

## Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 septembre 2024

Par

NZISABIRA Patrick

### État des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'éducation thérapeutique Perspectives : le pharmacien d'officine coordonnateur

Thèse dirigée par Claire-Élise DEMIOT

Examineurs :

M. Bertrand COURTIoux, Professeur des Universités

Président

Mme. Claire-Élise DEMIOT, Maître de Conférences des Universités- Praticien  
Hospitalier

Directrice

M. Benoit SEGUY, Docteur en pharmacie

Juge





## Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

Présentée et soutenue publiquement

Le 3 septembre 2024

Par NZISABIRA Patrick

### État des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'éducation thérapeutique Perspectives : le pharmacien d'officine coordonnateur

Thèse dirigée par Claire-Élise DEMIOT

Examineurs :

M. Bertrand COURTIOUX, Professeur des Universités

Président

Mme. Claire-Élise DEMIOT, Maître de Conférences des Universités- Praticien  
Hospitalier

Directrice

M. Benoit SEGUY, Docteur en pharmacie

Juge



# Personnel enseignant de la Faculté de Pharmacie de Limoges

---

Le 1<sup>er</sup> janvier 2024

## Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIOUX Bertrand

## Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

## Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge, Assesseur pour la Formation Continue

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas, Assesseur pour l'Innovation Pédagogique

## Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

## Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIÈRE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie

**Mme POUGET Christelle** Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

**M. TROUILLAS Patrick** Biophysique et mathématiques

**Mme VIANA Marylène** Pharmacie galénique

### **Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires**

**Mme. CHAUZEIX Jasmine** Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

**Mme DEMIOT Claire-Élise (\*)** Pharmacologie

**M. JOST Jérémie** Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

### **Maitres de Conférences des Universités – Universitaires**

**Mme AUDITEAU Émilie** Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

**Mme BEAUBRUN-GIRY Karine** Pharmacie galénique

**Mme BÉGAUD Gaëlle (\*)** Chimie analytique et bromatologie

**M. BILLET Fabrice** Physiologie

**Mme BONAUD Amélie** Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

**M. CALLISTE Claude** Biophysique et mathématiques

**M. CHEMIN Guillaume** Biochimie et biologie moléculaire

**Mme CLÉDAT Dominique** Chimie analytique et bromatologie

**M. COMBY Francis** Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

**M. FABRE Gabin** Biophysique et mathématiques

**M. LABROUSSE Pascal (\*)** Botanique et cryptogamie

**Mme LAVERDET Betty** Pharmacie galénique

**M. LAWSON Roland** Pharmacologie

**M. LÉGER David (\*)** Biochimie et biologie moléculaire

**Mme MARRE-FOURNIER Françoise** Biochimie et biologie moléculaire

<b>M. MERCIER Aurélien</b>	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
<b>Mme MILLOT Marion (*)</b>	Pharmacognosie
<b>Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia</b>	Pharmacie galénique
<b>M. TOUBLET François-Xavier</b>	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
<b>M. VIGNOLES Philippe (*)</b>	Biophysique et mathématiques

**(\*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)**

#### **Professeur associé en service temporaire**

<b>M. FOUGÈRE Édouard</b>	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
---------------------------	---

#### **Assistant Hospitalo-Universitaire des disciplines pharmaceutiques**

<b>Mme MARCELLAUD Élodie</b>	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
------------------------------	---

#### **Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche**

<b>M. DELMON Cédric</b>	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
<b>M. HAMION Guillaume</b>	Pharmacognosie, Botanique et Mycologie
<b>Mme SONDA Amar</b>	Chimie analytique et bromatologie

#### **Enseignants d'anglais**

<b>M. HEGARTY Andrew</b>	Chargé de cours
<b>Mme VERCELLIN Karen</b>	Professeur certifié

## Remerciements

---

À ma directrice de thèse, Madame Claire-Élise DÉMIOT, pour sa bienveillance, sa disponibilité et son aide tout au long de ce processus ainsi qu'au cours de ma formation.

À mon président de jury, Professeur Bertrand COURTIOUX, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Merci pour l'intérêt que vous avez accordé à ma thèse et pour les connaissances que vous m'avez prodigué tout au long de ces études de pharmacie.

À Monsieur Benoît SEGUY, membre de mon jury, d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse mais également de m'avoir accueilli dans son officine toutes ces années et d'avoir ainsi contribué à faire de moi le pharmacien que je suis maintenant.

À ma copine, Amélie CHAUQUET, cette thèse ne serait pas ce qu'elle est sans ton aide et ton soutien. Merci d'avoir été là durant toutes ces années d'études et durant le processus de rédaction de cette thèse.

À la famille NZISABIRA, votre soutien et vos encouragements durant ma formation m'ont donné la force d'être là où j'en suis maintenant. Rien de ceci n'aurait été possible sans vous. Merci du fond du cœur.

À mes amis Emma, Antoine, Samir et bien d'autres. À mes anciens collègues de la pharmacie des Trois Provinces et de la pharmacie Coiffe. À mes enseignants et toutes les personnes qui m'ont aidé à devenir pharmacien.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>





## Liste des abréviations

---

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ADL : Association des Diabétiques Libérés

AJD : Aide aux Jeunes Diabétiques

DESG : Diabetes Education Study Group

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

URPS : Union(s) Régionale(s) des Professionnels de Santé libéraux

UFR : Unité de Formation et de Recherche

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

BEP : Bilan Éducatif Partagé

DPD : Délégué à la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

T2A : Tarification à l'Activité

FIR : Fonds d'Intervention Régionale

FNPEIS : Fonds National de Prévention et d'Éducation en Information Sanitaire

UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

SFSP : Société Française de Santé Publique

CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

ESP : Équipes de Soins Primaires

CDS : Centre De Santé

DAC : Dispositifs d'Appui à la Coordination

SEC : Structure(s) d'Exercice Coordonné

## Table des matières

Introduction .....	15
I. État des lieux de l'ETP en pharmacie d'officine .....	16
I.1. L'éducation thérapeutique du patient .....	16
I.1.1. Histoire de l'ETP.....	16
I.1.1.1. 1922 : Découverte de l'insuline .....	16
I.1.1.2. 1941 : 1 <sup>er</sup> manuel d'éducation des diabétiques de Elliott P. Joslin.....	16
I.1.1.3. 1954 : Création de l'association des « diabétiques libérés » par Henri Lestradet.....	16
I.1.1.4. 1972 : Démonstration de l'efficacité de l'ETP par Leona V. Miller et Jack Goldstein .....	17
I.1.1.5. Les années post-1968 : remise en cause de l'autorité et de la hiérarchie.....	17
I.1.2. Définition de l'ETP .....	18
I.1.2.1. Qu'est-ce qu'une maladie chronique ? .....	18
I.1.2.2. Quel est l'impact d'une maladie chronique sur la qualité de vie d'un patient ?	19
I.2. Études sur la place du pharmacien d'officine en ETP .....	19
I.2.1. Première étude : « PHARMACIEN ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN FRANCE ».....	20
I.2.1.1. Résultats.....	20
I.2.1.2. Discussion .....	23
I.2.2. Deuxième étude : « ETAT DES LIEUX DE L'IMPLICATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE LA HAUTE-VIENNE DANS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT » .....	24
I.2.2.1. Résultats.....	24
I.2.2.2. Discussion .....	26
I.2.3. Troisième étude : « ÉTAT DES LIEUX SUR LES PRATIQUES EN ETP DES PHARMACIENS ET INFIRMIERS LIBÉRAUX LIGÉRIENS FORMÉS AUX 40 HEURES » .....	26
I.2.3.1. Résultats.....	27
I.2.3.1.1. Cartographie régionale .....	27
I.2.3.1.2. Enquête de terrain .....	27
I.2.3.2. Discussion .....	30
I.3. Problèmes et freins rencontrés lors la mise en place de programmes d'ETP chez les pharmaciens d'officine .....	31
I.3.1. Manque de connaissance des pharmaciens d'officine en ETP .....	31
I.3.2. Manque de temps et de rémunération .....	31
I.3.3. Les difficultés administratives .....	31
I.4. Conclusion sur l'état des lieux de l'ETP chez les pharmaciens d'officine .....	32
II. Pharmacien d'officine coordonnateur de programme d'ETP .....	33
II.1. Programme d'ETP .....	34
II.1.1. Définition d'un programme d'ETP .....	34
II.1.2. But et objectif d'un programme d'ETP .....	34
II.1.3. Élaboration d'un programme structuré d'ETP .....	35
II.1.4. Les intervenants d'un programme d'ETP.....	36
II.1.5. Organisation d'un programme structuré d'ETP .....	37
II.1.5.1. Partie 1 : Élaboration d'un diagnostic éducatif.....	37

II.1.5.2. Partie 2 : Définir un programme personnalisé avec priorité d'apprentissage	38
II.1.5.3. Partie 3 : Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP collective ou individuelle ou en alternance	38
II.1.5.4. Partie 4 : Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP	39
II.1.6. Aspect administratif d'un programme d'ETP	39
II.1.6.1. Cahier des charges d'un programme d'ETP	40
II.1.6.1.1. L'équipe	40
II.1.6.1.2. Programme	40
II.1.6.1.3. La coordination	40
II.1.6.1.4. Information et consentement du patient et confidentialité des données	41
II.1.6.1.5. L'évaluation du programme	41
II.1.6.1.6. Le financement	42
II.1.7. Financement des programmes d'éducation thérapeutique	42
II.1.7.1. Financement par l'ARS	42
II.1.7.2. Financement par la CPAM	42
II.2. Coordination d'un programme d'ETP	43
II.2.1. Coordonnateur d'un programme d'ETP	43
II.2.1.1. Qui peut être coordonnateur d'un programme d'ETP en France ?	43
II.2.1.2. Formation des coordonnateurs de programme d'ETP en France	43
II.2.1.3. Compétences d'un coordonnateur dans un programme d'ETP	46
II.2.1.3.1. Constituer une équipe transversale et pluridisciplinaire	46
II.2.1.3.2. Analyse du contexte et conception d'une démarche ETP	46
II.2.1.3.3. Organisation et conduite d'un programme d'ETP	46
II.2.1.3.4. Animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP	47
II.2.1.3.5. Évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP	47
II.2.1.3.6. Communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP	47
II.2.1.4. Outils de coordination : Les Unités Transversales d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEP)	48
II.2.1.4.1. Création des UTEP	48
II.2.1.4.2. Les missions des UTEP	48
II.3. Conclusion sur la coordination d'un programme d'ETP par un pharmacien d'officine	49
III. La coordination dans les soins ambulatoires	50
III.1. Histoire de la coordination des soins	50
III.2. Les formes d'exercice coordonné	51
III.2.1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)	51
III.2.1.1. Qu'est-ce qu'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?	51
III.2.1.2. Quels sont les membres d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?	51
III.2.1.3. Quelles sont les missions d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?	51
III.2.2. Les Équipes de Soins Primaires (ESP)	51
III.2.3. Les centres de santé (CDS)	52
III.2.4. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)	52
III.2.4.1. Qu'est-ce qu'une Communautés Professionnelle Territoriale de Santé ?	52
III.2.4.2. Quelles sont les missions des CPTS ?	52
III.2.4.3. Qui peut intégrer une CPTS ?	53
III.2.5. Les dispositifs d'aide à l'exercice coordonné	54
III.2.5.1. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)	54
III.2.5.2. Les protocoles de coopération	54

III.2.6. Intérêt pour l'ETP de la coordination des soins ambulatoires.....	54
III.2.6.1. La pluridisciplinarité de l'exercice coordonné .....	55
III.2.6.2. Le recrutement des patients pour l'ETP .....	55
III.2.6.3. Financement de l'ETP à travers les SEC .....	55
III.2.6.4. Formation des professionnels de santé à la dispensation de l'ETP .....	55
III.2.6.5. Mise à disposition d'outils d'aide à la coordination .....	56
Conclusion .....	57
Références bibliographiques .....	58
Annexes .....	61
Serment De Galien.....	79

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Cartographie des actions éducatives recensés dans toute la France.....	21
Figure 2 : Niveaux des formations suivies. Répartition par niveau de formation : niveau 0 : absence ; sensibilisation : moins de 40 heures de formation ; niveau 1 (40 heures de formation) ; niveau 2 (diplôme universitaire) ; niveau 3 (Master 2, Thèse de science). .....	23
Figure 3 : Critères de classification des définitions globales .....	24
Figure 4 : Freins à la réalisation d'ETP identifiés par les pharmaciens d'officine.....	25
Figure 5 : Répartitions départementales des professionnels sondés .....	28
Figure 6 : Zone d'exercice selon la profession.....	28
Figure 7 : : Réponses à la question "selon vous, y a-t-il un intérêt de l'ETP dans le 1er recours ?" .....	29
Figure 8 : Réponses à la question : "pourquoi ne souhaitez-vous pas déposer de programme ?" .....	29
Figure 9 : Réponses à la question : « selon vous, quels sont les freins à la mise en place (intégration ou dépôt de programme) de l'ETP dans votre exercice ? ».....	30
Figure 10 : Schéma récapitulatif de la mise en place d'un programme d'ETP.....	33
Figure 11 : Etapes de réalisation d'un programme d'ETP .....	37

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Lieux d'exercice principal des pharmaciens répondants .....	20
Tableau 2 : Répartition de l'offre et de la demande de programmes ETP sur le territoire des Pays de la Loire.....	27
Tableau 3 : Exemples de compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique .....	38
Tableau 4 : Formation des coordonnateurs non intervenants .....	44
Tableau 5 : Formation des coordonnateurs également intervenants.....	45

## Introduction

---

Depuis 2009, date d'inclusion de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge des patients par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), l'ETP a pris une place de plus en plus importante dans le parcours de soin des patients souffrant de maladies chroniques.

En effet, l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques en France, liée au vieillissement de la population, a engendré de nouveaux types de besoins en matière de prise en charge des patients. Ces besoins sont notamment liés à l'impact majeur que ces maladies chroniques ont sur la qualité de vie des patients. L'ETP a pour but d'aider les patients à mieux vivre avec leur maladie, et présente donc une importance capitale dans la prise en charge de ces patients. De nombreux programmes d'ETP ont été mis en place partout en France, avec un développement plus important dans le milieu hospitalier.

Le développement pratiquement exclusivement hospitalier de l'ETP peut être en partie expliqué par l'importance de la pluridisciplinarité caractéristique de ce milieu. Elle présente un avantage certain lors de la mise en place d'un programme d'ETP. En effet, un bon programme d'ETP nécessite de rassembler différents professionnels de santé avec à leur tête des coordonnateurs chargés de la création et de la mise en place de ces programmes d'ETP. Pourtant, la grande majorité des soins ainsi que le suivi des patients chroniques se fait en milieu ambulatoire. Il apparaît donc évident que le développement de l'ETP dans le parcours de soin du patient doit passer par son développement en milieu ambulatoire.

Il s'avère cependant que la mise en place d'un programme d'ETP n'est pas chose aisée, même en milieu hospitalier. Le coordonnateur rencontre de nombreux obstacles lors de la mise en place de ces programmes d'ETP. La tâche est encore plus ardue en milieu ambulatoire car celui-ci manque d'interdisciplinarité. Le pharmacien d'officine, en tant qu'acteur important dans le parcours de soin ambulatoire du fait de sa proximité avec les patients et de son expertise sur les médicaments, pourrait, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, être un atout majeur dans le développement de l'ETP au niveau ambulatoire.

L'objectif de cette thèse est d'étudier la place de l'ETP chez les pharmaciens d'officine et ses perspectives de développement. Pour cela nous allons tout d'abord faire un état des lieux de l'ETP en milieu ambulatoire, et plus particulièrement en pharmacie d'officine. Nous mettrons en évidence les différents freins rencontrés lors de la mise en place de programmes d'ETP chez les pharmaciens d'officine. Ensuite, nous parlerons des différentes perspectives de développement de l'ETP en pharmacie d'officine et en milieu ambulatoire. Nous aborderons notamment la place du pharmacien d'officine dans la coordination d'un programme d'ETP, et des outils et solutions qui pourraient être apportés par le développement de la coordination des soins en milieu ambulatoire.

# I. État des lieux de l'ETP en pharmacie d'officine

---

Dans cette partie, nous allons tout d'abord introduire l'ETP à travers son histoire et ses différentes définitions. Nous allons également expliciter son intérêt pour les patients souffrant de maladie chronique. Nous ferons ensuite un état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'ETP à travers trois études, et nous dégagerons les différents problèmes et contraintes rencontrés, afin de faire émerger des solutions qui permettraient une augmentation de son implication.

## I.1. L'éducation thérapeutique du patient

### I.1.1. Histoire de l'ETP

L'éducation thérapeutique du patient sous sa forme actuelle découle d'une longue histoire de la médecine centrée sur l'éducation des patients souffrants d'une ou de plusieurs maladies chroniques(1). L'histoire de l'éducation thérapeutique peut être retracée autour de plusieurs dates marquantes. La première, l'année 1922, correspond à la découverte de l'insuline(2).

#### I.1.1.1. 1922 : Découverte de l'insuline

En 1921, le docteur Frederick Grant Banting et l'étudiant Charles Herbert Best parviennent à isoler des extraits pancréatiques chez le chien. Ils arrivent ensuite à montrer que l'injection de ces extraits pancréatiques a un effet hypoglycémiant chez des chiens rendus diabétiques par pancréatectomie : c'est la naissance de l'insuline.

Le 11 janvier 1922 est une date charnière dans l'histoire du diabète car elle correspond à la date du premier traitement d'un enfant diabétique par l'insuline(2). Cette date est également importante dans l'histoire de l'éducation thérapeutique. En effet, la découverte de l'insuline a fait passer le diabète insulino-dépendant d'une maladie subaiguë mortelle à une maladie chronique. Les patients, souffrant de diabète et traités par insuline, allaient devoir apprendre à injecter l'insuline, à mesurer la glycémie, à traiter l'hypoglycémie, à adapter leur activité physique ... Cela correspond à l'apparition des premiers besoins en ETP.

#### I.1.1.2. 1941 : 1<sup>er</sup> manuel d'éducation des diabétiques de Elliott P. Joslin

En 1941, Elliott P. Joslin, professeur à l'université de Boston, publie le premier manuel d'éducation des diabétiques pour les médecins généralistes et les patients. A l'époque cette éducation des patients avait un modèle vertical et autoritaire (comme à l'école), le soignant devait être rigoureux et dévoué tandis que le patient devait être obéissant et reconnaissant(1).

#### I.1.1.3. 1954 : Création de l'association des « diabétiques libérés » par Henri Lestradet

En 1954, lors d'un voyage aux États-Unis, un jeune pédiatre du nom de Henri Lestradet rencontre William Talbert, champion de Tennis et diabétique sous insuline. Henri Lestradet apprend que William Talbert adapte lui-même ses doses d'insuline et ses apports glucidiques en fonction des besoins de son organisme pratiquant ainsi « le régime libre ». Après cette rencontre Henri Lestradet créera l'Association des Diabétique Libérés (ADL) qui elle-même donnera naissance deux ans plus tard à l'Aide aux Jeunes Diabétiques (AJD). En effet, à cette époque, on proposait trois ou quatre injections d'insuline par jour, ce qui avait un impact sur la vie sociale des patients : jusqu'en 1953 la fonction publique était interdite aux diabétiques et jusqu'en 1963, des enfants diabétiques pouvaient être exclus du lycée à cause de leur diabète.



Henri Lestradet et ses élèves proposaient une seule injection par jour, un régime beaucoup moins restrictif en glucide et une petite glycosurie dite de « sécurité » pour éviter une hypoglycémie (à l'époque pas d'autosurveillance de glycémie et pas de glucagon pour les cas de coma hypoglycémique). Les parents et les enfants vont adopter avec enthousiasme cette médecine centrée sur l'enfant d'Henri Lestradet(1).

#### **I.1.1.4. 1972 : Démonstration de l'efficacité de l'ETP par Leona V. Miller et Jack Goldstein**

En 1972, Leona V. Miller et Jack Goldstein publient le premier article montrant le bénéfice d'une éducation minimale dans la population pauvre de Los Angeles (États-Unis). Cet article est publié dans le New England Journal of Medicine. Dans cette étude, il a été démontré qu'une aide téléphonique et une consultation systématique au service des urgences d'une infirmière spécialisée et d'un médecin du service de diabétologie permettaient de diviser par trois les hospitalisations et de réduire de deux tiers les comas hypoglycémiques. En dépit du fait qu'il s'agisse d'une étude centrée sur les bénéfices économiques de l'éducation thérapeutique, cela a également permis de mettre en évidence son efficacité sur la prise en charge des patients (1).

#### **I.1.1.5. Les années post-1968 : remise en cause de l'autorité et de la hiérarchie**

Dans les années post-1968, on assiste à une remise en cause de l'autorité et de la hiérarchie à tous les niveaux de la société, notamment dans les usines, les écoles et dans les familles. C'est dans ce contexte que l'éducation thérapeutique va évoluer avec le changement des relations médecins - patients(1).

En 1974, la création aux États-Unis d'un département d'éducation du patient, au sein de l'American Diabetes Association, va permettre un développement de l'éducation dans le diabète(3).

En 1975, le suisse Jean-Philippe Assal, de retour des États-Unis, crée l'Unité de Traitement et d'Enseignement pour diabétique. Ce sera l'un des premiers services hospitaliers visant l'autonomie des patients diabétiques. C'est dans ce service que seront créés les premiers ateliers d'ETP(1).

En 1977, les professeurs suisse Jean-Philippe Assal, français Jean Canivet et allemand Michael Berger, créent le Diabetes Education Study Group (DESG) au sein de la société savante européenne du diabète. Il a pour but d'aider les soignants à voir l'importance de l'ETP en tant que mesure thérapeutique, et d'aider les équipes médicales qui doivent pratiquer l'éducation thérapeutique des diabétiques en analysant leurs besoins et les difficultés qu'ils rencontrent(1).

En 1998, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose une définition de l'ETP(1,4).

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) adopte l'approche par compétences développée par l'école de Bobigny(1).

En 2009, l'ETP fait son entrée dans la loi dite « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST). La gestion de l'ETP est confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS)(4).

### **I.1.2. Définition de l'ETP**

Il existe de nombreuses définitions de l'ETP. Celle de l'OMS, définit l'ETP comme visant à aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Celle de l'HAS présente l'ETP comme faisant partie intégrante de la prise en charge du patient, et doit avoir pour but d'aider les patients et leurs familles à comprendre leur maladie et leur traitement afin de les aider à maintenir ou à améliorer leur qualité de vie(4).

Que ce soit pour la définition de l'OMS ou celle de l'HAS, on retrouve toujours la même idée : aider les patients souffrant d'une maladie chronique à mieux vivre avec leur maladie, en passant par l'acquisition de compétences nécessaires au maintien d'une bonne qualité de vie. Afin de mieux appréhender l'idée de l'ETP, et de son impact sur la qualité de vie des patients souffrant d'une maladie chronique, il est nécessaire de comprendre ce qu'est une maladie chronique et les conséquences qu'elle peut avoir sur la qualité de vie d'un patient.

#### **I.1.2.1. Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?**

Si nous regardons la définition de l'OMS, une maladie chronique est définie comme étant une affection de longue durée, en général de 6 mois ou plus, qui évolue lentement et où il n'y a pas de guérison(5). Selon le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique), une maladie chronique est un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive, appelé à durer dans le temps, caractérisé par : une ancienneté minimale de 3 mois et un retentissement sur la vie quotidienne. Ce retentissement est défini par une limitation des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux et d'une aide psychologique(5).

En résumé, nous pouvons donc dire qu'une maladie chronique est caractérisée par trois éléments importants :

- La durée de la maladie (l'OMS parle d'une pathologie d'au moins 6 mois et le HCSP d'une pathologie d'au moins 3 mois)
- Le caractère évolutif dans le temps de la maladie
- Le caractère incurable de la maladie

Ces trois éléments vont avoir un impact sur la vie quotidienne du patient comme le présente le HCSP dans sa définition. Nous allons avoir par exemple une forme de dépendance aux traitements, souvent à vie, due à ces maladies chroniques.

Il existe différents types de maladie chronique, que l'on peut séparer en deux : les maladies non-transmissibles, et les maladies transmissibles. En effet, quand on pense aux maladies chroniques, on pense généralement à celles qui sont non transmissibles comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires ou le diabète ; cependant, il existe également des pathologies chroniques transmissibles assez répandues comme le SIDA, les hépatites. Suivant la pathologie, l'impact sur la vie du patient sera différent.

En France, les maladies chroniques les plus représentées sont les maladies non transmissibles. Les avancées en matière d'hygiène, de nutrition, d'antibiothérapie et de vaccination ont permis de faire reculer les maladies infectieuses qui sont à l'origine de la plupart des maladies chroniques transmissibles. En 2001, seulement 5 % des décès étaient liés aux maladies infectieuses (chroniques et non chroniques) en France.(6) Cependant ces

avancées thérapeutiques ont également eu pour conséquence l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques non transmissibles. L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles, favorisée par la diminution de leur caractère mortel, a conduit à la nécessité d'apprendre à vivre avec ces maladies. Cela est même devenu un nouvel enjeu en matière de santé publique. Pour comprendre l'importance de cet enjeu, il faut s'intéresser à l'impact que peut avoir une maladie chronique sur la qualité de vie d'un patient.

### **I.1.2.2. Quel est l'impact d'une maladie chronique sur la qualité de vie d'un patient ?**

L'OMS définit la qualité de vie comme :

*« La façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend, bien entendu, de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles »(7)*

La qualité de vie est donc une conception personnelle et complexe qu'un individu peut avoir de son existence et qui peut être influencée par la santé physique et psychologique ainsi que par les relations sociales. On distingue alors 3 dimensions de la qualité de vie : les dimensions physiques, psychologiques et sociales.

Une maladie chronique va avoir un impact important sur ces 3 dimensions. En effet, les dimensions physiques et psychologiques sont les premières à être impactées par l'apparition d'une maladie chronique, du fait du caractère allongé dans le temps et du potentiel d'aggravation de ces maladies souvent associées à une invalidité, et la menace de complications aiguës. L'impact d'une maladie chronique sur la dimension sociale est assez important également. En effet, une personne atteinte d'une maladie chronique peut rencontrer des difficultés à suivre normalement un enseignement, peut perdre son travail, peut se voir refuser un prêt financier, et peut rencontrer des difficultés à pratiquer des activités sportives ainsi que d'autres activités nécessaires à son épanouissement social.

Lors d'une pathologie aiguë qui met en jeu le pronostic vital à court terme, l'objectif principal est en principe la guérison, donc la qualité de vie n'a pas une place très importante. Au contraire, pour une pathologie chronique, la qualité de vie va prendre une place plus importante dans la prise en charge dès lors que l'idée de guérison est impossible et qu'il faudra apprendre à vivre avec la maladie.

### **I.2. Études sur la place du pharmacien d'officine en ETP**

Le pharmacien d'officine étant un acteur important et incontournable dans le parcours de soins ambulatoire, nous nous sommes donc intéressés à sa place dans l'ETP. Pour cela nous allons dresser un état des lieux de l'implication du pharmacien dans les programmes d'ETP avec un focus sur les pharmaciens d'officine.

Dresser cet état des lieux est rendu difficile par le faible nombre d'études traitant ce sujet, confortant l'idée que l'ETP est toujours très peu développé en milieu ambulatoire.

Nous avons cependant pu analyser trois enquêtes qui ont été réalisées en 2013, 2015 et 2019 et dont le sujet principal est la place du pharmacien dans l'ETP.

### I.2.1. Première étude : « PHARMACIEN ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN FRANCE »

Cette étude a été effectuée par la faculté de pharmacie de l'université de Grenoble, le CHU de Grenoble et le Pôle Pharmacie des Hospices Civils de Lyon. Il s'agit d'une enquête nationale visant à établir un constat sur la situation actuelle des actions des pharmaciens français dans le cadre de l'ETP. En effet, d'après cette étude, le pharmacien peut devenir un acteur de l'ETP et cela quel que soit son mode d'exercice. Toujours d'après l'étude, le pharmacien, par sa position centrale et originale dans le parcours de soins du patient, se trouve à une place stratégique pour participer aux programmes d'ETP.(8)

L'étude a été menée sous forme d'un auto-questionnaire qui a été mis en ligne sur une période allant du 4 avril au 1 juin 2013. Cet auto-questionnaire a été élaboré par un groupe de pharmaciens experts provenant du groupe national ETP de la Société française de Pharmacie clinique. L'auto-questionnaire comportait 23 questions qui étaient adressées à tout pharmacien exerçant dans un programme d'ETP. On retrouve 3 thématiques de ce questionnaire : description, méthodologie et moyens de l'action ETP.(8)

#### I.2.1.1. Résultats

Cette étude a recensé 396 dispositifs éducatifs dont 168 ont été retirés car incomplets (42%). Sur les 228 actions retenues, 177 pharmaciens étaient impliqués (Tableau 1) dont 31 pharmaciens participaient à plusieurs actions éducatives et 46 exerçaient en pharmacie d'officine (26% des réponses)(8)

Tableau 1 : Lieux d'exercice principal des pharmaciens répondants

(Source : « Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? », 2013(8) )

	Répondants inclus	Répondants exclus
<b>CHU</b>	56	12
<b>CH</b>	41	41
<b>Officine</b>	46	82
<b>CHS</b>	17	6
<b>Etablissements privés ESPIC</b>	7	0
<b>Réseaux</b>	2	0
<b>Association</b>	2	2
<b>Clinique privée</b>	4	14

<b>Autre (professeur à la faculté, ...)</b>	2	5
<b>Non précisé</b>	0	6
<b>TOTAL</b>	177	168

Les 5 principaux domaines sur lesquels portaient les actions éducatives incluant des pharmaciens, étaient : le cardiovasculaire (21%), l'endocrinologie (20%), l'infectiologie (10%), la psychiatrie (9%) et la rhumatologie (7%).

L'action éducative avait lieu, en majorité dans les établissements de santé (148/228, soit 65%), en officine (39/228, soit 17%), au sein de réseaux de santé (37/228, soit 16%) et certaines actions éducatives avaient lieu au domicile du patient.

Les pharmaciens participaient à différents niveaux des actions éducatives : lors du diagnostic éducatif (124/228, soit 54 %), lors de la synthèse des objectifs éducatifs (121/228, soit 53 %), lors de l'évaluation des compétences acquises (129/228, soit 57 %) et lors de la mise en œuvre de séances éducatives (196/228, soit 86 %).

L'étude s'est également intéressée à la répartition des différentes actions éducatives au niveau géographique (Figure 1). On a donc le sud-est en tête avec 37,7 % de réponses au questionnaire suivi par l'île de France 18,9% et le nord-est 12,7%, les DOM-TOM sont derniers à 1,8%.

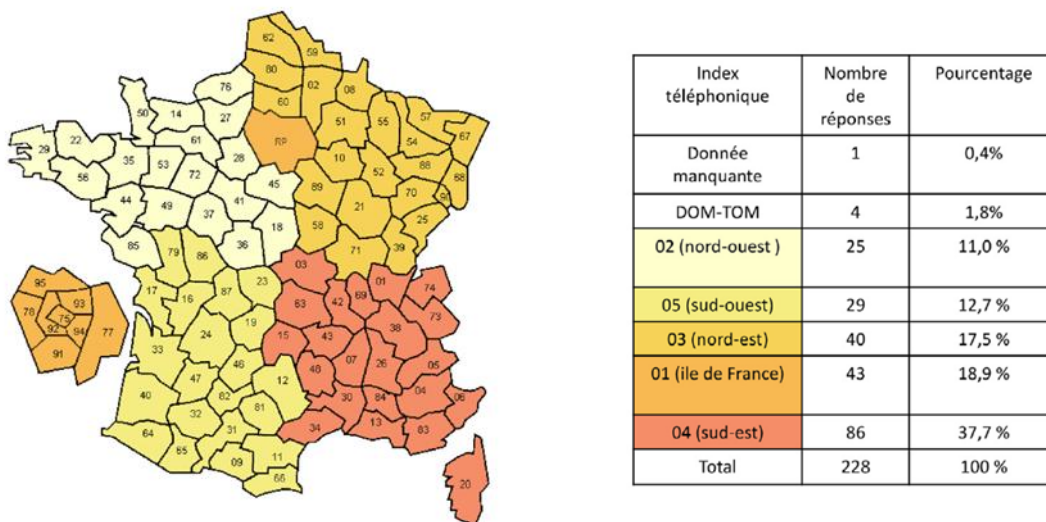


Figure 1 : Cartographie des actions éducatives recensés dans toute la France

(Source : « Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? », 2013 (8) )

Sur les 228 actions éducatives recensées, seules 195 suivaient les 4 étapes de la HAS (élaboration d'un BEP, définition d'un programme personnalisé, planification et mise en œuvre du programme d'ETP et réalisation d'une évaluation individuelle) lors de la mise en place des programmes d'ETP et 49 de ces actions incluaient des pharmaciens exerçant en ville. On découvre également dans l'étude que dans 38 % des actions éducatives le pharmacien déclarait être à l'initiative du projet et les pharmaciens de ville semblent plus à l'initiative que les pharmaciens hospitaliers avec 30 des 61 actions en officines initiées par des pharmaciens officinaux contre 50 des 167 actions hospitalières initiées par des pharmaciens hospitaliers.(8)

On apprend également que seulement 169 des 228 actions ont fait l'objet d'une demande d'autorisation à l'ARS.(8)

Dans la majorité des cas, ces actions éducatives combinaient plusieurs lieux de recrutement : le recrutement se faisait en hospitalisation complète (134/228) ou en consultation médicale hospitalière (117/228), lors d'un passage chez le médecin traitant (107/228), lors d'une hospitalisation de jour (92/228) et dans certains cas (68/228) le recrutement se faisait lors d'un passage à l'officine.(8)

18 des 228 actions éducatives recensées se déroulaient en ville dans le cadre de l'activité officinale et c'est l'équipe officinale qui soutenait ces activités.(8)

Pour ce qui est des moyens disponibles pour développer l'ETP, on constate que 42% des actions décrites sont réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire : 79 actions pour les pharmaciens hospitaliers et 16 actions pour les pharmaciens de ville.(8)

Dans 38% des cas, l'activité éducative était incluse dans le temps de travail des pharmaciens dont 77% correspondant aux pharmaciens hospitaliers et 23% correspondant aux pharmaciens exerçant en ville. Il a été noté que 95 actions éducatives étaient réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire. Pour les actions éducatives qui disposées de financements, plusieurs moyens de financement étaient mis en jeu : les subventions publiques (16,5%), le budget hospitalier MIG (16%), les subventions privées (14,5%) le budget hospitalier T2A (4%), le budget hospitalier de recherche clinique (1,5%).

Selon l'étude, le nombre d'heure moyen dédié à l'activité éducative pour les pharmaciens, qu'ils soient hospitaliers ou officinaux, était de 7 heures par mois avec une médiane de 4 heures.(8)

Sur les 228 actions éducatives, 162 étaient réalisées avec des pharmaciens ayant suivi la formation requise en ETP (40 heures de formation, DU, master ou thèse de science) (figure 2)

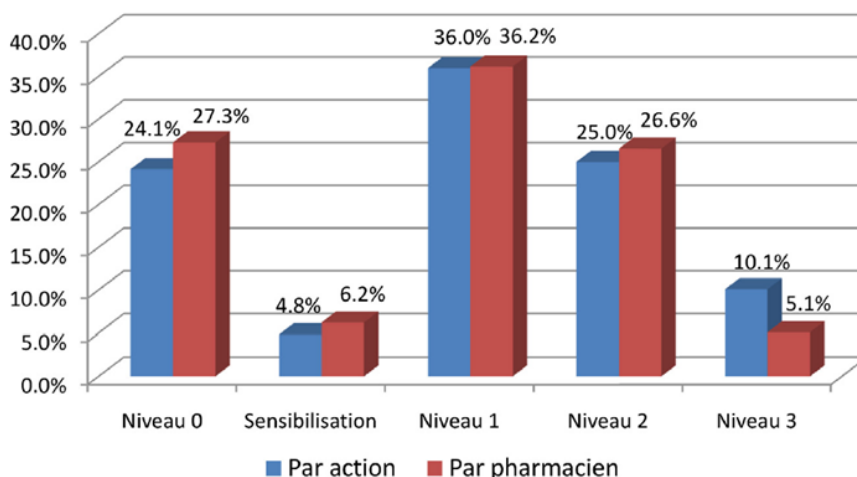


Figure 2 : Niveaux des formations suivies. Répartition par niveau de formation : niveau 0 : absence ; sensibilisation : moins de 40 heures de formation ; niveau 1 (40 heures de formation) ; niveau 2 (diplôme universitaire) ; niveau 3 (Master 2, Thèse de science).

(Source : « Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? », 2013(8) )

### I.2.1.2. Discussion

L'un des premiers constats mis en évidence par cette étude est l'implication assez faible des pharmaciens dans l'éducation thérapeutique. En effet, les pharmaciens impliqués en ETP recensés dans cette étude représentent un pourcentage assez faible des pharmaciens travaillant en établissement de santé et en officine. Cependant, cette étude montre également que les pharmaciens commencent à s'impliquer en ETP même si leur nombre reste assez faible.

On remarque également une place plus importante de l'ETP au niveau hospitalier par rapport à l'ambulatoire. En effet, on remarque que les actions éducatives avaient majoritairement lieu dans les établissements de santé (65%) par rapport à l'ambulatoire (17% en officine et 16% dans les réseaux de santé), et le recrutement des patients se faisait également plus souvent en milieu hospitalier qu'en ville. On constate que les pharmaciens hospitaliers sont plus représentés que les pharmaciens de ville dans ces actions éducatives (Tableau 4). Cependant l'étude a montré que les pharmaciens de ville étaient plus à l'initiative des actions que les pharmaciens hospitaliers.

L'un des problèmes mis en évidence par l'étude est lié aux moyens disponibles pour développer l'ETP. En effet, on constate que 42% des actions recensées sont réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire et que c'est seulement dans 38% des cas que l'activité éducative est incluse dans le temps de travail. On peut donc conclure que l'activité éducative repose en partie sur du travail bénévole des pharmaciens notamment au niveau ambulatoire, ce qui permet de supposer qu'une meilleure implication des pharmaciens et d'autres professionnels de santé ambulatoire devrait passer par l'obtention de moyens financiers.

## **I.2.2. Deuxième étude : « ETAT DES LIEUX DE L'IMPLICATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE LA HAUTE-VIENNE DANS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT »**

Cette étude a été réalisée en 2015 par la Pharmacie à Usage Intérieur du CHU de Limoges, le centre d'Épidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche du CHU de Limoges, le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) du Limousin et l'Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie de Limoges.(9)

Le but de cette étude était de faire une estimation de l'implication des pharmaciens d'officine du département de la Haute-Vienne dans l'ETP.(9)

L'étude consistait à envoyer un questionnaire aux pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne par mail *via* le CROP et par courrier co-signé du président du CROP et du Doyen de la faculté de pharmacie de Limoges. Le questionnaire était conçu en trois parties : la première visait à recueillir des données générales des pharmaciens répondant à l'enquête. La deuxième partie était dédiée aux personnes qui pratiquaient l'ETP alors que la troisième était réservée à ceux qui ne participaient pas à l'ETP.(9)

### **I.2.2.1. Résultats**

Sur les 158 officines ciblées par cette enquête seulement 55 ont répondu au questionnaire ce qui représente 35,4% du total.(9)

Pour les questions : « Comment définissez-vous l'ETP » ? et « Citez trois mots-clés représentatifs de l'ETP », une classification des définitions globales a été réalisée à l'aide de 6 critères (figure 3).

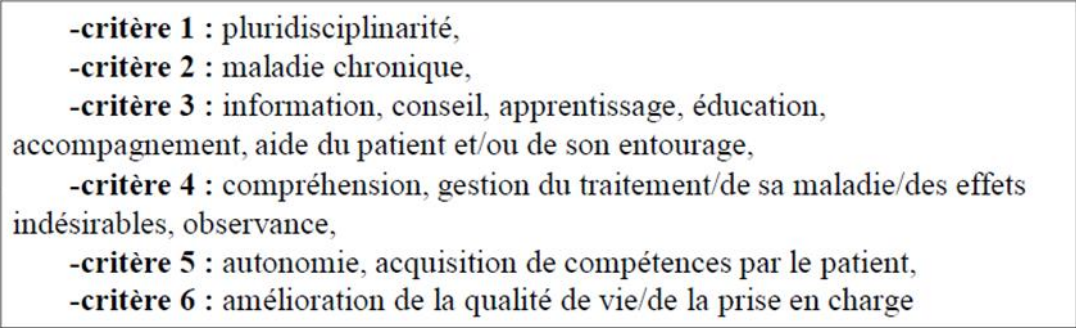
- 
- critère 1 : pluridisciplinarité,
  - critère 2 : maladie chronique,
  - critère 3 : information, conseil, apprentissage, éducation, accompagnement, aide du patient et/ou de son entourage,
  - critère 4 : compréhension, gestion du traitement/de sa maladie/des effets indésirables, observance,
  - critère 5 : autonomie, acquisition de compétences par le patient,
  - critère 6 : amélioration de la qualité de vie/de la prise en charge

Figure 3 : critères de classification des définitions globales

(Source : « état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient », 2015(9) )

Cette étude a présenté les résultats suivants :

- 21,4% des pharmaciens ont soit donné une définition incorrecte soit n'ont pas du tout répondu à ces questions.
- Environ 33,9% ont donné une définition très basique de cette notion.
- 42,9% ont mentionné 3 à 5 critères de définition qui ont été élaborés par l'équipe de recherche.
- 1.8% ont pu donner une définition complète de ce que c'est l'ETP.



Selon les réponses recueillies et analysées sur la pratique de l'ETP et malgré les 50% des pharmacies qui pensent en réaliser, aucun ne fait vraiment de l'ETP proprement dite. Ils le confondent pour la plupart d'entre eux avec le simple conseil à la délivrance ou encore avec le concept des entretiens et consultations pharmaceutiques.(9)

77,4% des pharmaciens interrogés se sont dit favorables à la mise en place d'une coordination ville-hôpital ; cela afin d'améliorer le dialogue, d'avoir une connaissance du dossier patient durant l'hospitalisation et d'optimiser la continuité des soins.(9)

On apprend également dans l'étude que 96,3% des pharmaciens interrogés sont favorables à la mise en place d'une formation initiale pour les étudiants en pharmacie.(9)

L'équipe de recherche a également demandé aux pharmaciens pratiquant l'ETP de désigner parmi une liste de propositions les différents freins au développement de l'ETP en ville (figure 5). Selon les résultats obtenus, le premier frein à la réalisation de l'ETP en ville est le temps. En effet, 75% des pharmaciens interrogés présentent le temps comme un frein au développement de l'ETP en ville contre 16,07% qui répondent non et 8,93% qui sont indéterminés. La rémunération est placée en deuxième position des freins avec 55,36% suivie de près par la formation et le personnel tous les deux à 51,79%. L'information arrive ensuite à 35,71% puis la motivation à 26,79% et enfin la réglementation à 21,43%.(9)

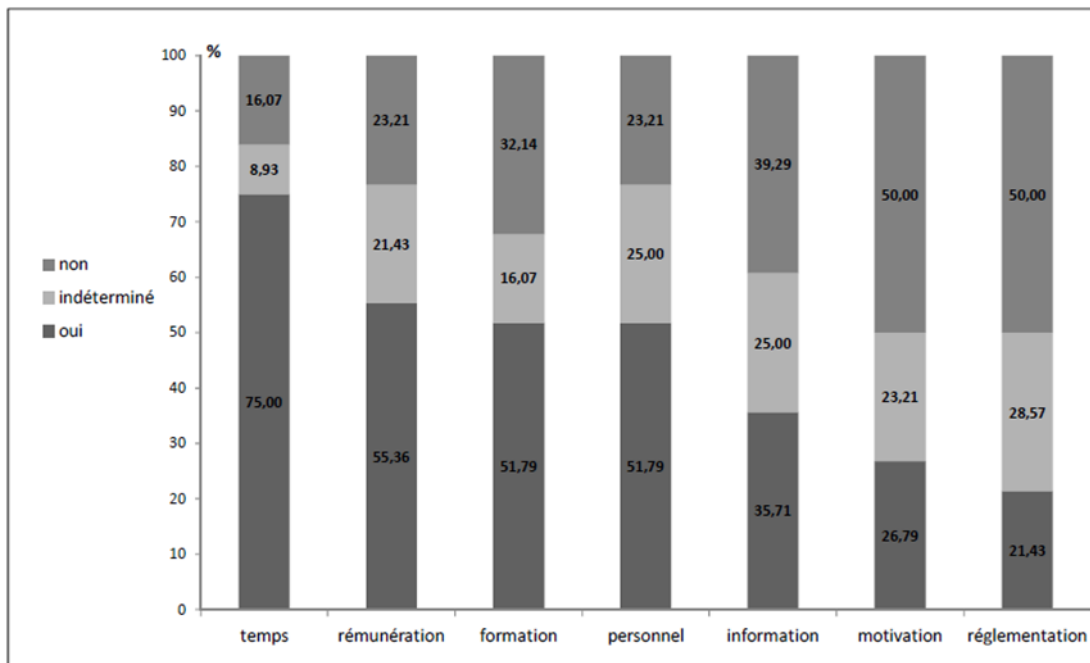


Figure 4 : Freins à la réalisation d'ETP identifiés par les pharmaciens d'officine

(Source : « état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient », 2015(9) )

### I.2.2.2. Discussion

Dans cette étude on apprend que bien que le pharmacien d'officine ait toute sa place dans les programmes d'ETP, très peu d'entre eux y sont inclus en Haute-Vienne. En effet, la plupart des pharmaciens qui déclarent réaliser de l'ETP (50% des pharmaciens interrogés dans l'étude) n'en réalisent pas réellement. Ces pharmaciens confondent l'ETP avec le conseil pharmaceutique au comptoir ou avec les entretiens pharmaceutiques. Cette confusion peut être expliquée par un manque de connaissance en ETP. En effet, seuls 1,8% des pharmaciens ont donné une définition complète de l'ETP. Il est possible qu'une meilleure connaissance de l'ETP pourrait permettre aux pharmaciens d'officine d'intégrer de vrais programmes d'ETP. La formation a en effet été mise en évidence comme frein à la réalisation d'ETP par les pharmaciens d'officine. Les autres freins majeurs mis en évidence sont le temps et la rémunération. L'une des solutions proposées par l'étude pour améliorer la place de l'ETP en ville est la mise en place d'une coordination ville-hôpital qui permettrait d'inclure les officinaux au sein de programmes d'ETP plus développés en milieu hospitalier. Les pharmaciens interrogés dans l'étude sont favorables à cette coordination ville-hôpital (77,4%). Cela n'apporte cependant pas une solution à tous les freins soulevés durant l'étude.

### I.2.3. Troisième étude : « ÉTAT DES LIEUX SUR LES PRATIQUES EN ETP DES PHARMACIENS ET INFIRMIERS LIBÉRAUX LIGÉRIENS<sup>1</sup> FORMÉS AUX 40 HEURES »

Depuis 2012, l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux) des pharmaciens des Pays de la Loire forme ses professionnels de santé à l'ETP. L'URPS des infirmiers des Pays de la Loire, quant à elle, forme ses professionnels de santé à l'ETP depuis 2014. Et en 2015, afin de répondre à un projet régional de santé « *renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et sur son parcours de santé et d'accompagnement* », les URPS pharmaciens et infirmiers des pays de la Loire ont proposé à leurs professionnels de santé de se former ensemble à l'ETP. 263 pharmaciens et infirmiers ont été formés à l'ETP via les URPS depuis 2012 avec 227 formés en sessions interprofessionnelles(10).

Malgré ces formations à l'ETP, une évaluation réalisée entre 2016 et 2017 a montré qu'un certain nombre de pharmaciens et d'infirmiers n'ont pas mis en place d'ETP dans leur exercice professionnel. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux sur les pratiques des professionnels formés via URPS afin de connaître le niveau de connaissance, les besoins, et les attentes des pharmaciens et infirmiers formés à l'ETP, dans le but de soutenir le déploiement de l'ETP sur la région des pays de la Loire(10).

Pour remplir ces objectifs, l'étude a été divisée en deux parties. Dans la première partie, une cartographie régionale a été établie, montrant la localisation des pharmaciens et infirmiers formés à l'ETP dans la région, la localisation des structures de premiers soins proposant de l'ETP, la localisation des structures d'appui à l'ETP et enfin la localisation des structures hospitalières proposant des programmes d'ETP. L'intérêt de cette cartographie est de visualiser un possible regroupement territorial entre professionnels de santé formés à l'ETP par l'URPS.

---

<sup>1</sup> Habitants du département de la Loire

Dans la deuxième partie, on retrouve une enquête de terrain avec un entretien direct sous forme d'un sondage à réponses fermées et semi-fermées et un entretien semi-directif sous forme d'entrevues présentes ou à distance avec des professionnels formés à l'ETP(10).

### I.2.3.1. Résultats

#### I.2.3.1.1. Cartographie régionale

La cartographie (tableau 2) a recensé au niveau régional :

- 144 infirmiers libéraux formés à l'ETP
- 111 pharmaciens d'officine formés à l'ETP
- 61 structures hospitalières proposant de l'ETP
- 11 structures du premier recours proposant des programmes d'ETP
- 7 structures d'appui à l'ETP(10)

Tableau 2 : répartition de l'offre et de la demande de programmes ETP sur le territoire des Pays de la Loire

(Source : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019 (10) )

		Loire-Atlantique (44)	Maine-et-Loire (49)	Mayenne (53)	Sarthe (72)	Vendée (85)	Région (Total)
DEMANDE	Nbre de pharmaciens formés à l'ETP	37	32	10	16	16	111
	Nbre d'infirmier(e)s formés à l'ETP	55	23	20	21	25	144
OFFRE	Nbre de structures hospitalières proposant de l'ETP	33	11	3	8	6	61
	Nbre de structures du premier recours proposant de l'ETP	5	5	1	0	0	11
	Nbre de structures d'appui à l'ETP	4	1	1	0	1	7

#### I.2.3.1.2. Enquête de terrain

Le sondage en ligne a reçu 127 réponses sur les 230 professionnels de santé formés à l'ETP, cela représente un taux de 55% de réponses.(10)

Sur ces 127 réponses enregistrées, on retrouve un taux de réponse de 60% parmi les infirmiers formés contre un taux de 49,5% parmi les pharmaciens formés.(10)

Les résultats montrent également que les infirmiers ont été plus nombreux à répondre (58%) par rapport aux pharmaciens (41,7%).(10)

La répartition départementale des réponses obtenues montre une plus forte participation des professionnels du département de la Loire atlantique notamment chez les infirmiers (Figure 5).

Les résultats montrent également une plus forte représentativité des professionnels exerçant en zone rurale avec 55% des répondants (Figure 6).

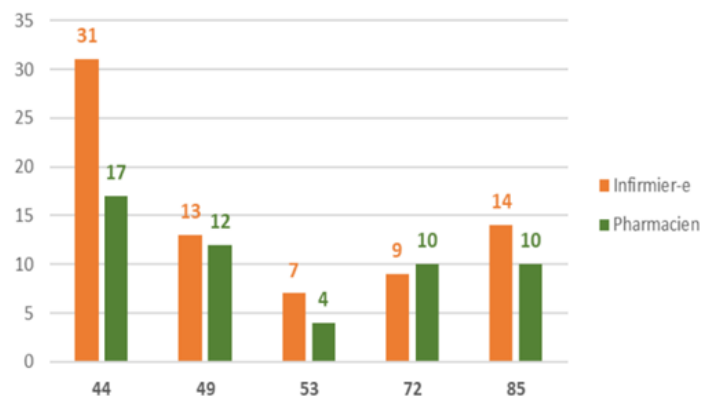


Figure 5 : répartitions départementales des professionnels sondés

(Sources : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019(10) )

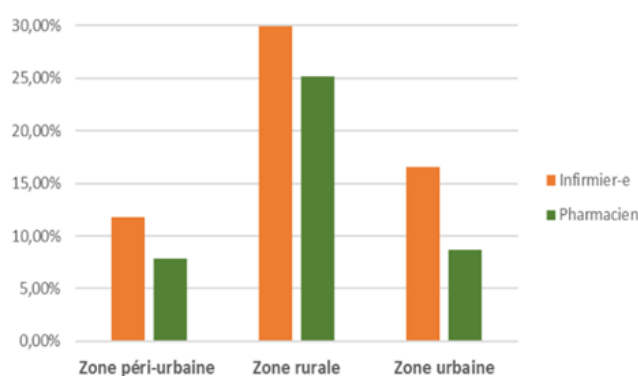


Figure 6 : Zone d'exercice selon la profession

(Sources : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019(10) )

L'étude s'est également intéressée au mode d'exercice des professionnels ayant répondu au sondage. On remarque donc qu'un tiers (35%) des interrogés, toutes professions confondues, sont en exercice coordonné (maison de santé pluridisciplinaire, équipe de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé). La majorité exerce au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire.(10)

Parmi les infirmiers sondés, 88% exercent en cabinet de groupe avec près de 2/3 exerçant en cabinet de 2 à 3 professionnels, le reste exerçant en cabinet de 4 professionnels ou plus.(10)

Parmi les pharmaciens sondés, 46% exercent dans des officines disposant de 3 pharmaciens ou plus. 42% sont issus d'officines avec 2 pharmaciens et seulement 12% exercent seuls.(10)

Lors des entretiens semi-dirigés, il a été demandé aux professionnels de santé s'il y avait, selon eux, un intérêt à faire de l'ETP en premier recours (Figure 7). Une majorité des professionnels de santé interrogés (71%) ont déclaré y voir un intérêt en répondant « tout à fait d'accord » ou « d'accord »(10).

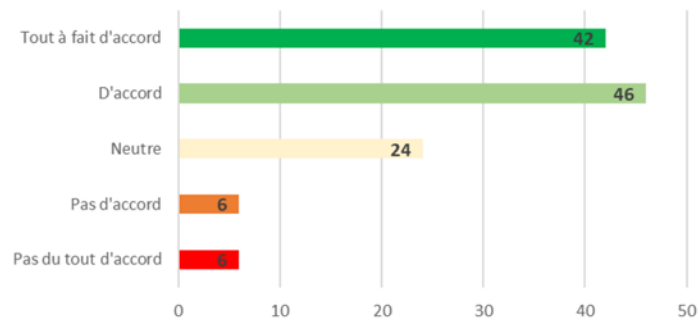


Figure 7 : Réponses à la question "selon vous, y a-t-il un intérêt de l'ETP dans le 1er recours ?"

(Source : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019(10))

On apprend également à travers l'étude que les professionnels de premier recours peuvent jouer un rôle dans le repérage et le recrutement de patient susceptible de suivre un programme d'ETP. En effet, dans l'étude à la question « avez-vous déjà identifié dans votre patientèle des personnes susceptibles de suivre un programme ETP ? » 78% des professionnels ont répondu par oui. Cependant parmi ces 78% de professionnels seuls 40% ont su rediriger les patients vers une structure proposant des programmes ETP(10).

L'étude s'est également intéressée au dépôt des programmes d'ETP à l'ARS. Le dépôt de programme d'ETP à l'ARS étant obligatoire avant la mise en place d'un programme. Il a été montré que très peu de professionnels connaissaient les conditions de dépôt de programme d'ETP (27%) et seuls 14% des professionnels souhaitaient demander une autorisation pour l'élaboration d'un programme d'ETP. À la question « pourquoi ne souhaitez-vous pas déposer de programme ? », la majorité des professionnels ont répondu « manque de temps » (Figure 8).

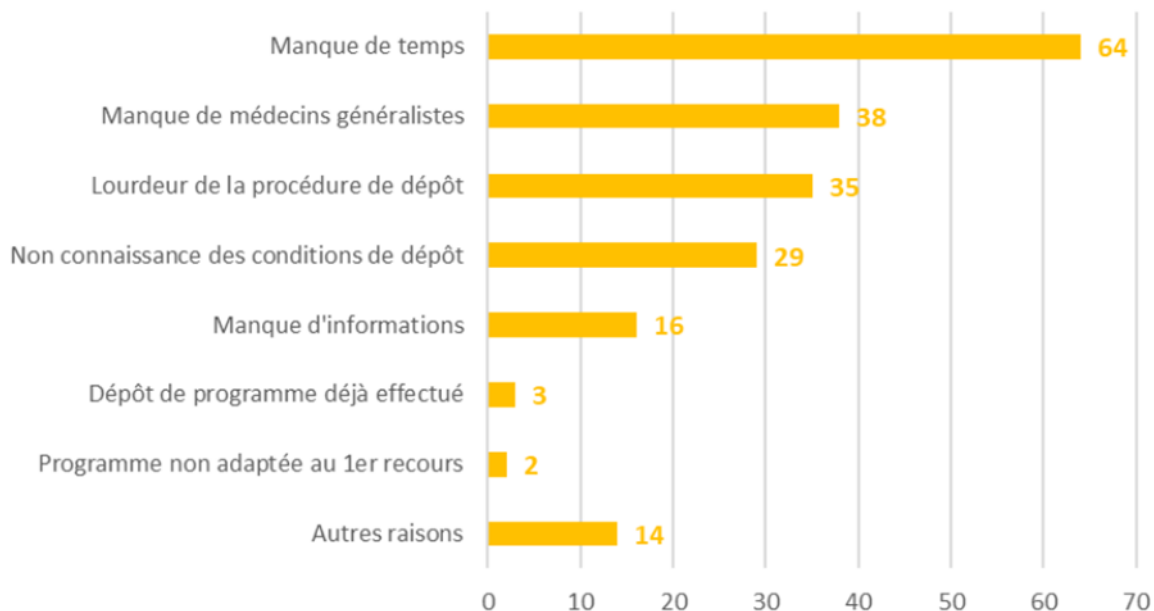


Figure 8 : Réponses à la question : "pourquoi ne souhaitez-vous pas déposer de programme ?"

(Source : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019(10))

Finalement l'étude s'est intéressée aux différents freins rencontrés par les professionnels de santé à la mise en place de l'ETP dans leurs exercices. Les premiers freins évoqués étaient le manque de temps, les difficultés administratives pour la mise en place et la rémunération insuffisante (Figure 9).

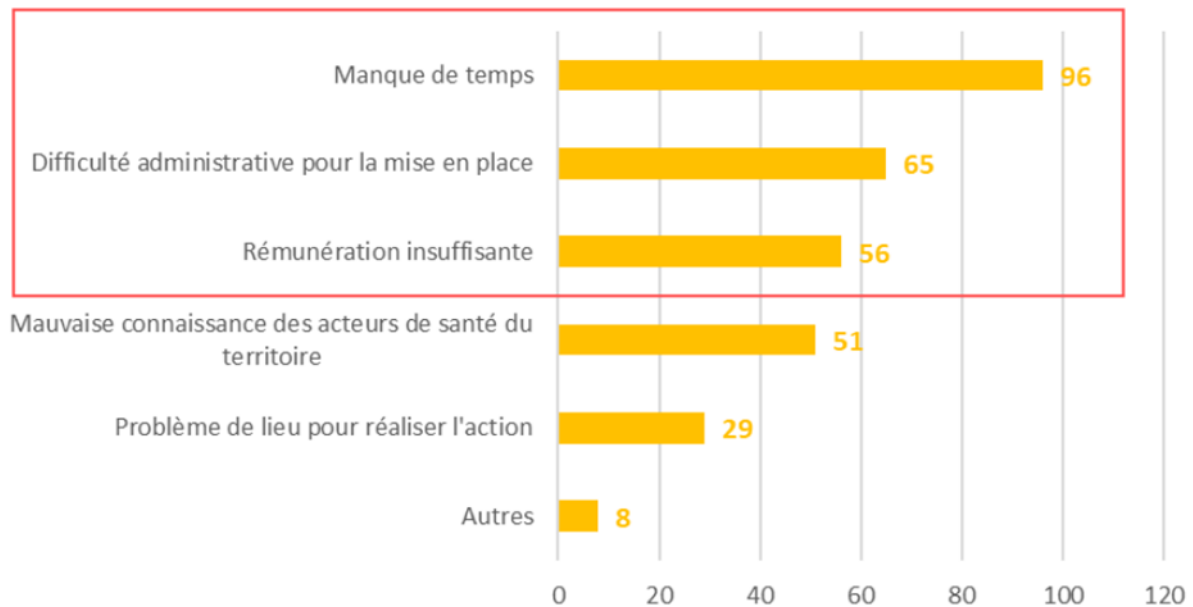


Figure 9 : Réponses à la question : « selon vous, quels sont les freins à la mise en place (intégration ou dépôt de programme) de l'ETP dans votre exercice ? »

(Source : « Etat des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 H via URPS », 2019(10) )

### I.2.3.2. Discussion

Malgré l'initiative des URPS de pharmaciens et d'infirmiers, la formation en ETP des pharmaciens et infirmiers des Pays de la Loire n'aura malheureusement pas permis d'augmenter le nombre de professionnels exerçant l'ETP en milieu ambulatoire. En effet, une grande majorité des professionnels formés ont avoué ne pas avoir inclus l'ETP dans leur exercice de tous les jours. De nombreux freins ont été soulevés par ces professionnels, le manque de temps et le manque de rémunération étant ceux qui sont revenus le plus souvent. Ces professionnels ont cependant déclaré voir un intérêt à l'ETP dans les soins de premier recours. L'étude a également mis en évidence un certain manque de connaissance de ces professionnels formés à certains aspects de l'ETP notamment concernant l'aspect administratif qui accompagne les programmes d'ETP. En effet, certains professionnels ont avoué ne pas connaître les conditions de dépôt de programme d'ETP et ne pas être intéressés par l'idée de déposer des programmes d'ETP. Pour certains professionnels, certaines conditions de dépôt de programmes représentaient un frein, notamment l'obligation d'avoir au moins un médecin dans le programme d'ETP. Il est important également de parler de certains biais de cette étude. En effet, malgré un taux de réponse assez satisfaisant à l'étude (50% des professionnels interrogés), il reste quand même une moitié des professionnels formés par les URPS qui ne sont pas représentés dans cette étude. De plus, les professionnels de santé formés à l'ETP par d'autres structures que les URPS n'ont pas été inclus dans cette étude.

### **I.3. Problèmes et freins rencontrés lors la mise en place de programmes d'ETP chez les pharmaciens d'officine**

Dans cette partie, nous proposons un état des lieux de la place du pharmacien d'officine en ETP. L'un des premiers constats que l'on peut faire est que l'ETP est encore peu développé en milieu ambulatoire, et que l'on rencontre donc très peu de pharmaciens d'officine participant à un programme d'ETP.

De nombreux freins ont été mis en avant, dans les différentes études que nous avons analysées, pour expliquer le manque de développement de l'ETP chez les pharmaciens d'officine et plus globalement en milieu ambulatoire. Dans certaines études, ces freins ont d'ailleurs été constatés par des pharmaciens d'officine.

#### **I.3.1. Manque de connaissance des pharmaciens d'officine en ETP**

L'un des premiers freins que nous pouvons citer est le manque de connaissances des pharmaciens d'officine en ETP. En effet, comme vu dans l'étude de 2015(9) un grand nombre de pharmaciens d'officine confondent l'ETP avec le conseil pharmaceutique au comptoir ou avec les entretiens pharmaceutiques. Dans certains cas, on retrouve même des pharmaciens exerçant de l'ETP dans des programmes sans avoir été formés, même si ces cas sont assez rares(8) . Le manque de formation et donc de connaissances en ETP peut expliquer le manque d'implication des pharmaciens d'officine en ETP. Cependant, actuellement, de nombreux UFR (Unité de Formation et de Recherche) de pharmacie ont inclus la formation en ETP dans le cursus de pharmacie. C'est notamment le cas en Haute-Vienne comme vu dans l'étude de 2015(9).

#### **I.3.2. Manque de temps et de rémunération**

Lorsque l'on s'intéresse aux pharmaciens formés et exerçant dans un programme d'ETP, d'autres freins sont mis en avant. Le manque de temps est l'un des freins qui revient le plus souvent. En effet, dans l'étude de 2013(8), on apprend que les activités éducatives sont peu incluses dans le temps de travail des pharmaciens et que le nombre moyen d'heures dédiées à l'activité éducative pour les pharmaciens est de 7 heures par mois.

L'autre frein que l'on retrouve souvent est le manque de rémunération. Dans l'étude de 2013(8), on apprend que 42% des actions éducatives recensées sont réalisées sans aucun moyen de financement et que l'activité éducative implique souvent une part de bénévolat surtout dans le milieu ambulatoire.

Pour pallier ce manque de temps mais également le manque de rémunération, on remarque que les professionnels de santé pratiquant de l'ETP n'exercent généralement pas seuls. En effet dans l'étude de 2019(10) on remarque que les infirmiers et les pharmaciens d'officine interrogés qui pratiquent l'ETP exercent en groupe (cabinet d'infirmiers et officines avec 2 ou 3 pharmaciens).

#### **I.3.3. Les difficultés administratives**

L'autre frein mis en avant par les pharmaciens d'officine et les professionnels de santé exerçant l'ETP en milieu ambulatoire est la difficulté administrative rencontrée lors de la mise en place des programmes d'ETP. Dans l'étude de 2019(10), on apprend que très peu de professionnels de santé formés à l'ETP connaissent les conditions de dépôt des programmes d'ETP et que très peu sont intéressés par l'idée de faire un dépôt de programme d'ETP.

#### **I.4. Conclusion sur l'état des lieux de l'ETP chez les pharmaciens d'officine**

L'ETP a pris de l'importance au fil des années, débutant notamment avec l'apparition de l'insuline qui a permis de transformer le diabète de type 1 (insulinodépendant), qui était alors mortel, en une maladie chronique. Depuis, le nombre de patients souffrant de maladies chroniques n'a cessé d'augmenter, lié en partie au vieillissement de la population. L'ETP a continué à se développer et a pris une place importante dans le parcours de soin, notamment pour les patients souffrant de maladies chroniques. Ces patients doivent apprendre à vivre avec leur maladie.

Les pharmaciens d'officine, qui occupent une place non négligeable dans le parcours de soin des patients souffrant de maladies chroniques, ont un rôle majeur à jouer dans le développement de l'ETP.

À travers ces trois études sur la place du pharmacien d'officine en ETP, nous avons pu voir qu'il existait de nombreux freins qui peuvent expliquer le manque de développement de l'ETP chez les pharmaciens d'officine, mais également en soin ambulatoire en général. Cependant, il revient aux pharmaciens d'officine, avec l'aide des autres professionnels de santé ambulatoire, de trouver des solutions à ces freins.

Le pharmacien d'officine doit prendre une place plus importante dans le développement des programmes d'ETP afin d'améliorer le suivi de ses patients chroniques. Dans cette optique, on peut suggérer que le pharmacien d'officine lui-même mette en place un programme d'ETP, et en devienne le coordonnateur, afin de développer l'accès à l'ETP en milieu ambulatoire.



## II. Pharmacien d'officine coordonnateur de programme d'ETP

Cette partie décrit les étapes de la création d'un programme d'ETP. Elle est construite de manière à pouvoir apporter à un pharmacien d'officine, qui serait intéressé par la mise en place d'un programme d'ETP, tous les éléments nécessaires à ce projet. Nous verrons donc dans cette partie ce qu'est un programme d'ETP, son but, et comment le mettre en place. Nous allons également aborder les étapes administratives à suivre afin de déclarer le programme d'ETP à l'ARS. Nous développerons ensuite le rôle du coordonnateur de programme d'ETP et l'importance de la coordination dans la réussite et la pérennité d'un programme.

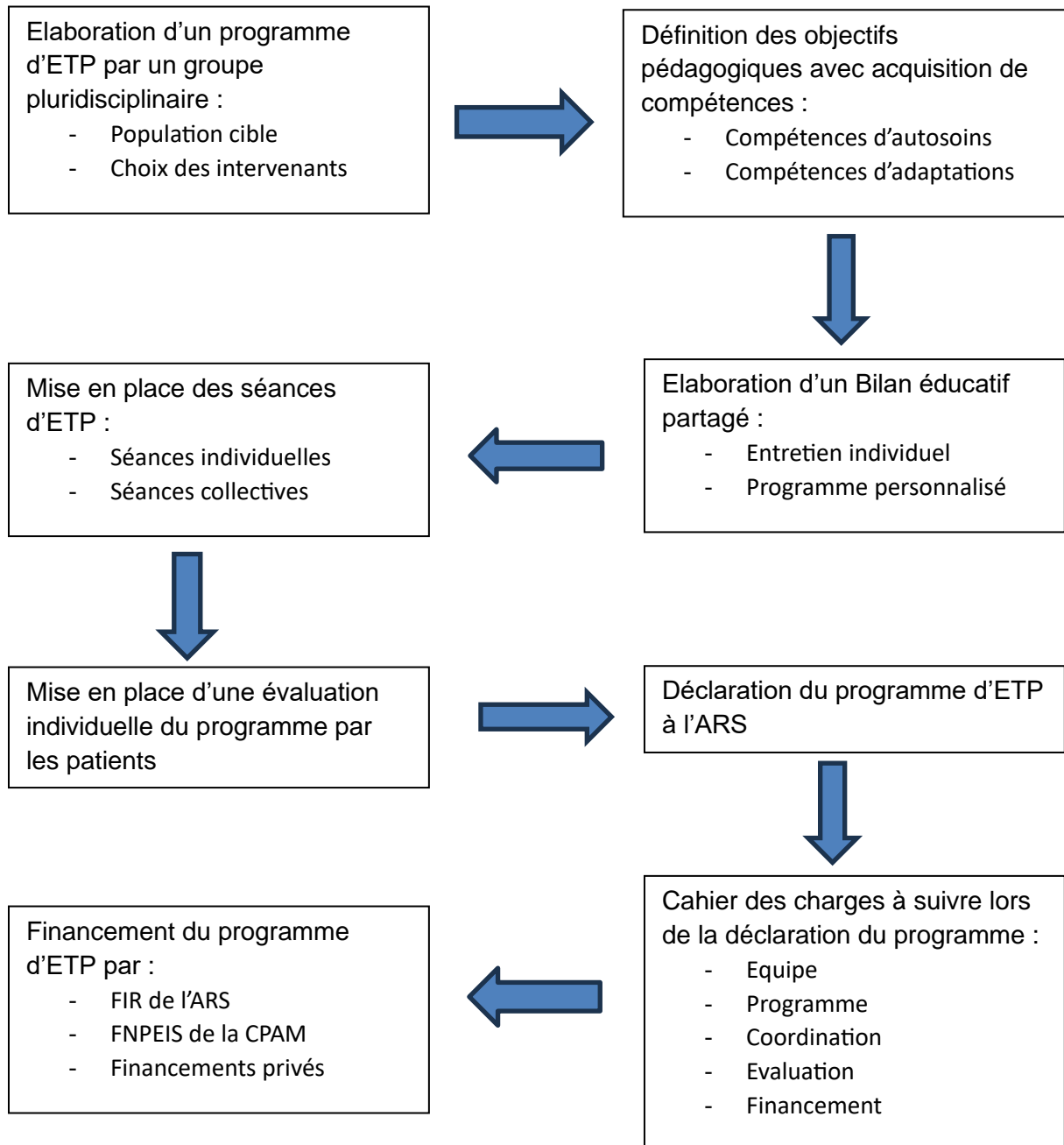


Figure 10 : Schéma récapitulatif de la mise en place d'un programme d'ETP

## II.1. Programme d'ETP

### II.1.1. Définition d'un programme d'ETP

La HAS présente un programme d'ETP comme étant :

*« Un ensemble coordonné d'activités d'éducation animées par des professionnels de santé ou une équipe avec le concours d'autres professionnels et de patients. »(11)*

Un programme d'ETP doit avoir pour objectif l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoin ainsi que l'acquisition de compétences d'adaptation. Un programme d'éducation thérapeutique doit se faire dans un contexte bien précis et pour une période bien déterminée. Un programme d'ETP peut être spécifique d'une maladie chronique ou peut concerner des situations de polyopathologies. Il peut y avoir différents formats de programme d'ETP. Un programme d'ETP ne doit pas être un moyen standardisé de la prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie chronique et doit donc être spécifique à chaque patient(11).

### II.1.2. But et objectif d'un programme d'ETP

Selon la HAS, l'ETP a pour objectif l'amélioration de la santé du patient ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient et de son entourage. Pour cela l'ETP doit permettre l'acquisition et le maintien par le patient de compétences dites d'autosoins ainsi que la mobilisation de compétences dites d'adaptations.(4)

Tout d'abord intéressons-nous au principe de l'autosoin. Selon l'OMS, l'autosoin ou auto-prise en charge est :

*« La capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et au handicap avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins »(12)*

D'après la conclusion des auteurs de l'article « Une analyse évolutionniste du concept d'autosoin » : l'autosoin est une activité initiée, de façon consciente à la suite d'un apprentissage, qui est appropriée à la situation et centrée sur un objectif particulier.(13)

L'autosoin va donc dépendre des comportements et des compétences du soignant et du soigné lors de l'apprentissage. Le patient ne doit pas juste savoir mais également vouloir savoir, d'où l'importance d'avoir un objectif d'apprentissage spécifique à chaque patient.(14)

L'HAS a dressé une liste des compétences d'autosoins que doit acquérir un patient lors d'un programme d'ETP et dans lesquelles on va retrouver les compétences dites de sécurité dont le but est de sauvegarder la vie du patient. Toujours selon la HAS, les caractères prioritaires et les modalités d'acquisition de ces compétences doivent être considérés avec souplesse et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient(4).

Ces compétences sont :

- *« Soulager les symptômes.*
- *Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.*
- *Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement.*
- *Réaliser des gestes techniques et des soins.*

- *Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).*
- *Prévenir des complications évitables.*
- *Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.*
- *Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent. »(4)*

Contrairement aux compétences d'autosoin qui visent à aider le patient à savoir gérer sa maladie, les compétences d'adaptation visent à permettre au patient de savoir vivre avec sa maladie. Ces compétences d'adaptation vont permettre au patient de s'adapter à son nouveau soi où la santé antérieure a laissé la place à un nouvel état caractérisé par la survenue de la maladie chronique et qui nécessite d'établir de nouvelles relations avec son environnement.

Parmi les compétences d'adaptation de l'HAS qui s'appuient sur le vécu et l'expérience du patient, on va retrouver :

- *« Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.*
- *Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.*
- *Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.*
- *Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.*
- *Prendre des décisions et résoudre un problème.*
- *Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.*
- *S'observer, s'évaluer et se renforcer. »(4)*

Selon la HAS, tout programme d'ETP personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions (autosoin et adaptation) tant dans l'analyse des besoins à acquérir que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps(4)

### **II.1.3. Élaboration d'un programme structuré d'ETP**

Toujours selon la HAS, l'élaboration d'un programme d'ETP peut être fait par les sociétés savantes et organisations professionnelles médicales et paramédicales, des groupes de professionnels de santé et des associations de patients.(11)

La HAS a également défini les conditions d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique ; selon elle tout programme d'ETP doit :

- *« Être rédigé par un groupe multidisciplinaire comprenant des usagers ;*
- *Être réalisé selon une méthode explicite et transparente ;*
- *Être scientifiquement fondé à partir des données disponibles (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente y compris qualitative, consensus professionnel) ;*
- *Chaque fois que possible, être enrichi par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;*

- *Faire appel à différentes disciplines pour déterminer les finalités, les méthodes et l'évaluation de l'ETP ;*
- *Respecter les critères de qualité d'une ETP structurée »(11)*

Lors de l'élaboration d'un programme d'ETP, il s'agit de définir les objectifs du programme d'ETP, la population cible, les compétences d'autosoins et d'adaptation à acquérir par chaque patient selon ses besoins. Nous devons également définir les types et contenus des séances d'ETP ainsi que les animateurs (professionnels de santé et patients experts). Nous devons déterminer les moyens de communication et de coordination entre professionnels impliqués dans le programme. Il est nécessaire de planifier et organiser les séances d'ETP ainsi que de mettre en place des modalités d'évaluation de l'acquisition des connaissances/compétences des patients.

#### **II.1.4. Les intervenants d'un programme d'ETP**

Il existe trois types d'intervenants lors d'un programme d'ETP :

- Les professionnels de santé
- D'autres professionnels (psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adapté, ...)
- Patients et associations de patients

Il existe une réglementation nationale à respecter avant d'être habilité à participer en tant qu'intervenant dans un programme d'ETP. En effet, il faut respecter l'arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP, et à la composition du dossier de déclaration, qui modifie l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique et qui stipule :

*« L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient requiert une **formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques**, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme. »(15)*

L'arrêté présente également un référentiel des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. On va retrouver décrit dans ce référentiel des situations clés, les buts, les activités et les compétences que l'on peut répartir en trois domaines : Technique, relationnel et pédagogique, socio-organisationnel (annexe 1) .(15)

## II.1.5. Organisation d'un programme structuré d'ETP

L'organisation d'un programme d'ETP peut se diviser en quatre parties :

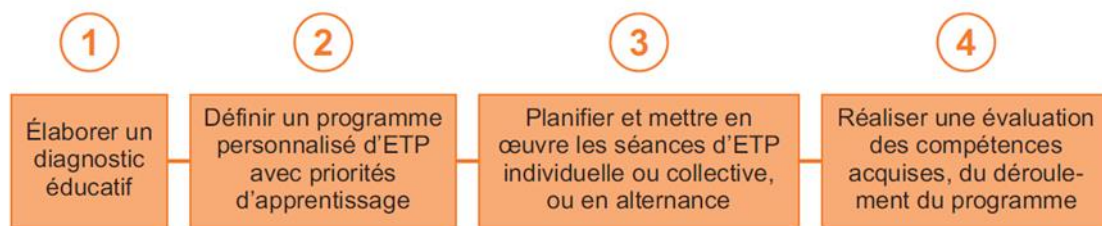


Figure 11 : étapes de réalisation d'un programme d'ETP

(Source : « Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques par l'HAS » (10))

### II.1.5.1. Partie 1 : Élaboration d'un diagnostic éducatif

Portant également le nom de bilan éducatif partagé (BEP), le diagnostic éducatif est la porte d'entrée indispensable à un bon programme d'ETP. Lors d'un diagnostic éducatif, un entretien individuel sera mené entre un patient éligible à suivre un programme d'éducation thérapeutique, et un professionnel de santé faisant parti d'un programme d'ETP. Cet entretien va avoir pour but de mettre en place un programme d'éducation personnalisé pour le patient. Pour cela, il est important lors de cet entretien de tenir compte des priorités et désirs du patient afin d'avoir des objectifs partagés.

Pendant un diagnostic éducatif, il est important que le patient puisse s'exprimer sur ce qu'il ressent par rapport à son nouvel état de santé. Le professionnel de santé qui conduit l'entretien doit avoir une posture d'écoute et d'empathie. L'entretien doit être centré sur le patient et ce qu'il ressent. Cela doit permettre de dégager les besoins et les demandes du patient mais également les leviers et contraintes qui pourraient être rencontrés chez le patient lors de la mise en place d'une éducation thérapeutique, et cela afin d'avoir des objectifs d'apprentissage pertinents par rapport aux projets personnels du patient.

Un diagnostic éducatif doit aborder 5 dimensions, qui correspondent à 5 questions ouvertes. Ces 5 questions sont :

- Qu'a-t-il de son point de vue ?
- Que sait-il ?
- Qui est-il et comment vit-il sa maladie ?
- Que fait-il ?
- Quels sont ses projets et ses motivations ?

Finalement le diagnostic éducatif doit permettre d'aider le patient à identifier ses besoins afin qu'il soit lui-même acteur de son éducation thérapeutique. Il est également important de comprendre qu'un diagnostic éducatif n'est jamais définitif et qu'il peut être amené à changer dans le temps suivant les besoins et projets du patient.

### II.1.5.2. Partie 2 : Définir un programme personnalisé avec priorité d'apprentissage

Le patient et le professionnel de santé vont se mettre d'accord sur les compétences que le patient doit acquérir afin d'atteindre les objectifs définis ensemble grâce au diagnostic éducatif partagé.

Afin de décider des compétences à acquérir, le patient et le professionnel soignant peuvent se référer à un programme d'ETP déjà existant ou s'aider d'un référentiel de compétences, comme présentées dans le tableau suivant :(11).

Tableau 3 : Exemples de compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique

(Source : matrice de compétences développées en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre)

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

\* Les compétences comprennent des compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient.

### II.1.5.3. Partie 3 : Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP collective ou individuelle ou en alternance

Les séances d'ETP peuvent être individuelles ou collectives. Leur contenu doit dépendre des objectifs d'apprentissages de chaque patient. Ces séances vont être proposées aux patients suivant leurs besoins et leurs préférences mais également suivant les disponibilités du patient et l'accessibilité géographique. Une alternance de séances individuelles et collectives peut être mise en place dès le début de l'éducation thérapeutique ou peut être planifiée au cours du programme, suivant les besoins du patient ou sur proposition des professionnels de santé participant au programme d'ETP (10).

En général, selon la HAS, les séances individuelles d'ETP doivent avoir une durée de 30 à 45 minutes. Les séances individuelles peuvent être importantes pour les patients présentant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou pour les patients rencontrant des difficultés à se trouver en groupe (10).

Les séances collectives d'ETP doivent être faites dans un groupe de minimum 3 personnes et au maximum de 6 à 8 enfants ou 8 à 10 adultes. La durée de la séance est de 45 minutes pour les adultes, elle est plus courte chez les enfants. Il doit y avoir des pauses.

Ces séances collectives vont permettre un partage d'expérience et la transmission de savoirs. Durant ces séances les patients pourront compléter l'intervention des professionnels avec partage d'expérience, relais des messages des professionnels de santé, échanges sur les préoccupations et leurs résolutions (10).

#### **II.1.5.4. Partie 4 : Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP**

L'évaluation individuelle de l'ETP doit être faite au minimum à la fin de chaque programme, et elle peut également se faire à tout moment du programme si le professionnel de santé ou le patient le demande.

L'un des objectifs d'une évaluation individuelle est de permettre au patient de s'exprimer par rapport à son expérience sur le processus éducatif et l'organisation du programme : déroulement des séances, contenu du programme individuel, les techniques pédagogiques utilisées, l'utilisation de ces apprentissages dans la vie quotidienne.

L'évaluation individuelle doit permettre de s'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif établi au début du programme : avait-il fait ressortir des éléments pertinents ? les compétences à acquérir étaient-elles précises, claires, réalistes pour le patient et les professionnels de santé ?

L'évaluation individuelle devra permettre au patient de s'exprimer sur son vécu et sa manière de gérer au quotidien sa maladie chronique notamment son ressenti sur les bénéfices de l'ETP : les changements entrepris, l'autonomie, la perception des risques

L'évaluation individuelle va permettre également d'actualiser le diagnostic éducatif et de proposer au patient de nouveaux ateliers du programme d'ETP qui pourront combler les besoins non encore comblés qui seront mis en évidence.

#### **II.1.6. Aspect administratif d'un programme d'ETP**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les programmes d'ETP sont soumis à déclaration auprès des ARS. Il existe un cahier des charges à respecter lors de la déclaration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient.(16) Cette déclaration est à effectuer auprès de l'ARS de la région où sera mise en place le programme d'ETP. L'un des rôles du coordonnateur est de veiller à ce que ce cahier des charges soit respecté au moment de la déclaration du programme d'ETP à l'ARS. Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2023, en Nouvelle-Aquitaine, avant de déclarer un programme auprès de l'ARS, il faut remplir une « DEMANDE D'AVIS D'OPPORTUNITE DE FINANCEMENT FIR D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE ». L'ARS a 2 mois pour répondre positivement ou non à cette demande. S'il ne donne pas de réponse au bout de 2 mois, il faut considérer que l'ARS autorise la mise en place de programme qui sera financé. Il est ainsi possible de remplir la déclaration d'un programme en respectant le cahier des charges (Annexe 4).

### **II.1.6.1. Cahier des charges d'un programme d'ETP**

#### **II.1.6.1.1. L'équipe**

D'après le cahier des charges des programmes d'ETP, les programmes d'ETP sont coordonnés soit par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patient agréée.(16)

Un programme d'ETP doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes (pluridisciplinarité). Si le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un des deux professionnels de santé doit être un médecin.(16)

Tous les intervenants doivent justifier de compétences en éducation thérapeutique du patient, sous la forme d'une attestation de formation délivrée par un organisme de formation. Cette attestation doit mentionner le nombre d'heures et le contenu du programme de la formation suivie.(16)

#### **II.1.6.1.2. Programme**

Le programme doit concerner une ou plusieurs des affections de longue durée exonérant du ticket modérateur ainsi que l'asthme, les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaire au niveau régional. Si la pathologie concernée par l'ETP ne fait pas partie de cette liste, une exception peut être acceptée si elle répond à un besoin particulier qui devra être expliqué(16).

Des données relatives à l'efficacité potentielle du programme devront être fournies.

Les objectifs du programme devront être définis, ainsi que les critères de jugements de son efficacité, critères cliniques, qualité de vie, autonomie, critères psychosociaux.

Il faudra définir la population cible, en termes d'âge et de gravité de la maladie. Il faudra également préciser si l'entourage du patient (les aidants) sont inclus dans le programme et si oui, quelles sont les modalités de participation.

Le programme devra décrire les modalités de réalisation du BEP, également appelé diagnostic éducatif, qui permettra de définir les objectifs éducatifs de chaque patient. Le déroulement du programme devra également être décrit et doit correspondre à un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

Chaque patient doit disposer d'un dossier propre sur papier ou support informatique.

Le programme doit comprendre une procédure permettant d'évaluer l'atteinte d'objectifs fixés par le patient. Cette évaluation doit se trouver présentée de manière synthétique dans le dossier du patient.(16)

#### **II.1.6.1.3. La coordination**

Les modalités de coordination et d'échange d'information au sein du programme, c'est-à-dire entre les intervenants du programme, devront être décrites.

Les modalités de coordination et d'échange d'information avec des intervenants du parcours de soins du patient, c'est-à-dire en dehors du programme d'ETP, devront être décrites.

Tout échange d'information ne pourra se faire qu'après accord du patient. Le patient devra avoir accès aux échanges le concernant et plus particulièrement si ces échanges sont dématérialisés.



Après accord du patient, le médecin traitant, s'il ne fait pas parti du programme d'ETP, devra être informé de l'entrée de son patient dans le programme et devra recevoir des informations régulières relatives au déroulement du programme et à l'évaluation individuelle.(16)

#### **II.1.6.1.4. Information et consentement du patient et confidentialité des données**

Il est important que la procédure d'information du patient au sujet du programme d'ETP soit décrite. En effet, le consentement du patient, après l'avoir préalablement informé, doit être recueilli au moment de son entrée dans le programme.(16)

Le patient doit également être informé de la possibilité de sortir du programme à tout moment, sans préjudice d'aucune nature.(16)

Il faudra décrire les procédures permettant de garantir au patient que ses informations ne seront pas partagées, sans son accord, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante.(16)

Le responsable (coordonnateur) d'un programme d'ETP est également le responsable du traitement des données et doit donc respecter un certain nombre d'obligations, à savoir :

- Tenir un registre interne qui décrit les traitements mis en œuvre.
- Assurer le droit à l'information des personnes dont les données sont traitées.
- Réaliser une étude d'impact relative à chaque traitement de données susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes physiques.
- Désigner un délégué à la protection des données (DPD ou DPO)
- Porter une attention particulière à l'encadrement contractuel des prestations des tiers fournisseurs de service.
- Mettre en place des procédures permettant de garantir la sécurité et la confidentialité des données.

Signaler auprès de la CNIL tout incident de sécurité impliquant des données personnelles.(16)

Une charte d'engagement (Annexe 3) est prévue pour les intervenants du programme d'ETP. Cette charte doit être signée par les intervenants du programme et est adressée à l'agence régionale de santé.

#### **II.1.6.1.5. L'évaluation du programme**

Tout programme doit comprendre une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme.(16)

Le coordonnateur va quant à lui se charger de l'évaluation quadriennale du programme(16).

Ces deux démarches d'évaluation découlent des recommandations et guides méthodologiques élaborés par la HAS : « Evaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient »(17) et « Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation » de mai 2014.(18)

Les rapports doivent être accessibles aux bénéficiaires du programme et le rapport d'évaluation quadriennale doit être transmis à l'agence régionale de santé.

### **II.1.6.1.6. Le financement**

Il est nécessaire de préciser les sources prévisionnelles de financement.

### **II.1.7. Financement des programmes d'éducation thérapeutique**

Parmi les différents financements possibles de l'ETP, la grande majorité des financements proviennent des pouvoirs publics (ARS, CPAM). Les financements publics de l'ETP vont différer suivant le lieu où se déroulent les programmes d'ETP. En effet, pour les programmes d'ETP ayant lieu en milieu hospitalier, notamment pour les établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A), les activités d'éducation sont couvertes par les tarifs GHS (groupe homogène de séjour)(19). Les activités d'éducation thérapeutique en milieu ambulatoire ne bénéficient pas d'une nomenclature de financement à l'acte comme c'est le cas pour l'ETP en milieu hospitalier mais elles peuvent bénéficier de financement de la part des ARS à travers les FIR (Fonds d'Intervention Régionale), de la CPAM à travers le FNPEIS (Fond National de Prévention et d'Éducation en Information Sanitaire), ainsi que des moyens de financements privés (industrie pharmaceutique).(20)

#### **II.1.7.1. Financement par l'ARS**

Les programmes d'ETP déclarés à l'ARS peuvent bénéficier d'un soutien financier s'ils réunissent certains critères qui vont différer suivant les ARS. Les fonds qui vont permettre à l'ARS de financer les programmes d'ETP sont fusionnés dans le Fonds d'Intervention Régional (FIR).(20) Le fonds d'intervention régional a été institué par la loi de financement de la sécurité sociale de 2012. Le FIR a permis aux ARS d'avoir une plus grande souplesse dans la gestion de leurs crédits. En effet, le FIR regroupe dans une même enveloppe des crédits auparavant dispersés et qui répondaient à des objectifs complémentaires de politique de santé(21). L'ETP s'inscrit dans les programmes régionaux de santé de chaque ARS, soit dans le schéma régional d'offre de soins, soit dans le schéma régional de prévention. Les crédits de l'ARS, provenant du FIR, sont versés à la structure qui porte le programme qui a reçu l'autorisation et cela quel que soit le lieu où se déroule le programme : pôles ou maisons de santé.(20)

#### **II.1.7.2. Financement par la CPAM**

La CPAM développe une politique de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une politique d'action sanitaire et sociale. Dans ce but, le financement de l'ETP va passer par FNPEIS et le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)(20)

## **II.2. Coordination d'un programme d'ETP**

En France, la réglementation nationale concernant l'ETP a ancré la place du coordonnateur de programme d'ETP et a fait du coordonnateur et de la pluridisciplinarité des conditions *sine qua non* à l'autorisation de la mise en place des programmes d'ETP.(15) Dans cette optique, un référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP a été élaboré par l'INPES à la demande de la DGOS.(22)

Il apparaît donc qu'un pharmacien d'officine qui souhaite développer un programme d'ETP doit impérativement s'intéresser à la coordination. Quels critères doit-il remplir afin de jouer le rôle de coordonnateur ? Nous approfondissons ici le rôle de coordonnateur, afin de pouvoir définir la place du pharmacien d'officine dans cette fonction.

### **II.2.1. Coordonnateur d'un programme d'ETP**

#### **II.2.1.1. Qui peut être coordonnateur d'un programme d'ETP en France ?**

Comme vu précédemment, En France, la coordination d'un programme d'ETP peut être effectuée par un médecin, un autre professionnel de santé (infirmier, pharmacien, ...) ou un représentant dûment mandaté d'une association de patient agréée. Lorsqu'un programme d'ETP n'est pas coordonné par un médecin, le programme doit au moins inclure un médecin dans son équipe pluridisciplinaire.(23) Certains coordonnateurs consacrent leur activité à la coordination exclusivement, ce sont des coordonnateurs dits simples coordonnateurs ; ils exercent en milieu hospitalier et coordonnent plusieurs structures et programmes d'ETP. D'autres coordonnateurs poursuivent leurs activités extérieures à la coordination, ce sont par exemple des médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs ou pharmaciens coordonnateurs. Ce genre de coordonnateur s'occupe en général de la coordination d'un seul programme d'ETP(22).

#### **II.2.1.2. Formation des coordonnateurs de programme d'ETP en France**

Pour rappel les textes de loi distinguent deux rôles dans un programme d'ETP : les coordonnateurs et les intervenants. Selon les situations, on peut avoir des coordonnateurs intervenants et des coordonnateurs non intervenants donc simples coordonnateurs. Selon la situation et la région d'exercice, des exigences de formation différentes peuvent être demandées pour être coordonnateurs. L'ARS de la Nouvelle Aquitaine a par exemple posé des exigences de formation des coordonnateurs spécifiques à cette région. Ces exigences diffèrent suivant qu'il s'agit d'un coordonnateur non intervenant ou d'un coordonnateur intervenant.

Tableau 4 : Formation des coordonnateurs non intervenants

(Sources : « Formations requises pour mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique du patient », ARS Nouvelle-Aquitaine, juillet 2023(24))

Niveau de formation du coordonnateur	Nouveau coordonnateur d'un programme ETP	Coordonnateur d'un programme ETP depuis au moins 2 ans
Pas de formation en ETP	Il est demandé de suivre une formation de 40h pour coordonner l'ETP afin de respecter la réglementation.	Il est demandé de suivre une formation de 40h pour coordonner l'ETP afin de respecter la réglementation.
Formation 40 h (au moins) pour dispenser l'ETP	Il est demandé de suivre un module de formation à la coordination (pas obligatoirement 40 h). Ceci est une recommandation de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.	Il y a une expérience de deux ans en coordination. Aucune formation supplémentaire n'est obligatoire, néanmoins une formation de coordonnateur est recommandée.
Formation au Diplôme Universitaire ETP ou Master en ETP	Aucune formation supplémentaire n'est demandée	Aucune formation supplémentaire n'est demandée

Tableau 5 : Formation des coordonnateurs également intervenants

(Source : « Formations requises pour mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique du patient », ARS Nouvelle-Aquitaine, juillet 2023(24))

Niveau de formation du coordonnateur	Nouveau coordonnateur d'un programme d'ETP	Coordonnateur d'un programme ETP depuis au moins 2 ans
Pas de Formation en ETP	Il est demandé de suivre une formation de 40h pour dispenser l'ETP afin de respecter la réglementation. Il est également demandé de suivre un module de formation à la coordination (pas obligatoirement de 40h). Ceci est une recommandation de l'ARS Aquitaine.	Il est demandé de suivre une formation de 40h pour dispenser l'ETP afin de respecter la réglementation. D'autre part, il y a une validation des acquis de l'expérience en coordination, néanmoins une formation de coordonnateur est recommandée.
Formation 40h (au moins) pour dispenser l'ETP	Il est demandé de suivre un module de formation à la coordination (pas obligatoirement de 40h). Ceci est une recommandation de l'ARS Aquitaine.	Il y a une expérience de deux ans en coordination. Aucune formation supplémentaire n'est obligatoire, néanmoins une formation de coordonnateur est recommandée.
Formation au Diplôme Universitaire ETP ou Master en ETP	Aucune formation supplémentaire n'est demandée	Aucune formation supplémentaire n'est demandée

### **II.2.1.3. Compétences d'un coordonnateur dans un programme d'ETP**

Les textes réglementaires autour de l'ETP ont permis de définir les compétences attendues pour dispenser et également coordonner un programme d'ETP.(16) Ces différentes compétences mises en avant par l'INPES, dans le référentiel de compétence pour coordonner un programme d'ETP(23), permettent de définir le rôle et le travail attendu pour un coordonnateur de programme d'ETP (annexe 2).

#### **II.2.1.3.1. Constituer une équipe transversale et pluridisciplinaire**

Lors de la création d'un programme d'ETP, il est important que le coordonnateur veille à constituer une équipe pluridisciplinaire. En effet, la réglementation actuelle a posé la pluridisciplinarité de l'équipe d'ETP comme condition *sine qua non* à l'autorisation du programme d'ETP.(15) En tant que coordonnateur, il est également important de veiller à une bonne concertation des membres de l'équipe afin de permettre à chaque membre de pouvoir s'exprimer, dans le but d'avoir un projet commun. Il faut également veiller à la formation des membres intervenants dans le programme d'ETP. Chaque intervenant doit justifier d'une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques sur l'ETP.(23)

#### **II.2.1.3.2. Analyse du contexte et conception d'une démarche ETP**

Avant la mise en place d'un programme, il est important que le coordonnateur effectue un travail de recherche en amont afin de collecter des données dans la littérature, permettant par exemple de savoir s'il n'existe pas déjà un programme sur lequel se baser. La collecte d'information auprès des patients est également importante dans la démarche d'ETP. Le but est de rassembler des données pour fonder une réflexion (son but, sa légitimité, ...). Ensuite il s'agit d'analyser le contexte dans lequel va se situer la démarche d'ETP : existe-t-il des freins ou des leviers à la mise en place d'un programme d'ETP ? Enfin il faudra développer un projet commun, formaliser la démarche d'ETP avec l'aide de l'équipe constituée précédemment(23).

#### **II.2.1.3.3. Organisation et conduite d'un programme d'ETP**

Lors de la mise en place d'un programme d'ETP, le coordonnateur veille à une bonne répartition des tâches entre les acteurs de ce programme d'ETP. L'objectif est de donner à chaque intervenant un cadre d'intervention clair.

Lors de la mise en œuvre du programme d'ETP, le coordonnateur vérifie que les intervenants disposent des moyens nécessaires à la mise en place de leurs activités.

La communication est un autre élément important pour une bonne organisation d'un programme d'ETP. En particulier, avoir à disposition un bon outil de communication permettant la circulation fluide des informations est un avantage certain pour la réussite du programme.

L'organisation d'un programme d'ETP requiert également d'assurer une bonne gestion des démarches administratives(23).

#### **II.2.1.3.4. Animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP**

Il est nécessaire que le coordonnateur veille à la bonne coordination entre les intervenants et à leur participation active dans les diverses activités du programme d'ETP.

Les intervenants devront veiller à utiliser des méthodes et outils pédagogiques adaptés aux objectifs du programme d'ETP, aux situations d'éducation et aux patients concernés.

Le coordonnateur devra veiller à animer des retours d'expériences avec des échanges entre les intervenants afin d'améliorer les pratiques d'ETP. Une aide méthodologique et logistique devra être mise à disposition par le coordonnateur pour les acteurs du programme d'ETP(23).

#### **II.2.1.3.5. Évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP**

L'évaluation de la démarche d'ETP est très importante. Elle permet notamment de mettre à jour les obstacles ainsi que les leviers qui ont été rencontrés au cours du programme d'ETP mis en place. Cela va permettre de faire évoluer la démarche et les connaissances en ETP. Pour cela l'ensemble des acteurs et partenaires doivent se mettre d'accord sur les critères et les modalités d'évaluation de la démarche d'ETP. Le coordonnateur devra veiller au bon recueil des données tout au long de la démarche d'ETP. Ces données seront nécessaires à une bonne évaluation. L'analyse et l'évaluation de ces données devra se faire en équipe. Leur but est d'apprécier les effets de la démarche d'ETP et d'en assurer la pérennité(23).

#### **II.2.1.3.6. Communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP**

Il s'agit de communiquer sur la démarche d'ETP et les expériences des acteurs qui y ont participé. L'objectif est de tirer parti des expériences et de mettre à disposition les enseignements tirés. Cette communication peut se faire auprès de l'équipe d'ETP et de l'ensemble des partenaires mais également sous forme de présentation dans des formations, des congrès, des revues professionnelles ou scientifiques(23).

#### **II.2.1.4. Outils de coordination : Les Unités Transversales d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEP)**

En 2008, avec le développement de l'ETP à travers notamment la loi HPST, la HAS a préconisé des unités de coordination de l'ETP à l'hôpital comme axe prioritaire du développement de ce type de programmes. Ces unités ont pour mission de coordonner l'offre d'ETP et d'être un centre d'information pour les patients et les professionnels.(25)

Toujours en 2008, la création d'UTEP est citée dans les dix recommandations de la Société Française de Santé Publique (SFSP) afin de promouvoir un suivi et une structuration des programmes à l'hôpital.(25)

Selon le HCSP, les UTEP sont des structures d'appui et de ressources visant à aider les équipes d'ETP. Les UTEP vont jouer un rôle de coordination transversale de l'ETP et vont être centraux dans l'organisation de l'ETP à l'hôpital.(25)

On remarque cependant que le fonctionnement et l'organisation des UTEP semble varier d'un établissement à l'autre.

##### **II.2.1.4.1. Créations des UTEP**

La grande majorité des UTEP ont été créées officiellement après la loi HPST de 2009. Cependant, on compte deux UTEP qui existaient déjà avant 2009 : UTEP de Montpellier créée en 2000 et l'UTEP de Besançon créée en 2007.(25)

##### **II.2.1.4.2. Les missions des UTEP**

Les UTEP assurent les missions suivantes :

- Accompagner le développement des programmes et être un appui méthodologique
- Coordonner la transversalité au niveau des établissements
- Accompagner et aider lors des évaluations annuelles et quadriennales
- Communiquer et valoriser l'ETP au niveau institutionnel et en externe(25)

Chaque UTEP a des missions adjacentes à ces quatre principales missions. Certaines UTEP vont assurer des missions de formation, en assurant par exemple les formations pré requises (formation à l'ETP de 40 heures) pour les professionnels de santé exerçant à l'hôpital. Les UTEP peuvent également s'impliquer dans la recherche en ETP. L'UTEP peut également participer à l'animation de séances durant les programmes d'éducation thérapeutique.(25)



### **II.3. Conclusion sur la coordination d'un programme d'ETP par un pharmacien d'officine**

La mise en place d'un programme d'ETP n'est pas chose aisée. Cependant il existe, pour un pharmacien d'officine intéressé par la mise en place d'un programme d'ETP, un cahier des charges à suivre. D'après ce cahier des charges, un programme d'ETP doit comprendre un coordonnateur dont le rôle sera de superviser tout le processus d'ETP : de la mise en place du programme jusqu'à son évaluation. Le pharmacien d'officine devra donc se former à la coordination avant la mise en place d'un programme d'ETP. En effet, une bonne coordination est indispensable en particulier pour assurer son caractère interdisciplinaire. Le pharmacien d'officine coordonnateur devra à cet effet veiller à une bonne communication entre les différents intervenants afin de garantir le succès et la pérennité du programme.

Malheureusement, la coordination et la communication entre les différents professionnels de santé n'est pas le point fort du système de soin ambulatoire dans lequel exercent les pharmaciens d'officine. Le manque de coordination des soins ambulatoires risque donc d'être un frein non négligeable lors de la mise en place d'un programme d'ETP par un pharmacien d'officine(26).

Cependant, il existe également des leviers dans le système de soin ambulatoire qui pourrait s'avérer utiles lors de la mise en place d'un programme d'ETP. En effet, le développement des structures d'exercice coordonné (SEC) en soin ambulatoire peut représenter un atout dans le développement de l'ETP en ambulatoire et donc chez les pharmaciens d'officine. Dans la partie suivante, nous allons développer l'exercice coordonné et les SEC, ainsi que ce qu'ils peuvent apporter à l'ETP et à un pharmacien d'officine coordonnateur d'un programme d'ETP.

### III. La coordination dans les soins ambulatoires

---

Parmi les pistes à suivre qui permettraient le développement de l'ETP en milieu ambulatoire, on peut citer l'exercice coordonné des soins. En effet, il a été montré que l'une des grandes faiblesses du système de soins ambulatoires est le manque de communication et de coordination. Ce manque de coordination des soins chez les professionnels de santé ambulatoire explique en partie le faible développement de l'ETP dans ce milieu(26).

L'exercice coordonné des soins est devenu un enjeu majeur du système de santé. En effet comme vu précédemment, le vieillissement de la population générale accompagné par une augmentation des pathologies chroniques ont fait évoluer les besoins des patients ainsi que leurs prises en charge.

Dans cette partie nous nous intéresserons donc à l'exercice coordonné, son histoire, les différentes formes qu'il peut prendre, et nous verrons l'impact que pourrait avoir son évolution sur le développement de l'ETP en ambulatoire.

#### III.1. Histoire de la coordination des soins

Le développement de la coordination des soins, et donc de la coopération entre les différents professionnels de santé, s'est fait au fil des années à travers de nombreuses lois et plans nationaux.

Depuis 1996, date de création des réseaux de soins, différentes structures ont été mises en place pour faciliter la coordination des soins(27) :

- Le parcours PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) mise en place par l'article 48 de la LFSS pour 2013.
- Le dispositif MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) prévu par l'article 78-II de la LFSS du 20 décembre 2010 pour 2011.
- La PTA (Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes) crée par l'article 74 de la loi santé du 26 janvier 2016.

Depuis juillet 2022, tous ces dispositifs ont été unifiés au sein d'un dispositif unique crée par la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 : le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC).(28)

La Loi Santé du 26 janvier 2016 a permis de mettre l'accent également sur le développement de l'exercice coordonné des professionnels de santé avec la création des équipes de soins primaire (EPS) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). La volonté de développement des CPTS a été confirmée par le plan « Ma Santé 2022 » avec comme objectif la création de 1000 communautés à l'Horizon 2022 et par le Ségur de la santé prévoyant la mise en place de mécanismes de bonus financiers pour les soutenir.(27)

## **III.2. Les formes d'exercice coordonné**

L'exercice coordonné en santé permet actuellement aux professionnels de santé ambulatoire de travailler en équipe, dans le but d'échanger entre pairs, d'avoir une formation continue en apprenant des autres mais également d'avoir un gain de temps médical grâce aux moyens administratifs et informatiques partagés.

L'exercice coordonné en santé va permettre aux patients d'être suivis par des professionnels de santé exerçant en équipe, avec une facilité d'accès aux soins et de bénéficier d'une coordination des soins qui permet d'allier qualité et sécurité.(29)

### **III.2.1. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnels (MSP)**

#### **III.2.1.1. Qu'est-ce qu'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?**

Les maisons de santé pluriprofessionnelles assurent des soins de premiers recours. Il s'agit de professionnels de santé qui choisissent de travailler de manière coordonnée au sein d'une même structure ou sur plusieurs sites. L'ordonnance n°2021-584 du 12 mai 2021 ouvre la possibilité aux MSP constituées sous forme de SISA de salarier elles-mêmes des professionnels de santé afin de faciliter le recrutement des professionnels de santé dans les zones de faible densité médicale.(30)

#### **III.2.1.2. Quels sont les membres d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?**

- Les professionnels médicaux : médecins (généraliste et spécialiste), chirurgiens-dentistes, sage-femmes ;
- Les auxiliaires médicaux : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie, audioprothésiste, opticien lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées, diététicien, ...
- Les pharmaciens ;
- Les biologistes(30) ;

#### **III.2.1.3. Quelles sont les missions d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle ?**

- L'organisation de l'accès aux soins : consultations non programmées, continuité des soins, missions de santé publique, ...
- L'organisation du travail en équipe pluriprofessionnelle autour de thématiques centrées des pathologies : Protocoles pluriprofessionnels, réunions de concertation, formation, accueil de stagiaire
- L'organisation du partage d'informations : messagerie sécurisée, système d'information partagé(31), ...

### **III.2.2. Les Équipes de Soins Primaires (ESP)**

Les ESP sont constituées de différents professionnels de santé travaillant autour d'un médecin généraliste. Ils assurent des soins de premier recours s'articulant autour de leur patientèle en commun sur la base d'un projet de santé axé sur la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé. Cela va concerner surtout les patients atteints de maladie chroniques, en situation de précarité sociale, de handicap ou de perte d'autonomie.(32)

### **III.2.3. Les centres de santé (CDS)**

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, sans hébergement de patients, où les professionnels de santé y exerçant sont salariés. Ils dispensent des soins de premier et/ou de second recours et pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. Ces activités peuvent être délivrées au sein du centre, ou au domicile du patient. Les centres de santé assurent une prise en charge pluriprofessionnelle associant des professionnels médicaux et des auxiliaires de santé (30).

### **III.2.4. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)**

#### **III.2.4.1. Qu'est-ce qu'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ?**

Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) est une organisation regroupant différents professionnels de santé travaillant dans une même zone géographique, qui a pour but d'améliorer la prise en charge globale et coordonnée des patients. Elle vise à favoriser la coopération, la coordination et la communication entre les professionnels de santé de premier et de second recours, tels que les médecins généralistes, les spécialistes, les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les psychologues, les travailleurs sociaux, etc.

L'objectif principal d'une CPTS est d'améliorer l'efficacité du système de santé en réduisant les disparités territoriales d'accès aux soins et en renforçant la qualité de la prise en charge des patients. Elle peut ainsi proposer des actions de prévention, de dépistage, de coordination des soins, de formation, d'organisation des parcours de santé, etc.

Les CPTS sont créées par les professionnels de santé eux-mêmes, avec le soutien des autorités sanitaires et des collectivités territoriales. Elles sont financées par l'Assurance maladie et peuvent bénéficier d'autres sources de financement, telles que les fonds européens ou les partenariats public-privé.(33)

#### **III.2.4.2. Quelles sont les missions des CPTS ?**

Les missions des CPTS peuvent varier en fonction de leur territoire, de leur organisation et de leur financement. Cependant, certaines missions sont communes à toutes les CPTS et sont définies par la réglementation française.

Selon l'Assurance Maladie, l'accord conventionnel fixe 4 missions prioritaires :

- La première est de faciliter l'accès aux soins des patients. Elle peut se décliner en deux parties :
  - L'accès à un médecin traitant ; Pour faciliter cet accès, la CPTS, en lien avec l'Assurance Maladie, va effectuer un recensement des patients concernés, et déterminer un degré de priorité de ces patients aux regards de leurs besoins de santé. Ensuite, les professionnels déterminent qui, au sein de leur communauté, est en capacité d'assurer le suivi de nouveaux patients. Ainsi, un patient qui cherche un médecin pourra se tourner vers la CPTS de son territoire pour qu'elle lui apporte une solution.
  - Les CPTS ont pour mission de permettre aux patients du territoire concerné d'obtenir un rendez-vous le jour-même ou dans les 24 h (dès lors qu'il s'agit d'une urgence non vitale). Pour ce faire, la CPTS s'appuiera sur tous les médecins du territoire, généralistes comme spécialistes, libéraux comme

hospitaliers, ainsi que sur d'autres professions de santé pouvant assurer une prise en charge rapide, après vérification du besoin du patient.

- La deuxième mission est axée sur l'organisation des parcours des patients en vue d'assurer une meilleure coordination des acteurs de santé, afin d'éviter des ruptures de parcours et de favoriser autant que possible le maintien à domicile des patients. Pour cela les modalités de réponse peuvent être : la mise en place d'un annuaire listant les acteurs de santé, organisation de réunions pluriprofessionnelles régulières, recours aux outils pour mieux se coordonner et partager l'information (recours des fiches de liaison, outil de partage autour d'un patient pour la coordination et les parcours, lettres d'entrée et de sortie d'hospitalisation, ...)
- La troisième mission concerne la prévention notamment autour des thématiques suivantes : risques iatrogènes, perte d'autonomie, obésité, désinsertion professionnelle, violences intrafamiliales. Les CPTS peuvent se mobiliser au service de la promotion de la vaccination, des mesures barrières (ex. port de masques...) et des recommandations délivrées par les autorités sanitaires en cas de risque particulier (ex. participation à la diffusion de recommandations existantes en cas de vague de chaleur, pollution atmosphérique...)
- La quatrième mission a été rajoutée après la crise de la covid-19 et porte sur la préparation d'un plan de réponse à une situation sanitaire exceptionnelle et sur sa mise en œuvre en cas de survenue effective d'une crise grave qualifiée par les autorités sanitaires.

Ils existent d'autres missions dites complémentaires et qui sont également encouragées :

- La mise en place de démarche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge (groupes pluriprofessionnels d'analyses de pratiques, échanges autour de pathologies ou de situations médicales particulières : plaies chroniques, insuffisance cardiaque, prise en charge des affections respiratoires chez l'enfant ...)

Des mesures au service de l'attractivité sanitaire du territoire, pour faciliter l'accueil de stagiaires et communiquer autour des offres de stage, mettre en place des actions à destination des jeunes installés (présentation de l'offre de santé du territoire, compagnonnage ...), dans le but de favoriser les installations en médecine de ville. (34)

### **III.2.4.3. Qui peut intégrer une CPTS ?**

Les CPTS sont des structures pluriprofessionnelles, ouvertes à l'ensemble des professionnels de santé libéraux ou salariés exerçant sur un territoire donné. Ainsi, peuvent intégrer une CPTS :

- Les médecins généralistes et spécialistes ;
- Les infirmiers ;
- Les pharmaciens ;
- Les kinésithérapeutes ;
- Les orthophonistes ;
- Les sage-femmes ;
- Les psychologues ;

- Les dentistes ;
- Les podologues ;
- Les ergothérapeutes ;
- Les diététiciens-nutritionnistes ;
- Les psychomotriciens ;
- Les ostéopathes et les chiropracteurs (dans certains cas et sous réserve de conditions spécifiques)

Les CPTS peuvent également être composées d'autres acteurs de santé ou du social, tels que les représentants des établissements de santé, des associations de patients ou des collectivités territoriales.

L'adhésion à une CPTS est généralement libre et volontaire, mais peut être conditionnée par certains critères spécifiques, tels que la localisation géographique, la spécialisation ou la qualité de l'exercice professionnel.(35)

### **III.2.5. Les dispositifs d'aide à l'exercice coordonné**

#### **III.2.5.1. Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)**

Les DAC vont venir en appui des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux afin de faciliter l'accompagnement et la prise en charge de leurs patients complexes et éviter les ruptures de parcours. Les DAC réunissent en une seule entité juridique l'ensemble des dispositifs de coordination (réseaux de santé, MAIA, PTA)(28)

#### **III.2.5.2. Les protocoles de coopération**

Il s'agit de protocoles mis en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain. Ces protocoles vont permettre des transferts d'activités et actes de soins, qui répondent à des besoins de santé, permettant de mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant, bien sûr, un haut niveau de sécurité et de qualité.(36)

### **III.2.6. Intérêt pour l'ETP de la coordination des soins ambulatoires**

Grâce aux études et aux recherches menées sur l'ETP, il a été mis en évidence de nombreuses contraintes au développement de l'ETP dans le milieu ambulatoire. Parmi les freins qui revenaient le plus souvent, on retrouve : le manque de temps, le manque de financement, le manque de connaissance en ETP et donc par conséquent un manque d'intérêt des professionnels de santé libéraux pour l'ETP(8,9). De plus la démarche de mise en place d'un programme d'ETP est assez contraignante(10). Au-delà du côté administratif, il faut savoir recruter des professionnels de santé qui vont intervenir dans le programme, participer à sa mise en place, et enfin recruter des patients qui vont participer au programme. Toute cette démarche nécessite un cadre de soins particulier que l'on ne retrouve que très rarement en milieu ambulatoire. En effet, une bonne coordination entre les professionnels de santé semble indispensable pour mettre en place des programmes d'ETP pérennes. Dans cette partie, nous allons voir comment le développement de la coordination des soins en ambulatoire peut permettre de trouver des leviers aux différentes contraintes rencontrées lors de la mise en place de programme d'ETP.

### **III.2.6.1. La pluridisciplinarité de l'exercice coordonné**

Comme vu dans les parties précédentes, la pluridisciplinarité est devenue une condition indispensable à la mise en place d'un programme d'ETP, que ce soit du point de vue administratif mais également du point de vue fonctionnel. Les différentes formes d'exercice coordonné ayant pour caractéristique la pluridisciplinarité, il apparaît donc que l'exercice coordonné permettrait de résoudre les problèmes liés au recrutement des différents professionnels de santé nécessaires à une bonne démarche d'éducation thérapeutique. De plus, pour certaines formes d'exercice coordonné, l'éducation thérapeutique des patients fait partie des missions et objectifs de l'exercice coordonné.

### **III.2.6.2. Le recrutement des patients pour l'ETP**

Le recrutement des patients en vue d'un programme d'ETP fait partie des contraintes qui peuvent être rencontrées lors de la mise en place d'un programme d'ETP. L'avantage de l'exercice coordonné est la possibilité de pouvoir faire le recrutement à différents niveaux du parcours de soin du patient. En effet, la pluridisciplinarité de l'exercice coordonné offre de nombreuses possibilités de lieux de recrutement. Le recrutement peut ainsi se faire chez le médecin traitant, en pharmacie ou chez les autres professionnels de santé de la structure d'exercice coordonné.

### **III.2.6.3. Financement de l'ETP à travers les SEC**

Parmi les freins rapportés dans les études sur l'ETP, on retrouve souvent le problème lié au financement des programmes d'ETP. Dans certaines études, il a été montré que la participation en tant qu'intervenant dans un programme pouvait relever du bénévolat(8). Il existe cependant un financement des programmes d'ETP, notamment ceux ayant lieu en ambulatoire, par l'ARS à travers le FIR (Fonds d'Interventions Régional). La déclaration des programmes d'ETP à l'ARS est obligatoire en vue d'un financement par FIR(20,21). Il est à noter que les programmes portés par des structures des professionnels santé libéraux (MSP, CPTS, ...) peuvent voir leur financement revu à la hausse. De plus pour certaines SEC, il peut être proposé un double financement. En effet, la coordination des activités d'éducation thérapeutique réalisée au sein des CPTS et des MSP est financée par l'assurance maladie dans le cadre des Accords conventionnels interprofessionnels.(37)

### **III.2.6.4. Formation des professionnels de santé à la dispensation de l'ETP**

Il existe de nombreux moyens pour se former à la dispensation de l'ETP. Des UFR de santé ont récemment intégré dans leur cursus la formation à l'ETP des étudiants en santé et certaines UTEP assurent également la formation de professionnels de santé exerçant à l'hôpital(9,25). La formation à l'ETP de tous les intervenants est indispensable à une bonne pratique de l'ETP et est également obligatoire lors de la déclaration des programmes à l'ARS. Cependant il peut s'avérer compliqué de se former, en particulier pour les professionnels de santé exerçant en libéral(9). En effet, on constate qu'il existe un manque de structures de formation à l'ETP pour les professionnels déjà diplômés ainsi que pour les professionnels de santé exerçant en dehors des hôpitaux. Certaines SEC, telles que les CPTS, mettent en place des journées de formation à la dispensation de l'ETP pour permettre aux professionnels de santé libéraux souhaitant pratiquer l'ETP auprès de leurs patients de se former.(38)

### **III.2.6.5. Mise à disposition d'outils d'aide à la coordination**

Tout comme les programmes d'ETP, les SEC vont avoir besoin de bons outils de communication pour aider à la coordination des différents projets mis en place dans les SEC. Ces outils d'aide à la coordination vont notamment permettre de faciliter et de sécuriser les échanges de données entre les différents professionnels de santé. Pour les patients, ces outils vont permettre d'assurer une prise en charge coordonnée et pluriprofessionnelle tout au long du parcours de soin.(39) La plupart du temps ces outils d'aide à la coordination vont se présenter sous forme de logiciel informatique(29). Les programmes d'ETP mis en place dans les SEC (CPTS, MDS, ...) vont donc avoir l'avantage de disposer, dès le début des programmes, de bons outils de communication et de coordination qui sont essentiels et indispensables au bon déroulement des programmes d'ETP.



## Conclusion

---

Le système de santé français est en pleine mutation. Le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation des pathologies chroniques, accompagné par une pénurie croissante en professionnels de santé, a conduit à la nécessité d'un changement dans la prise en charge des patients, en particulier pour ceux souffrant de maladie chronique.

L'ETP, dont le but est d'aider les patients souffrant de maladie chronique à mieux vivre avec leur maladie, n'a eu de cesse de se développer, surtout en milieu hospitalier mais également, dans une moindre mesure, en milieu ambulatoire. En effet, dans le contexte sanitaire actuel, il devient capital d'enseigner aux patients à mieux gérer et à vivre avec leurs pathologies chroniques.

En tant que membre important du parcours de soin ambulatoire, le pharmacien d'officine a une place privilégiée pour participer au développement de l'ETP. On peut considérer qu'il doit donc s'investir dans ce rôle, afin d'exercer sa mission de santé publique et pour le bien de ses patients chroniques. Cependant les quelques études menées au sujet de la place du pharmacien d'officine dans les programmes d'ETP ont montré qu'il existait de nombreux freins à son développement. Le manque de connaissance en ETP, le manque de temps et de rémunération sont les principales contraintes soulevées par les pharmaciens impliqués dans des programmes d'ETP.

Cependant, des solutions et leviers s'offrent aux pharmaciens et autres professionnels des soins ambulatoires qui s'intéressent à la mise en place d'une démarche d'ETP. Le développement de l'exercice coordonné dans les soins ambulatoires est un atout pour les futurs pharmaciens coordonnateurs de programme d'ETP. En effet, lorsque nous avons développé le rôle du pharmacien en tant que coordonnateur d'un programme d'ETP, nous avons mis en évidence que la pluridisciplinarité et la coordination interprofessionnelle sont les éléments indispensables à la mise en place d'une bonne démarche ETP.

Le développement des SEC comme les MSP et les CPTS présente de nombreux avantages pour les démarches ETP. En effet, ces SEC sont caractérisées par la pluridisciplinarité et l'entre-aide des professionnels de santé. De plus, la présence d'outils de communication et de coordination sont autant d'atouts non négligeables lors de la mise en place d'une démarche ETP. De nombreuses CPTS possèdent déjà des programmes d'ETP, telle que la CPTS Monts et Barrages en Haute-Vienne, qui accueille un programme d'ETP pour les patients souffrant de diabète de type 2. Le recrutement des patients de ce programme se fait d'ailleurs en partie au sein d'une officine membre de cette CPTS(40).

Malgré les difficultés rencontrées pour la mise en place de l'ETP en ambulatoire, les perspectives de développement sont nombreuses, et le pharmacien d'officine se doit de saisir les opportunités disponibles afin de développer l'ETP. Ceci pour le bien de ses patients, du système de santé en général, mais également pour participer à l'attractivité du métier de pharmacien d'officine et renforcer sa place en tant que membre indispensable du système de soin ambulatoire.

## Références bibliographiques

---

1. Buzz A, Duviella A. L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Proformed. 2018 [cité 31 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.proformed.fr/actualites/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-etp/>
2. Elmghari G, Baki S, Elansari N. Histoire de l'insuline : entre le biologique et l'artificiel. *Hegel*. 2014;2(2):208-11.
3. Mills B. The Ames Company introduces Dextrostix, the first test strips that use a drop of blood to measure glucose levels, providing real-time information about blood glucose levels.
4. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obes. mars* 2009;4(1):39-43.
5. Agrinier N. Quelles définitions pour la maladie chronique ?
6. Hassina Lefèvre, Gérard Pavillon, Alain Le Toullec, Françoise Péquignot, Eric Jouglà. Mortalité par maladies infectieuses en France: Situation actuelle et tendances évolutives.
7. WHO Quality of Life Assessment Group. Quelle qualité de vie ? Forum mondial de la Santé 1996 ; 17(4): 384-386 [Internet]. 1996 [cité 27 mai 2023]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>
8. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. mars 2016;51(1):9-16.
9. Célia G, François D, Pierre-Marie P. Etat des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient.
10. LE GAC B. état des lieux sur les pratiques en ETP des pharmaciens et infirmiers libéraux Ligériens formés aux 40 heures via les URPS.
11. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques)
12. Interventions d'auto-prise en charge [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/self-care>
13. Mailhot T, Cossette S, Alderson M. Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins. *Recherche en soins infirmiers*. 2013;112(1):94-106.
14. Infirmiers.com [Internet]. [cité 27 mai 2023]. L'importance de la relation soignant/soigné dans l'éducation thérapeutique. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/etudiants/cours-et-tests/cours-ifs-limportance-de-la-relation-soignantsoigne-dans-leducation-therapeutique>
15. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

16. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Légifrance [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042845767>
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) : une démarche d'auto-évaluation. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-evaluation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-evaluation)
18. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation)
19. Rapport\_Education\_therapeutique\_du\_patient.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)
20. Programme-ETP-Le-financement-Fiche-3.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.etp-bretagne4.org/wp-content/uploads/2019/12/Programme-ETP-Le-financement-Fiche-3.pdf>
21. Le fonds d'intervention régional [Internet]. 2023 [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-fonds-d-intervention-regional>
22. Foucaud J, Oiry E, Flück C, Hamel E, Visser A. Fonction et compétences de coordination en éducation thérapeutique. Santé Publique. 2015;S1(HS):51-60.
23. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP.
24. ARS Nouvelle-aquitaine. Formations requises pour mettre en œuvre un programme d'éducation thérapeutique du patient. 2023.
25. Germain L, Voyen M, Miro C, Böhme P, Nguyen-Thi PL. Rôle et organisation des unités transversales d'éducation thérapeutique du patient dans les CHU et les CHR de France: Santé Publique. 19 déc 2022;Vol. 34(4):507-16.
26. P H, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. Pratiques et Organisation des Soins. 2010;41(3):237-45.
27. Calvez C. Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination. 2023;
28. Décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux. 2021-295 mars 18, 2021.
29. Outils de coordination des parcours | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/outils-de-coordination-des-parcours>
30. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886477/2019-07-27](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477/2019-07-27)

31. Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé.
32. Article L1411-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886353](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353)
33. Article L1434-12 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038886440/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886440/)
34. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. 2022 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>
35. Constitution d'une CPTS [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/index.php/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisation-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
36. Protocoles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2023 [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2>
37. synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/707296/document/synthese-accord-conventionnel-interprofessionnel-en-faveur-du-deploiement-cpts.pdf>
38. Développer l'ETP à l'échelle d'une CPTS [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: [https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2023/10/PPT\\_ETP\\_CPTS\\_07092023.pdf](https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2023/10/PPT_ETP_CPTS_07092023.pdf)
39. La CPTS du VAL a choisi son outil de coordination ! [Internet]. CPTS du Val. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.cptsduval.fr/la-cpts-du-val-a-choisi-son-outil-de-coordination/>
40. Plexus. Programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique 2024. [cité 13 juin 2024]. Programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique 2024. Disponible sur: <https://www.cpts-monts-barrages.fr/actualites/7>

## Annexes

---

Annexe 1. RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER L'ETP DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME .....	62
Annexe 2. RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES POUR COORDONNER UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT .....	66
Annexe 3. CHARTE D'ENGAGEMENT POUR LES INTERVENANTS DES PROGRAMMES D'ETP .....	70
Annexe 4. DOSSIER DE DÉCLARATION D'UN PROGRAMME D'ETP À L'ARS .....	72

## Annexe 1. RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER L'ETP DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME

Situation 1 : créer un climat favorable à l'ETP	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 1.</b> - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique : Le but est que le patient et son entourage se sentent bien accueillis.</p> <p><b>Activité 2.</b> - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent : Le but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; Pratiquer l'empathie ; Echanger et informer ; Construire une relation de confiance.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> :</p> <p>Se questionner et délimiter son rôle.</p>

Situation 2 : analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 3.</b> - Etablir un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins et tenant compte des publics en autonomie restreinte : Le but est de bien identifier avec le patient ses besoins, ses priorités, quelle que soit sa situation, en prenant en compte ses vulnérabilités.</p> <p><b>Activité 4.</b> - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son entourage, mettant en évidence les besoins éducatifs, et l'intégrer dans le dossier : Le but est de faire ressortir les besoins éducatifs et d'en formaliser une trace, à disposition des intervenants dans la démarche d'ETP.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :</p> <p>Orienter les patients vers des sources fiables d'information ; Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux de la maladie et du traitement ; Tenir à disposition des patients des informations liées à leurs particularités ; Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Situer l'environnement lié à l'ETP ; Mesurer les enjeux.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; Pratiquer l'empathie ; Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;</p>

	<p>Echanger et informer ;  S'accorder et convenir de l'action à mener ;  Construire une relation de confiance ;  Coconstruire un projet.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> :  Se questionner et délimiter son rôle.</p>
--	--

**Situation 3 : s'accorder, avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action**

LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 5.</b> - Explorer et lister avec le patient et son entourage les ressources possibles au cours d'un entretien individuel ou collectif :</p> <p>Le but est de bien repérer les ressources et les possibilités du patient, compte tenu de sa situation.</p> <p><b>Activité 6.</b> - Identifier avec le patient et son entourage les différentes étapes de son plan d'action en lien avec le bilan initial :</p> <p>Le but est de coconstruire un plan d'action qui corresponde bien à la situation et aux objectifs du patient.</p> <p><b>Activité 7.</b> - Mettre à jour le dossier du patient dans le cadre de l'ETP :</p> <p>Le but est de garder la trace des rencontres, de partager l'information avec le patient et entre intervenants afin de renforcer la complémentarité des interventions.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :  Orienter les patients vers des sources fiables d'information ;  Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;  Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :  Pratiquer l'empathie ;  Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;  Echanger et informer ;  S'accorder et convenir de l'action à mener ;  Construire des partenariats ;  Coconstruire un projet ;  Construire une alliance thérapeutique.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> :  Se questionner et délimiter son rôle.</p>

**Situation 4 : se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités**

LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 8.</b> - Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient et son entourage :</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :  Renseigner les outils de suivi et</p>

<p>Le but est de permettre, au patient, à son entourage, comme à l'équipe d'ETP d'avoir des repères et de pouvoir organiser les actions d'ETP dans le cadre de la vie quotidienne.</p> <p><b>Activité 9.</b> - Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP : Le but est de maintenir le niveau d'échanges nécessaire et indispensable entre les intervenants.</p> <p><b>Activité 10.</b> - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP : Le but est d'améliorer la traçabilité des données relatives à la démarche d'ETP.</p>	<p>d'organisation ; Situer l'environnement lié à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> : S'accorder et convenir de l'action à mener.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> : Planifier les actions liées à l'ETP ; Coordonner les acteurs ; Conduire un projet ; Evaluer, prioriser.</p>
---	---

<b>Situation 5 : mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage</b>	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activités interindividuelles</b> :</p> <p><b>Activité 11.</b> - Informer le patient et son entourage sur la maladie, les thérapeutiques en fonction des demandes et attentes, et faciliter l'appropriation des informations : Le but est que le patient reçoive les réponses appropriées à ses besoins et que la confiance s'installe.</p> <p><b>Activité 12.</b> - Mener des entretiens avec le patient et son entourage dans le cadre du plan d'action ETP : Le but est de maintenir et développer la relation éducative avec le patient et son environnement.</p> <p><b>Activité 13.</b> - Accompagner la construction des compétences du patient à long terme : Le but est de favoriser l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie à long terme.</p> <p><b>Activité 14.</b> - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP : Le but est d'amener le patient à repérer ses droits, à tisser et entretenir des liens.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> : Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement ; Tenir à disposition des patient les informations liées à leurs particularités.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> : Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; Pratiquer l'empathie ; S'accorder et convenir de l'action à mener ; Construire une relation de confiance ; Coconstruire un projet.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> : Apprécier pour ajuster.</p>
<p><b>Activités collectives</b> :</p> <p><b>Activité 15.</b> - Animer des ateliers interactifs</p>	<p><b>Compétences techniques</b> : Orienter les patients vers des sources fiables</p>



<p>pour le patient dans le cadre de la démarche d'ETP :</p> <p>Le but est de favoriser les apprentissages en diversifiant les modalités éducatives et pédagogiques.</p> <p><b>Activité 16.</b> - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients :</p> <p>Le but est d'enrichir les possibilités de se ressourcer, aussi bien pour les patients que pour les acteurs de l'ETP.</p> <p><b>Activité 17.</b> - Animer des temps d'expression, des groupes de parole avec les patients :</p> <p>Le but est de favoriser l'expression et le partage des émotions.</p> <p><b>Activité 18.</b> - Rédiger des notes et formaliser des comptes rendus liés aux actions d'ETP :</p> <p>Le but est de permettre le suivi et l'évaluation de la démarche d'ETP.</p>	<p>d'information ;</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;</p> <p>Utiliser des techniques et des outils pédagogiques ;</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Pratiquer l'empathie ;</p> <p>Construire une alliance thérapeutique ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels ;</p> <p>Optimiser la production au sein d'un groupe.</p>
---	--

<b>Situation 6 : Co évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP</b>	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 19.</b> - Analyser avec le patient la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action :</p> <p>Le but est d'instaurer l'auto-évaluation et la coévaluation pour maintenir l'intérêt du patient et aménager la démarche si nécessaire.</p> <p><b>Activité 20.</b> - Convenir avec le patient et son entourage des réajustements nécessaires :</p> <p>Le but est d'ajuster constamment la démarche avec le patient et son entourage, en fonction de ses objectifs, de ses priorités, de l'évolution de sa maladie, de ses projets, des événements de sa vie...</p> <p><b>Activité 21.</b> - Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative :</p> <p>Le but est d'encourager le patient à exprimer son avis sur la démarche d'ETP en tant que telle.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :</p> <p>Renseigner les outils de suivi et d'organisation.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Construire des partenariats ;</p> <p>Construire une relation de confiance ;</p> <p>Coconstruire un projet ;</p> <p>Construire une alliance thérapeutique.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> :</p> <p>Se questionner et délimiter son rôle ;</p> <p>Apprécier pour ajuster.</p>

## Annexe 2. RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES POUR COORDONNER UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Situation 1 : constituer une équipe transversale autour d'une démarche d'ETP	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 1.</b> - Constituer une équipe pluridisciplinaire autour d'une démarche d'ETP :</p> <p>Le but est de constituer une véritable équipe autour d'un projet partagé.</p> <p><b>Activité 2.</b> - Organiser la concertation des acteurs concernés :</p> <p>Le but est de permettre l'expression de chaque membre de l'équipe et d'aboutir à un projet commun.</p> <p><b>Activité 3.</b> - Organiser la formation des acteurs intervenant dans la démarche d'ETP :</p> <p>Le but est de développer les compétences individuelles et collectives des acteurs intervenant dans la démarche d'ETP.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Concevoir des dispositifs et des stratégies pédagogiques.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Comprendre les ressorts psychologiques des personnes ;</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>Construire des partenariats ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Apprécier pour ajuster ;</p> <p>Coordonner les acteurs ;</p> <p>Identifier les enjeux et vecteurs de communication ;</p> <p>Optimiser les canaux de communication ;</p> <p>Elaborer des stratégies de communication.</p>

Situation 2 : analyser le contexte et concevoir une démarche d'ETP	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 4.</b> - Collecter et analyser des données dans la littérature et auprès des patients :</p> <p>Le but est de rassembler des données pour fonder la réflexion.</p> <p><b>Activité 5.</b> - Analyser le contexte :</p> <p>Le but est de comprendre le contexte dans lequel la démarche d'ETP pourrait s'implanter, d'identifier les freins et les leviers au développement de l'ETP.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> :</p> <p>Créer des outils et analyser des données ;</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP ;</p> <p>Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> :</p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>S'accorder et convenir de l'action à mener ;</p>

<p><b>Activité 6.</b> - Formaliser la démarche d'ETP : Le but est d'aboutir à un projet commun d'ETP, en associant tous les acteurs concernés à sa conception.</p>	<p>Construire des partenariats.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> : Evaluer pour faire évoluer ; Conduire des projets.</p>
--	---

<b>Situation 3 : organiser et conduire une démarche d'ETP</b>	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 7.</b> - Organiser la répartition des tâches entre les acteurs de la démarche d'ETP : Le but est de donner à l'ensemble des intervenants un cadre d'intervention efficace et clair.</p> <p><b>Activité 8.</b> - Planifier et mettre en œuvre la démarche d'ETP : Le but est de mener la démarche d'ETP comme un projet et de veiller à ce que les acteurs de l'ETP disposent des moyens nécessaires à la mise en place de leurs activités</p> <p><b>Activité 9.</b> - Mettre en place les outils de coordination et de communication entre les acteurs : Le but est de concevoir les modalités de circulation de l'information entre tous les intervenants.</p> <p><b>Activité 10.</b> - Assurer la gestion administrative de la démarche : Le but est d'assurer l'interface entre les personnes qui mettent en œuvre l'ETP et les responsables administratifs qui autorisent, soutiennent, financent et/ ou contrôlent leur activité.</p>	<p><b>Compétences techniques</b> : Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; Situer l'environnement.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques</b> : Construire des partenariats ; Favoriser l'interactivité ; Optimiser la production au sein d'un groupe.</p> <p><b>Compétences organisationnelles</b> : Apprécier pour ajuster ; Planifier des actions ; Coordonner les acteurs ; Conduire des projets ; Evaluer/ prioriser ; Identifier les enjeux et vecteurs de communication ; Optimiser les canaux de communication ; Elaborer des stratégies de communication.</p>

<b>Situation 4 : animer et coordonner les acteurs de l'ETP, suivre le déroulement de la démarche ETP</b>	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 11.</b> - Coordonner les activités de l'équipe impliquée dans l'ETP :</p>	<p><b>Compétences techniques</b> : Renseigner les outils de suivi et d'organisation ;</p>

<p>Le but est d'obtenir une participation active des intervenants dans les activités de la démarche d'ETP mises en œuvre.</p> <p><b>Activité 12.</b> - Adapter, améliorer, concevoir des méthodes et outils pédagogiques d'ETP :</p> <p>Le but est que l'équipe d'ETP utilise des méthodes et des outils pédagogiques adaptés aux objectifs de la démarche, aux situations d'éducation et aux patients concernés.</p> <p><b>Activité 13.</b> - Animer des retours d'expérience et des échanges de pratiques entre les acteurs de l'ETP :</p> <p>Le but est d'améliorer les pratiques d'ETP grâce aux échanges entre les acteurs.</p> <p><b>Activité 14.</b> - Apporter une aide méthodologique et un soutien logistique aux acteurs :</p> <p>Le but est d'entretenir l'implication des acteurs dans la démarche d'ETP, de faciliter leur travail et d'en garantir la qualité.</p>	<p>Créer des outils et analyser des données ;</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Situer l'environnement lié à l'ETP ;</p> <p>Réaliser une veille.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques :</b></p> <p>S'accorder et convenir ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels ;</p> <p>Optimiser la production au sein d'un groupe ;</p> <p>Utiliser des techniques pédagogiques.</p> <p><b>Compétences organisationnelles :</b></p> <p>Apprécier pour ajuster ;</p> <p>Evaluer pour faire évoluer ;</p> <p>Coordonner les acteurs ;</p> <p>Conduire des projets.</p>
---	---

<b>Situation 5 : évaluer et faire évoluer la démarche et les pratiques d'ETP</b>	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 15.</b> - Concevoir, avec l'ensemble des acteurs concernés, un dispositif d'évaluation de la démarche d'ETP :</p> <p>Le but est que l'ensemble des partenaires se mettent d'accord sur les critères et les modalités d'évaluation de la démarche d'ETP.</p> <p><b>Activité 16.</b> - Coordonner le recueil des données nécessaires à l'évaluation :</p> <p>Le but est de réunir tout au long de la démarche ou du programme d'ETP les éléments nécessaires à son évaluation.</p> <p><b>Activité 17.</b> - Analyser, avec l'équipe, les points forts et les difficultés pour proposer des ajustements :</p> <p>Le but est d'apprécier les effets de la démarche d'ETP, d'en améliorer la qualité et d'en assurer la pérennité.</p>	<p><b>Compétences techniques :</b></p> <p>Créer des outils et analyser des données ;</p> <p>Utiliser des techniques pédagogiques ;</p> <p>Choisir et adapter les méthodes aux différents publics ;</p> <p>Réaliser une veille liée à l'ETP.</p> <p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques :</b></p> <p>Echanger et informer ;</p> <p>Favoriser l'interactivité ;</p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels ;</p> <p>Optimiser la production au sein d'un groupe.</p> <p><b>Compétences organisationnelles :</b></p> <p>Apprécier pour ajuster ;</p> <p>Evaluer pour faire évoluer ; Evaluer, prioriser.</p>

Situation 6 : communiquer sur l'expérience de l'équipe d'ETP, par oral et par écrit	
LES ACTIVITÉS DE L'ETP	LES COMPÉTENCES
<p><b>Activité 18.</b> - Capitaliser les expériences et les formaliser :</p> <p>Le but est de tirer parti des expériences et de mettre à disposition d'autrui les enseignements tirés.</p> <p><b>Activité 19.</b> - Communiquer sur la démarche auprès de l'équipe d'ETP et de l'ensemble des partenaires :</p> <p>Le but est de rendre visibles les acquis pour faire progresser les savoir-faire collectifs des professionnels intervenant dans les démarches d'ETP.</p> <p><b>Activité 20.</b> - Présenter les travaux de l'équipe dans des formations, des congrès, des revues professionnelles ou scientifiques :</p> <p>Le but est de faire connaître l'ETP, les expériences menées et les réflexions qui en découlent.</p>	<p><b>Compétences relationnelles et pédagogiques :</b></p> <p>Favoriser les apprentissages mutuels.</p> <p>Compétences organisationnelles :</p> <p>Evaluer pour faire évoluer ;</p> <p>Evaluer, prioriser ;</p> <p>Identifier les enjeux et vecteurs de communication ;</p> <p>Optimiser les canaux de communication.</p>

### **Annexe 3. CHARTE D'ENGAGEMENT POUR LES INTERVENANTS DES PROGRAMMES D'ETP**

Cette charte d'engagement est destinée aux divers intervenants impliqués dans des programmes d'éducation thérapeutique du patient, qu'ils soient professionnels de santé ou non ou patients intervenants. Elle vise à énoncer des principes de fonctionnement communs pour l'ensemble des intervenants quel que soit leur statut.

Préambule - respect des principes législatifs et des règles déontologiques en vigueur

La présente charte s'inscrit dans le respect des articles L. 1110-1 à L. 1110-11 du code de la santé publique.

Elle ne saurait déroger aux obligations professionnelles ni aux codes de déontologie en vigueur. En particulier, chaque professionnel intervenant dans le programme est tenu au respect du code de déontologie propre à sa profession lorsqu'il existe (1).

#### Article 1er

##### Respect de la personne et non-discrimination

L'éducation thérapeutique est proposée à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques qui en ont besoin.

Elle concourt à la nécessaire prise en charge globale (biomédicale, psychologique, pédagogique et sociale) de chaque personne malade. La proposition de participer à un programme d'ETP ne doit faire l'objet d'aucune discrimination, notamment en raison du mode de vie, des croyances, des pratiques en santé, des prises de risque et des comportements des personnes malades.

#### Article 2

##### Liberté de choix

La personne malade peut librement choisir d'entrer ou non dans un programme d'éducation thérapeutique. Elle peut le quitter à tout moment, sans que cela puisse constituer, de la part de l'équipe soignante qui assure habituellement sa prise en charge, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique. Cette liberté de choix suppose notamment que toute personne malade soit informée des programmes d'éducation thérapeutique susceptibles de la concerner et de leur contenu.

#### Article 3

##### Autonomie

L'intérêt des personnes malades doit être au centre des préoccupations de tout programme d'éducation thérapeutique. Celui-ci permet à la personne malade d'être véritablement acteur de sa prise en charge et non uniquement bénéficiaire passif d'un programme. La démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne.

Les proches des personnes malades (parents, conjoint, aidants) sont également pris en compte. Ils sont associés à la démarche si le soutien qu'ils apportent est un élément indispensable à l'adhésion au programme ou à sa réussite.

#### Article 4

##### Confidentialité des informations concernant le patient

Le programme d'éducation thérapeutique garantit à la personne malade la confidentialité des informations la concernant.

Les non-professionnels de santé intervenants dans un programme d'éducation thérapeutique s'engagent à respecter les règles de confidentialité (2).

L'exploitation des données personnelles des personnes malades doit respecter les dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (3).

#### Article 5

##### Transparence sur les financements

Un programme d'éducation thérapeutique du patient ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle, notamment au bénéfice du recours à un dispositif médical ou un médicament, conformément aux articles L. 5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique.

Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.

#### Article 6

##### Respect du champ de compétence respectif de chaque intervenant en éducation thérapeutique

Chaque intervenant au sein de l'équipe pluriprofessionnelle d'éducation thérapeutique agit dans son champ de compétence et assume ses responsabilités propres vis-à-vis de la personne malade. Le médecin traitant est tenu informé du déroulement du programme d'éducation thérapeutique.

(1) Pour les médecins, le CNOM attire leur attention sur les articles R. 4127-2, R. 4127-4, R. 4125-7, R. 4127-35 et R. 4127-36, R. 4127-56, R. 4127-68 du code de la santé publique.

(2) Conformément aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal.

(3) Modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

## **Annexe 4. DOSSIER DE DÉCLARATION D'UN PROGRAMME D'ETP À L'ARS**

### 1. Structure accueillant le programme

- Statut juridique :
- Raison Sociale :
- Adresse
- Si existence N° FINESS de l'entité juridique :
- N° SIREN :
- N° SIRET :
- Représentant légal (Nom, Prénom, Fonction) :
- Mail représentant légal :
- Téléphone représentant légal :
- Lieu(x) de mise en œuvre du programme (nom(s) et adresse(s)) :

### 2. Le coordonnateur du programme

- NOM & PRENOM :
- Fonction ou qualification :
- Adresse professionnelle :
- Mail coordonnateur :
- tél :
- Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) :
  
- Formation à la coordination de l'ETP (intitulé, organisme, nombre d'heures) :
  
- Le coordonnateur participe-t-il à des ateliers ?  Oui  Non



3. Composition de l'équipe intervenante dans le programme (y compris les patients intervenant)

Membres de l'équipe NOM & PRENOM	Fonction ou activité professionnelle	Mode d'exercice professionnel (libérale, salarié ...)	Formation à la dispensation de l'ETP (intitulé, organisme nombre d'heures)

Le programme a-t-il été co-construit avec une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ?  Oui  Non

Si oui avec quelle association ?

Cette association participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?  Oui  Non

Pour les programmes dont le coordonnateur est un membre d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique :

Le programme a-t-il été construit avec une équipe médicale ?  Oui  Non

Si oui, avec quelle équipe ?

Cette équipe médicale participe-t-elle à la mise en œuvre du programme ?  Oui  Non

4. Le programme

a. Intitulé (l'intitulé du programme doit mentionner la pathologie prise en charge)

b. A quelle(s) affection(s) de longue durée exonérant du ticket modérateur, (Liste ALD) ou asthme ou maladie(s) rare(s) ou obésité, ou encore à quel(s) problème(s) de santé considéré(s) comme prioritaire(s) au niveau régional, le programme s'adresse-t-il ?

c. Quels sont les objectifs de ce programme ?

d. Précisez le type d'offre ? (Plusieurs réponses possibles)

- Offre initiale (suit l'annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative)
- Offre de suivi régulier / renforcement (suite à un programme initial, pour consolider les compétences acquises par le patient)
- Offre de suivi approfondi / reprise (suite à un programme initial, en cas de difficultés d'apprentissage, de non atteinte des objectifs, de modification de l'état de santé du patient ou de ses conditions de vie, de passage des âges de l'enfance et de l'adolescence).

e. Les patients bénéficiaires du programme :

i. Le profil des patients :

Le programme s'adresse à (plusieurs réponses possibles) :

Adultes

Enfants

Adolescents et jeunes adultes

Personnes âgées

Le programme d'adresse-t-il à un public spécifique (femmes enceintes, curistes, personnes incarcérées ...) ?

Oui  Non

Si oui, précisez

Est-il prévu d'associer l'entourage (parents, proches ...) du patient au programme ?

Oui  Non

Si oui, précisez les modalités de participation des aidants (ateliers dédiés, participation aux ateliers destinés aux patients) :

ii. Les critères d'inclusion des patients dans les programmes :

Quels sont les critères d'inclusion des patients dans le programme (éléments de diagnostic, stade/niveau de gravité de la pathologie, aptitudes cognitives, âge...) ?

iii. La file active du programme

Quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme chaque année ?

f. Les modalités d'organisation du programme d'ETP :

Quels sont la ou les modalité(s) de dispensation du programme (si mixte, cochez plusieurs réponses) ?

- Mode ambulatoire (hors HDJ)
- Séjour SSR
- Séjour MCO
- Séjour psychiatrie
- Séjour HAD
- Autre

Quelle organisation est mise en place pour optimiser le recrutement des bénéficiaires ?

Une plaquette (brochure, dépliant...) d'information sur le programme est-elle disponible pour les bénéficiaires, les professionnels pouvant orienter un patient vers un programme ?

- Oui  Non

Si oui joindre un exemplaire

g. Le déroulé du programme ETP

i. Le bilan éducatif partagé (BEP) :

Décrire succinctement les modalités de réalisation du BEP

Fournir un exemplaire du support utilisé pour le bilan éducatif partagé en pièce jointe

ii. Le contenu des séances du programme :

Intitulé de la séance ou atelier ou module	Socle ou Optionnelle ?	Compétences générales (auto-soins et/ou adaptation)	Compétences d'acquisition visées	Séance collective ou individuelle ?	Durée moyenne (en heures)	Mode d'animation de la séance (présentiel uniquement /à distanciel (e-ETP) / mixte)	Techniques pédagogiques (méthodes, outils)

iii. Evaluation des compétences acquises par le patient :

Décrire succinctement les modalités d'évaluation des compétences acquises par le patient :

5. Les coordinations interne et externe

Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information entre les intervenants au sein du programme sont envisagées.

Décrire succinctement quelles modalités de coordination et d'information avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, notamment son médecin traitant, sont prévues.

Un dispositif de suivi post-programme est-il prévu ?  Oui  Non

Si oui, merci de le décrire en quelques lignes :

6. La confidentialité du programme

Décrire succinctement selon quelles modalités la confidentialité des données concernant le patient est assurée et selon quelles modalités son consentement pour l'entrée dans le programme et son consentement pour la transmission des données le concernant seront recueillis.

Joindre en annexe une copie de la charte d'engagement signée par l'ensemble des intervenants.

## 7. L'évaluation du programme

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation annuelle du programme :

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quels éléments sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme :

## 8. Le financement du programme

Décrivez brièvement les différentes sources de financement envisagées pour ce programme :

### **ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE CONFORMITÉ AUX EXIGENCES PRÉVUES AUX ARTICLES R. 1161-5 ET R. 1161-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Nom du coordonnateur :

Intitulé du programme :

Je soussigné, ..., atteste sur l'honneur que :

1. Le programme est conforme aux exigences prévues à l'article R. 1161-5 du code de la santé publique :

1° Le programme est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 du code de la santé publique.

2° Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées :

Article L. 1161-1 du code de la santé publique : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit. »

Article L. 1161-4 du code de la santé publique : « Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions. »

3° La coordination du programme répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3 du code de la santé publique :

Article R. 1161-3 du code de la santé publique : « Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.

Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. »

2. Les compétences des professionnels intervenant dans le cadre du programme sont conformes aux exigences prévues à l'article R. 1161-2 du code de la santé publique

Fait, le

Signature (s)

## Serment De Galien

---

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- 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 l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.

**Attention, ne supprimez pas le saut de section suivant (page suivante non numérotée)**

## État des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'éducation thérapeutique - Perspectives : le pharmacien d'officine coordonnateur -

---

L'augmentation du nombre de patient souffrant de maladies chroniques, due en partie au vieillissement de la population, a engendré de nouveaux types de besoins en matière de prise en charge des patients. Ces besoins sont liés à l'impact des pathologies chroniques sur la qualité de vie des patients. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour but d'aider les patients souffrant de maladie chronique à mieux vivre avec leur maladie, et constitue un pan indispensable de la prise en charge de ces patients. Le pharmacien d'officine, par son rôle central dans le parcours de soin des patients atteints de maladies chroniques, a toute sa place pour participer au développement de l'ETP, notamment en milieu ambulatoire.

L'objectif de cette thèse a été de faire un état des lieux de l'implication du pharmacien d'officine dans l'ETP, et d'aborder les différentes perspectives de développement de l'ETP par les pharmaciens d'officine, et plus particulièrement en milieu ambulatoire. Le manque de temps, de rémunération et de connaissances sur l'ETP sont apparues comme les freins majeurs de l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'ETP ambulatoire.

Les perspectives du développement de l'ETP via les pharmaciens d'officine pourraient se réaliser au sein de structures regroupant plusieurs professionnels de santé telles que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriale de Santé), maisons de santé, ... De plus en devenant coordonnateur de programme d'ETP au sein de ces structures pluridisciplinaires, le pharmacien d'officine pourrait porter et dynamiser l'offre d'ETP en ville.

---

**Mots-clés :** éducation thérapeutique du patient, état des lieux, officine, pharmacien, maladie chronique, coordination, interdisciplinarité, ambulatoire, perspectives

### **Current situation of the implication of the dispensing pharmacist in the therapeutic patient education programs Prospects : the pharmacist as program coordinator**

---

The increase in the number of patients suffering from chronic illnesses, partly due to the aging of the population, has created new needs in terms of patient care. These needs are associated with the impact of chronic illnesses on patients' quality of life. Therapeutic patient education (TPE) aims to help patients suffering from chronic illnesses to live better with their illness, and is an essential part of patient care. Because of their central role in the care of patients with chronic illnesses, dispensing pharmacists have a key role to play in the development of TPE, particularly in the outpatient setting.

The aim of this thesis was to describe the involvement of dispensing pharmacists in TPE, and to discuss the various prospects for the development of TPE by dispensing pharmacists, particularly in the outpatient setting. Lack of time, remuneration and knowledge about TPE appeared to be the major obstacles to the involvement of dispensing pharmacists in outpatient TPE programs.

The development of TPE via dispensing pharmacists could take place within structures that bring together several healthcare professionals, such as CPTS (« Communautés Professionnelles Territoriale de Santé » which could be translated as local healthcare networks), multidisciplinary group practices (« maisons de santé »), etc. Moreover, by becoming TPE program coordinators within these multidisciplinary structures, dispensing pharmacists could support and boost the TPE offer in the outpatient care.

**Keywords:** therapeutic education of the patient, dispensing pharmacy, pharmacist, chronic disease, coordination, outpatient, perspectives

