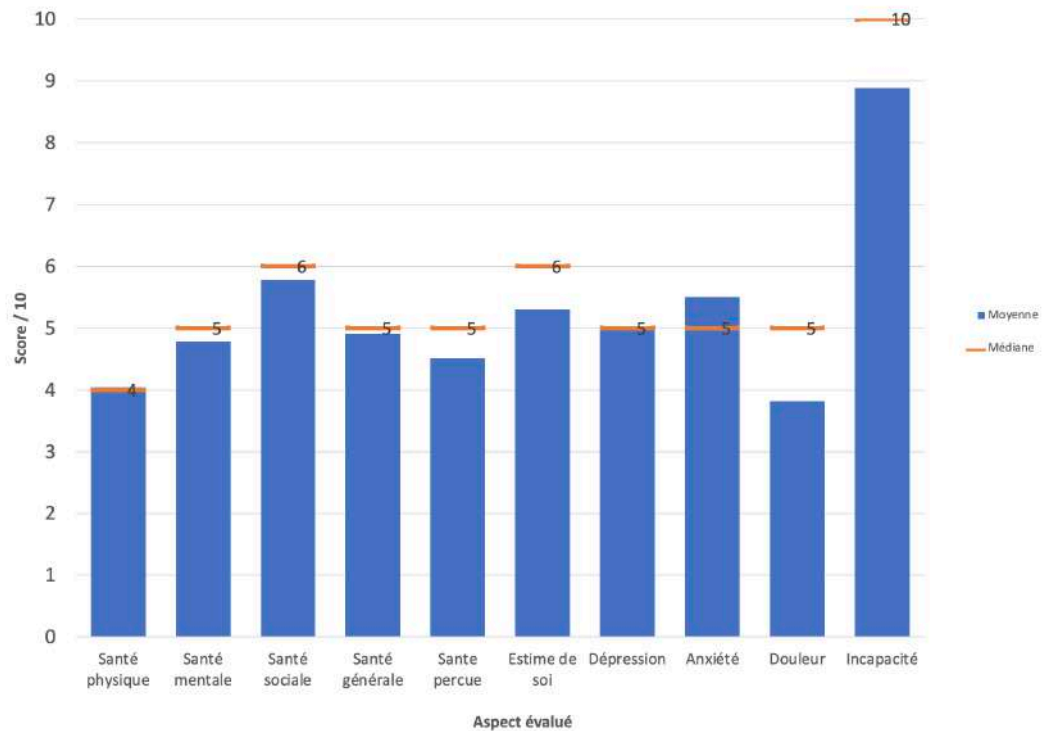


FIGURE 11 - MOYENNE ET MÉDIANE DES SCORES DU PROFIL DE SANTE DE DUKE.

Plus les scores se rapprochent de 10 et meilleure est la perception d'une bonne santé.

Dans cette étude, il est observé que les scores moyens de santé physique, mentale et notamment de la santé générale sont en dessous de 5. De plus, le score moyen de dépression et d'anxiété ne dépasse pas 5,5 sur 10 et celui de la douleur est en dessous de 4. Ainsi, la majorité des patients estime que la perception de leur santé n'est pas satisfaisante. En revanche, le score de perception d'incapacité moyen est satisfaisant (proche de 9/10).

### 3.2.3. Score de qualité de vie estimé par les patients

Pour les patients de l'étude, il est constaté que :

- la moyenne du score de qualité de vie est évaluée à 53% qui correspond à une qualité de vie perçue comme moyennement satisfaisante
- le score le plus faible est de 25 %,
- 50 % des patients ont un score de qualité de vie en dessous de 53 % : plus de la moitié des patients estiment avoir une qualité de vie moyenne voir en dessous de la moyenne.

### 3.3. Différentes pathologies chroniques dont les patients admis souffraient

Le nombre de patients atteints par des pathologies chroniques et la nature de ces pathologies sont illustrées sur la Figure 12 :

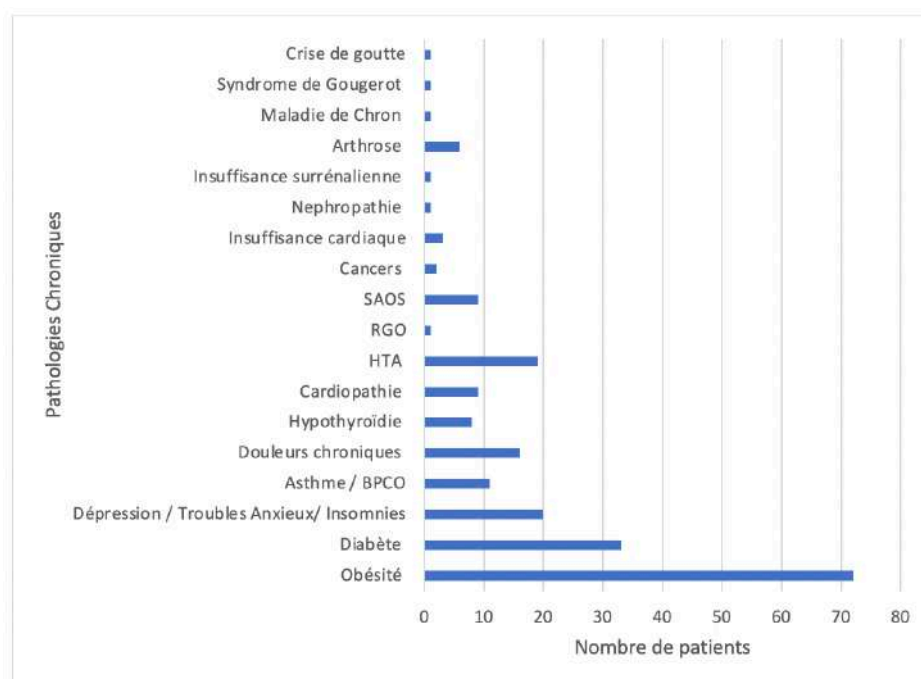


FIGURE 12 - RECENSEMENT DES PATHOLOGIES CHRONIQUES ET DU NOMBRE DE PATIENTS PLURIPATHOLOGIQUES DANS LE PROGRAMME D'ETP.

Les pathologies les plus rencontrées dans ce groupe de patients sont : l'obésité (plus de 46 % des patients), le diabète (21%), la dépression / les troubles anxieux / l'insomnie (13%) et l'HTA (12%). Les autres pathologies sont présentes chez moins de 5% des patients.

### 3.4. Nombre d'ateliers réalisés

Sur l'année 2020, 86 ateliers d'ETP ont été proposés dont 14 en présentiel ayant eu lieu uniquement en début d'année. Suite à l'annonce du confinement lié à la COVID-19, l'équipe pluridisciplinaire s'est adaptée et a proposé de l'e-ETP : atelier d'ETP à distance. Sur la période de décembre 2019 à novembre 2020, 72 séances d'e-ETP ont été réalisées.

Sur les 157 patients, 144 d'entre eux ont participé aux ateliers, soit une moyenne de 2,04 patients/atelier (minimum : 1 participant/séance et maximum : 6 participants/séance).

La crise sanitaire du COVID 19 a contraint DIAPASON 36 à adapter ses ateliers afin d'en garantir leur continuité.

Les ateliers proposés durant cette période étaient :

- « Mes maladies »
- « Je me surveille »
- « Mon alimentation et mes activités physiques »
- « Mes traitements »
- « Les bons gestes pour contrôler ma maladie »
- « Gestion de mes crises »

Le nombre de patients ayant réalisé ces ateliers est représenté par le Tableau 5 :

<b><u>Types d'ateliers</u></b>	<b><u>Nombre de patients participants</u></b>
Gestion des crises	7
Gestion des traitements	13
Diététiques	123
Maladies	23
Autosurveillance	14
Gestuelle	10

TABLEAU 5 - NOMBRE DE PATIENTS PRÉSENTS PAR ATELIERS D'ETP RÉALISÉS

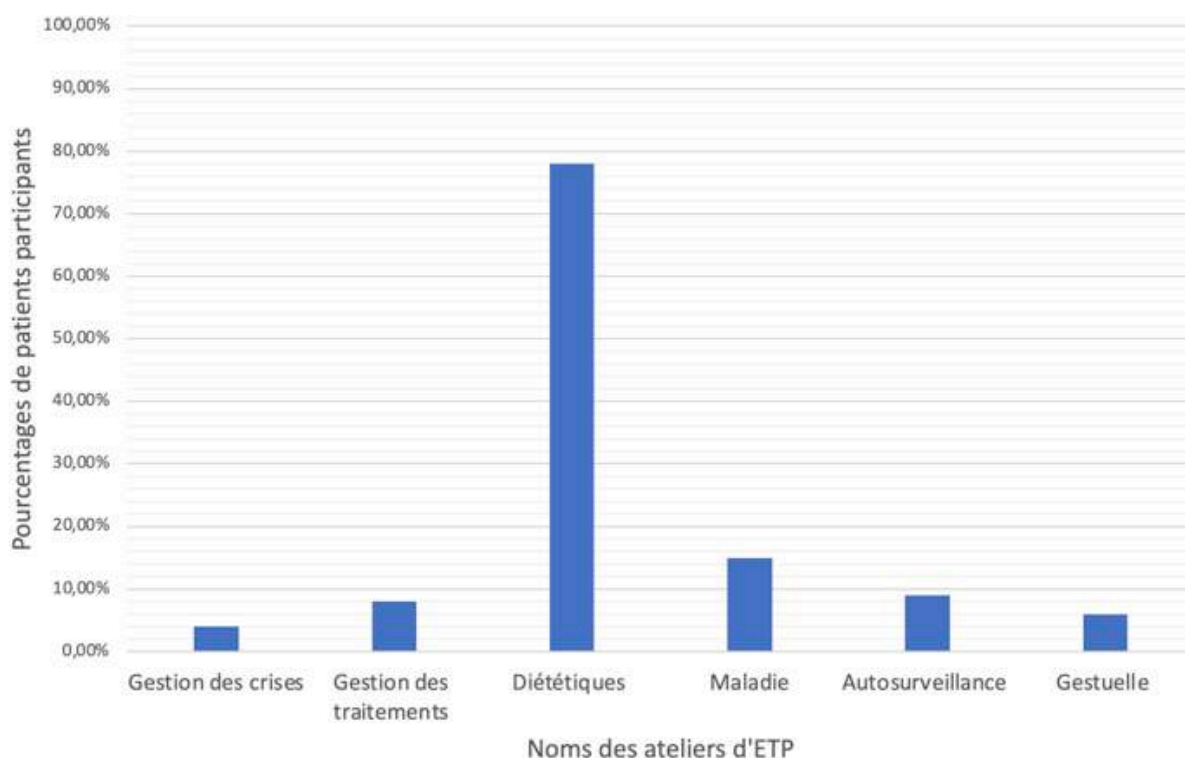
En rapportant ces effectifs sur l'ensemble des patients inclus dans le programme d'ETP, cela donne :

FIGURE 13 - POURCENTAGE DE PATIENTS AYANT RÉALISÉ LES ATELIERS DE L'ETP PLURIPATHOLOGIE.

La majorité des patients (78%) de ce programme a suivi des ateliers de diététique.

En revanche, peu de patients (moins de 20 %) ont actuellement assisté aux autres ateliers. Ce score plus faible peut s'expliquer par l'annonce du confinement suite à la crise sanitaire de la COVID-19 mais aussi, par le fait qu'il s'agit d'un programme qui a été lancé il y a moins d'un an. De plus, le programme pluripathologie de DIAPASON 36 est un programme qui s'adapte au patient : le patient participe seulement aux ateliers répondant à ses problématiques de

santé.



## 4. Présentation des résultats de l'évaluation qualitative

### 4.1. Résultats de l'autoévaluation des patients

Suite à l'étude, l'analyse de ces autoévaluations révèle les scores moyens suivants :

Auto-évaluation	Moyenne des scores / 10	Médiane des scores / 10
Gestion des traitements	8,2	10
Connaissances sur ses maladies	8,3	10
Réalisation d'un suivi médical	7,7	10
Gestion des crises	8,1	10

TABEAU 6 – SCORES MOYENS DES AUTOÉVALUATIONS DES PATIENTS.

Au vu des scores moyens obtenus lors de ces autoévaluations, il apparaît que les patients considèrent la maîtrise de leurs maladies, leurs suivis médicaux, traitements et la gestion de leurs crises comme satisfaisantes. Il est observé que le score moyen le plus faible est celui de la réalisation d'un suivi médical.

Cependant, il est nécessaire de nuancer ces résultats puisqu'en analysant les scores de chaque patient admis, il est observé que concernant :

- les connaissances sur ses maladies : 27 % des patients ont un score inférieur ou égal à 5,
- la réalisation d'un suivi médical : 36 % des patients ont un score inférieur ou égal à 5,
- la gestion des traitements : 23 % des patients ont un score inférieur ou égal à 5,
- la gestion des crises : 32 % des patients ont un score inférieur ou égal à 5.

De plus, ces résultats peuvent nuancer par rapport aux scores de DUKE et EPICES précédemment évoqués (cf. partie IV. 3.2).

#### 4.2. Profil des professionnels de santé orientant les patients vers le programme d'ETP

Le demandeur d'un programme d'ETP pour un patient est identifié grâce au volet d'orientation (ANNEXE 1) rempli avant l'admission du patient dans le programme.

Les différents professionnels de santé orientant les patients vers le programme d'ETP pluripathologie sont listés dans la Figure 14 :

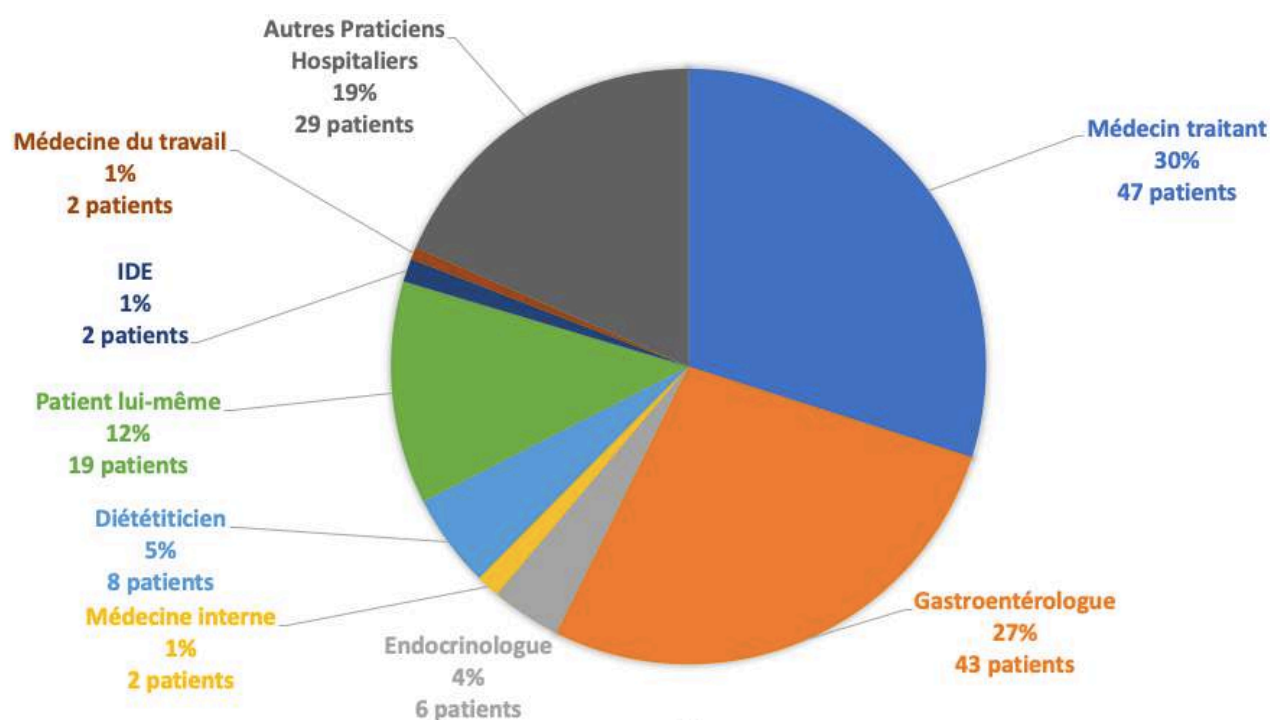


FIGURE 14 - PROPORTIONS DES DIFFÉRENTES PROFESSIONS MÉDICALES ORIENTANT LES PATIENTS VERS LE PROGRAMME D'ETP.

En analysant chacun des courriers d'orientation de ces patients, il apparaît que 30 % des patients ont été orientés par leur médecin traitant et que 51 % des patients ont été orientés par des spécialistes dont majoritairement des gastroentérologues (représentent presque  $\frac{1}{4}$  des orientations). Enfin, 12 % des patients se sont « autodirigés » (sans l'intervention d'un professionnel de santé) vers DIAPASON 36 pour entrer dans le programme d'ETP.

#### **4.3. Nombre de patients dirigés par la suite vers un programme d'ETP plus spécifique**

Afin de savoir si une orientation du patient vers un programme d'ETP a été faite, il est nécessaire d'analyser son plan personnalisé de soin (ANNEXE 7) rédigé à la suite du diagnostic éducatif.

Sur les 157 patients, 84 patients ont bénéficié d'une orientation vers un nouveau programme d'ETP spécialisé soit dans le diabète pour 25 patients (soit 30 % des patients inclus dans le programme d'ETP), l'obésité pour 58 patients (soit 69%) ou l'insuffisance cardiaque pour 1 patient (soit 1%).

#### **4.4. Réalisation d'une coordination de soin vers un professionnel de santé**

Pour rappel, la coordination de soin est définie comme l'action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins ayant pour but d'organiser une meilleure prise en charge du patient (31).

La coordination de soin est réalisée, si nécessaire, à la suite du diagnostic éducatif. Sa mise en place est énoncée dans le plan personnalisé de santé (ANNEXE 7).

Pour les patients inclus dans le programme, plusieurs types de coordinations ont été observés. Selon les besoins de chaque patient, une orientation médicale, une organisation de suivi médical et/ou une programmation de diagnostic (détection de troubles de rythme, d'apnée du sommeil, troubles endocrinien, présence d'handicaps...) ont pu être mis en place. Les différents types de coordination concernant les 157 patients admis dans le programme sont recensés sur la Figure 15:



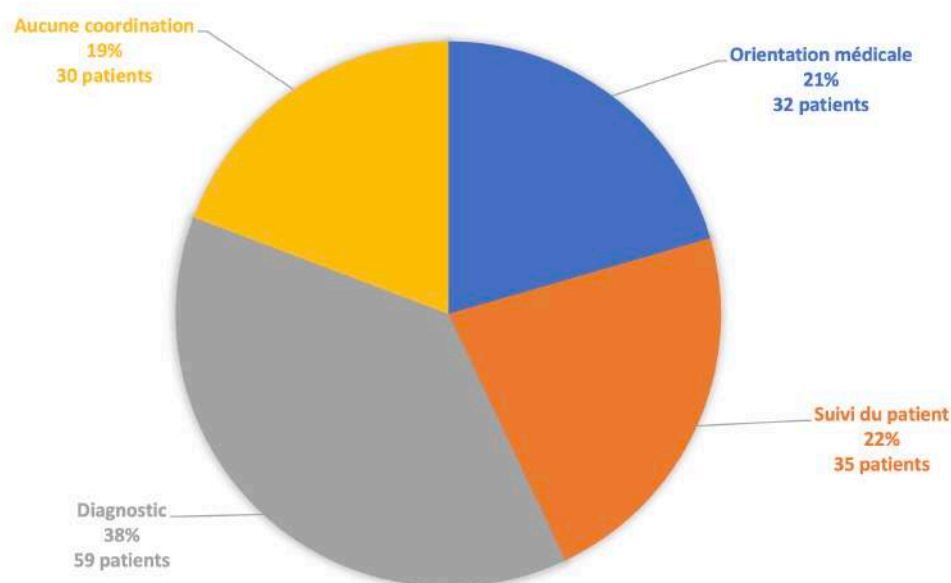


FIGURE 15 - COORDINATIONS MÉDICALES RÉALISÉES AU COURS DU PROGRAMME D'ETP.

Ainsi, 81 % des patients ont bénéficié d'une coordination médicale. La programmation de diagnostic est la coordination majoritairement réalisée (38 %). Les deux autres types de coordination représentent 25 % des cas.

#### 4.5. Nombre de patients inclus dans le programme RE-MED

Pour rappel, le programme RE-MED est un programme permettant de trouver un médecin traitant aux patients en rupture de soins. Ce programme est initié, si besoin, à l'entrée du patient dans son parcours d'ETP et est notifié dans son plan personnalisé de santé (ANNEXE 7).

Parmi les 157 patients du programme, 30 patients ont été identifiés comme « sans médecin traitant » parmi les patients admis dans le programme d'ETP pluripathologie. Seulement 16 d'entre eux (soit 53%) ont pu bénéficier du programme RE-MED. Ceci est lié à la complexité, pour DIAPASON 36, de trouver des médecins généralistes volontaires pour accepter de nouveaux patients et devenir leur médecin traitant.

#### 4.6. Mise en place d'objectifs par le patient au cours du diagnostic éducatif

Suite à la réalisation du diagnostic éducatif et des divers ateliers d'ETP, les patients émettent ou non des objectifs personnels liés à leur santé.

Pour cette analyse, l'équipe s'est intéressée à quatre thèmes : l'activité physique, la mise en place de projets, les connaissances des traitements et les connaissances sur les maladies.

En recueillant l'avis des patients au cours du diagnostic éducatif (ANNEXE 6) et à la fin des séances d'ETP, les pourcentages de patients ayant mis en place des objectifs dans chacun des thèmes ont pu être déterminés (cf. Tableau 7).

Thème des objectifs	Effectif de patient fixant des objectifs au cours du diagnostic éducatif (Total patients participants : 157)	Pourcentage de patient fixant des objectifs au cours du diagnostic éducatif (Total patients participants : 157)
Mise en place d'une activité physique régulière	151	96 %
Meilleures connaissances des maladies	134	83,5 %
Meilleures connaissances sur les traitements	111	70,7 %
Volonté de mettre place des projets (emplois, vie personnelle, voyages ...)	141	89,8 %

TABLEAU 7 - DE TOUT ÂGE, DE CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNEL DIFFÉRENTE ATTEINTS DE DIVERSES

#### PATHOLOGIES CHRONIQUE

Grâce à l'entretien avec l'éducateur, la majorité des patients a su fixer, dès son entrée du programme, des objectifs pour chacun de ces thèmes avec des résultats proches de 100 % en particulier pour la mise en place d'une activité physique régulière et la volonté de construire des projets de vie.

### 4.7. Difficultés rencontrées par les éducateurs

C'est au cours d'une réunion d'équipe que ces difficultés sont évoquées.

#### 4.7.1. Au cours du diagnostic éducatif

Le problème majoritairement rencontré est le manque d'information que peut avoir l'éducateur en particulier pour les patients « s'autodirigeant » vers le programme d'ETP (sans

qu'un professionnel de santé ait rempli le volet d'orientation). L'éducateur doit donc enquêter sur la santé de ces patients.

#### *4.7.2. Lors de la réalisation des ateliers*

Les éducateurs ont parfois observé des difficultés lors de la réalisation d'ateliers en e-ETP : des patients ne disposant pas des ressources numériques nécessaires ou d'une connexion internet correcte n'ont pas pu correctement suivre ces ateliers.

Les séances, comme celle de l'autosurveillance, présentent également des difficultés : il reste compliqué pour les éducateurs de montrer et d'aider le patient à manipuler des appareils d'automesures, sachant que certains patients n'en disposaient pas personnellement.

Il en est de même pour les ateliers de séances de cuisine et de découverte des saveurs puisqu'il est impossible de réaliser ce type d'atelier dans le format e-ETP.

#### *4.7.3. Lors de la réalisation de l'évaluation du patient à la fin de son parcours d'ETP*

Cette évaluation n'a pas encore été réalisée car le programme n'a été autorisé qu'en décembre 2019. Cependant, des difficultés apparaissent pour cette évaluation à venir, notamment en termes de moyens humains et financiers.

## **5. Conclusions du bilan annuel**

### **5.1. Étude quantitative satisfaisante**

En analysant le nombre et le profil des patients admis au sein de ce programme d'ETP, il en ressort un programme accessible à une grande diversité de patients de tout âge. De plus, le programme admet des patients atteints de diverses et nombreuses pathologies chroniques (58 % de patients polypathologiques). Ce programme rend accessible des soins de premiers recours à un grand nombre de patients ayant une situation socio-économique précaire et une perception négative de leur santé.

Au vu de la situation sanitaire liée à la COVID-19, le nombre d'ateliers réalisés sur l'année est satisfaisant. De décembre 2019 à fin novembre 2020, 86 ateliers ont été réalisés : les séances ont notamment pu être tenues à distance grâce à la mise en place de l'e-ETP. En revanche, tous les ateliers n'ont pas pu être maintenus (réalisation majoritaire des programmes de diététiques). En effet, le programme s'adapte avant tout aux besoins des patients et certains ateliers sont plus difficiles à mettre en place en e-ETP.

## **5.2. Étude qualitative nuancée**

Il est évident que le programme d'ETP pluripathologie améliore la coordination médicale autour de patients de profils très variés (âge, situation socio-économique, pathologies chroniques). En plus de les éduquer à communiquer la bonne information au bon moment et à la bonne personne, cette ETP assure une prise en charge complète aux patients et place l'alimentation, l'activité physique et les traitements au premier plan.

De plus, l'ETP pluripathologie se positionne avant tout comme un programme transversal permettant à tout type de patient d'acquérir des connaissances essentielles au maintien et/ou à l'amélioration de sa qualité de vie. Il permet, en plaçant le patient au centre de sa prise en charge, de faire de lui un véritable acteur de sa santé en lui donnant toutes les connaissances et outils nécessaires à cela.

Cependant, malgré le programme RE-MED, encore beaucoup de patients restent sans médecin traitant et se sont adressés par leurs propres moyens à DIAPASON 36. Au cours de la réunion d'équipe, les éducateurs déplorent le manque d'informations médicales sur les patients en rupture de soins. Souvent, les patients sans médecin traitant, connaissent une importante errance médicale les conduisant à consulter divers services médicaux et professionnels de santé entraînant par la suite de multiples prises en charge sans aucune coordination. Il est donc compliqué pour l'équipe de DIAPASON 36 d'appréhender ces patients à cause de ces multiples prises en charge.

L'évaluation des patients participant à ce programme est complexe à réaliser puisque l'ETP pluripathologie est un programme devant s'adapter à chaque profil de patients, impliquant des parcours atypiques, souvent plus difficiles à évaluer. C'est pour cela que les évaluations des ateliers ne peuvent pas être réalisées dans le cadre de cette thèse.

Enfin, les membres de l'équipe sont généralement confrontés à un manque de temps lié à un problème de sous-effectif en moyen humain pour la préparation des ateliers, l'orientation des patients et si besoin dans la coordination de leur parcours de soin.

### 5.3. Atouts et freins du programme d'ETP identifiés par l'équipe de DIAPASON 36

Le Tableau 8 résume les freins et leviers du programme d'ETP pluripathologie relevés par l'ensemble de l'équipe :

Freins	Atouts
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'e-ETP pas toujours adaptée aux thèmes des ateliers</li> <li>• Manque de moyens numériques chez certains patients</li> <li>• ETP collectif plus compliqué à réaliser à distance</li> <li>• Perte d'informations et de temps avec les patients en rupture de soins et sans médecin traitant</li> <li>• Peu de médecins traitants dans le département ce qui complique le programme RE-MED</li> <li>• Évaluation du programme compliqué</li> <li>• Manque de moyens humains et financiers pour réaliser des enquêtes auprès des patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ETP transversal</li> <li>• ETP pour des patients de tout âge, de toute pathologie et de toutes catégories socio-professionnels</li> <li>• Porte d'entrée pour des programmes d'ETP plus spécialisés (ex : diabète, obésité)</li> <li>• Amélioration de la coordination médicale</li> <li>• Bonne visibilité et communication du programme auprès des professionnels de santé</li> <li>• Maintien du programme même pendant la période du confinement</li> <li>• Mise en place d'objectifs dès le diagnostic éducatif</li> </ul>

TABEAU 8 - FREINS ET LEVIERS DU PROGRAMME D'ETP PLURIPATHOLOGIE SELON L'ÉQUIPE DE DIAPASON 36.

### 5.4. Objectifs et amélioration continue pour DIAPASON 36

Suite à cette évaluation annuelle et dans un souci de démarche qualité, l'équipe de DIAPASON 36 s'est fixée plusieurs objectifs pour poursuivre et améliorer le programme d'ETP pluripathologique. Ces objectifs sont :

- promouvoir davantage auprès des professionnels de santé ce programme d'ETP (via notamment la Communauté Professionnels Territoriale de Santé (CPTS), la presse locale...),

- utiliser un logiciel métier adapté à la requête d'informations afin d'évaluer plus efficacement le programme,
- repérer les patients sans médecin traitant et en rupture de soin pour accompagner leur prise en charge,
- continuer d'évaluer annuellement le programme.

Les objectifs qui ont également été mis en avant et qui vont être développés dans la suite de ce travail sont :

- délocaliser certains ateliers notamment dans les pharmacies (en particulier les ateliers sur l'autosurveillance et les traitements),
- rendre le pharmacien acteur dans la prise en charge des patients : ouverture du Dossier Médical Partagé (DMP), réalisation de Bilans Partagés de Médication (BPM), orientation du patient vers DIAPASON 36.

## **6. Bilan global du programme d'ETP**

L'évaluation annuelle du programme d'ETP pluripathologie proposé par DIAPASON 36 montre que le programme, malgré le contexte sanitaire de la COVID-19, offre une prise en charge à de nombreux patients, de tout âge et de profil socio-économique différent.

Bien qu'une année ne suffise pas à mesurer l'efficacité de ce programme, il apparaît qu'à l'aide des ateliers d'ETP (en particulier ceux abordant les thèmes de l'alimentation et de l'activité physique), les patients acquièrent de nouvelles compétences et connaissances leur permettant de maintenir voire d'améliorer leur qualité de vie (40).

L'association DIAPASON 36 a su s'adapter au confinement causé par la COVID-19 en déployant l'e-ETP. Même si le ce contexte sanitaire a demandé aux équipes de l'association de réadapter les ateliers pour les dispenser en visio-conférences, les patients ont malgré tout pu bénéficier de séances d'ETP tout au long de l'année 2020.

L'un des enjeux à venir pour ce programme d'ETP est d'acquérir davantage de visibilité auprès des professionnels de santé pour offrir des soins de premiers recours à des patients en rupture

de soins. Cependant, DIAPASON 36 manque de moyens humains et financiers pour mener à bien tous ses projets. L'équipe cherche donc à promouvoir la coordination de soin avec les autres professionnels de santé dans le but notamment de rendre accessible leurs ateliers d'ETP en milieu rurale, mais aussi de repérer plus facilement les patients sans médecin traitant et/ou en rupture de soin.

Par conséquent, la coordination de soin est donc un élément essentiel pour pérenniser le programme et garantir une offre de soins de premier recours au plus grand nombre de patients, en particulier pour les plus démunies. Le pharmacien pourrait, à travers cette coordination, devenir un élément clé dans la prise en charge des patients polypathologiques et en particulier pour ceux ne disposant pas de médecin traitant et/ou étant en rupture de soins.

## **IV. PERSPECTIVE D'UNE COLLABORATION DE DIAPASON 36 AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE**

### **1. Place du pharmacien dans la prise en charge du patient polypathologique**

#### **1.1. Pharmacien : acteur clé dans la prise en charge des patients polypathologiques**

Dans le Code de la Santé Publique (50), il est écrit que le pharmacien d'officine :

- « contribue aux soins de premiers recours,
- participe à la coopération entre professionnels de santé,
- participe à la mission de service public de la permanence de soins [...]
- peut participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients,
- peut être désigné comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné [...] ».

De plus, selon le Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm) (51), le pharmacien dispose de nombreux atouts pour la réalisation d'ETP :

- « sa proximité géographique (plus de 22 000 pharmacies sur l'ensemble du territoire),
- son accessibilité la disponibilité de l'équipe pharmaceutique sur des longues plages horaires
- ses contacts fréquents avec le public : 4 millions de personnes franchissent chaque jour les portes des officines,
- sa connaissance globale du patient (contexte familial et socioprofessionnel, contact avec l'entourage, historique médicamenteux ...),
- une relation de confiance instaurée avec le patient,
- sa crédibilité auprès du public en tant que professionnel de santé,
- sa formation à la fois scientifique et professionnelle ».

Ainsi, de par sa fonction et ses compétences, le pharmacien semble être en mesure de répondre aux besoins des patients polypathologiques.



## **1.2. Intérêts d'une coordination avec les pharmaciens pour DIAPASON 36**

DIAPASON 36 souhaite travailler avec les pharmaciens d'officine puisqu'ils disposent d'un contact direct avec un grand nombre et une grande diversité de patients en termes d'âges, de pathologies et de catégories socio-économiques différentes. De plus, les pharmaciens conseillent et suivent de nombreux patients en rupture de soins et sans médecin traitant. Ils peuvent alors orienter ces patients vers l'équipe de DIAPASON 36.

L'officine étant un lieu de proximité pour un grand nombre de patients, il s'avère judicieux que le pharmacien puisse animer des ateliers d'ETP dans son établissement de santé. En effet, comme évoqué précédemment, les éducateurs de DIAPASON 36 ont rencontré des difficultés lors de la mise en œuvre des ateliers en e-ETP notamment ceux de l'autosurveillance. Pour répondre à cette problématique, ces ateliers pourraient être mis en place au sein de l'officine puisqu'elle dispose d'un grand nombre d'appareils d'automesure. Le pharmacien serait donc en mesure d'éduquer les patients à l'autosurveillance.

Il convient de définir les outils permettant une telle coordination entre l'officine et DIAPASON 36 afin qu'une offre de soins soit disponible aux patients polypathologiques.

## **1.3. Quels outils sont à disposition du pharmacien pour accompagner la prise en charge des patients ?**

### *1.3.1.1. Dossier Médical Partagé (DMP)*

Depuis novembre 2018, le gouvernement a pour souhait de développer les ouvertures et utilisations du DMP et le pharmacien est sollicité pour cet objectif (52). L'avenant 11 de la convention nationale des pharmaciens (54) fixe à 1 euros l'ouverture du DMP par le pharmacien.

Le DMP est un service informatique permettant au patient et aux professionnels de santé qui le suivent de rassembler l'ensemble de ses informations médicales. Il favorise ainsi la

coordination, la qualité et la continuité des soins entre tous les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital (53).

Pour DIAPASON 36, le DMP représente une source d'informations importantes sur le patient et s'avère très utile aux éducateurs lors de la préparation du diagnostic éducatif.

Encourager les patients polypathologiques à ouvrir leur DMP c'est faciliter leur parcours de soins, la coordination médicale et donc in fine, leur prise en charge.

#### *1.3.1.2. Réalisation du Bilan Partagé de Médication (BPM)*

Selon l'HAS (55), le BPM se définit comme « l'analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Il s'adresse aux patients de plus de 65 polymédiqués pour qui au moins 5 traitements lui sont prescrits, pour une durée consécutive de traitement supérieur ou égale à 6 mois.

Il serait pertinent de réaliser le BPM chez les patients polypathologiques puisqu'il s'agit d'une population suivie par divers professionnels de santé et pour qui il est observé un taux important de polymédication et donc, potentiellement, des problèmes d'observance et d'interactions médicamenteuses.

En plus de ses objectifs principaux, la réalisation du BPM et son dépôt sur le DMP seraient une source d'informations précieuses pour l'équipe de DIAPASON 36 notamment sur les traitements pris par le patient. Ce bilan serait alors complémentaire à l'éducation thérapeutique du patient.

#### *1.3.1.3. Pharmacien d'officine : éducateur de santé depuis 2012*

Depuis la convention nationale de 2012, le pharmacien peut proposer aux patients asthmatiques ou prenant des anticoagulants des entretiens pharmaceutiques. Ces entretiens ont pour but le conseil et l'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques.

Ainsi, le pharmacien est capable d'accompagner et de conseiller les patients atteints de pathologies chroniques et donc l'éduquer sur ses pathologies chroniques.

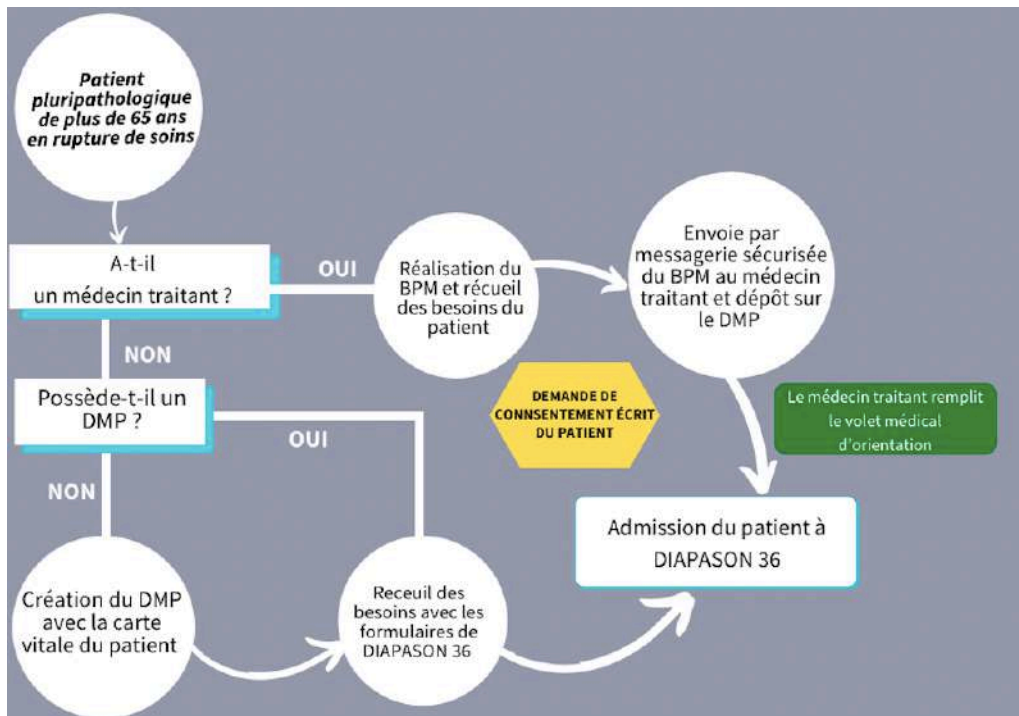
#### *1.3.1.4. Officine : véritable lieu de santé*

Comme énoncé précédemment, l'officine est un lieu de proximité pour les patients. Elle rend accessible les soins de premier recours. Il est donc possible de réaliser des ateliers d'ETP aux seins de ces établissements puisqu'elle dispose d'un espace de confidentialité (selon l'article R.4235-55 du CSP) dans lequel peut être réalisé des entretiens pharmaceutiques et les BPM.

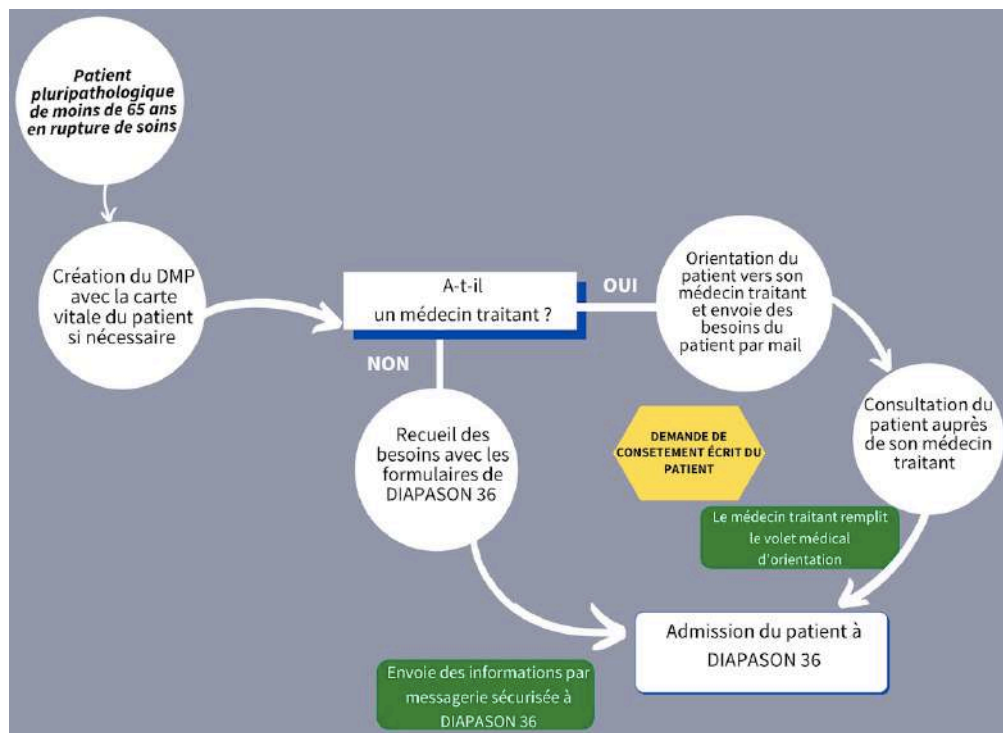
## **2. Proposition de modèles d'orientation des patients polypathologiques par le pharmacien d'officine**

Pour faire du pharmacien un acteur de santé clé dans la prise en charge du patient, plusieurs procédures ont été élaborées dans le cadre de cette thèse. L'intérêt est de faire du pharmacien d'officine un coordinateur de santé.

Grâce aux outils précédemment cités, des parcours de soins incluant le pharmacien d'officine vers l'association DIAPASON 36 peuvent être proposés aux patients polypathologiques. Voici les procédures réalisées en collaboration avec DIAPASON 36 :



Cas 1 : Patient de plus de 65 ans



Cas 2 : Patient de moins de 65 ans

FIGURE 16 - PROCÉDURES D'ORIENTATION DES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES PAR LE PHARMACIEN.

Dans le cadre de cette thèse, deux procédures ont été rédigées : une pour les patients polyopathologiques de plus de 65 ans et une autre pour ceux de moins de 65 ans. En effet, les patients de plus de 65 ans polyopathologique peuvent bénéficier d'un BPM. Pour les patients ne répondant pas aux critères du BPM, il est proposé aux pharmaciens de remplir avec son patient la fiche de recensement des besoins rédigée par DIAPASON 36 (ANNEXE 8). Ces procédures prennent également en considération les patients sans médecin traitant puisque pour réaliser le BPM, le pharmacien doit interagir avec le médecin traitant du patient et c'est au médecin de prendre la décision d'une orientation vers DIAPASON 36. Toutes ces étapes se font obligatoirement suite au consentement éclairé et écrit du patient.

Une fiche informative (ANNEXE 9) élaborée en collaboration avec DIAPASON 36 (dans le cadre de cet écrit) peut également être distribuée aux pharmaciens d'officine pour promouvoir le rôle d'information des pharmaciens et résumer les outils qu'ils peuvent utiliser pour accompagner ses patients. L'association de santé met également à la disposition des pharmaciens d'officine une plaquette informative sur l'ensemble de ses missions (ANNEXE 10). Dans la poursuite de ce travail, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Châteauroux a été contacté pour réaliser au cours de l'année 2021 une réunion par visioconférence pour présenter ce projet et les procédures.

### **3. Etude réalisée auprès des pharmaciens et médecins généralistes de l'Indre sur le projet de coordination Pharmacien – DIAPASON 36**

#### **3.1. Méthodes**

Pour cette thèse, deux questionnaires anonymes ont été réalisés et distribués par e-mail aux professionnels de santé.

Ces questionnaires ont été validés par DIAPASON 36 et publiés sur internet à l'aide d'une version gratuite de la plateforme Google Form®. La diffusion des questionnaires pour les médecins généralistes (ANNEXE 11) s'est faite grâce à l'ordre des médecins du département de l'Indre et d'un médecin généraliste du département. Pour les pharmaciens (0), le syndicat

des pharmaciens de l'Indre a diffusé ce questionnaire par mail. Ensuite, il a été envoyé individuellement à chaque officine

### 3.2. Résultats

#### 3.2.1. Questionnaire auprès des médecins généralistes

Pour ce questionnaire (ANNEXE 11), 51 médecins généralistes sur 140 médecins exerçants en Indre ont répondu.

##### 3.2.1.1. Coordination Médecin généraliste – DIAPASON 36

Seulement 1 médecin généraliste sur les 51 ayant répondu ne connaît pas DIAPASON 36. En revanche, 7 médecins n'ont jamais orienté leur patient vers cette association de santé.

Pour les 43 médecins généralistes ayant déjà orienté des patients vers DIAPASON 36 pour un programme d'ETP, il apparaît que :

- 31 médecins généralistes (soit 72,1 % des répondants) ont orienté ses patients vers le programme d'ETP pour le diabète,
- 6 médecins (14%) ont orienté vers le programme d'ETP pour l'obésité,
- 3 médecins (7%) vers l'ETP pour le diabète gestationnel,
- 3 médecins (7%) vers l'ETP pluripathologie.

Ainsi, la majorité des médecins dirigent principalement des patients diabétiques.

Les réponses à cette question peuvent être résumées par la Figure 17:

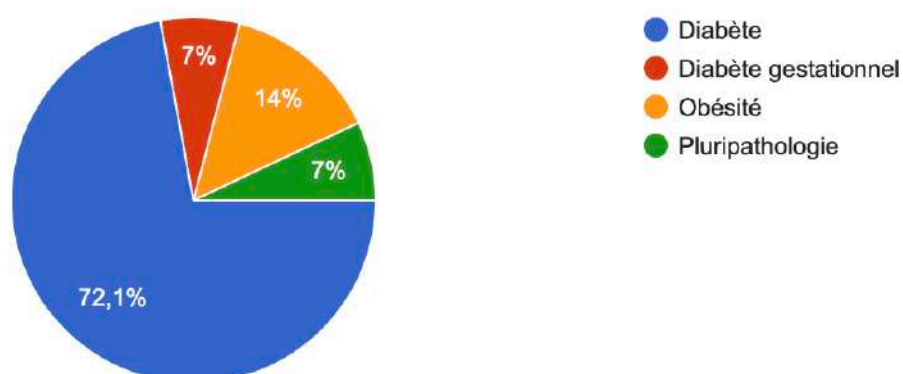


FIGURE 17 - ORIENTATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VERS LES PROGRAMME D'ETP DE DIAPASON 36

#### *3.2.1.2. Coordination encouragée par les médecins généralistes de l'Indre*

Bien que seulement 36 % des médecins généralistes du département ait répondu, il apparaît que plus de 86% des médecins généralistes (soit 44 réponses) ayant répondu soient pour une implication du pharmacien dans l'orientation des patients polypathologiques.

De plus, il a été demandé à ces médecins ce que pourrait apporter cette démarche à leur pratique (concernant leur temps d'exercice, leur relation avec le patient et les pharmaciens et l'adhésion du patient). Il est apparu que :

- 62 % (n = 32) d'entre eux pensent que l'orientation par le pharmacien représenterait un gain de temps dans leur activité quotidienne,
- 86 % (n = 44) des médecins estiment que cela permettrait d'augmenter l'adhésion du patient à ses traitements d'être dirigés vers DIAPASON 36,
- 78 % (n = 40) pensent que cela pourrait améliorer la communication entre le médecin et le pharmacien,
- 63 % (n=32) estiment que la relation « patient-médecin » sera meilleure.

Bien que la majorité des médecins généralistes du département n'ai pas répondu à ce questionnaire, il apparaît néanmoins que presque 90 % d'entre eux serait favorable à l'intervention du pharmacien dans la prise en charge des patients polypathologiques

#### *3.2.2. Questionnaire auprès des pharmaciens d'officine de l'Indre*

Dans l'Indre, 82 officines sont comptabilisées et 40 pharmacies de ce département ont répondu au questionnaire (soit un taux de réponses de plus de 49%). Suite à ce sondage, il apparaît que plus de 72% (n = 29) des pharmacies ayant répondues ont connaissance du dispositif proposé par DIAPASON 36.

### 3.2.2.1. Etat des lieux sur la formation en ETP des pharmaciens d'officine

Comme la Figure 18 l'illustre, ce questionnaire met en évidence que plus de 72 % (n=29) des pharmacies ayant répondu ne sont pas formées à l'ETP. En revanche, parmi les pharmaciens non formés à l'ETP, plus de 97 % (n=33) des patients souhaitent se former dans ce domaine.

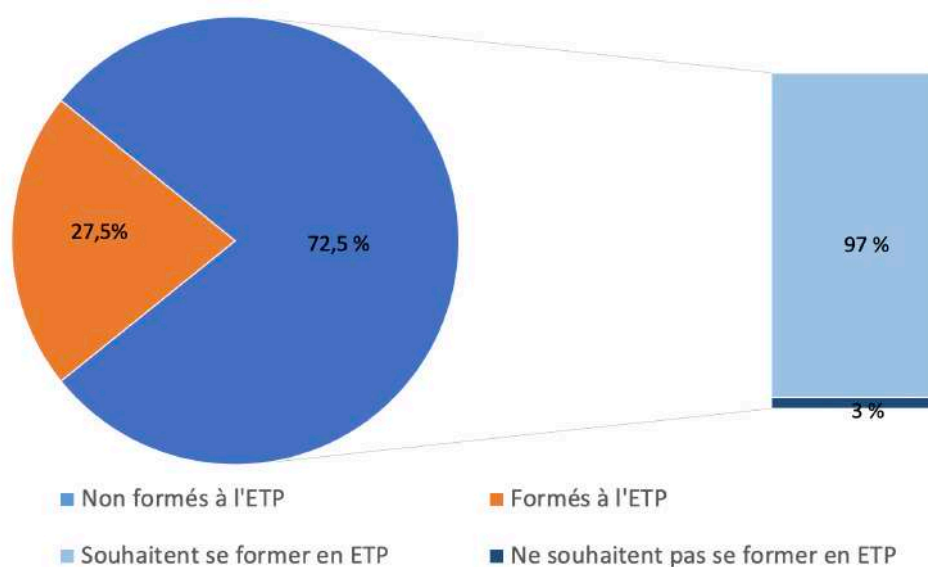


FIGURE 18 - NOMBRE DE PHARMACIENS FORMÉS EN ETP DANS L'INDRE

### 3.2.2.2. Point de vue des pharmaciens sur une coordination avec DIAPASON 36

A la fin de ce questionnaire, la totalité des pharmacies ayant répondu à ce questionnaire pense que le pharmacien a sa place dans l'inclusion des patients dans un programme d'Éducation thérapeutique et 87,5 % (n=35) d'entre eux seraient prêts à orienter ces patients.

## 3.3. Conclusions des questionnaires

Au travers de ces questionnaires, il apparaît que les médecins généralistes sont favorables à une orientation du patient vers DIAPASON 36. Cela permettrait un gain de temps aux médecins et une meilleure coordination avec les pharmaciens. En effet, les pharmaciens sont en mesure de compléter et d'envoyer le volet d'orientation médicale du patient à DIAPASON 36 ainsi que l'ensemble des prescriptions du patient à l'association de santé en vue de son admission. De plus, selon les médecins généralistes, une telle coordination permettrait une meilleure adhésion des patients (avec ou sans médecin traitant) avec leurs traitements, rendant plus facilement et rapidement l'ETP accessible.



Les pharmaciens d'officine du département sont peu formés en ETP mais semblent motivés à suivre une formation dans ce domaine. La majorité des pharmacies ayant répondu au questionnaire est favorable à l'orientation, en officine, des patients vers DIAPASON 36.

#### **4. Discussion sur la coordination de DIAPASON 36 en lien avec le pharmacien d'officine**

##### **4.1. Pharmaciens Indriens peu formés à l'ETP**

L'exploitation des questionnaires a mis en évidence que le manque de formation des pharmaciens les empêche d'animer des programmes d'ETP en officine. Ainsi, avant de pouvoir délocaliser ses ateliers d'ETP pour les réaliser à l'officine, DIAPASON 36 doit encourager les pharmaciens à suivre la formation de 40h leur permettant de devenir éducateur.

##### **4.2. Bilan Partagé de Médication très peu pratiqué en officine**

En France, seulement 15 % des pharmacies en 2019 ont réalisé au moins un BPM (57).

La CPAM 36 (notamment par le biais des délégués médicaux) ainsi que l'entretien effectué avec une pharmacienne ayant déjà réalisé des BPM, ont apporté des précisions sur les raisons pouvant expliquer ce chiffre :

- Les officines doivent gérer de nombreuses missions de santé publique et n'ont pas de temps à consacrer à ces bilans,
- Le manque de personnels qualifiés à la réalisation du BPM et le manque de temps dans les officines,
- Une communication médecin-pharmacien souvent limitée (manque de temps, utilisation de mail non sécurisés...),
- Une rémunération en 2019 compliquée et qui a découragé de nombreux pharmaciens,
- Des critères d'inclusions des patients trop sélectifs. Comme le montre l'admission des patients aux sein du programme d'ETP polypathologie, beaucoup de patient de moins de 65 ans souffrent de plusieurs pathologies chroniques.

Cependant, de nombreuses mesures visent à promouvoir le BPM et à encourager sa réalisation par les pharmaciens. En effet, depuis août 2020, la CPAM rembourse les BPM grâce à un code acte et non plus sur une Rémunération d'Objectifs de Santé Publique (ROSP). De plus, depuis 2020, les critères d'inclusions des patients pour la réalisation du BPM se sont assouplis. Grâce à cet assouplissement, le pharmacien peut donc réaliser les procédures précédemment énoncées afin d'orienter les patients.

#### **4.3. Perspective d'une coordination**

Bien qu'un manque de formation soit mentionné par les pharmaciens du département et que le BPM soit peu pratiqué en officine, une volonté se fait toutefois entendre auprès des pharmaciens pour orienter les patients polypathologiques vers le programme d'ETP de DIAPASON 36.

En conséquence, l'association de santé encourage chaque pharmacien à prendre part à ces missions en proposant des formations et divers supports de communication transmis notamment grâce à une collaboration avec la CPTS et la presse locale.

# PARTIE III : CONCLUSION

La polypathologie est un concept récent qui ne bénéficie pas encore d'une définition consensuelle. Ceci rend difficile sa prise en charge alors que son incidence ne fait qu'augmenter. Les patients souffrant d'une coexistence de pathologies chroniques ne peuvent pas se contenter de soins traitant individuellement chacune de ses pathologies. Il est nécessaire que leur prise en charge tienne compte de la globalité de leur état de santé, de leurs besoins et ses objectifs pour maintenir sa qualité de vie.

L'ETP semble être une solution appropriée à une prise en charge efficace des patients polypathologiques : elle leur permet l'acquisition de connaissances et de compétences globales garantissant un maintien voire une amélioration de leur qualité de vie. De plus, l'ETP permet une coordination des soins autour du patient en accord avec son projet de santé.

Le pharmacien se révèle être un acteur légitime dans la prise en charge de ces patients – et davantage depuis le début de la crise sanitaire liée à la COVID-19. En effet, l'officine se place comme un établissement phare dans la réalisation des soins de premier recours. Ce type d'établissement de santé a pu, malgré plusieurs confinements, continuer d'être ouvert et contribuer au suivi ainsi qu'à la coordination des soins du patient. La pharmacie est un repère important en particulier pour les patients n'ayant pas de médecin traitant et/ou étant en rupture de soins. Ainsi, en travaillant avec des réseaux et associations de santé, le pharmacien peut accompagner, orienter et éduquer le patient dans son parcours de soins. Éduquer et orienter sont deux missions qui s'inscrivent dans un rôle en pleine mutation pour le pharmacien qui évolue sans cesse et se tourne de plus en plus vers la réalisation de soins de premiers recours. Les nouvelles missions du pharmacien comme la réalisation des BPM et des entretiens pharmaceutiques permettent d'accompagner le patient au plus près. L'officine pourrait alors devenir, en particulier pour les patients en rupture de soins et/ou sans médecin traitant, une porte d'entrée pour une prise en charge coordonnée et complète.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Assurance Maladie. « Prévalence ». Consulté le 7 mars 2021. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php>.
- (2) Almirall, José, et Martin Fortin. « The Coexistence of Terms to Describe the Presence of Multiple Concurrent Diseases ». *Journal of Comorbidity* 3, n° 1, janvier 2013.
- (3) Pruitt, Sheri D. « Former les personnels de santé du XXI<sup>e</sup> siècle : le défi des maladies chroniques ». *Organisation Mondiale de la Santé, Groupe des Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale, Dép. Maladies Chroniques et Promotion de la Santé*, 2005.
- (4) Assurance Maladie. « Définition de l'ALD », 27 décembre 2019. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
- (5) Santé, Ministère des Solidarités et de la Santé. « Vivre avec une maladie chronique ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 9 février 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>.
- (6) Lefèvre, T., J.-F. d'Ivernois, V. De Andrade, C. Crozet, P. Lombrail, et R. Gagnayre. « What Do We Mean by Multimorbidity? An Analysis of the Literature on Multimorbidity Measures, Associated Factors, and Impact on Health Services Organization ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62, n° 5, octobre 2014.
- (7) HAS. « Note méthodologique polypathologie de la personne âgée », mars 2015. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note\\_methodologique\\_polypathologie\\_de\\_la\\_personne\\_agee.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf).

- (8) Furhman, Claire. « Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. Revue bibliographique », mai 2014. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/surveillance-epidemiologique-de-la-multimorbidite.-revue-bibliographique>.
- (9) Assurance Maladie. « Rapport charges et produits 2019 », juillet 2019. <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>.
- (10) Barnett, Karen, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, et Bruce Guthrie. « Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study ». *The Lancet* 380, n° 9836 (juillet 2012) : 37-43.
- (11) ISD Scotland. « The Carstairs and Morris Index ». ISD Scotland, 2010. <https://www.isdscotland.org/Products-and-Services/GPD-Support/Deprivation/Carstairs/>.
- (12) Assurance Maladie. « Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016 », juillet 2015. [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-16\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-16_assurance-maladie.pdf).
- (13) La direction de la sécurité sociale. « Les chiffres clés de la Sécurité sociale en 2013 », 2014. <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2013/CHIFFRES%20CLES/CHIFFRES%20CLES%202013.pdf>.
- (14) Insee. « Espérance de vie et indicateurs de mortalité dans le monde », 17 janvier 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383448>.
- (15) Insee. « Espérance de vie à divers âges et à différentes années », 14 janvier 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631#tableau-figure1>.
- (16) Assurance Maladie. « Dispositif des ALD », 18 décembre 2018. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/dispositif-des-ald.php>.

- (17) DREES. « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée », Septembre 2018.  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1077.pdf>.
- (18) Ourabah, Rissane, Régis Gonthier, Claude DE Bourguignon, Philippe Jaury, Claude Larangot-Rouffet, et Gérard Bréart. « Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste », 6 mars 2018. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/03/multimorbidite-2018-01-22-version-finale-1.pdf>, Consulté le 04 mars 2020.
- (19) Clerc, P, J Lebreton, J Mousques, G Hebbrecht, et G De Pourvouville. « Etude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription », mars 2008.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/6390/d6583aba6c90be5bfed260e056cd6c3c4e72.pdf>, Consulté le 23 mars 2020
- (20) Tinetti, Mary E., Terri R. Fried, et Cynthia M. Boyd. « Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition—Multimorbidity ». *JAMA* 307 (23), juin 2012.  
<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1187936>, Consulté le 03 février 2020
- (21) Makovski, Tatjana T., Susanne Schmitz, Maurice P. Zeegers, Saverio Stranges, et Marjan van den Akker. « Multimorbidity and Quality of Life: Systematic Literature Review and Meta-Analysis ». *Ageing Research Reviews* 53, 1 août 2019.
- (22) Shadmi, Efrat, Cynthia M. Boyd, Chun-Ju Hsiao, Martha Sylvia, Alyson B. Schuster, et Chad Boulton. « Morbidity and Older Persons' Perceptions of the Quality of Their Primary Care: MORBIDITY AND QUALITY OF CARE ». *Journal of the American Geriatrics Society* 54, no 2, février 2006.
- (23) Céline Buffel du Vaure, Christian Ghasarossian, et Philippe Jaury. « Apport de trois nouveaux concepts dans la prise en charge de patients atteints de maladie chronique en médecine générale », *Exercer*, 26 (121), 2013.
- (24) Haggerty, J. L. « Ordering the Chaos for Patients with Multimorbidity ». *BMJ*, 7 septembre 2012.

- (25) Excoffier Sophie, Anca Paschoud, et Dagmar M Haller. « Multimorbidité en médecine de famille ». *Revue médicale suisse*, 2016.
- (26) Bähler Caroline, Carola A Huber, Beat Brüngger, et Oliver Reich. « Multimorbidity, Health Care Utilization and Costs in an Elderly Community-Dwelling Population: A Claims Data Based Observational Study ». *BMC Health Services Research*, décembre 2015.
- (27) Belche Jean-Luc, Marie-Astrid Berrewaerts, Frédéric Ketterer, Gilles Henrard, Marc Vanmeerbeek, et Didier Giet. « De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? » *La Presse Médicale* 44, n° 11, novembre 2015.
- (28) Calvet Lucie, DREES. « Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus », 2012.
- (29) Bayliss E. A., D. E. Bonds, C. M. Boyd, M. M. Davis, B. Finke, M. H. Fox, R. E. Glasgow, et al. « Understanding the Context of Health for Persons With Multiple Chronic Conditions: Moving From What Is the Matter to What Matters ». *The Annals of Family Medicine* 12, n°3, 1 mai 2014.
- (30) Bayliss, E. A, A. E Edwards, J. F Steiner, et D. S Main. « Processes of Care Desired by Elderly Patients with Multimorbidities ». *Family Practice* 25, no 4, 1 août 2008
- (31) Direction générale de l'offre de soins. « Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins », octobre 2012. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf).
- (32) WONCA Europe. « La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille », 2002. [http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition\\_europeenne\\_de\\_la\\_medecine\\_generale\\_-\\_wonca\\_2002.pdf](http://dumg.univ-paris13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf).
- (33) World Health Organization. « Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases: Report of a WHO Working Group », 1998. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108151/E63674.pdf>.







- (34) « Recommandations – Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation ». Haute Autorité de Santé, Juin 2007.
- (35) HAS. « Éducation thérapeutique du patient (ETP) – dossier d’information pour le patient ». Haute Autorité de Santé, 13 novembre 2007. [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp).
- (36) Cespharm. « Education thérapeutique : publication des textes d’application de la loi HPST », 18 août 2010. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/Archives/Education-therapeutique-publication-des-textes-d-application-de-la-loi-HPST>.
- (37) Direction générale de l’offre de soins. « Guide méthodologique : Améliorer la coordination des soins », octobre 2012. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_reseaux\\_de\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf).
- (38) Legrain S., D. Bonnet-Zamponi, P. Saint-Gaudens. « Éducation thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? », Septembre 2014.
- (39) CNRTL. « DECOMPENSATION : Définition de DECOMPENSATION », 2012. <https://www.cnrtl.fr/definition/decompensation>.
- (40) Crozet Cyril, Nadia Boudraï-Mihoubi, Mariane Alphonse, François Frété, Jean-François d’Ivernois. « Expérimentation d’un modèle d’éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ». *Éducation Thérapeutique du Patient – Therapeutic Patient Education* 9, n°1, juin 2017.
- (41) INSEE. « Dossier complet – Département de l’Indre (36) ». 2020, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-36>
- (42) Assurance Maladie. « REZONE CPTS », 2020. <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>.
- (43) Agence Régionale de Santé Centre – Val de Loire. « Orientation de l’ARS en matière de prévention et de promotion de la santé », janvier 2019.

[https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-01/2019%20-%20Priorit%C3%A9s%20d%C3%A9partementales%2036\\_0.pdf](https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-01/2019%20-%20Priorit%C3%A9s%20d%C3%A9partementales%2036_0.pdf).

- (44) Code de la santé publique - Article L1161-1, n°L1161-1 *Code de la santé publique §*. Consulté le 1 juillet 2020. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/).
- (45) Veyrat Ronan. « Intérêt d'une organisation coordonnée de l'Éducation Thérapeutique du patient dans l'Indre », Thèse, Année 2019-2018.
- (46) HAS. « Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser », juin 2007. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_comment\\_la\\_proposer\\_et\\_la\\_realiser\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf).
- (47) HAS. « Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient », mars 2012. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/2clics\\_autoevaluation\\_programme\\_etp.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/2clics_autoevaluation_programme_etp.pdf).
- (48) ARS Nouvelle-Aquitaine. « Le score EPICES ». Consulté le 2 février 2021. [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP\\_07\\_02\\_2019\\_Score\\_EPICES.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ETP_07_02_2019_Score_EPICES.pdf).
- (49) CDN. « Le profil de santé de DUKE ». <https://cdn.website-editor.net/2579ed31a77c4ce999c81b156a61759c/files/uploaded/duke-profile.pdf>.
- (50) Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A, n°L5125-1-1 A *Code de santé publique §*. Consulté le 8 février 2021. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886688/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886688/).
- (51) Cespharm. « Rôle du pharmacien », 27 novembre 2020. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/Role-du-pharmacien>.

- (52) Ordre national des pharmaciens « DP et DMP : deux outils complémentaires », 21 septembre 2018. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/DP-et-DMP-deux-outils-complementaires>.
- (53) Assurance Maladie. « DMP, tout ce que les professionnels de santé doivent savoir », 2 janvier 2021. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dossier-medical-partage/dmp-tout-ce-que-professionnels-de-sante-doivent-savoir>.
- (54) Assurance Maladie. « Avenants », 11 janvier 2021. <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>.
- (55) HAS. « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé », Février 2018. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide\\_conciliation\\_des\\_traitements\\_medicamenteux\\_en\\_etablissement\\_de\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf).
- (56) Omédit. « Bilan Partagé de Médication », 8 décembre 2020. <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/accompagnements-pharmaceutiques-ville/bilan-partage-de-medication/>.
- (57) DEMARTI, Charlotte. « 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication | Le Quotidien du Pharmacien.fr », 1 avril 2019. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/exercice-pro/nouvelles-missions/15-des-pharmacies-ont-realise-des-bilans-partages-de-medication>.

# ANNEXE 1 VOLET MÉDICAL D'ORIENTATION « EDUCATION THÉRAPEUTIQUE & PARCOURS DE SOINS »

 <b>DIAPASON 36 - 34 place Voltaire - 36000 Châteauroux - 02.54.53.03.32</b>		  
<b>Volet médical d'orientation « Éducation Thérapeutique &amp; Parcours de soins »</b>		
La demande est à envoyer sur COVOTEM ou MAILIZ à : <a href="mailto:francoise.levitta@medecin.mssante.fr">francoise.levitta@medecin.mssante.fr</a> ou Fax: 02.54.22.73.32		
<input type="checkbox"/> <b>Le consentement du patient et/ou de son représentant légal à la transmission de cette demande a été obtenu</b>		
NOM (née.....)-prénom patient(e) : _____		
F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Né(e) le : _____	Tél fixe : _____	Tél mobile: _____
Adresse : _____		CP: _____ Ville: _____
<b>Motif principal de la demande* :</b>		
<input type="checkbox"/> <b>OBÉSITÉ:</b> <input type="checkbox"/> Éducation thérapeutique (ETP) et proposition de parcours de soins + - RCP si complexité (programme <b>OBERRY</b> ) <input type="checkbox"/> Consultation médicale obésité et comorbidités (avis ponctuel sur demande du médecin traitant)		
<input type="checkbox"/> <b>ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE</b> (ETP) pour autre(s) pathologie(s) chronique(s)		
<input type="checkbox"/> <b>DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE:</b> <input type="checkbox"/> Fond d'œil <input type="checkbox"/> IPS <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> Examen des pieds		
<input type="checkbox"/> <b>PATIENT EN ALD SANS MÉDECIN TRAITANT:</b> ETP, bilan médical et orientation vers un nouveau médecin (programme <b>RE-MED</b> )		
*Précisez : _____		
ALD en cours: _____		
Biométrie : Poids actuel : _____ kg ; Taille en mètre : _____ m ; IMC= <b>NaN</b>		
<b>ANTÉCÉDENTS &amp; PATHOLOGIES CHRONIQUES</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Obésité</b> (IMC ≥ 30) ; Poids maximal atteint = _____ kg <input type="checkbox"/> Antécédent de chirurgie bariatrique : technique, date ou année: _____ <input type="checkbox"/> Souhait de chirurgie bariatrique <input type="checkbox"/> Troubles du comportement alimentaire (compulsions)		
<b>Facteurs de risque /Maladies cardio-vasculaires</b>		
<input type="checkbox"/> HTA traitée <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Tabagisme actuel ou arrêt < 3 ans		
<input type="checkbox"/> Artériopathie <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> ATCD familial d'IDM précoce (Chez père ou frère < 55 ans; chez mère ou soeur < 65 ans)		
<input type="checkbox"/> Coronaropathie <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque		
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique ; dernière clearance CKD-EPI = _____ ml/mn		
<input type="checkbox"/> <b>Diabète</b> : Diabète type 1 <input type="radio"/> type 2 <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> ; Année de début : _____		
<b>Complications:</b> <input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique; <input type="checkbox"/> Pied diabétique; <input type="checkbox"/> Neuropathie; <input type="checkbox"/> Protéinurie/Microalbuminurie		
• Dernière HbA1c = _____ %		
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie respiratoire</b> , dont : <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnée du sommeil ; <input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire ; <input type="checkbox"/> Asthme; <input type="checkbox"/> BPCO		
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie digestive</b> , dont : <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique; <input type="checkbox"/> Lithiases vésiculaires		
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie rhumatologique</b> , dont : <input type="checkbox"/> Arthrose, Arthrite ; <input type="checkbox"/> Goutte		
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie veineuse</b> : Insuffisance veino-lymphatique, Thrombose veineuse		
<input type="checkbox"/> <b>Cancer</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Pathologie psychiatrique</b> , dont : <input type="checkbox"/> Dépression, Bipolarité ; <input type="checkbox"/> Addictions		
<input type="checkbox"/> Douleurs chroniques		
<b>Précisions/Autres pathologies chroniques ou antécédents notables/ Suivi actuel</b>		
_____ _____ _____		
<b>Quels objectifs vous paraissent prioritaires pour votre patient ?</b>		
_____ _____ _____		
<b>- Programmes ETP prioritaires :</b> <input type="checkbox"/> ETP Pluripathologie <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Insuffisance Cardiaque <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Bipolarité <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Insuf. rénale		
<b>- Séances prioritaires :</b> <input type="checkbox"/> Maladies <input type="checkbox"/> Gestion des crises <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Activité physique <input type="checkbox"/> Psychologue		
<b>- Autre programme ETP/accompagnement :</b> _____		
<b>DATE :</b> _____ ; Identification du demandeur* : <input type="checkbox"/> médecin traitant <input type="checkbox"/> médecin hospitalier <input type="checkbox"/> autre Nom-prénom : _____ Lieu d'exercice OU profession, Service/Structure : _____	<b>Signature &amp; Cachet (si demande manuscrite)</b> _____	<b>À apporter par le patient:</b> <input type="checkbox"/> bilans biologiques depuis 1 an <input type="checkbox"/> derniers résultats d'examens <input type="checkbox"/> ordonnances
*Nom-prénom médecin traitant si différent: _____		

## ANNEXE 2      SCORE EPICES À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

### Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Vivez-vous en couple ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents et amis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	En cas de difficultés, y-a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	En cas de difficultés, y-a t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous apporter une aide matérielle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		75,14	

**QUEST. OBÉSITÉ: IMPRIMER POUR PATIENT: 1 à 5 AU BI; 4-5 au BF**

**Total =** 75,14



## ANNEXE 3      BILAN INITIAL À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

### BILAN INITIAL

Auto-questionnaire sur la gestion du quotidien (Alimentation , Activité physique & Gestion de votre santé au quotidien)							
<b>Alimentation habituelle</b>					<b>Oui</b>	<b>Non</b>	
Prenez-vous au moins 2 repas par jour?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sautez-vous fréquemment des repas ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangez-vous souvent en dehors des repas ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées (dont vin, bière, etc) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous régulièrement des boissons sucrées (dont jus de fruits, sodas, boissons énergisantes...) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangez-vous du pain et/ou des féculents (riz, pâtes, pommes de terre...) à chaque repas ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mangez-vous des légumes et des fruits tous les jours ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des difficultés à suivre un régime particulier (par exemple sans sel) ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Évaluez entre 1 et 10 si vous pensez avoir une bonne alimentation (1= « pas du tout », et 10= « tout à fait »)							
D'après vous, qu'est-ce qui vous facilite les choses pour avoir une bonne alimentation ?							
D'après vous, qu'est-ce qui au contraire vous freine pour avoir une bonne alimentation ?							
<b>Activité physique habituelle : auto-évaluez-vous ! cochez la réponse sur chaque ligne (test de Ricci &amp; Gagnon)</b>							
<b>Le total se calcule par la somme des points (1 à 5) :</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>Score</b>
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?		+ de 5 h <input type="checkbox"/>	4 à 5 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	2 à 3 h <input type="checkbox"/>	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	
<b>Total sédentarité (A)</b>							<b>0</b>
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques (dont sport) ?		Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?		1 à 2 fois /mois <input type="checkbox"/>	1 fois /semaine <input type="checkbox"/>	2 fois /semaine <input type="checkbox"/>	3 fois /semaine <input type="checkbox"/>	4 fois /semaine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?		Moins de 15 mn <input type="checkbox"/>	16 à 30 mn <input type="checkbox"/>	31 à 45 mn <input type="checkbox"/>	46 à 60 mn <input type="checkbox"/>	Plus de 60 mn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habituellement, comment percevez-vous votre effort (le chiffre 1 représente un effort facile et le 5, un effort difficile)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total activité physique de loisir (B)</b>							<b>0</b>
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?		Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménage, etc. ?		Moins de 2 h <input type="checkbox"/>	3 à 4 h <input type="checkbox"/>	5 à 6 h <input type="checkbox"/>	7 à 9 h <input type="checkbox"/>	Plus de 10 h <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?		Moins de 15 mn <input type="checkbox"/>	16 à 30 mn <input type="checkbox"/>	31 à 45 mn <input type="checkbox"/>	46 à 60 mn <input type="checkbox"/>	Plus de 60 mn <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?		Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total activité physique quotidienne (C)</b>							<b>0</b>
<b>Votre profil : Moins de 18 : Inactif; entre 18 et 35 : Actif ; Plus de 35 : Très actif</b>					<b>Total (A)+(B)+(C)</b>		<b>0</b>
D'après vous, qu'est-ce qui vous facilite les choses pour avoir une bonne activité physique ?							
D'après vous, qu'est-ce qui au contraire vous freine pour avoir une bonne activité physique ?							
Évaluez entre 1 et 10 ( 1= « pas du tout », et 10= « tout à fait ») votre niveau de confiance en vous (notez les chiffres ci-dessous)							
1) Pour faire régulièrement votre suivi médical?						<input type="text"/>	/ 10
2) Pour gérer vos traitements ?						<input type="text"/>	/ 10
3) Pour agir sur vos maladies autrement que par la seule prise de médicaments ?						<input type="text"/>	/ 10
4) Pour demander à votre médecin des informations sur vos maladies ou sur vos traitements?						<input type="text"/>	/ 10

## ANNEXE 4     PROFIL DE DUKE À REMPLIR PAR LE PATIENT AVANT LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

### PROFIL DE SANTE DE DUKE

**Instructions :** Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

		OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	NON, ce n'est pas mon cas
1	Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Au fond, je suis bien portant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Je suis content(e) de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8	Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10	Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Vous avez été tendu(e) ou nerveux(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15	Vous avez rencontré des parents ou des amie(e)s (conversation, visite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Vous avez eu des activités de groupe (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS	Pas du tout	1 - 4 jours	5 - 7 jours
17	Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre sexe : Masculin    Féminin

Votre âge : ..... ans

**MERCI**

- Score de santé physique =

- Score de santé mentale =

- Score de santé sociale =

- Score de santé générale =

- Score de santé perçue =

- Score d'estime de soi =

- Score d'anxiété =

- Score de dépression =

- Score de douleur =

- Score d'incapacité =

- SCORE TOTAL QDV =  %

# ANNEXE 5    ACCORD DE CONSENTEMENT AVANT LA RÉALISATION DU DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

## DOCUMENT D'INFORMATION DU PATIENT

### 1. Objet

- **Le ou les programmes d'éducation thérapeutique** auxquels vous souhaitez participer ont été conçus par des professionnels de santé dans le but de vous aider à mieux vivre avec votre ou vos maladies chroniques.
- **Un programme comprend** un entretien initial, des séances éducatives individuelles ou en groupe (ateliers) et un entretien final d'évaluation. Elles sont animées par des professionnels de santé formés à la prise en charge de votre pathologie et à l'éducation thérapeutique.
- **Les différentes structures** où vous êtes amené (e) à soigner ces maladies (hôpital, cliniques, réseau de santé, maisons médicales...) souhaitent travailler ensemble pour vous proposer des programmes ou des séances éducatives adaptés à vos soins, à vos souhaits et à au plus proche de votre lieu de vie
- **Ce dossier éducatif est votre propriété** : il permet l'échange d'informations entre les professionnels de santé (médecins généralistes ou spécialistes, infirmières, diététiciennes, pharmaciens, kinésithérapeutes...) qui vous accompagneront dans votre prise en charge.

### 2. Vos droits

- **Vous êtes libre d'accepter** de bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique ou de vous en retirer.
- **Aucune information nominative** ne peut faire l'objet d'une commercialisation ni d'une utilisation autre qu'à visée médicale dans votre intérêt.
- Vous avez le **libre choix** des professionnels de santé intervenants
- **Vous acceptez que les données vous concernant soient informatisées.** Elles sont rendues anonymes pour l'évaluation des programmes
- Sur votre demande, vous-même ou un professionnel de santé de votre choix pourra **consulter votre dossier médical informatisé** (y compris le Dossier Médical Partagé).
- **Vous acceptez que les informations vous concernant soient partagées** par plusieurs professionnels de santé qui ont en charge vos soins et/ou votre éducation thérapeutique, notamment dans la cadre des réunions de concertation pluri-professionnelles.

### 3. Vos devoirs

- Votre engagement dans le programmes se concrétise par la **signature d'un Plan Personnalisé de Santé** adapté à vos besoins
- Vous acceptez que l'information de votre adhésion et votre suivi dans les programmes soit **transmis à votre médecin traitant** et à vos médecins spécialistes le cas échéant.
- **Vous vous engagez à :**
  - amener votre dossier éducatif aux consultations, aux ateliers et aux entretiens éducatifs.
  - venir à vos rendez-vous d'ateliers et d'entretiens, ou à prévenir au moins 48 heures avant.
  - respecter les autres patients et la confidentialité en ne divulguant aucune information les concernant.
- **La structure dans laquelle vous réalisez l'éducation thérapeutique** se réserve le droit de vous en exclure en cas de problème grave de comportement constaté dans le cadre de ses activités, selon les conditions fixées par son règlement intérieur.

### 4. Dispositions réglementaires

- **Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données** (Union Européenne), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Direction de l'établissement ou à l'association DIAPASON 36, 34 place Voltaire - 36 000 CHÂTEAUROUX.
- **Ce document doit être signé par le patient**; ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale, par le tuteur ; ou par la personne de confiance désignée par le patient\*.

Je soussigné(e) NOM et Prénom:.....

Déclare avoir pris connaissance et accepté les termes de ce document d'information.

Fait à ....., le..... Signature:

\*Le cas échéant : Nom, Prénom et qualité du signataire : .....



## ANNEXE 6 DOCUMENTS UTILISÉS PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Bilan personnalisé initial (1)																						
DATE : <input type="text"/>		Nom (nom de naissance)-prénom patient :					Né(e) le :															
Intervenant (nom, profession) :					Entretien réalisé en externe <input type="checkbox"/> en hospitalisation <input type="checkbox"/>																	
Lieu de l'entretien :					GHT <input type="checkbox"/> Etabliss <sup>1</sup> privé <input type="checkbox"/> Diapason <input type="checkbox"/> Asalée <input type="checkbox"/> Libéral <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>																	
Contexte socio-professionnel, activités, loisirs :																						
<b>COMPÉTENCES :</b> <b>Descriptif de la situation actuelle --&gt;</b> <b>Connaissance des maladies: Quels sont vos soucis de santé? A quoi sont-ils dus?</b>					<b>COMPÉTENCE: acquise ? Oui, Non, Partiel</b> <b>Évaluation &amp; Synthèse</b> <table border="1"> <tr> <td>O</td> <td>N</td> <td>P</td> </tr> </table>					O	N	P	<b>--&gt; OBJECTIFS patient /soignant (précis, mesurables)</b> <b>Connaît maladies/interactions</b>									
O	N	P																				
<b>Gestion du suivi médical :</b> <b>- Classez vos pathologies chroniques par priorité</b> <b>- Où en êtes-vous de votre suivi (bilans, spécialistes) ?</b>					<b>Suivi médical à jour</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<b>✓ Gérer son suivi médical</b>									
					<b>ALD en cours</b> <table border="1"> <tr> <td>Oui <input type="radio"/></td> <td>Non <input type="radio"/></td> <td>Oui <input type="radio"/></td> <td>Non <input type="radio"/></td> </tr> </table>					Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	<b>Suivi &lt; 1 an</b> <table border="1"> <tr> <td>Oui <input type="radio"/></td> <td>Non <input type="radio"/></td> <td>Oui <input type="radio"/></td> <td>Non <input type="radio"/></td> </tr> </table>					Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>																			
Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>																			
<b>Traitements : Quels sont vos traitements ?</b> <b>Combien de fois par mois vous arrive t-il de les oublier ou de vous tromper ?</b>					<b>Connaît traitement &amp; y adhère*</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<b>✓ Mieux gérer ses traitements</b>									
<b>Gestion de crises : Pouvez-vous citer des signes d'alerte liés à vos maladies ? Que faites-vous ?</b> <b>Comment intervient votre entourage ? Combien de fois êtes-vous allé aux urgences ou avez vous été hospitalisé pour une crise ces 12 derniers mois ?</b>					<b>Nb crises urgentes &lt; 1 an</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<b>✓ Mieux gérer les crises , former l'entourage</b>									
					<b>Score gestion de crise /4*=</b> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																	
					<b>*1: inadéquation totale ou danger potentiel (Non)</b> <b>2 :Inadéquation partielle ou risque</b> <b>3: Adéquation favorable à la santé</b> } <b>Partiel</b> <b>4: Adéquation efficiente, avec implication de l'entourage (Oui)</b>																	

Bilan personnalisé initial (2)				
DATE : <input type="text"/>	Nom (nom de naissance)-prénom patient :		Né(e) le :	
<b>COMPÉTENCES :</b> <b>Descriptif de la situation actuelle --&gt;</b>	<b>COMPÉTENCE:</b> acquise ? Oui, Non, Partiel	<b>--&gt; OBJECTIFS patient /soignant (précis, mesurables)</b>		
	<b>Évaluation &amp; Synthèse</b>	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> P
✍ Mieux vivre avec ses maladies	Score qualité de vie /100 =	<input type="text" value="0Na"/>		
	Score santé générale/10 =	<input type="text" value="0"/>		
✍ Être acteur de sa santé, gérer son stress, avoir confiance en soi	Auto-efficacité santé/10	<input type="text" value="0,0"/>		
	Estime de soi/10	<input type="text" value="0"/>		
	Gestion du stress /10	<input type="text" value="NaN"/>		
	AE Alimentation/10	<input type="text"/>		
	AE gestion des traitements/10	<input type="text"/>		
✍ Avoir une alimentation saine et variée	<b>Évaluation &amp; Synthèse BF</b>	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> P
	Alimentation équilibrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✍ Avoir une activité régulière adaptée, limiter et fractionner la sédentarité	Activité physique régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Score Ricci & Gagnon / 45	<input type="text" value="0"/>		
✍ Élaborer un projet, des changements, identifier les freins & les leviers	Projet élaboré: score / 4*	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*1: pas de projet formulé (Non) 2: Projet général sans modalités de réalisation 3: Projet précis sans modalités de réalisation 4: Projet précis avec modalités de réalisation (Oui)			
<b>Conclusions : priorités ETP:</b>  				

## ANNEXE 7 PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Programme Personnalisé de Santé (PPS) initial					
DATE : _____ ; Intervenant (nom, prénom, profession) : _____					
NOM (nom de naissance)-prénom patient(e) : _____					
Sexe : F <input type="radio"/> M <input type="radio"/> ; MAIL : _____					
Né(e) le : _____	Age : _____ ans	Tél fixe : _____	Tél mobile : _____		
Adresse : _____		CP : _____	Ville : _____		
Médecin traitant (nom, prénom, lieu d'exercice) : _____					
Médecins spécialistes (nom, prénom, lieu d'exercice) : _____					
IDE libérale et/ou ASALÉE : _____			Pharmacien : _____		
Autres intervenants : _____					
PROJET DE SOINS INITIAL				Objectifs patient / soignant	
Pathologies chroniques : classées par priorités du patient				ALD en cours	Suivi < 1 an
1)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
2)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
3)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
4)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
5)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
6)		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
AIDE SOCIALE/MÉDICO-SOCIALE: démarches en cours ou à programmer					
<input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> CMP <input type="checkbox"/> Équipe mobile <input type="checkbox"/> Aide à domicile <input type="checkbox"/> MDPH <input type="checkbox"/> MAIA;				Score EPICES = <b>75,14</b>	
Autres, précisions : _____					
BILANS ETP :compétences initiales (Oui, Non, Partiellement)					
Compétences ETP au bilan initial	O	N	P	Auto-Evaluations & Echelles de Duke	Priorités ETP & Conclusions du bilan
Connaître ses maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score Santé générale /10	<b>0</b>
Gérer son suivi médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auto-efficacité en santé /10	<b>0,0</b>
Gérer ses traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.E gestion traitements/10	<b> </b>
Gérer les crises (poussées, urgences)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nb crises urgentes < 12 mois	<b> </b>
Avoir une alimentation saine et variée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A.E alimentation équilibrée /10	<b> </b>
Avoir une activité physique régulière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score Ricci & Gagnon/45	<b>0</b>
Construire un projet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estime de soi /10	<b>0</b>
Mieux vivre avec ses maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Score de Qualité de vie /100	<b>0Na</b>
Être acteur de sa santé, gérer le stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gestion du stress/ 10	<b>NaN</b>
Priorités ETP: Programmes/Accompagnement à programmer					
<b>1) Programmes ETP prioritaires:</b> <input type="checkbox"/> ETP pluripathologie <input type="checkbox"/> RE-MED <input type="checkbox"/> Obésité (enfant/adulte) <input type="checkbox"/> Diabète (enfant/adulte) <input type="checkbox"/> Asthme (enfant) <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Insuffisance Cardiaque <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Bipolarité <input type="checkbox"/> Douleur chronique <input type="checkbox"/> Autre: _____					
<b>Ateliers ETP prioritaires:</b> <input type="checkbox"/> Maladies <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Auto-surveillance <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Gestion de crises <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Groupe de paroles <input type="checkbox"/> Activité physique <input type="checkbox"/> Ergo/kiné <input type="checkbox"/> Autre: _____					
<b>Séances individuelles prioritaires:</b> <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Diététicien <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Kiné/Éducateur sportif <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Autre: _____					
<b>2) Programmes d'accompagnement CPAM:</b> <input type="checkbox"/> *précisez: _____ SOPHIA : *diabète *asthme adultes ; PRADO : *chirurgie *AVC *Insuffisance cardiaque *Personne âgée					
<b>3) Programmes d'accompagnement du GHT:</b> <input type="checkbox"/> *précisez: _____ *Addictologie *Psychiatrie *Douleur chronique *Prévention des escarres *Soins palliatifs *Pédiatrie : troubles de la croissance/puberté *Prothèse hanche ou genou *Pied diabétique *Patients amputés *Patients stomisés *Auto-sondage					
<b>4) Programmes d'apprentissage:</b> <input type="checkbox"/> *précisez: _____ *Douleur: relaxation TENS *Ergothérapie en neurologie *Stylo injecteur (pédiatrie) *Free Style Libre					
<b>5) Relais de proximité:</b> <input type="checkbox"/> IDE ASALÉE <input type="checkbox"/> IDE référente parcours; NOM : _____ Réseau : _____ Association : _____					
Conclusions					

Adhésion du patient au PPS : oui ☐ non ☐

Signatures (si document papier uniquement) : Patient :

Éducateur :

10



## ANNEXE 8 FICHE DE RECENSEMENT DES BESOINS



34, place Voltaire - 36000 CHÂTEAUROUX  
TÉL : 02.54.53.03.32 / 06.34.82.06.09  
MAIL : diapason36@hotmail.fr



### FICHE DE RECENSEMENT DES BESOINS

**EFFACER FORMULAIRE**

Au vu de la situation sanitaire actuelle en France, des **mesures nationales de confinement** pour éviter la propagation de la maladie **COVID-19** ont été annoncées par le Président de La République le 16 Mars 2020.

Ces directives ont pour objet de **protéger les personnes les plus vulnérables** dont celles atteintes de maladies chroniques afin de **maintenir leur suivi** pour éviter toute aggravation dans cette période.

L'association **DIAPASON 36**, spécialisée dans l'Éducation Thérapeutique des Patients atteints de maladies chroniques, vous propose de recenser vos difficultés éventuelles et vos besoins.

Ce questionnaire vous permettra de les prioriser et d'aider votre médecin traitant à vous proposer un **accompagnement répondant le plus possible à vos besoins exprimés**.

Si vous n'avez pas de médecin traitant, DIAPASON 36 se chargera de répondre au mieux à votre demande.

- **Au vu de la situation actuelle, avez-vous des difficultés pour faire votre suivi médical ?**  
☐ Oui ☐ Non Si oui, quels sont vos besoins ? .....
- **Au vu de la situation actuelle, comment vous sentez-vous moralement ?**
  - Je m'ennuie, je me sens seul(e), j'ai besoin de parler  
☐ Oui ☐ Non
  - Je vis mal le fait d'être « les uns sur les autres » (conjoint(e), enfants, petits-enfants, etc)  
☐ Oui ☐ Non
  - J'ai des difficultés liées à mon activité professionnelle (télétravail, chômage partiel, maintien de mon activité, recherche d'emploi, etc)  
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....
  - Je me sens stressé(e) au vu de l'évolution de la situation sanitaire  
☐ Oui ☐ Non
  - Autre raison : .....
- **Au vu de la situation actuelle, comment gérez-vous votre quotidien ?**
  - J'ai des difficultés à adapter mes apports alimentaires (repas déséquilibrés, horaires variables, grignotages, augmentation de la consommation d'alcool, etc)  
☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez : .....
  - J'ai réussi à adapter mon activité physique à la situation (ex : jardinage, bricolage, tâches ménagères, marche ou autre activité à moins d'1 km de chez moi pendant 1h maximum,...)  
☐ Oui ☐ Non Si non, quelles sont vos difficultés ? .....
  - J'ai un sommeil perturbé (difficulté à s'endormir, réveil nocturne, nuits courtes, etc)  
☐ Oui ☐ Non
  - Je me suis découvert de nouveaux loisirs (lecture, musique, peinture, dessin, chant, etc).  
☐ Oui ☐ Non
- **J'ai un médecin traitant, je vais prendre contact avec lui :**  
☐ Oui ☐ Non
- **Je n'ai pas de médecin traitant, je souhaiterais être mis(e) en contact avec un professionnel de santé de DIAPASON 36 :**  
☐ Oui ☐ Non

Pour pouvoir vous contacter, veuillez nous indiquer vos données personnelles suivantes :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Nom du responsable légal :
N° téléphone :	Adresse mail :
Nom du médecin traitant :	



## ANNEXE 9 FICHE SYNTHÉTIQUE À DESTINATION DES PHARMACIENS SOUHAITANT ORIENTER LES PATIENTS POLYPATHOLOGIQUES

### Prise en charge des patients pluripathologiques à l'officine

#### *Qu'est-ce qu'un patient pluripathologique ?*

C'est un patient atteint de plusieurs pathologies chroniques (ex : un patient diabétique atteint d'hypertension artérielle)

#### *Quels problèmes rencontre un patient pluripathologique ?*

- Multiples traitements qui peuvent engendrer des problèmes d'observance, d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses
- Prise en charge par une multitude de professionnels de santé (médecin généralistes, spécialistes, infirmiers, kinésithérapeutes ...)
- Une pathologie chronique peut en engendrer une autre si elle est mal prise en charge

#### *Pourquoi le pharmacien peut devenir une aide pour le patient pluripathologique ?*

Le pharmacien a une vue d'ensemble sur les traitements du patient, il a accès à toutes les prescriptions de tous les professionnels de santé.

Le renouvellement des ordonnances du patient étant récurrent (au moins tous les 3 mois), le pharmacien peut suivre le patient.

Le pharmacien est un professionnel de santé de proximité pour le patient.

#### *Quels outils sont à disposition du pharmacien pour aider ses patients pluripathologiques ?*

- L'ouverture du DMP : pour enregistrer les délivrances de médicaments et y mettre des annotations si nécessaire. Peut être utile si le patient doit rencontrer d'autres professionnels de santé et permet de dématérialiser les informations médicales du patient et de suivre son parcours médical.
- La réalisation d'un Bilan Partagé de Médication : permet d'évaluer l'observance du patient et les difficultés qu'ils rencontrent avec leurs traitements chroniques. Outil qui permet une communication avec le médecin traitant du patient.
- La messagerie sécurisée ms santé : afin de dialoguer (sous l'accord du patient) avec les professionnels de santé si besoin

#### *Dans quels cas le pharmacien peut intervenir auprès d'un patient pluripathologique ?*

- Lorsqu'il le demande
- Lorsqu'il présente des problèmes d'observance : délivrance irrégulière, renouvellement rapproché ...
- S'il présente un problème de santé non pris en charge
- S'il n'a pas un médecin traitant

#### *Vers qui peut-on diriger le patient ?*

- Son médecin traitant
- DIAPASON 36  
→ S'il n'a pas de médecin traitant : grâce au projet RE-MED| DIAPASON 36 peut l'orienter vers un médecin généraliste  
→ S'il souhaite intégrer un programme d'ETP notamment le programme d'ETP pluripathologie
- Les urgences : si la situation n'est pas gérable et inquiétante

#### *Intérêts d'une prise en charge par le pharmacien des patients pluripathologiques ?*

- Promouvoir la coordination de soin avec DIAPASON 36 et les médecins généralistes
- Accompagner le patient
- Repérer les patients en rupture de soin et les aides



## ANNEXE 10 PLAQUETTE SUR LES MISSIONS DE DIAPASON 36

<p><b>ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Centre Hospitalier de Châteauroux 216, avenue de Verdun - 36000 Châteauroux ❖ Médecine interne-Diabétologie Tél : 02.54.29.60.04</li> <li>❖ Pédiatrie Tél : 02.54.29.60.09</li> <li>❖ Consultation du pied diabétique Tél : 02.54.29.62.06</li> <li>❖ Cardiologie Tél : 02.54.29.60.01</li> <li>➤ Centre Hospitalier «La Tour Blanche» avenue Jean Bonnefont - 36100 Issoudun Tél : 02.54.03.54.03</li> <li>➤ Centre Hospitalier Le Blanc 5 rue Pierre Milon - 36300 Le Blanc Tél : 02.54.28.28.28</li> <li>➤ Clinique du Manoir en Berry 7 rue du Golf - 36160 Pouilly Notre Dame Tél : 02.54.06.20.00</li> </ul>	<p><b>RÉSEAU DIAPASON 36</b></p> <p>34, place Voltaire 36000 CHATEAUX</p>	
<p><b>ASSOCIATIONS DE PATIENTS AFD 36</b></p> <p>34 espace Mendès France 36000 Châteauroux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Association Française des Diabétiques : Tél : 02.43.36.70.49 bernadette.meriot@orange.fr</li> </ul>	<p><b>NOUS CONTACTER</b></p> <p>TEL: 02.54.53.03.32 06.34.82.06.09 <a href="mailto:diapason36@hotmail.fr">diapason36@hotmail.fr</a></p>	<p><b>Réseau Santé Diabète de l'Indre</b></p> 
<p><b>SOPHIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Service de l'Assurance Maladie : accompagnement téléphonique des patients diabétiques Tél : 0811 709 709</li> <li>➤ <a href="http://ameli-sophia.fr">ameli-sophia.fr</a></li> </ul>	<p><b>ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE</b></p> <p>Lundi, mardi et vendredi De 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h30 Mercredi et jeudi: une semaine sur 2, mêmes horaires, ou fermeture</p>	<p><b>DIAPASON 36</b></p> 
	<p><b>SITE INTERNET</b></p> <p><a href="http://www.docvadis.fr/diapason36/">www.docvadis.fr/diapason36/</a> Site de communauté « Diapason 36 »</p>	
	<p><b>LIEUX DES ATELIERS</b></p> <p>Châteauroux, Argenton, Le Blanc, La Châtre, Issoudun et Buzançais</p>	

**LES ACTIONS DU RÉSEAU SANTÉ DIABÈTE DIAPASON 36**

<p><b>L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE</b> <i>Pour mieux vivre avec sa maladie et être plus autonome</i></p> <p><b>Les ateliers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>DIÉTÉTIQUES</b> Apprendre à équilibrer son alimentation en mangeant de tout et en se faisant plaisir ! Les groupes d'aliments, décrypter les étiquettes, choisir son menu au restaurant, ateliers cuisine...</li> <li>❖ <b>INFIRMIERS</b> Se sentir en sécurité ! Comment gérer une hypo ou une hyperglycémie, adapter ses doses d'insuline...</li> <li>❖ <b>MÉDICAUX</b> Apprendre ce qu'est le diabète, ses traitements, la surveillance... et à mieux vivre avec !</li> <li>❖ <b>GROUPE DE PAROLE</b> Pour parler des difficultés que l'on peut rencontrer au quotidien avec sa maladie</li> <li>❖ <b>ACTIVITÉ PHYSIQUE</b> Mieux bouger et y prendre plaisir !</li> <li>❖ <b>SOINS DES PIEDS</b> Comment prendre soin de ses pieds au quotidien</li> </ul> <p><b>ATELIERS « Mieux vivre avec son insuffisance cardiaque »</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>PROGRAMME « DIABÈTE GESTATIONNEL »</b> Avec suivi personnalisé par une infirmière <b>Les entretiens éducatifs</b> Pour faire le point avec un professionnel de santé avant et au décours de son suivi éducatif <b>Les consultations individuelles</b> Pour un suivi personnalisé : 2 par an avec une psychologue et 3 par an avec une diététicienne</li> </ul>	<p><b>PROGRAMME « OBÉSITÉ »</b></p> <p>En coordination avec la Clinique du Manoir en Berry en 2017</p> <p>Des entretiens éducatifs, des consultations individuelles et des ateliers</p> <p><b>LE DÉPISTAGE DES COMPLICATIONS DU DIABÈTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>LE FOND D'ŒIL ANNUEL PAR RÉTINOGRAPHIE</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour tous les patients diabétiques de moins de 71 ans</li> <li>• Réalisé par un orthoptiste ou une infirmière</li> <li>• Les photos du fond d'œil sont adressées à un ophtalmologue lecteur</li> <li>• Dépiste la rétinopathie diabétique</li> <li>• Sur simple rendez-vous au réseau</li> <li>• Sans dilatation de la pupille</li> <li>• Avec une ordonnance du médecin traitant</li> <li>• Et votre consentement signé sur place</li> <li>• En alternance avec votre bilan ophtalmologique complet tous les 3 ans</li> </ul> </li> <li>❖ <b>LE DÉPISTAGE ITINÉRANT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans différents secteurs du département</li> <li>• Sur prescription de votre médecin</li> <li>• En plus de la rétinographie, il vous est proposé notamment un examen des pieds par un podologue, un électrocardiogramme et un dépistage de l'artérite.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>En dehors d'animations ponctuelles comme la participation aux ateliers cuisine, toutes les prestations du réseau sont gratuites.</i></p>	<p><b>SERVICES PROFESSIONNELS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE</b> Sessions de sensibilisation</li> <li>• <b>FORMATION</b> Sur le diabète et l'insuffisance cardiaque</li> <li>• <b>PARTENARIATS AVEC LE MÉDECIN TRAITANT</b> Concerté et informé du parcours éducatif de chacun de ses patients</li> <li>• <b>CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE</b> Un travail en équipe pour le suivi de chaque patient</li> <li>• <b>PARTENARIATS RÉSEAU-ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de travail</li> <li>• Ateliers partagés</li> <li>• Formations</li> <li>• Éducation de relais : diabète et insuffisance cardiaque</li> </ul> </li> <li>• <b>ACTIONS DE DÉPISTAGE</b> Du diabète et de ses complications</li> <li>• <b>AUTRES PARTENARIATS</b> Associations de patients, IRSA, autres réseaux de santé, télé-médecine, établissements médico-sociaux, médecine du travail...</li> </ul>
---	--	---

## ANNEXE 11 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'INDRE



### Place du pharmacien d'officine dans l'admission des patients pour les programmes d'ETP de DIAPASON 36 - Point de vue du médecin généraliste

Madame, Monsieur,

Étudiante en 6ème année de pharmacie à la faculté de Tours, je réalise en collaboration avec DIAPASON 36 ma thèse officinale. Cette thèse est encadrée par le Dr LEVITTA ainsi que Mme FOUCAULT-FRUCHARD

Mon travail consiste à mettre en avant la place du pharmacien dans l'admission des patients en rupture de soins et / ou sans médecin traitant au sein des programmes d'ETP (Éducation thérapeutique du patient) proposés par DIAPASON 36.

Pour rappel, l'ETP (selon l'OMS) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Actuellement, l'admission des patients se fait uniquement par vous ; seulement dans le contexte actuel, il pourrait être intéressant d'y intégrer le pharmacien d'officine. En effet, ce dernier voit le patient au quotidien et a accès à toutes ses ordonnances (spécialistes, généralistes ...) et aussi (s'il y a lieu) à son automédication.

Pour se faire, nous avons décidé de faire une enquête auprès des médecins généralistes du département. Ce questionnaire est anonyme et ne prend que quelques secondes.

Je vous remercie par avance pour vos réponses.

Cordialement,

Gaëlle AUBE ([gaelle.aube@etu.univ-tours.fr](mailto:gaelle.aube@etu.univ-tours.fr))

Connaissez - vous DIAPASON 36 ? ★

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, Avez-vous déjà orienté l'un de vos patients vers DIAPASON 36 pour un programme d'éducation thérapeutique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, pour quel programme d'ETP ?

- ☐ Diabète
- ☐ Diabète gestationnel
- ☐ Obésité
- ☐ Pluripathologie



Pensez-vous que le pharmacien d'officine puisse, sous votre accord, diriger le patient vers DIAPASON 36 pour l'ETP ? \*

☐ Oui

☐ Non

Que pourrait vous apporter cette orientation par le pharmacien ? \*

	Oui	Légèrement	Non
Un gain de temps médical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleur adhésion aux tr...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleure communicatio...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meilleure communicatio...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANNEXE 12 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PHARMACIES DE L'INDRE



### Place du pharmacien d'officine dans l'admission des patients pour les programmes d'ETP de DIAPASON 36

Madame, Monsieur,

Étudiante en 6ème année de pharmacie à la faculté de Tours, je réalise en collaboration avec DIAPASON 36 ma thèse officinale. Cette thèse est encadrée par le Dr LEVITTA ainsi que Mme FOUCAULT (Professeur de la faculté).

Mon travail consiste à mettre en avant la place du pharmacien dans l'admission des patients en rupture de soins et / ou sans médecin traitant au sein des programmes d'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) proposés par DIAPASON 36.

Pour rappel, l'ETP (selon l'OMS) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Actuellement, l'admission des patients se fait par le biais du médecin généraliste ; seulement dans le contexte actuel, il pourrait être intéressant d'y intégrer le pharmacien d'officine. En effet, ce dernier voit le patient au quotidien et a accès à toutes ses ordonnances (spécialistes, généralistes ...) et aussi (s'il y a lieu) à son automédication.

Pour se faire, nous avons décidé de faire une enquête auprès des pharmaciens du département. Ce questionnaire est anonyme et ne prend que quelques secondes.

Je vous remercie par avance pour vos réponses.

Cordialement,

Gaëlle AUBE (gaelle.aube@etu.univ-tours.fr)

Avez – vous une formation dans l'éducation thérapeutique des patients ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si non, souhaiteriez – vous être formez dans ce domaine ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Connaissez – vous DIAPASON 36 ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon vous, est ce que le pharmacien aurait sa place dans l'inclusion des patients dans un programme d'Éducation thérapeutique ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

Souhaiteriez – vous adresser des patients à DIAPASON 36 dans le but qu'ils suivent un programme d'Éducation thérapeutique ? \*

- ☐ Oui
- ☐ Non

## ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) AUBÉ Gaëlle

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

*(Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)*

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



**SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN**

N° Étudiant : **21300612**

N° Thèse : **15**

Nom et Prénom : **AUBE Gaëlle**

Sujet : **Prise en charge des patients polypathologiques : évaluation annuelle du programme d'ETP polypathologie proposé par DIAPASON 36 et perspective sur le rôle du pharmacien au sein du programme**

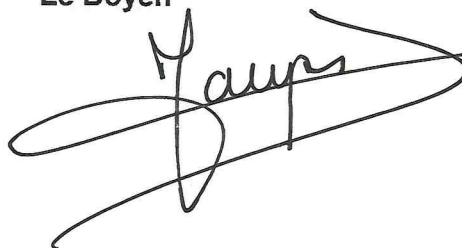
Tours, le : **06/04/2021**

Le(s) Directeur(s) de Thèse :



**FOUCAULT-FRUCHARD**  
Pharmacien MCU PH  
Pharmacie Bretonneau  
CHRU TOURS  
02 47 47 38 89  
RPPS 10101214640

**Vu et Transmis :  
Le Doyen**



AUBÉ Gaëlle

N°15

**TITRE DE LA THÈSE**

Prise en charge des patients polypathologiques : évaluation annuelle du programme d'ETP de diapason 36 et perspectives sur le rôle du pharmacien au sein du programme

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE**

La polypathologie est un concept récent affectant presque 70 % des personnes de plus de 80 ans en France (selon l'Assurance Maladie). Elle est fréquemment définie comme étant la coexistence de plusieurs pathologies chroniques au sein d'un même patient. Toutefois, sa variabilité fait, qu'encore à ce jour, elle ne dispose pas de définition précise et officielle. En effet, il est difficile de mesurer l'incidence de la polypathologie puisque ce concept est multifactoriel : elle peut varier en fonction du point de vue adopté, du nombre de pathologies considérées comme chroniques et des outils de mesures utilisées pour l'évaluer.

Les patients polypathologiques font face à de nombreuses prises en charge et à une multitude d'interlocuteurs dans leur suivi médical : médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers... Consulter autant d'acteurs dans le suivi médical du patient nécessite d'adopter une approche différente d'une démarche de soin « monopathologique » : une coordination de soin et une prise en charge centrée sur le patient et ses besoins semblent être les solutions les plus appropriées.

Bien que le concept de polypathologie soit complexe dans sa prise en charge, des programmes d'ETP (Éducation thérapeutique du Patient) dédiés aux patients pluripathologiques existent. Des associations comme DIAPASON 36 regroupant plusieurs professionnels de santé de l'Indre (diététicien, médecin et infirmiers), ont mis en place ce type de programme. Ainsi, depuis décembre 2019, DIAPASON 36 permet aux patients, en suivant leur programme d'ETP, d'acquérir et de consolider leurs connaissances sur leurs pathologies et la gestion de ces dernières. De plus, cette association propose aux patients de participer activement à des ateliers spécifiques et adaptés à leurs besoins, leur permettant d'assimiler de bonnes pratiques sur l'importance d'une alimentation équilibrée ou encore la réalisation régulière d'une activité physique.

Cette thèse présente le programme d'ETP proposé par l'équipe de DIAPASON 36 dans l'Indre à plus de 157 patients et elle étudie son évaluation annuelle sur la période de décembre 2019 à fin novembre 2020. Malgré la crise sanitaire du COVID-19 qui a débuté en mars 2020, les ateliers ont pu se maintenir grâce à la visioconférence, occasionnant la mise en place de l'e-ETP. Une telle évaluation a pour objectif de dresser le bilan annuel de l'activité réalisée à la fois par les patients et les éducateurs de santé et également, de mettre en évidence les forces et faiblesse de ce programme. Cette ETP s'inscrit avant tout dans une démarche d'amélioration continue. Au travers de cette évaluation, il apparaît des difficultés au niveau de l'orientation et de l'admission des patients en rupture de soins et/ou sans médecin traitant mais aussi dans la réalisation des ateliers en visioconférence. Le pharmacien pourrait alors être un acteur clé dans la réalisation des ateliers d'ETP à l'officine (puisque malgré le confinement, l'officine a maintenu ses activités de santé) ainsi que dans l'orientation et la coordination des soins des patients en rupture de soins afin de répondre aux problèmes rencontrés durant de la crise sanitaire de la COVID-19. Pour cela, des questionnaires auprès des pharmaciens d'officine et des médecins généralistes ont été réalisés afin de connaître leur opinion sur ce sujet. De plus, des procédures et supports de communications ont été créés au cours de ce travail pour promouvoir une coordination entre DIAPASON 36 et le pharmacien d'officine.

**MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE  
UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY :**

Polypathologie, pluripathologie, évaluation annuelle, ETP, pharmacien, officine, patient, éducation, orientation

**JURY**

**PRÉSIDENT :** Mme MAUPOIL Véronique (doyenne et enseignante de la faculté de Pharmacie à Tours)

**MEMBRES :**

Mme FOUCAULT-FRUCHARD Laura (praticienne hospitalière et maître de conférence à la faculté de pharmacie à Tours)

Mme LEVITTA Françoise (médecin généraliste)

Mme BIZZOTO Laura (pharmacienne d'officine)

**DATE ET LIEU DE SOUTENANCE :** le 06/04/2021 à la faculté de pharmacie à Tours