

# Bilan Educatif Partagé

---



## BEP INFORMATIONS POUR LES EDUCATEURS

Ce document est une trame d'entretien pour le BEP.

Ce n'est pas une succession de questions mais bien un entretien au cours duquel vous allez recueillir des informations qui vont vous amener à connaître la personne que vous rencontrez et à identifier avec elle les besoins qui lui permettraient de vivre mieux son quotidien face aux contraintes rencontrées.

Il doit être réalisé dans un contexte d'égal à égal, entre deux personnes responsables à l'aide de questions ouvertes, de reformulation, de demande de précision, de valorisation et de synthèses.

L'ordre n'est pas strict.

**Les questions des cadres orange ne sont pas à poser directement au patient mais à compléter en fonction de leurs réponses.** Le recueil de ces informations se fait dans un but d'évaluation statistique des données anonymisées.

Le BEP (hormis les encadrés) sera intégralement transmis au patient et intégré dans son dossier "Mon parcours ETP".

## IDENTITÉ

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ...../...../..... Age.....

Qui fait le BEP : .....

Date :...../...../.....

## A. CE QUE VOUS AVEZ ?

Parlez-moi de votre état de santé (antécédents, pathologies, durée, évolution)

### Parle de :

- ☐ Diabète
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Syndrome d'apnée du sommeil

### Diabète depuis :

- ☐ Moins d'un an
- ☐ Entre 1 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

Quels sont les symptômes que vous ressentez avec vos problèmes de santé ?

### Ressent des symptômes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Avez-vous des complications liées à vos problèmes de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas

Si oui, lesquels ?

(Cocher si cité par les patients, ne pas les citer)

- ☐ Plaie du pied
- ☐ Atteinte rénale
- ☐ Atteinte cardiaque
- ☐ Atteinte des artères (Artériopathie, AVC, IDM)
- ☐ Atteinte des nerfs (Neuropathie)
- ☐ Atteinte des yeux (Rétinopathie diabétique)

Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre état de santé ? :

1 | \_\_\_\_\_ | 10  
très mauvais excellent

Pourquoi ?

## B. CE QUE VOUS SAVEZ SUR VOTRE MALADIE ?

Pour vous, c'est quoi le diabète ? Quelles sont les informations que vous avez eues sur le diabète ?

Cocher :

- ☐ Donne une réponse
- ☐ Ne sait pas

D'où proviennent les informations que vous avez sur le diabète :

- ☐ Professionnel de santé
- ☐ Internet ou média
- ☐ Ami/famille
- ☐ Autre : .....

Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ?

Connait des complications :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

- ☐ Plaie du pied
- ☐ Atteinte rénale
- ☐ Atteinte cardiaque
- ☐ Atteinte des artères (Artériopathie, AVC, IDM)
- ☐ Atteinte des nerfs (Neuropathie)
- ☐ Atteinte des yeux (Rétinopathie diabétique)

Autre : .....

Sur une échelle de 1 à 10, vous diriez que le diabète est une maladie ? :

1 | \_\_\_\_\_ | 10  
 Minime sérieuse grave

Parlez-moi de votre traitement ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....

(Difficultés à prendre le traitement, oubli, pourquoi ? avez-vous des craintes par rapport à votre traitement, pensez-vous que tous vos traitements sont nécessaires ?)

Est-ce que vous savez lesquels sont pour le diabète ?

- ☐ Sait  
☐ Ne sait pas

(Cocher selon les réponses)

**Connait ses traitements :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**Fait surveillance des glycémies capillaires à domicile :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**Traitement par insuline :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**Passage d'une IDE à domicile**

- ☐ Oui  
☐ Non

A votre avis, quelles sont les causes de cette maladie ? (Croyances)

.....  
 .....

(Question qui permet d'explorer les croyances)

- ☐ Représentation exogène (cause extrinsèque - situe la cause hors de lui-même)  
☐ Représentation endogène (cause intrinsèque- situe la cause comme/dans lui-même)  
☐ Pas de réponse

A votre avis, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre état de santé ?

.....  
 .....

Cite au moins une solution pour améliorer son état de santé

- ☐ Oui
- ☐ Non

A votre avis, qu'est-ce qui pourrait aggraver votre état de santé ?

Cite au moins une chose qui peut aggraver son état de santé

- ☐ Oui
- ☐ Non

## C. COMMENT VOUS VIVEZ AVEC VOTRE PROBLEME DE SANTE ? (Vécu de la maladie)

Au quotidien, comment vivez-vous votre maladie ?

Qu'est-ce qui vous gêne le plus dans votre maladie ?

Sur une échelle de 1 à 10, vous vivez votre maladie :

1 | \_\_\_\_\_ | 10  
Difficilement très bien

Parlez-moi de ce que vous faites pour prendre soin de vous

A mis quelque chose en place pour aller mieux :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Selon vous, votre santé dépend de qui ? :

- ☐ De vous
- ☐ De votre entourage (famille, amis)
- ☐ De votre médecin
- ☐ De votre environnement (activité professionnelle, loisirs)
- ☐ Autre : .....

Parlez-vous facilement de votre maladie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Oui et non

Remarques :

Depuis que vous êtes diabétique, qu'est-ce qui a changé dans votre vie ? Dans vos projets ? Selon vous, quel impact a la maladie sur votre travail, vos loisirs, votre famille, vos finances ?

Y-a-t-il des choses que vous ne pouvez plus faire à cause de la maladie ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Quand vous pensez à votre état de santé dans 5 ans, vous êtes :

- ☐ Très inquiet
- ☐ Inquiet
- ☐ Peu inquiet
- ☐ Confiant
- ☐ Autre

Remarques :

## D. QUI VOUS ETES ? CE QUE VOUS FAITES ?

Pouvez-vous me parler de votre vie au quotidien ? Racontez moi une journée type, du lever au coucher.

Parle de son diabète :

- ☐ Oui  
☐ Non

Parle de son traitement :

- ☐ Oui  
☐ Non

Hygiène de vie :

Alcool ☐ Oui ☐ Non

Tabac ☐ Oui ☐ Non ☐ Sevré : depuis quand ? .....

Pouvez-vous me parler de votre entourage ?

**Statut**

- ☐ Seul  
☐ En couple

**Enfants**

- ☐ Oui  
☐ Non

Votre entourage est-il au courant de votre maladie ?

- ☐ Oui  
☐ Non

Si oui, comment votre entourage vit-il votre maladie ?

Avez-vous le sentiment d'être compris, aidé, soutenu ?

- ☐ Oui  
☐ Non



En avez-vous besoin ?

- ☐ Oui  
☐ Non

Y-a-t-il des antécédents de diabète dans votre famille ?

- ☐ Oui  
☐ Non

Lorsque vous avez besoin d'aide concernant la maladie, vers qui vous tournez vous ?

- ☐ Médecin généraliste  
☐ Médecin spécialiste  
☐ Autre professionnel de santé  
☐ Conjoint  
☐ Enfant  
☐ Autre famille  
☐ Amis  
☐ Autre .....

## E. Parlez-moi de vos activités, de vos loisirs :

Avez-vous une activité professionnelle ? Des loisirs ?

Activité professionnelle   ☐ Oui   ☐ Non

Loisirs   ☐ Oui   ☐ Non

Lesquels :

Activités physique   ☐ Oui   ☐ Non

Lesquels :

À quel rythme ?

## F. Vos ressources et/ou obstacles éventuels

Quels sont vos projets ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous tiennent à cœur, que vous voudriez faire ?

A un ou des projets :

- ☐ Oui  
☐ Non

Qu'est-ce qui pourrait vous gêner dans vos projets ?

Parle d'un obstacle pour ses projets

- ☐ Oui  
☐ Non

Quels sont vos attentes/besoins par rapport à l'ETP ?

Quelles sont vos priorités ?

Pourquoi cela est-il important pour vous ?

Qu'est-ce que vous voudriez faire ou savoir-faire en lien avec votre maladie ?

Quels sont vos objectifs ?

Exemples de proposition par séance : Cocher ce qui correspond aux objectifs négociés avec le patient sans citer les réponses proposées.

### Séance compréhension de la maladie, des complications et des facteurs de risques cardiovasculaires :

- ☐ Savoir ce qu'est le diabète
- ☐ Comprendre ce qui se passe dans le corps quand on est diabétique
- ☐ Connaitre les complications du diabète
- ☐ Comprendre les facteurs de risques cardiovasculaires
- ☐ Autre : .....

### Séance suivi et surveillance :

- ☐ Connaitre le suivi recommandé
- ☐ Comprendre l'intérêt des consultations de suivi
- ☐ Comprendre mon bilan biologique
- ☐ Comprendre l'Hba1c
- ☐ Comprendre le cholestérol
- ☐ Savoir prendre soin de mes pieds
- ☐ Savoir repérer et gérer une hypoglycémie
- ☐ Autre : .....

### Séance alimentation :

- ☐ Savoir mettre en place une alimentation équilibrée
- ☐ Comprendre les groupes d'aliments
- ☐ Savoir ce qui est conseillé ou non pour mon alimentation
- ☐ Repérer les aliments conseillés et déconseillés
- ☐ Connaitre des repères de consommation
- ☐ Avoir une notion de quantité des aliments
- ☐ Autre : .....

### Séance activité physique :

- ☐ Savoir pourquoi on me conseille de faire une activité physique
- ☐ Connaitre la différence entre activité physique et sport
- ☐ Trouver une activité qui me correspond
- ☐ Savoir quel genre d'activité je peux faire
- ☐ Connaitre les consignes de sécurité
- ☐ Autre : .....

### Autres thèmes :

- ☐ Pouvoir m'exprimer sur ma maladie (mes besoins, mes difficultés, mes ressentis)
- ☐ Savoir associer mon entourage aux conduites à tenir en cas d'urgence et aux changements d'habitudes liés à ma maladie)
- ☐ Autre .....

# Synthèse du bilan éducatif partagé

Principales représentations et croyances en matière de santé et de traitements :

Atouts/Leviers (ce qui est facilitant pour la prise de la maladie)

Difficultés/Freins (ce qui est difficile pour la prise en charge de la maladie)

Remarque de l'éducateur (*N'apparaît pas dans le dossier du patient - si besoin*) :

# PROPOSITION DE SÉANCES

1. ☐ Collectives

☐ Individuelles :

Si individuelle, pourquoi ?

2. **Choix des séances :**

- ☐ Séance compréhension de la maladie, des complications et des facteurs de risques cardiovasculaires
- ☐ Séance suivi et surveillance
- ☐ Séance alimentation
- ☐ Séance activité physique

3. **Consentement**

Le consentement du patient à sa participation au programme a été recueilli :

- ☐ Oui
- ☐ Non

4. **Choix de l'envoi du BEP**

Ce bilan éducatif partagé (BEP) sera envoyé au patient selon son choix :

- ☐ En version numérique à l'adresse mail : .....
- ☐ En version papier

## 5. Etoile des compétences

L'éducateur complète l'étoile de compétence avec le patient puis reporte les résultats dans le tableau ci-dessous.

	Note
Comprendre la définition du diabète	...../10
Modifier mes habitudes de vie pour diminuer le risque de complications	...../10
D'expliquer ce qui se passe dans mon corps	...../10
M'assurer du suivi régulier de ma maladie	...../10
Surveiller mes pieds	...../10
Reconnaître une hypoglycémie et me resucrer	...../10
Repérer et diminuer les graisses et les sucres dans mon alimentation	...../10
Respecter les rythmes alimentaires	...../10
Modifier mes habitudes pour améliorer mon équilibre alimentaire	...../10
De pratiquer une activité physique en toute sécurité.	...../10
D'intégrer une activité physique à mon quotidien.	...../10
D'expliquer les bénéfices de l'activité physique pour ma santé.	...../10
	...../10
	...../10
	...../10



**RUNDIABETE** est un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) porté par l'Unité de Coordination et d'appui à l'ETP (UCEP) de la Réunion.

Nos productions sont utilisables sous licence Creative Common :



**Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification**  
CC BY-NC-ND

[creativecommons.org](https://creativecommons.org)

Pour en savoir plus :

0800 444 974    [ucep.re](https://ucep.re)    [coordinationetp@ucep.re](mailto:coordinationetp@ucep.re)

Immeuble le Charmoy  
2bis rue d'Emmerez de CHARMOY  
97490 Ste-Clotilde