



**HAL**  
open science

## Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires

Marie Vileyn

► **To cite this version:**

Marie Vileyn. Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00618724

**HAL Id: dumas-00618724**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618724>**

Submitted on 2 Sep 2011

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

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

**Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein  
des maisons de santé pluridisciplinaires**

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE,  
DIPLOME D'ETAT

**VILEYN MARIE**  
Née le 6 septembre 1982 à Dunkerque (59)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*  
**Le 16 juin 2011**

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur C. Pison

Membres : Monsieur le Professeur P.Y. Benhamou  
Monsieur le Professeur G. Esturillo, Directeur de thèse

*\* La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Docteur Esturillo, Directeur de thèse,**

Vous avez accepté de diriger ma thèse. Je vous remercie de m'avoir fait confiance et du temps que vous m'avez consacré. Ce travail est l'occasion de vous témoigner ma gratitude et mon respect.

### **A Monsieur le Professeur Christophe Pison Président du jury,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Pierre-Yves Benhamou,**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

### **A Michel, Christianne et Jean-Claude, mes maîtres de stage ,**

qui m'ont fait découvrir et aimer la Médecine Générale.

PS: merci pour les bons repas le midi.

### **A Quentin,**

Merci à toi, pour la beauté de ce que nous vivons ensemble ...

### **A ma famille,**

Merci pour votre accompagnement et votre soutien. Merci Maman d'avoir fait toutes ces relectures et corrigé mes habituelles fautes d'orthographe ! Merci Papa de m'avoir rappelé que je devais faire ma thèse.

Merci à mes grands-parents Bray-Dunois de m'avoir servi pendant les repas autant de poissons. Je crois que tout le phosphore nécessaire au bon fonctionnement de ma mémoire pour mes études, je vous le dois.

A ma grand-mère, qui est toujours là à chacun de mes passages nordistes.

**A ma belle-famille,**

Merci pour votre écoute, vos suggestions et votre aide sur ce travail.

Merci Yacinte pour ton efficacité et ta rapidité d'action.

**A mes amis, passés, présents et futurs : sans qui la vie n'aurait pas le même piquant !**

A mes cop's du lycée : Alice, Aurélie, Lolo ...

A mes amis de la faculté de Médecine de Lille : Gazou, Steph, Adeline, Caro, Camille, Amélie, Marc, Alban ....

Aux Aixois, Chambériens et Grenoblois qui nous font prendre racine dans cette belle région : Aline et YoYo, Tom et Doro, Guillaume, Eric, Marie, Sam et Delph, Carmen, Paola et Jentz, Damien et Blandine, Carlos et Myriam ...

Aux volleyeurs toujours invaincus : Anaïs, Riccardo, Eric, Vincent, Steph, Mick, Sylvie ...

A la troupe de l'internat de Grenoble: Laurie, Guéno, Pauline, Chloé, Anaick, Nassira, Hélène, Medhi ...

Aux amis du Dodo Lé La : Anne et Damien, Christine, Caro et Fabrice...

....

**A Pixel ...**

# SOMMAIRE

Introduction	4
1. Objectifs de l'étude	6
1.1. Objectif principal	6
1.2. Objectifs secondaires	6
1.3. Justification de l'étude	6
2. Matériel et méthode	7
2.1. Méthodologie de l'étude	7
2.2. Domaine d'investigation	7
2.3. Le recensement des structures	8
2.4. Répartition géographique des structures	9
2.5. Le questionnaire	9
2.6. Les données recueillies	10
2.7. L'exploitation statistique	10
3. Interprétation des résultats de l'enquête	10
3.1. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ?	10
3.2. Quel est le nombre de patients participants et le nombre de consultations par an ?	11
3.3. Quelles sont les pathologies concernées par l'ETP ?	12
3.4. Quels sont les professionnels qui participent aux programmes d'ETP ?	13
3.5. Comment s'organisent les activités ETP ?	14
3.6. Avantages et inconvénients des séances individuelles et collectives	14
3.7. Quels sont les supports et techniques pédagogiques fréquemment utilisés ?	16
3.8. Comment est réalisé le partage des informations entre les différents intervenants ?	17
3.9. Suivez-vous les étapes préconisées par le guide de la HAS ?	18
3.10. Précisez pour chaque étape le rôle des infirmières et des médecins	19
3.11. Quel est le niveau de formation du médecin responsable du programme ETP et des infirmières ?	19
3.12. Certains aspects de votre programme sont-ils mis en commun avec d'autres maisons	

de santé ?	20
3.13. Des patients extérieurs à la maison de santé vous sont-ils adressés pour participer au programme ETP ?	22
3.14. Existe-t-il un réseau de santé ? Est-ce un frein ou une aide ?	22
3.15. L'organisation de l'ETP bénéficie-t-elle de financements extérieurs ?	22
3.16. Quelles sont les modalités de financement ?	24
3.17. Quels sont les éléments qui freinent le développement de l'ETP dans votre structure ?	25
3.18. Quels sont les éléments majeurs favorisant le développement de l'ETP dans votre structure ?	26
<b>4. Analyse des résultats et discussion</b>	<b>26</b>
4.1. Limites et biais	26
4.1.1. Biais de recensement	26
4.1.2. Imprécisions des réponses données	27
4.1.3. Biais de représentativité des médecins	27
4.2. Apport des résultats	27
4.2.1. Des structures peu nombreuses et à des stades de développement différents	27
4.2.2. Des organisations hétérogènes	28
4.2.3. Des organisations complexes et chronophages	29
4.2.4. Le rôle des professionnels et de leur formation	29
4.2.5. Des difficultés à financer les programmes et un besoin de mutualiser	30
4.2.6. Des recommandations HAS en fil rouge ?	31
4.2.7. Freins et moteurs du développement de l'ETP	32
<b>5. Perspectives et propositions</b>	<b>33</b>
5.1. Renforcer la formation des professionnels et sensibiliser les patients	33
5.2. L'Education Thérapeutique en Médecine Générale : une réorganisation des pratiques	34
5.3. Valoriser l'acte éducatif	35
5.4. Homogénéiser les pratiques et favoriser les évaluations médico-économiques	35
5.5. Renforcer les partenariats et se situer dans l'offre ambulatoire	36
5.6. Définir au niveau de chaque région un schéma d'organisation et un plan de développement de l'ETP	37

Conclusion	38
Bibliographie	40
Lexique	43
Annexes	
Annexe 1. Définition, finalités et organisation de l'ETP selon les recommandations HAS	
Annexe 2. Les nouveaux modes de rémunération	
Annexe 3. Le questionnaire	
Annexe 4. Grille d'évaluation	

## INTRODUCTION

L'organisation de notre système de santé évolue aujourd'hui vers un nouvel équilibre entre l'offre et la demande de soin avec un grand changement dans la relation médecin-patient.

Plusieurs facteurs concourent à ce nouveau visage médical :

- le nombre croissant de malades chroniques du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de la meilleure prise en charge des maladies.
- La participation du patient dans sa maladie (1), participation demandée et recherchée, par les moyens d'information auquel il a accès (associations de malades, internet ....)
- La nouvelle répartition de la démographie médicale, tant en terme géographique qu'en terme de disponibilité.

Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peut apparaître comme une réponse à ces évolutions. De surcroît, de nombreuses études démontrent l'efficacité incontestable des programmes d'ETP en termes de réduction des complications et d'amélioration de la qualité de vie pour les patients atteints de maladies chroniques (2,3,4).

Aujourd'hui, la plus grande part de l'ETP se fait en milieu hospitalier ou à travers des réseaux de soins. Pourtant, au vu du nombre de patients chroniques qui pourraient être concernés, l'ETP ne peut être envisagée qu'en l'incorporant aux soins habituels et de proximité (5).

L'intégration de l'ETP dans la pratique quotidienne du médecin généraliste reste encore peu développée et peut présenter plusieurs formes (6) :

- le médecin généraliste n'opère pas de distinction formelle entre son activité de soin et d'éducation. C'est « l'éduc'attitude » décrite par Eric DRAHI (a), la formation initiale et continue du médecin doit avoir été conçue dans cette perspective.
- Le médecin généraliste prescrit l'ETP et délègue cette activité à d'autres professionnels, notamment les réseaux. Le médecin se décharge en fait de cette activité d'éducation : l'ETP n'est pas intégrée au soin.
- Le médecin généraliste initie, coordonne, oriente le patient vers une prestation éducative spécifique, puis assure le bilan et le suivi.

*(a) membre de la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale, coordinateur du réseau diabète d'Orléans (Diabolo).*



- Le médecin généraliste aménage des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'ETP.

Réserver des consultations à l'ETP nécessite donc une organisation (annexe 1) qui peut être difficilement compatible avec un exercice solitaire de la médecine et avec une rémunération exclusivement centrée sur l'acte. C'est pourquoi certains médecins se regroupent au sein d'une maison de santé pour partager un projet offrant aux patients soin et éducation.

Ces nouveaux projets s'intègrent dans un contexte de restructuration de l'organisation sanitaire liée à la mise en place, le 1er avril 2010, des Agences Régionales de Santé (ARS). Ces dernières expérimentent la mise en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) consacrés en outre à l'ETP dans les maisons de santé (annexe 2).

Parce que la mise en œuvre de l'ETP dans ces maisons de santé est peu décrite dans la littérature, cette étude s'attache à observer l'organisation de l'ETP au sein de douze maisons de santé pluridisciplinaires.

## 1. Objectifs de l'étude

### 1.1. Objectif principal

Il s'agit de mieux comprendre l'organisation des programmes d'ETP mise en place dans des maisons de santé pluridisciplinaires qui la pratiquent.

L'étude s'attache à observer les paramètres suivants :

- Les pathologies concernées,
- Les types d'actions menées,
- Le nombre de patients impliqués,
- L'organisation des activités,
- La formation des professionnels de santé participants,
- Le degré d'implication des différents acteurs,
- Les outils pédagogiques,
- Les moyens financiers.

### 1.2. Objectifs secondaires

Les objectifs qui en découlent sont de :

- recenser les freins et les moteurs au développement de l'ETP dans ces structures.
- révéler les points communs et les différences d'organisation entre les maisons de santé.

A partir de ces expériences, notre étude peut permettre de tirer des enseignements potentiellement utiles pour d'autres structures qui pratiquent l'ETP et faciliter de nouveaux projets.

La compréhension du passé peut éclairer les futurs possibles et guider le développement en cours.

### 1.3. Justification de l'étude

En 2010 on comptait une dizaine de maisons de santé pluridisciplinaires qui intégraient des activités d'ETP.

Dans la littérature, il n'existe à notre connaissance qu'une seule étude descriptive. Cette étude porte sur quatre maisons de santé soutenues par la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FeMaSaC). Or leur projet et leur mise en œuvre de l'ETP sont communs (7).

Il manque ainsi un regard sur d'autres organisations possibles. Il était donc intéressant d'avoir une analyse portant sur un plus grand nombre de structures qui ne travaillaient pas forcément ensemble.

## 2. Matériel et méthode

### 2.1. Méthodologie de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée auprès de douze maisons de santé pluridisciplinaires qui réalisent de l'ETP en France métropolitaine. Cette étude se révèle être avant tout un retour d'expérience de ces projets.

L'enquête s'est déroulée du mois de septembre 2010 au mois de décembre 2010.

Un questionnaire a été envoyé aux maisons de santé par voie postale ou par e-mail après avoir obtenu leur accord par téléphone.

L'utilisation d'un questionnaire a été privilégiée en raison de l'éloignement géographique des différentes structures et de la quantité d'informations à recueillir.

Cet outil a permis ainsi de s'adresser à l'ensemble d'une équipe et non à un seul interlocuteur.

Cette étude s'est basée sur ce questionnaire et a été également enrichie par des échanges téléphoniques avec les différents intervenants de ces maisons.

### 2.2. Domaine d'investigation

Cette étude a voulu être menée auprès de toutes les maisons de santé pluridisciplinaires en France qui intègrent l'ETP au sein de leur activité.

Nous avons recensé sur l'ensemble du territoire pendant cette période douze maisons de santé pluridisciplinaires en activité. Trois d'entre elles venaient d'arrêter leurs activités d'ETP pour des raisons privées.

Nous avons fait le choix de ne pas prendre en compte les Sociétés Civiles de Moyens (SCM) qui font appel à des infirmières pour réaliser des activités d'ETP dans leur cabinet. Effectivement leur travail ne s'intègre pas véritablement dans une prise en charge pluridisciplinaire mais plutôt comme une délégation de tâche. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de ne pas inclure les cabinets médicaux ou SCM participant au dispositif Action Santé Libérale En Equipe (ASALEE).

Ainsi, le programme ASALEE constitue un exemple de coopération associant généralistes et infirmières. Celles-ci viennent pratiquer notamment des séances d'ETP au sein de cabinets de médecins généralistes. Certaines difficultés rencontrées par ces infirmières sont dues au fait que l'ETP leur soit intégralement déléguée sans qu'il y ait d'échanges véritables avec le médecin.

Les maisons de santé pluridisciplinaires qui collaborent avec l'association ASALEE, dans leur volonté affichée de prise en charge multidisciplinaire, ont quant à elles été prises en compte dans l'étude.

Les centres de santé ont eux aussi été exclus car là encore leur organisation et leurs projets de soins diffèrent des maisons de santé pluridisciplinaires.

### 2.3. Le recensement des structures

Les données nécessaires au recensement n'étant ni structurées ni centralisées, différentes approches ont été utilisées :

- Appel des ARS de toutes les régions métropolitaines, soit 22 prises de contact, pour connaître les structures qui avaient été recensées,
- Appel de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de toutes les régions,
- Sollicitation de groupes professionnels représentatifs : Union Régionale des Médecins Libéraux (URML Bretagne, Bourgogne),
- Sollicitation de la FeMaSaC,
- Sollicitation de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé,
- Sollicitation du Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES PACA) et de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé de Provence Alpes Côte d'Azur.

Afin de rechercher des données manquantes éventuelles, nous avons utilisé le bouche à oreille et effectué une enquête documentaire via internet.

Après avoir contacté toutes ces différentes structures, nous avons recensé douze maisons de santé pluridisciplinaires. D'après les ARS, ce nombre devrait doubler en 2011.

## 2.4. Répartition géographique des structures

Sur les 22 régions métropolitaines nous avons recensé des maisons de santé pluridisciplinaires dans cinq d'entre elles, avec une forte représentativité de la Franche Comté, de la Bourgogne et de la Lorraine.

En Franche-Comté, on trouve quatre maisons de santé pluridisciplinaires qui appartiennent à la FeMaSaC :

- Baumes les Dames
- Bords de Seille
- Sainte Claude
- Pagny.

En Bourgogne, trois maisons de santé sont recensées :

- Amandimoise
- Montsauche Les Settons
- Givry.

En Lorraine, on trouve trois maisons de santé :

- Les Images, à Epinal
- Vicherey
- Les thermes, à Gerardmer.

En Rhône-Alpes, on dénombre une maison de santé :

- Artemare

En Bretagne, une maison de santé :

- Bréhan

Les maisons de santé qui avaient interrompu leurs activités d'ETP sont :

- Clamecy et Varzy (en Bourgogne)
- Ambon (en Bretagne)

## 2.5. Le questionnaire (annexe 3)

Les questionnaires ont été adressés aux médecins responsables des activités d'ETP au sein des maisons de santé avec une mention explicite les invitant à recourir aux autres professionnels de santé participant aux activités ETP afin de préciser les réponses si besoin.

Le questionnaire comporte :

- 17 questions à choix multiples et/ou à réponses fermées
- 4 sous-questions à réponses ouvertes

Nous avons préféré des questions à réponses fermées pour faciliter le traitement des données et pour faire émerger des convergences ou, au contraire, des divergences.

## 2.6. Les données recueillies

Les maisons de santé ont retourné le questionnaire par mail ou par courrier. En cas de réponses imprécises, nous avons pu les solliciter par téléphone afin de recueillir des compléments d'informations.

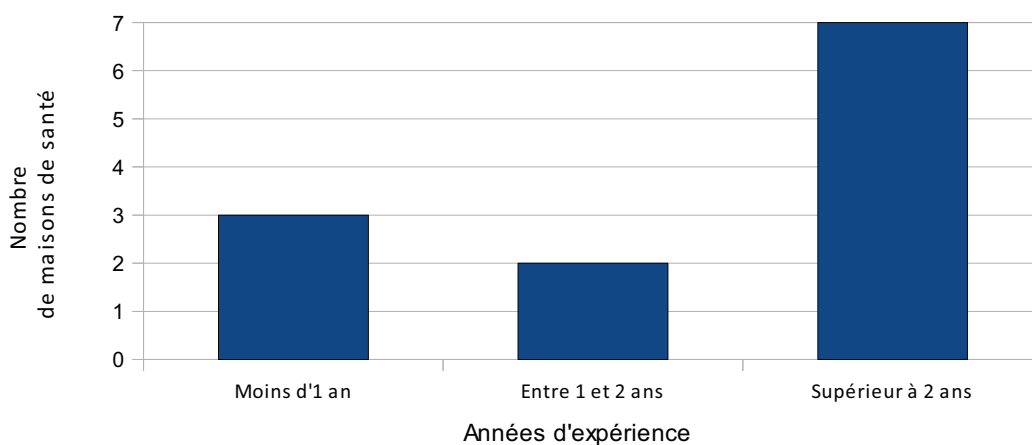
## 2.7. L'exploitation statistique

Nous avons sollicité le statisticien du Centre Hospitalier de Chambéry pour savoir si une exploitation statistique était réalisable. Au vu de l'effectif (12 maisons), cela n'a pas été possible. Les données recueillies ont été colligées sur Excel.

## 3. Interprétations des résultats de l'enquête

### 3.1. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ETP ?

Fig 1 : Nombre d'années de pratique de l'ETP au sein des maisons de santé pluridisciplinaires

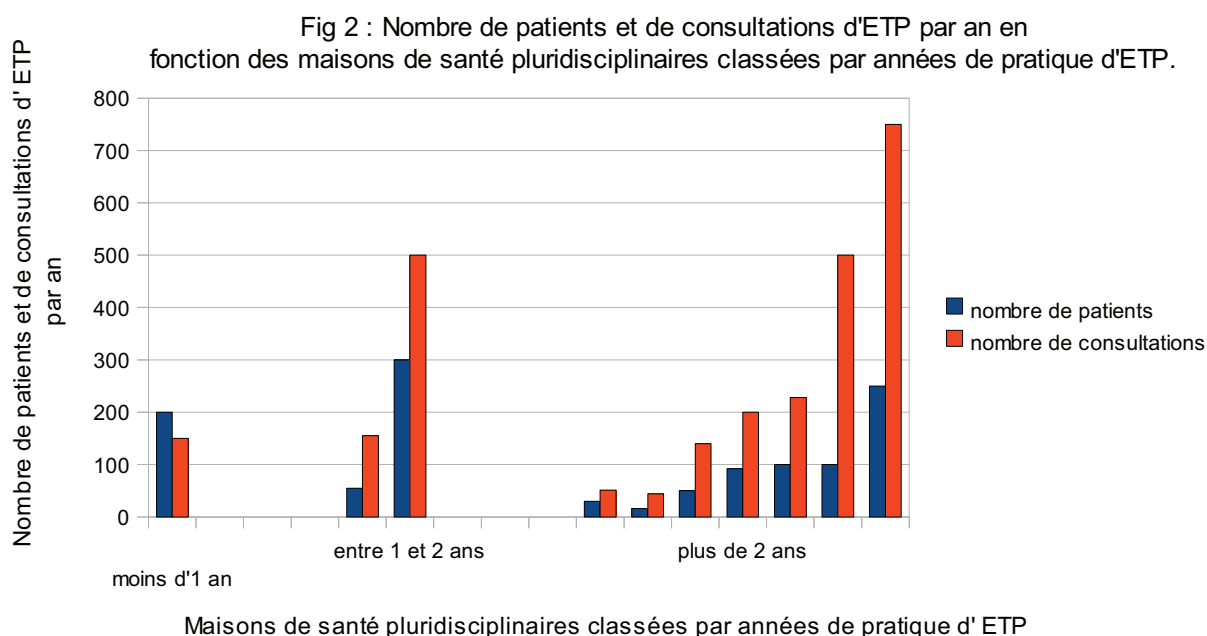


Ce graphique permet de distinguer trois groupes de maisons de santé en fonction de leur nombre d'années de pratique : moins d'un an, entre un et deux ans, et supérieur à deux ans de pratique.

On constate que :

- plus de la moitié des maisons contactées ont déjà plus de deux ans d'expérience (7 sur 12).
- pour trois d'entre elles, l'expérience est très récente, inférieure à un an. Il est probable que l'intégration de l'ETP en leur sein soit encore soumise à des évolutions.
- deux maisons ont entre un et deux ans d'expérience.

### 3.2. Quel est le nombre de patients participant et le nombre de consultations par an ?



Nous avons regroupé les maisons par années d'expérience :

- Pour le groupe des maisons dont la mise en place de l'ETP est inférieure à un an : une seule maison a été en mesure de nous répondre. Les deux autres maisons n'ont pas répondu en mentionnant que leur activité était trop récente pour pouvoir fournir des chiffres.
- On retrouve deux maisons dans le groupe ayant une expérience entre un et deux ans. Une des maisons a une activité deux fois plus importante que l'autre aussi bien en termes de consultations réalisées que de patients concernés.

- Pour les maisons ayant une expérience supérieure à trois ans, le nombre de consultations oscille entre 44 et 750 et le nombre de patients entre 16 et 250. En moyenne ces maisons comptent 269 consultations et 95 patients participant par an.

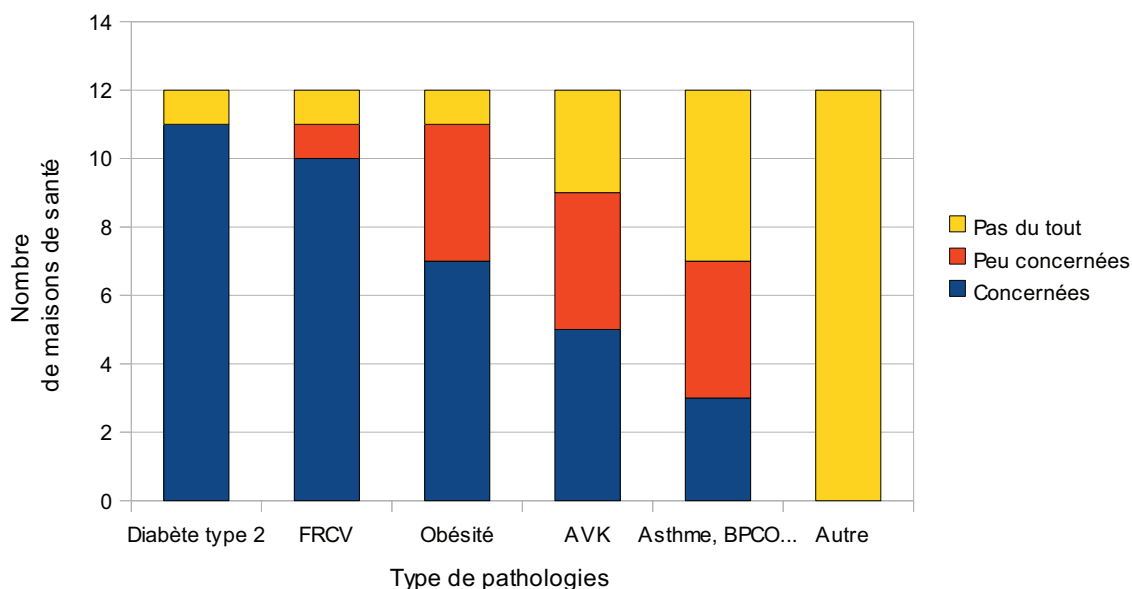
Sur une année, le nombre moyen de consultations par patient, qu'elles soient individuelles ou collectives, est d'environ 2,7.

On s'aperçoit finalement qu'il y a beaucoup de disparités entre les maisons tant du point de vue du nombre de patients concernés que de consultations réalisées, quelque soit le nombre d'années d'expérience.

On remarque également que, parmi les cinq maisons de santé ayant le plus de consultations ETP dans l'année, on retrouve les quatre maisons médicales de la FEMASAC. Ceci s'explique probablement par leur existence et leur collaboration mutuelle depuis plus de deux ans.

### 3.3. Quelles sont les pathologies concernées par l'ETP ?

Fig 3 : Pathologies concernées par les programmes d'ETP



*FRCV : facteurs de risques cardio-vasculaires*

*BPCO : Bronchopathies chroniques obstructives*

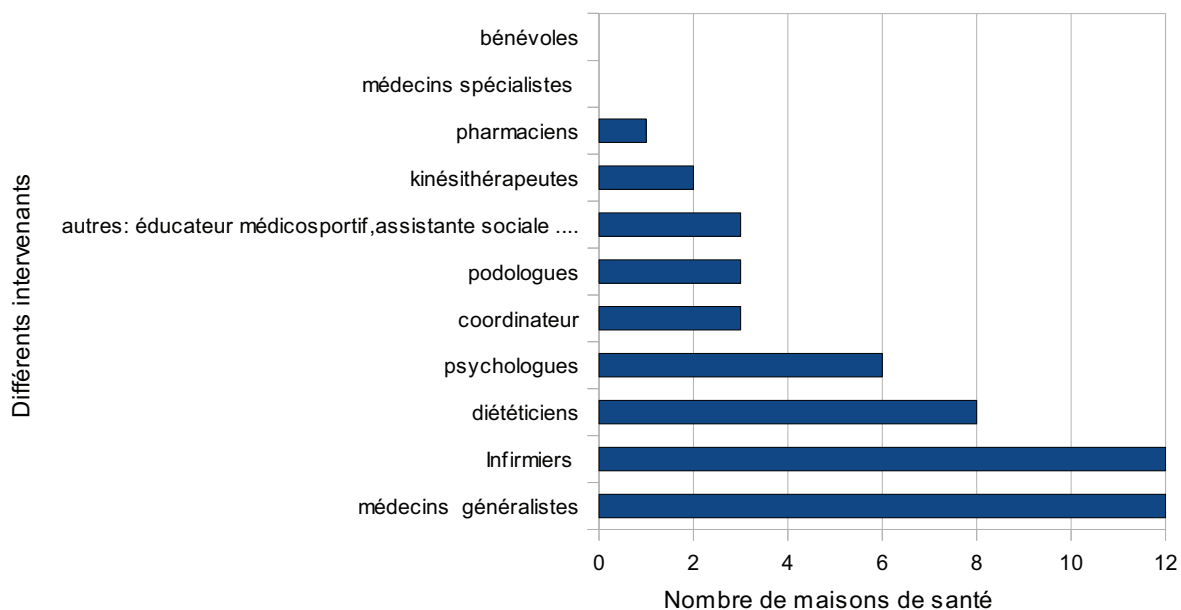


Les programmes d'ETP visent des patients porteurs de pathologies chroniques et courantes : patients à risques cardio-vasculaires et diabétiques puis en second plan obèses et patients traités par anti-vitamine K.

En revanche, les pathologies respiratoires sont peu concernées.

### 3.4. Quels sont les professionnels de santé qui participent aux programmes d'ETP ?

fig 4 : Participation des différents intervenants dans un programme d'ETP



Toutes les maisons de santé mettent en évidence le rôle prépondérant des médecins généralistes et infirmières.

Le troisième professionnel qui participe le plus aux programmes est le diététicien, suivi du psychologue.

Trois maisons sur douze bénéficient de la participation d'un coordinateur de santé, d'un podologue, d'un éducateur médicosportif ou encore d'une assistante sociale.

Les médecins spécialistes et les bénévoles ne contribuent absolument pas aux programmes.

### 3.5. Comment s'organisent les activités ETP ?

Toutes les maisons réalisent des séances individuelles d'ETP. Huit maisons réalisent en plus des séances collectives.

C'est le médecin qui recrute les patients puis les orientent vers une infirmière dont les consultations spécialisées se concentrent sur une demi ou une journée dans la semaine.

Les autres professionnels de santé sont sollicités soit par le médecin soit par l'infirmière.

En moyenne, les séances individuelles durent 45 minutes. Chaque maison réalise environ quinze séances par mois.

Les séances collectives durent en moyenne deux heures, avec neuf participants par séance. Chaque maison en réalise environ une par mois.

D'une maison à l'autre, l'organisation est très différente pour les patients.

Certains vont participer à des cycles précis incluant des séances individuelles et collectives dans un temps donné et selon un ordre précis. L'organisation du programme est déjà prédéfinie.

D'autres vont participer aux séances collectives et/ou individuelles en décidant avec les professionnels de l'intervalle de temps entre les séances. En effet, l'organisation du programme est partagée avec le patient.

### 3.6. Avantages et inconvénients des séances individuelles et collectives

#### Séances individuelles (Fig. 5 et 6)

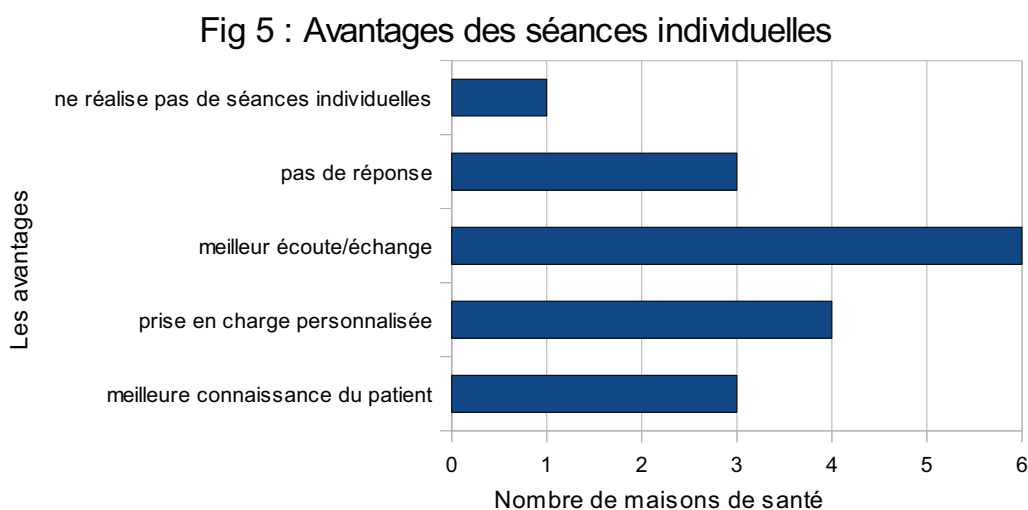
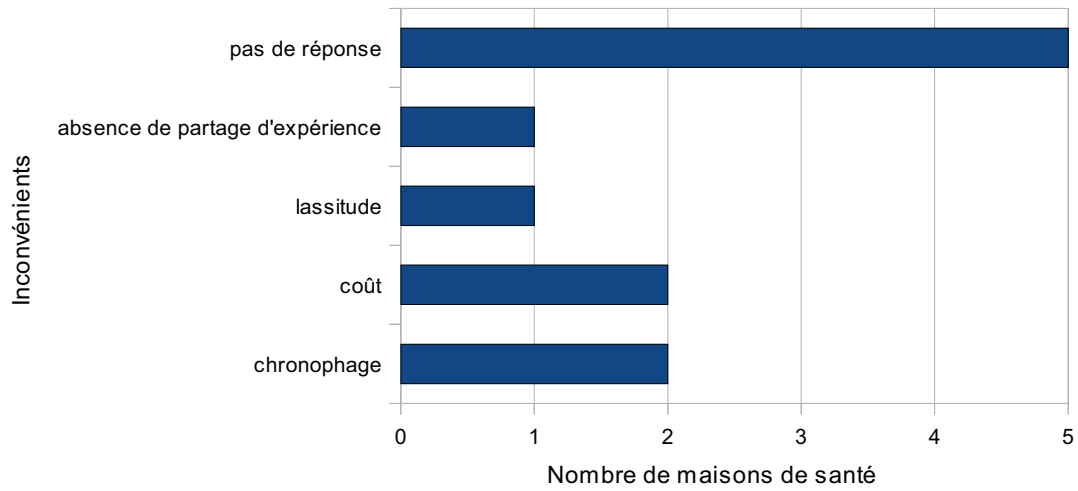


Fig 6 : Inconvénients des séances individuelles



Les séances individuelles offrent une meilleure écoute aux patients et permettent une prise en charge plus personnalisée.

En contrepartie ces séances sont chronophages et coûteuses pour certains.

Séances collectives (fig. 7 et 8)

Fig 7 : Avantages des séances collectives

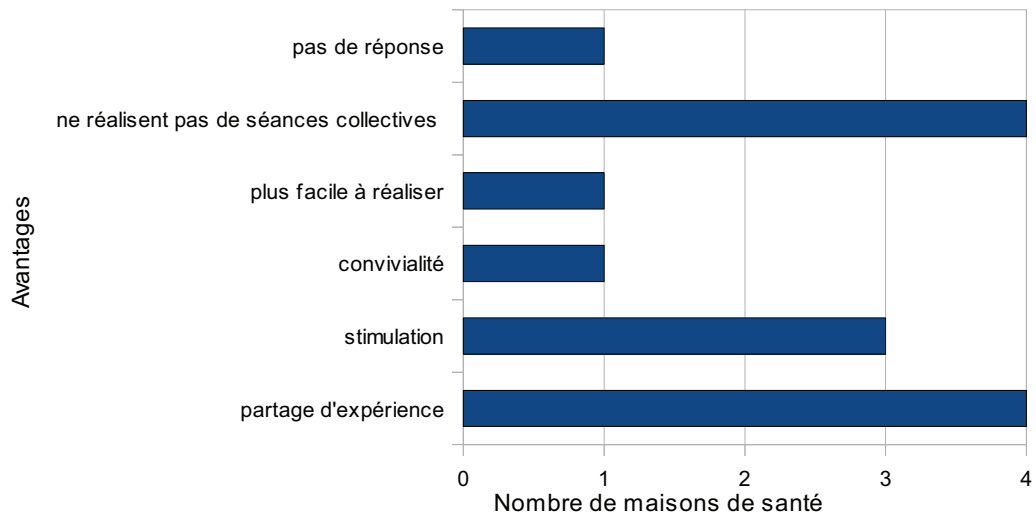
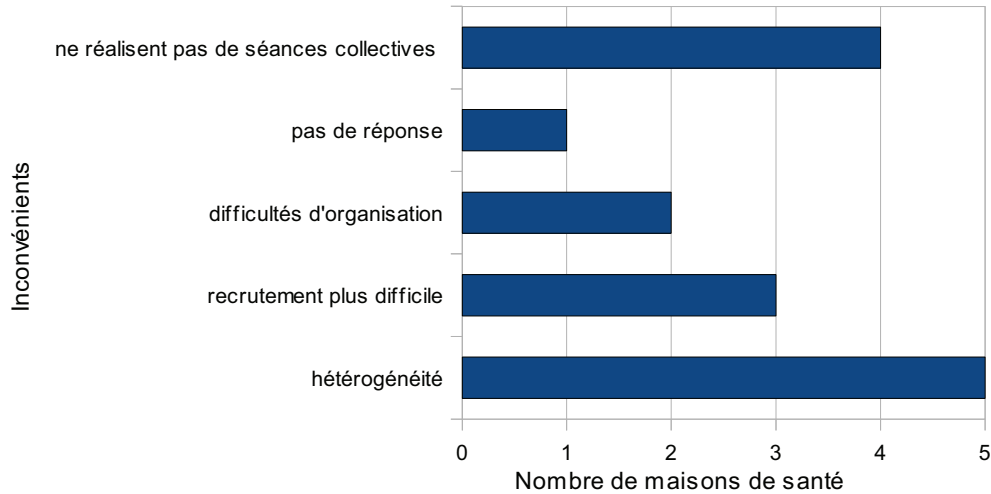


Fig 8 : Inconvénients des séances collectives



Si toutes les maisons réalisent des séances individuelles, quatre maisons ne mettent pas en oeuvre de séances collectives. Ces dernières permettent un partage d'expérience et une stimulation positive mais parfois l'hétérogénéité du groupe peut faire peur à certains participants. Le recrutement pour les séances collectives est également jugé plus difficile par les professionnels de la structure.

### 3.7. Quels sont les supports et techniques pédagogiques fréquemment utilisés

Figure 9 et 10

Fig 9 : Supports pédagogiques les plus utilisés

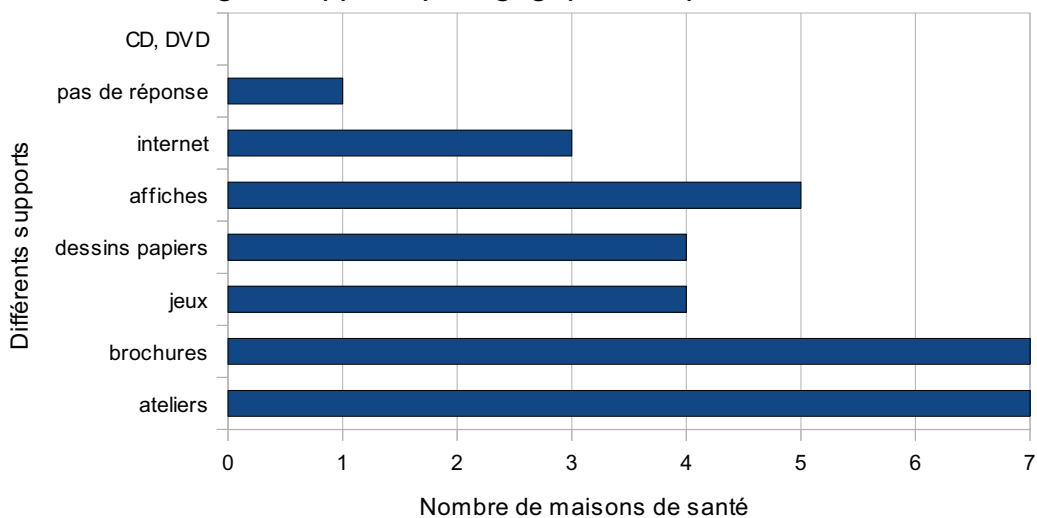
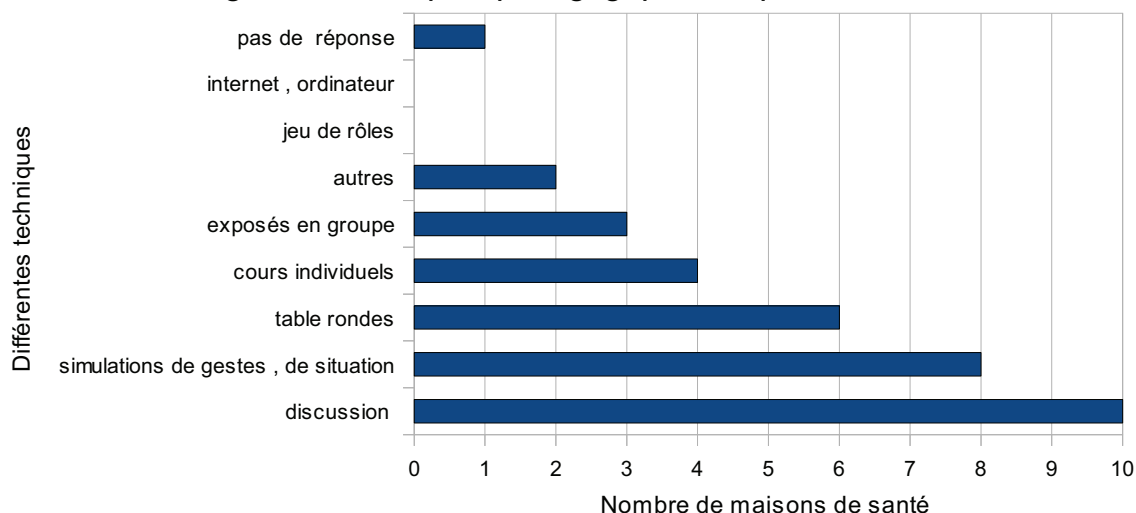


Fig 10 : Techniques pédagogiques les plus utilisées

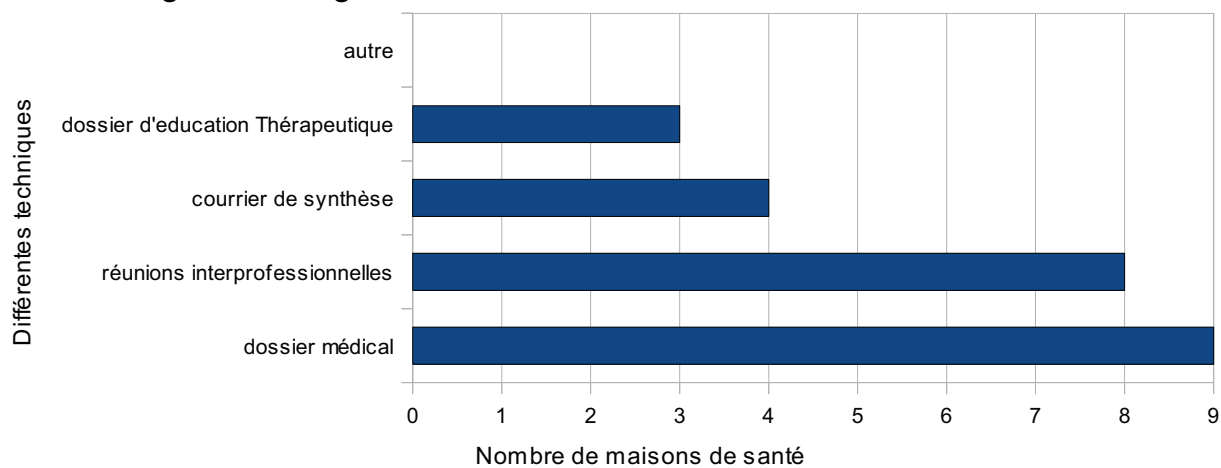


Les équipes utilisent le plus souvent les brochures et les ateliers pour communiquer.

Les activités reposent le plus souvent sur la discussion et la simulation de gestes.

### 3.8. Comment est réalisé le partage des informations entre les différents intervenants ?

fig 11 : Partage des informations entre les différents intervenants



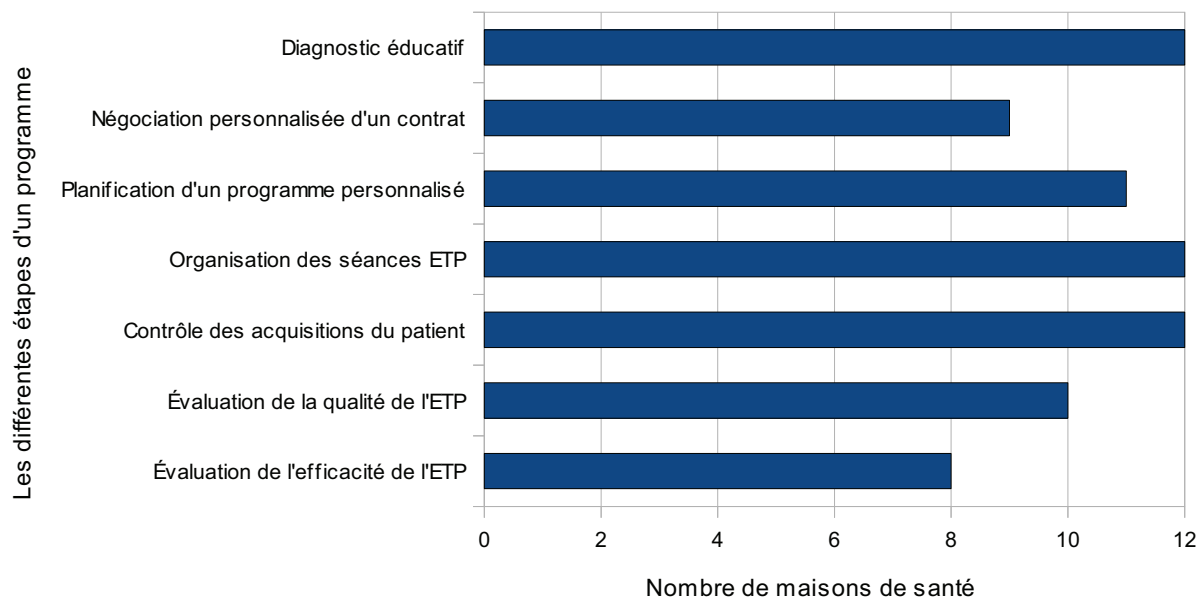
Dans les maisons de santé, beaucoup de professionnels de santé interviennent. Ces derniers peuvent participer directement aux programmes d'ETP ou avoir accès au contenu du programme. Pour la réussite de cette prise en charge pluridisciplinaire, le partage des informations concernant le programme ETP en cours est primordial.

Ce partage se fait surtout par des synthèses écrites sur le dossier médical, des réunions interprofessionnelles régulières et organisées ou via des échanges informels au sein de la structure. Ces dispositifs permettent ainsi d'intégrer l'ETP aux soins habituels.

Trois maisons disposent d'un dossier spécifiquement consacré à la prise en charge de l'ETP.

### 3.9. Suivez-vous les étapes préconisées par le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS)?

Fig 12 : Etapes respectées par les maisons de santé



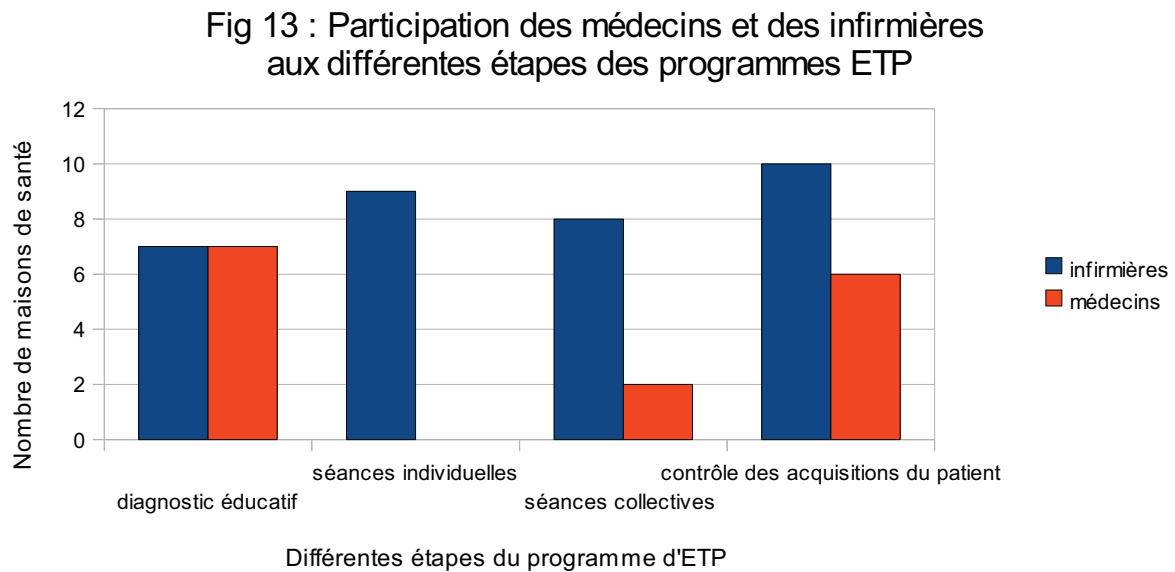
Toutes les étapes recommandées par l'HAS sont respectées par la majorité des maisons de santé.

Deux maisons rencontrent des difficultés à évaluer la qualité de leur programme.

Pour quatre, l'évaluation de l'efficacité de l'ETP est impossible.

Ces six maisons expriment donc les mêmes difficultés dans l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des programmes. Elles mettent en avant l'absence d'outils simples d'évaluation ou l'existence trop récente de leurs programmes.

### 3.10. Précisez pour chaque étape le rôle des infirmières et des médecins



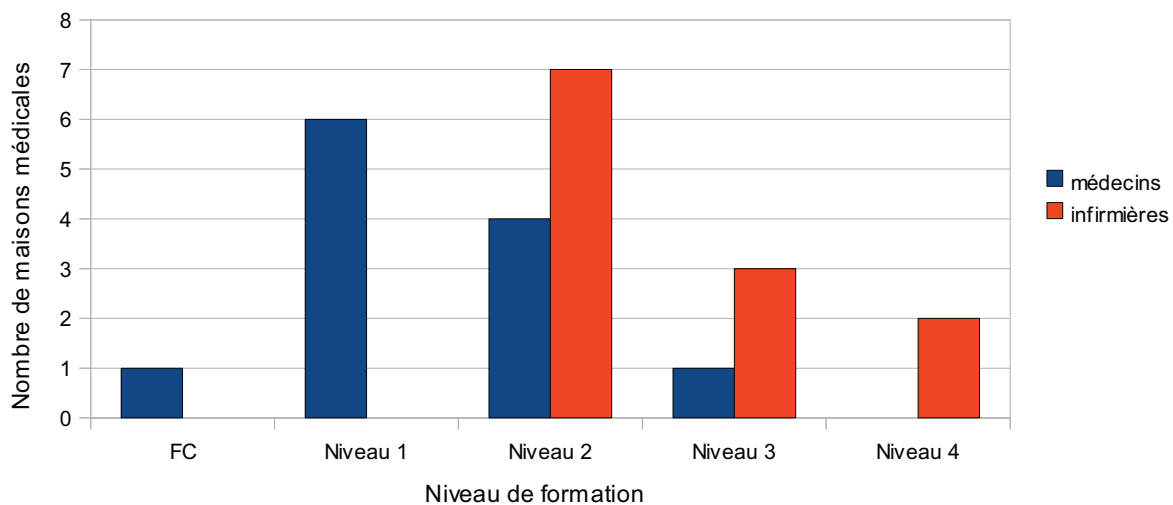
Les infirmières participent davantage aux étapes du programme que les médecins. Le diagnostic éducatif est aussi bien réalisé par les infirmières que par les médecins. Les séances individuelles spécifiques ne sont jamais réalisées par les médecins. Dans seulement deux maisons, ces derniers collaborent aux séances collectives. Les médecins et les infirmières contrôlent tous les deux les acquisitions du patient.

De plus, les médecins intègrent ces étapes à leurs consultations habituelles. Il ne s'agit donc pas de consultations exclusivement dédiées à l'ETP. Le médecin participe surtout au diagnostic éducatif car il a un rôle important dans le recrutement des patients et dans l'initiation du programme.

### 3.11. Quel est le niveau de formation (8) du médecin responsable du programme ETP et des infirmières ?

- Niveau 1** = sensibilisation à l'éducation du patient (congrès ou enseignement post-universitaire)
- Niveau 2** = sensibilisation intensive à l'éducation du patient (module de 30 à 50 heures et formation sur site)
- Niveau 3** = responsable de programme d'éducation (DU de 120 à 200 heures)
- Niveau 4** = expert en éducation (Difep de Genève, licence de Bruxelles, Master de Bobigny)
- FC** = formation continue

Fig 14 : Niveau de formation des infirmières et du médecin responsable du programme ETP de chaque maison de santé



On constate que les médecins responsables sont moins formés que les infirmières. Ils n'ont suivi que des stages de sensibilisation.

Le niveau des infirmières est quant à lui supérieur. Elles ont toutes reçues au minimum une sensibilisation intensive.

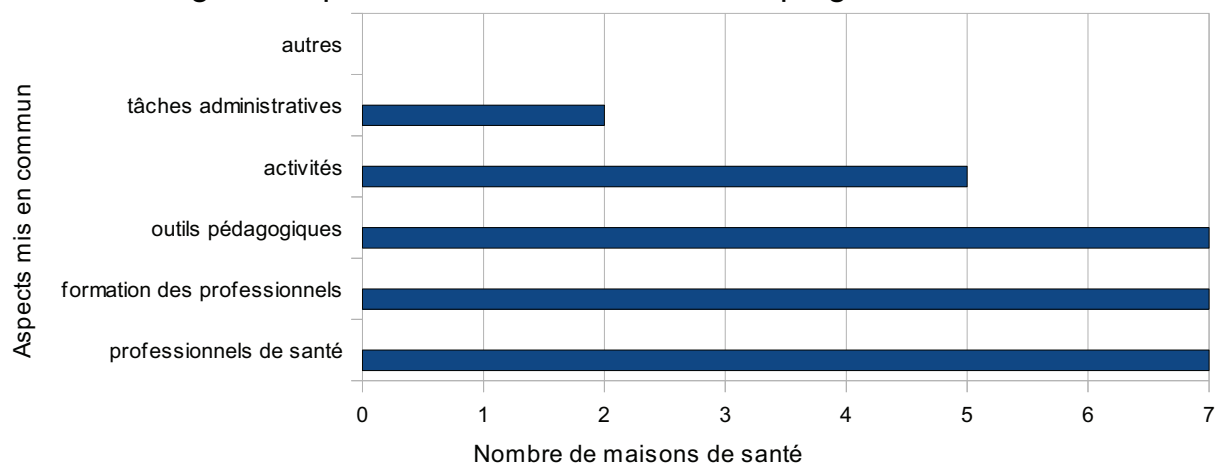
### 3.12. Certains aspects de votre programme sont-ils mis en commun avec d'autres maisons de santé?

Dix maisons mettent en commun au moins un aspect de leurs programmes.

Quels sont ces aspects ?



Fig 15 : Aspects mis en commun dans les programmes d'ETP



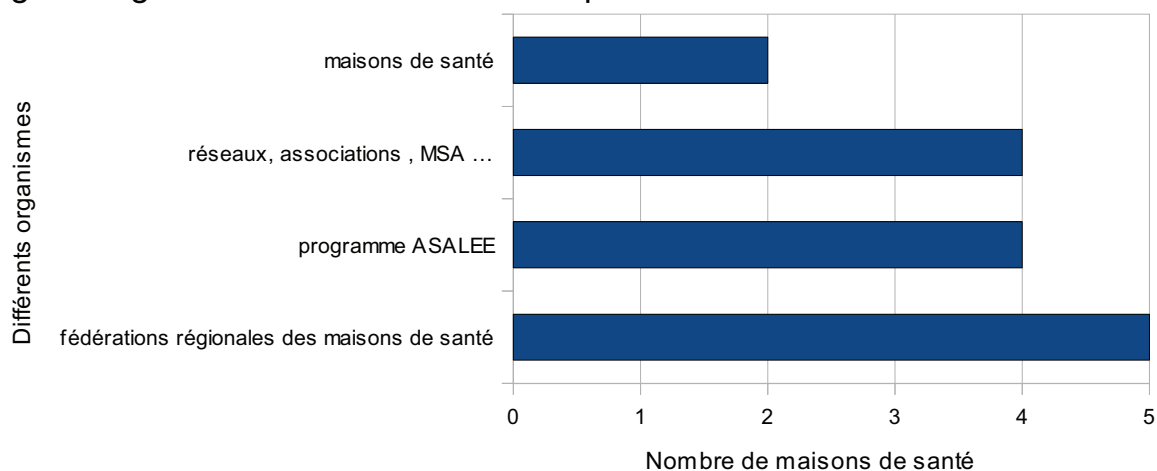
La majorité des maisons de santé (7 sur 12) mutualisent certains professionnels de santé, leurs formations ainsi que certains outils pédagogiques. Par exemple, certaines infirmières interviennent dans plusieurs maisons de santé ou encore des professionnels assistent aux formations mises en place dans des réseaux.

Certaines activités, comme les séances collectives, peuvent aussi être partagées.

En outre, certaines tâches administratives, comme la recherche de financement ou l'évaluation du programme, peuvent être mises en commun.

Si des professionnels de santé sont mis en commun, à quels organismes sont-ils rattachés ?

Fig 16 : Organismes de rattachement des professionnels de santé mis en commun



- Dans deux cas, des professionnels de santé sont employés par les maisons de santé elles-mêmes.
- Pour cinq maisons de santé, les professionnels sont employés par des fédérations régionales de maisons de santé : quatre professionnels sont rattachés à la FeMaSac et un à la Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine (FEMALOR). Les quatre maisons médicales appartenant à la FeMaSaC mutualisent deux infirmières.
- Quatre autres mettent également en commun les infirmières via le dispositif ASALEE.
- Quatre maisons ont des accords avec des réseaux ou associations locales.

3.13. Des patients extérieurs à la maison de santé vous sont-ils adressés pour participer aux programmes ETP ?

Nous nous sommes interrogés sur la possibilité pour les médecins traitants, extérieurs aux maisons de santé, d'envoyer leurs patients afin de participer aux programmes d'ETP.

Pour dix maisons de santé, aucun patient ne leur a été adressés. Cela n'est arrivé que pour deux maisons sur les douze. La question se pose de savoir si cela est du à un manque de communication avec les médecins environnant ou au contraire une volonté délibérée des maisons de santé de ne faire participer que leurs propres patients.

3.14. Existe-t-il un réseau de santé ? Est-ce un frein ou une aide ?

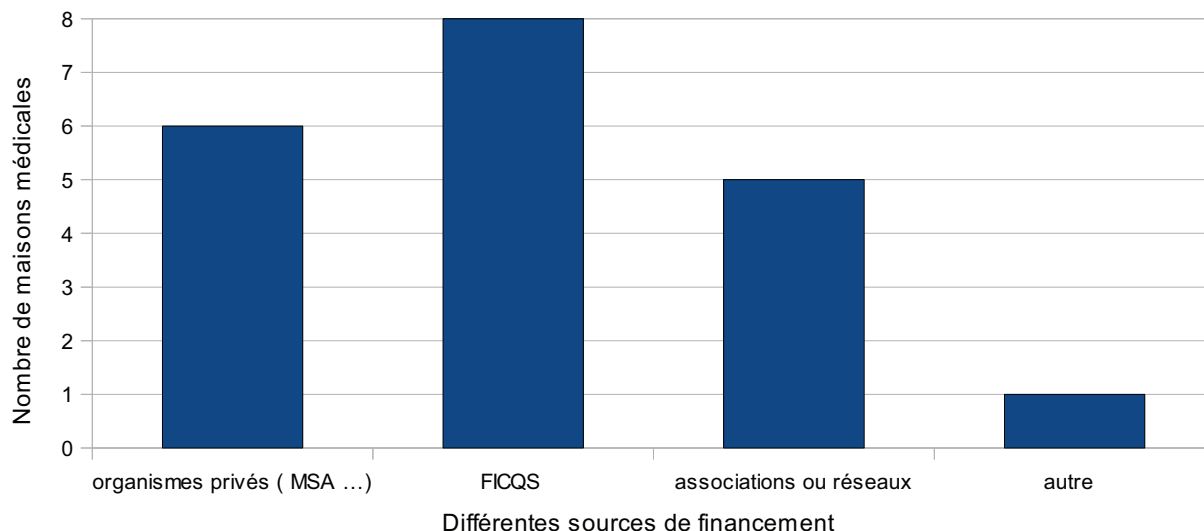
Sept maisons de santé sur douze ont un réseau de santé dans leur entourage : trois considèrent que c'est une aide notamment pour la formation des professionnels, une seule considère cela comme un frein et les trois autres n'expriment pas d'avis.

Dès lors, la présence d'un réseau de santé à proximité ne semble pas être un facteur influençant la mise en place d'un programme d'ETP.

3.15. L'organisation de l'ETP bénéficie-t-elle de financements extérieurs ?

Les maisons contactées nous ont toutes répondu qu'elles bénéficient de financements extérieurs. Une seule maison apporte elle-même certains fonds personnels.

Fig 17 : Détails des sources de financements des activités ETP



*FICQS = Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins*

Maisons de santé au financement unique :

Cinq maisons ont une seule source de financement :

- quatre sont financées directement par le FICQS,
- une maison voit ses activités financées par son rattachement au dispositif ASALEE.

Maisons de santé au financement multiple :

Sept maisons ont recours à un financement multiple. Ces maisons bénéficient systématiquement du FICQS :

- quatre perçoivent directement le financement public du FICQS,
- trois bénéficient de manière indirecte du FICQS. Elles sont effectivement associées au programme ASALEE qui est financé par celui-ci.

Pour compléter ce financement, certaines ont recours à des organismes privés, dont le principal est la MSA (organisme de droit privé mais chargé d'une gestion d'un service public). D'autres maisons ont également notifié la contribution de réseaux ou d'associations comme l'AVPN (Association Vosgienne pour la Promotion de la Nutrition), ICALOR (réseau lorrain pour l'insuffisance cardiaque) en mettant à disposition des professionnels, des formations, etc.

Il ressort de cette observation que toutes ces maisons reçoivent directement ou indirectement un

financement de la part du FICQS. Cependant la majorité d'entre elles ont recours à d'autres sources de financement nécessaires au déroulement des programmes ETP.

### 3.16. Quelles sont les modalités de financement ?

Il existe quatre manières de financer l'ETP dans ces maisons :

- ✓ Avant la mise en place des ARS en 2010, les maisons pouvaient bénéficier du FICQS. Cette aide se présentait sous la forme d'une enveloppe globale annuelle en fonction du type d'activité et du nombre de patients concernés.

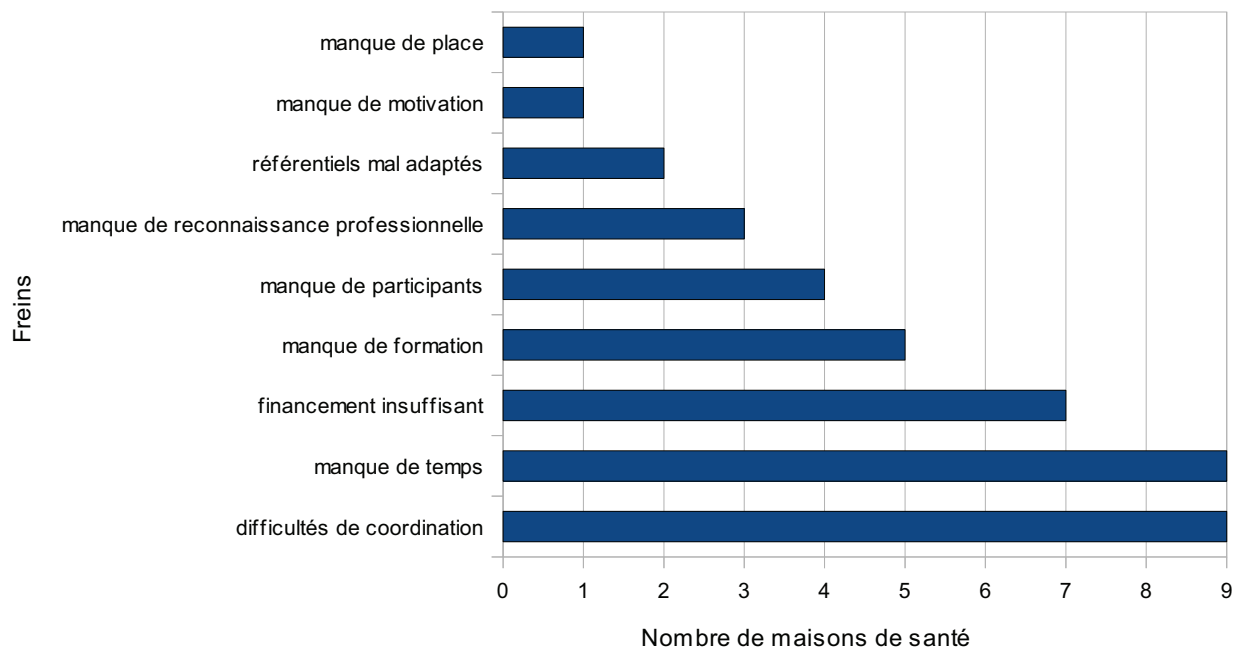
Depuis 2011, le FICQS est remplacé par les nouveaux modes de rémunération (NMR2) régis par les ARS.

Ce mode de financement permet le plus souvent la salarisation de professionnels de santé spécialisés ou l'indemnisation des professionnels participant aux programmes (infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, coordinatrice, etc.).

- ✓ Les maisons de santé peuvent avoir recours à des organismes privés comme la MSA pour payer la formation des professionnels ou indemniser des professionnels participant aux programmes.
- ✓ Les réseaux et associations participent en mettant à disposition leurs professionnels de santé ou leurs formations.
- ✓ L'autofinancement : en effet pour la maison de Baumes les Dames, la présence d'une coordinatrice est financée par les médecins eux-mêmes, preuve du militantisme dont ils font part.

### 3.17. Aujourd'hui quels sont les éléments qui freinent le développement de l'ETP dans votre structure ?

Fig 18 : Freins majeurs au développement de l'ETP



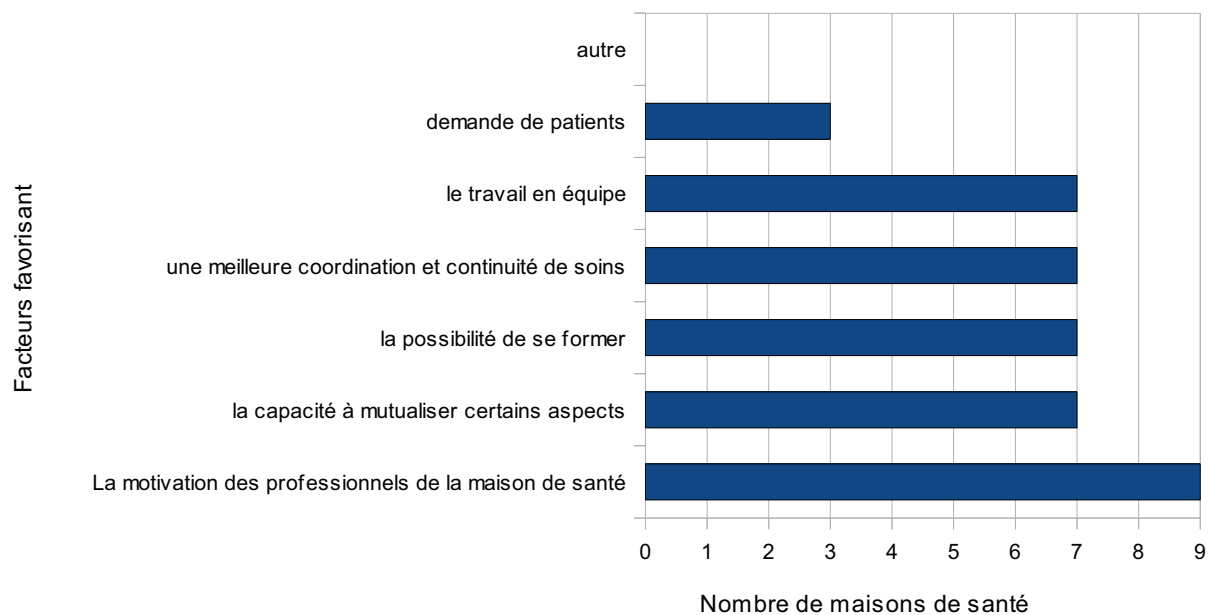
Les difficultés liées à la coordination et le manque de temps sont les freins majeurs à l'essor de l'ETP.

On remarque que la question du financement n'arrive qu'en troisième position.

Le manque de formation est un facteur connu et cité dans de nombreuses références bibliographiques. Ce qui l'est moins est le fait que certaines maisons souffrent du manque de participants et d'un manque de reconnaissance de la part des autres professionnels de santé.

### 3.18 Quels sont les éléments majeurs favorisant le développement de l'ETP dans votre structure ?

Fig 19 : Eléments favorisant le développement de l'ETP



La motivation des professionnels de santé est le facteur le plus important dans le développement de l'ETP dans les maisons de santé.

Puis quatre autres facteurs arrivent à égalité : la possibilité de mutualiser, de se former, de travailler en équipe et de mieux coordonner les soins.

## 4. Analyse des résultats et discussion

### 4.1. Limites et biais

#### 4.1.1. Biais de recensement

Note étude porte sur un ensemble de douze maisons de santé pluridisciplinaires.

Le recensement opéré dans cette étude ne peut prétendre absolument à l'exhaustivité.

A cela, il peut y avoir plusieurs raisons:

- des structures pourraient très bien réaliser de l'ETP sans en faire part aux ARS.
- les réponses obtenues auprès des agents des ARS sont des réponses orales non accompagnées de documents écrits. Il s'agit donc de réponses agents dépendants.

Cependant nous pouvons raisonnablement penser qu'au vu de l'ensemble des recherches effectuées auprès des agences régionales de santé et d'autres structures, nous nous rapprochons un maximum du nombre réel de maisons.

#### 4.1.2. Imprécision des réponses données

Le deuxième fait marquant concerne surtout les chiffres fournis par nos interlocuteurs qui s'avèrent très souvent être des estimations. La plupart des structures ont des difficultés à chiffrer avec précision l'importance de leur activité. Peu d'entre elles disposent de rapports écrits relatant leurs activités.

Dans les maisons disposant d'une coordinatrice de santé, les activités d'ETP font davantage l'objet de rapports qui permettent de récupérer des réponses plus précises.

En 2011, le financement par les ARS sera conditionné par des rapports d'activités. Les maisons de santé devront donc évaluer avec précision leur exercice.

#### 4.1.3. Biais de représentativité des médecins

Le questionnaire a été envoyé au médecin responsable du programme ETP de chaque maison. Ce choix a été effectué car il est l'initiateur et le coordonnateur du projet.

Dans cette étude, on s'aperçoit que le professionnel au cœur de l'ETP est actuellement l'infirmière. Le médecin a donc probablement un regard différent sur les programmes par rapport aux infirmières et cela constitue donc un biais de représentativité.

Pour limiter ce phénomène, nous avons incité les médecins à recourir aux autres professionnels de santé participant aux activités d'ETP pour préciser leurs réponses. En revanche le questionnaire ne permet pas de savoir quels sont les professionnels qui y ont répondu et dans quelle proportion.

### 4.2. Apport des résultats et discussion

#### 4.2.1. Des structures peu nombreuses et à des stades de développement différents

Avec douze maisons de santé existantes en 2010 et réparties dans cinq régions, nous pouvons faire un premier constat : il existe encore peu de maisons de santé pluridisciplinaires qui pratiquent de l'ETP. Pourtant l'apparition des premiers projets éducatifs au sein de celles-ci remonte déjà à plusieurs années. D'après une étude des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) en 2007 (9), il existait sept maisons de santé pluridisciplinaires mettant en œuvre des

actions d'ETP réparties dans quatre régions.

On constate donc la création de cinq maisons en trois ans. Ce faible chiffre laisse penser qu'il existe des freins à la mise en place de l'ETP au sein des maisons de santé.

On remarque également que le nombre de consultations et de patients varie énormément, indépendamment de la date de mise en place de l'ETP dans les maisons. Cette étude ne permet pas de démontrer les facteurs responsables de cette hétérogénéité. Cependant elle laisse supposer que la motivation, la formation, la coordination des professionnels, le manque de ressources financières sont autant de facteurs qui influencent le développement des programmes d'ETP.

Si le développement en France reste expérimental, il faut souligner que certaines structures ont une activité importante. Cinq maisons effectuent plus de 200 consultations intéressant une centaine de patients.

#### 4.2.2. Des organisations hétérogènes

Cette étude révèle une grande diversité dans l'organisation des programmes en termes de format (fréquence des séances, durée des séances, durée du programme), de coordination, de supports et dans la participation des professionnels de santé.

Ces aspects sont notamment influencés par la collaboration avec :

- d'autres maisons médicales
- des réseaux
- des associations ou encore des organismes privés comme la MSA qui impose des programmes avec une procédure précise. Avec la MSA, les patients participent à un cycle constitué obligatoirement de trois demi journées d'atelier en groupe, plus un temps de diagnostic initial et un temps d'évaluation finale.

Il est donc problématique de constater que le déroulement des programmes n'est pas homogène d'une action à l'autre, alors que les grandes étapes qui structurent un programme d'ETP semblent aujourd'hui faire l'objet d'un consensus fort (annexe 1). Ce constat n'est pas en soi surprenant car la littérature scientifique ne définit pas encore des référentiels organisationnels qui permettraient de standardiser le format des sessions d'éducation en fonction d'une population ciblée.



Néanmoins, d'après les réponses obtenues, il se dégage de grandes tendances sur les aspects organisationnels :

- des séances individuelles plus nombreuses que les séances collectives,
- la similitude des pathologies concernées par les programmes,
- le respect des étapes d'un programme d'ETP recommandées par l'HAS,
- le rôle central de l'infirmière et leur spécialisation en ETP.

#### 4.2.3. Des organisations complexes et chronophages

La gestion des activités ETP nécessite beaucoup de temps et d'énergie. En effet, la mise en place des programmes d'ETP réclame une logistique lourde et un véritable travail de coopération entre les différents professionnels.

Il faut :

- Trouver les financements,
- Cibler les patients,
- Convoquer des patients (courrier, téléphone ou email),
- Organiser les séances collectives ou des journées de sensibilisation,
- Etablir des comptes-rendus de l'action,
- Coordonner toutes ces actions avec les professionnels de santé,
- Faire l'interface avec les partenaires extérieurs.

Or les médecins généralistes sont déjà très occupés par leur patientèle et les tâches administratives.

Pour mieux s'investir, certains médecins ont décidé de déléguer des tâches administratives en faisant appel à une coordinatrice de santé. Les maisons de santé qui font appel à une coordinatrice mettent en avant son rôle dans le développement et l'organisation des activités ETP. Seulement, il s'agit d'un professionnel de plus à financer.

#### 4.2.4. Le rôle des professionnels et de leur formation

L'infirmière est au cœur du dispositif en participant à plusieurs étapes du programme.

Tous les médecins n'interviennent pas de la même façon dans les programmes. On a pu observer que les médecins généralistes participent assez bien au diagnostic éducatif et au contrôle des acquisitions mais ont des difficultés à participer davantage au reste du programme. Leur implication dans la réalisation de l'ETP est donc pour l'instant secondaire par rapport à celle des infirmières. De nombreux médecins nous ont exprimé des difficultés à dégager du temps pour pouvoir participer plus encore au programme et se former. Ceci est préjudiciable à une démarche efficace qui repose sur la complémentarité d'un programme d'ETP et d'un suivi médical régulier. Le rôle actuel du médecin traitant est donc de faire émerger le besoin éducatif (via un diagnostic éducatif allégé par exemple), d'initier la démarche et de coordonner la prise en charge clinique et éducative avec un rôle important dans le maintien de l'observance et le suivi du patient.

Les autres professionnels de santé interviennent à la demande des médecins et/ou des infirmiers sur certains aspects du programme en fonction de leur spécialité.

En termes de formation à l'ETP, celle des médecins généralistes n'est pas suffisante. En revanche, les médecins responsables des programmes ont tous reçu des formations à des degrés variables. Au regard de cette étude, il semble que plus le professionnel a un rôle important au sein du programme, mieux il est formé. On peut donc se demander si le niveau de formation n'est pas corrélé au degré d'investissement dans le programme.

Si les médecins généralistes étaient plus sensibilisés à l'ETP, intégreraient-ils davantage d'ETP à leur pratique ?

Pour tous les soignants, se former en ETP constitue un atout pour assurer la qualité des programmes.

#### 4.2.5. Des difficultés à financer les programmes et un besoin de mutualiser

Une des grandes difficultés dans la mise en place de ces programmes est la difficulté à trouver des financements et à les pérenniser.

Jusqu'en 2010, le financement passait par le montage de dossiers complexes auprès notamment du FICQS. Les demandes devaient être renouvelées de façon annuelle sans avoir la certitude que le financement serait reconduit.

Ainsi les infirmières en ETP étaient salariées pour des périodes indéterminées. Il en allait de même pour l'indemnisation des professionnels paramédicaux. Il était alors difficile dans ces conditions d'intégrer et de développer dans sa pratique l'ETP.

Parce que les subventions du FICQS ne permettaient pas un financement suffisant, les maisons étaient obligées, soit de solliciter plusieurs sources de financement, soit de mutualiser des professionnels, des activités etc. .

Donner les moyens à des équipes motivées de concevoir et mettre en œuvre des activités spécifiques d'ETP, dans le cadre d'expérimentations qui ne seront pas pérennisées, quels qu'en soient les résultats, est de toute évidence démobilisateur et contre-productif.

Depuis 2011, les NMR sont expérimentés pour deux années par l'ARS.

Le module n°2 des NMR est consacré aux nouveaux services aux patients dont fait partie l'ETP (Annexe 2).

Il consiste à rémunérer l'activité d'ETP dans le cadre de programmes structurés.

Le montant du forfait par programme et par patient est fonction du nombre de séances proposées au patient :

- 250 euros pour le diagnostic éducatif, 3 ou 4 ateliers collectifs, y compris les éventuelles séances individuelles ;
- 300 euros lorsque le nombre d'ateliers est porté à 5 ou 6.

Cette expérimentation apporte plus de moyens financiers et de stabilité pour les maisons de santé. Mais qu'en sera-t-il en 2013 ?

#### 4.2.6. Des recommandations HAS en fil rouge ?

Les maisons de santé privilégient les pathologies prioritairement citées par les recommandations HAS : le diabète, les facteurs de risques cardio-vasculaires et l'obésité.

Les pathologies respiratoires sont quant à elles peu concernées : la fréquence de la maladie est-elle moindre dans les patientèles ? Les professionnels sont-ils moins sensibles à l'éducation dans les pathologies respiratoires ?

De plus, les quatre grandes étapes définies par l'HAS, constituant un programme d'ETP, sont très

majoritairement respectées dans notre étude.

Or une enquête URCAM (10) en 2006 révèle que seuls 35 % des programmes d'ETP en ambulatoire et milieu hospitalier, recensés sur trois régions (Bourgogne, Champagne Ardenne et Rhône Alpes en ambulatoire uniquement) suivent l'intégralité des quatre étapes suivantes : le diagnostic éducatif, la mise en œuvre de séances d'éducation adaptées, l'évaluation des acquis du patient et le suivi éducatif.

Le résultat de notre étude peut donc paraître surprenant et on peut se demander quelle valeur lui accorder. Les pratiques se sont-elles améliorées depuis 2006, au vu de la formation croissante des professionnels ? Est-ce que dans la réalité, ces étapes sont réalisées complètement ou partiellement ?

Le référentiel HAS a donc pour avantage un abord facile pour les professionnels de santé. Cependant il n'est pas adapté à tous les patients et à toutes les étapes de leur prise en charge. Il conviendrait de mener avec les professionnels de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmières libérales, etc.) des travaux supplémentaires pour mieux définir et adapter certaines étapes.

#### 4.2.7. Freins et moteurs du développement de l'ETP

##### Les freins

Les principales difficultés recensées par l'enquête sont d'abord le manque de temps et de coordination puis le manque de financement. Mais c'est parce que le temps nécessaire au management et à la coordination n'est pas rémunéré que les professionnels ne peuvent résoudre ces problèmes. Ces trois freins sont donc imbriqués.

Trois maisons de santé ont arrêté les activités d'ETP en 2010. Pour deux d'entre elles, l'infirmière assurant les activités d'ETP, a dû s'arrêter pour des raisons personnelles. Ces deux maisons éprouvent de grandes difficultés depuis plusieurs mois à retrouver une infirmière formée à l'ETP qui puisse la remplacer. La mise en place des programmes d'ETP nécessite en effet des infirmières ayant reçu une formation spécifique.

Pour plusieurs maisons, il est également difficile de recruter des patients pour participer aux programmes. Effectivement certains patients restent réticents à intégrer une démarche éducative.

Les professionnels pâtissent enfin du regard parfois septique de leurs confrères sur l'ETP. En effet beaucoup de professionnels pensent que l'ETP n'est pas réalisable en Médecine Générale et reste une utopie (11).

### Les moteurs

Malgré les difficultés, beaucoup de professionnels continuent de persévérer car ils ne veulent plus retourner à une pratique médicale classique.

Le développement de l'ETP est basé sur une motivation importante des professionnels. Les professionnels revendiquent la qualité de la prise en charge du patient et la richesse d'une coopération interprofessionnelle.

La possibilité de se former, la richesse du travail en équipe, la capacité à mutualiser, la demande et la satisfaction des patients sont autant d'arguments pour continuer leur projets.

## 5. Perspectives et propositions

### 5.1. Renforcer la formation des professionnels et sensibiliser les patients

La formation, aussi bien initiale que continue, apparaît comme un outil incontournable pour certifier la qualité de la prise en charge et accompagner un changement de pratiques des professionnels médicaux. En effet, mieux former les professionnels favoriserait leur plus grande implication.

Pour cela, il faudrait développer et homogénéiser les formations en ETP. Lorsque ce thème est traité, le nombre d'heures qui lui est consacré varie de 24 heures pour les sages-femmes, 65 heures pour les médecins et infirmières à 155 heures dans les écoles de diététique (12).

De plus, lors de ces enseignements, on observe une grande disparité dans les contenus proposés. Quant aux séminaires de formation continue sur l'ETP, qui ont tendance à se multiplier, souvent ils n'intéressent que les professionnels déjà sensibilisés.

Il y a donc de vraies réflexions, liées à l'apprentissage et à l'enseignement, à mener pour renforcer la mission thérapeutique. Les questions suivantes se posent : disponibilité suffisante de formations ? Possibilité pour les personnels de se libérer pour suivre ces formations ? Homogénéisation des

contenus ? Enseignement de l'ETP dans toutes les universités ?

Il est à noter que la demande des patients est rarement mentionnée comme un élément déclencheur de la mise en place d'actions d'ETP. L'adhésion des patients à ce genre de programme est loin d'être acquise. Il reste donc beaucoup d'efforts à entreprendre en France pour intégrer une démarche de prévention dans l'attitude des patients.

Il serait donc utile de mener des études sur les besoins des patients et sur les attentes vis-à-vis des professionnels, notamment en matière d'information, d'éducation, et d'accompagnement dans la durée.

### 5.2. L'ETP en Médecine Générale : une réorganisation des pratiques

L'implication des médecins généralistes passe aussi bien par la sensibilisation, la formation que par une modification de leur pratique.

Outre le temps nécessaire au travail pluridisciplinaire, il faut aussi habituer les professionnels à maîtriser cette pratique. Les médecins semblent avoir du mal à raisonner en termes de partage de compétences. Ils ont tendance à vouloir déléguer des tâches, pour se décharger et non pas coopérer avec les autres professionnels. Il faut donc leur apprendre à travailler de façon pluridisciplinaire.

Des gains d'efficacité supposent également de la part de ces structures :

- une optimisation dans l'organisation et la coordination (utilisation plus poussée du système d'information, formalisation des procédures de coopération interprofessionnelle),
- un investissement plus important des professionnels de santé aux différentes étapes des programmes, l'évaluation des programmes, etc.

Introduire des temps éducatifs dans leurs consultations peut être également chronophage surtout quand ils n'en ont pas l'habitude. En revanche, plusieurs professionnels attestent du temps et de l'énergie qu'ils économisent à moyen terme en pratiquant une ETP bien construite et intégrée à leur pratique quotidienne.

La valorisation de l'acte éducatif participe également à la réorganisation des pratiques.

### 5.3. Valoriser l'acte éducatif

Le paiement à l'acte encourage les soignants à travailler vite et agir seul plutôt qu'à écouter et à aider les patients à prendre soin d'eux même.

Il est urgent de reconnaître l'acte éducatif en tant qu'acte thérapeutique. Il doit être différencié des autres actes techniques de soin. Il faut le codifier et lui donner une rémunération qui permettrait de valoriser le processus éducatif.

Jusqu'en 2010, les financements étaient non pérennes et basés essentiellement sur l'expérimentation, ce qui a fortement pénalisé le déploiement de l'ETP. L'introduction des NMR module 2 devrait en faciliter le développement.

En Allemagne, pour le diabète, l'éducation thérapeutique est un acte inscrit à la nomenclature des actes médicaux ambulatoires depuis 1991 (consultation approfondie : 25,56 €). Le médecin animant les séances d'ETP reçoit en outre une rémunération de 20,45 euros par séance collective pour le diabète et de 25,56 euros par séance collective pour les cardiopathies ischémiques (13).

En Suisse, il n'existe pas de rémunération spécifique pour pratiquer l'ETP. La rémunération du praticien dépend uniquement de la durée de la consultation en augmentant par tranches de cinq minutes. Pour les patients souffrant de maladies chroniques, ce système de rémunération permet au praticien de consacrer le temps nécessaire pour pratiquer l'ETP au sein de son cabinet (14).

#### 5.4. Homogénéiser les pratiques et favoriser les évaluations médico-économiques

Même si l'ETP se veut personnalisée, elle doit, pour répondre à une démarche de qualité, remplir des critères homogènes de labellisation.

Pour cela, une meilleure connaissance des pratiques des professionnels est un levier indispensable pour structurer et conforter les dynamiques. Il est donc important, surtout à un stade encore expérimental, de réaliser des évaluations médico-économiques de ces expériences.

Depuis août 2010, l'HAS met ainsi à disposition une grille d'aide à l'évaluation (Annexe 4). Les évaluations actuelles sont le plus souvent réalisées par les maisons de santé elles-mêmes. Si on veut une évaluation la plus objective possible, cela impose qu'elle soit réalisée par un organisme externe. Or actuellement les maisons de santé ne sont pas en mesure de financer ce type de procédure.

### 5.5. Renforcer les partenariats et se situer dans l'offre ambulatoire

L'ETP au sein des maisons de santé pourra se développer si les professionnels partagent leurs expériences mais également s'ils effectuent des partenariats qui leur permettront de mutualiser ces programmes. Ces partenariats permettront d'éviter ainsi des dispersions dans les initiatives et les moyens.

L'existence d'une fédération régionale de maisons de santé, en soutenant ces projets, permet justement de mieux coordonner les actions et de renforcer les partenariats.

Depuis plusieurs années, les organismes de protection social tels que le Régime Social des Indépendants (RSI), la MSA etc. mettent en œuvre leurs propres programmes d'ETP et d'accompagnement. LA MSA coopère par exemple avec certaines maisons de santé. Elle finance les professionnels tant pour leur formation à l'animation de groupe en ETP via l'IPCEM, que pour la réalisation des cycles, à raison de 800€ par cycle. Ces programmes concernent le diabète et les pathologies cardiovasculaires. Si initialement dans la phase expérimentale le programme était réservé aux assurés agricoles, aujourd'hui il est offert à l'ensemble de la population sans distinction de régime de sécurité sociale

Les maisons de santé pluridisciplinaires collaborent également avec les réseaux pour la mise en commun de formations, ou de professionnels, mais elles n'adressent pas leurs patients vers les réseaux pour une prise en charge éducative. La thèse d'E. Gavignet (15) montre que l'ETP mise en place dans les maisons de santé de la FEMASAC permet une amélioration statistiquement significative des critères biocliniques chez les diabétiques de type 2. Or les maisons de santé bénéficient par rapport aux réseaux d'un financement bien moindre et d'une organisation moins complexe (16) donc plus facile à reproduire. Si l'ETP venait à se développer au sein des maisons de santé, pourraient-elles alors concurrencer les réseaux ?



5.6. Définir, au niveau de chaque région, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'ETP

Pour structurer et optimiser l'offre éducative en soins primaires, il faut établir une politique régionale tel que le propose le Programme régional de santé souhaité par l'ARS (17) :

- Pour définir des priorités et des objectifs de développement de l'ETP sur chaque territoire de santé, afin de couvrir progressivement tous les besoins et de permettre une offre de service cohérente,
- Pour établir un annuaire des ressources en ETP (lieux, personnes, activités) intégrant ce qui existe en libéral, dans les réseaux, les associations de patients, les hôpitaux, etc. ,
- Pour soutenir la mise en place de nouvelles organisations professionnelles permettant le développement de l'ETP au sein des territoires en lien avec les services spécialisés, en finançant notamment les temps de concertation, de coordination, de formation pluri-professionnelle à l'ETP et les systèmes de partage d'informations.

THESE SOUTENUE PAR : Marie VILEYN

**TITRE : Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires**

**CONCLUSION**

Les maisons de santé pluridisciplinaires rassemblent plusieurs qualités propices au développement de l'ETP telles que le regroupement dans un même lieu de différents professionnels de santé, une capacité à travailler de façon interprofessionnelle et à s'organiser pour mettre en place des projets de soins.

Notre étude révèle qu'en 2010, les maisons de santé qui mettent en œuvre de l'ETP sont peu nombreuses, à des stades de développement différents et nécessitent une organisation complexe et structurée. Si les organisations sont variables d'une maison à une autre, elles semblent toutes soumises aux mêmes exigences :

- disposer d'une infirmière et d'un médecin coordonnateur formés à l'ETP,
- être entourées de professionnels de santé sensibilisés, motivés et capables de travailler en équipe,
- coordonner les actions menées,
- rechercher des financements multiples et mutualiser certains aspects de l'ETP, faute de financements suffisants et pérennes.

La mise en place de programmes structurés, la diversification des thèmes abordés, les méthodes de pédagogie active, le niveau de formation des équipes éducatives et l'implication de patients dans les séances éducatives indiquent une professionnalisation en cours et une évolution vers plus d'adéquation avec les recommandations HAS.

En 2011, le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires qui proposeront des programmes éducatifs devrait doubler. Elles apparaissent donc comme un nouveau vecteur de l'offre éducative dans les soins ambulatoires.

Un des enjeux est de savoir si ces maisons de santé peuvent constituer l'avenir de la promotion de la santé dans les soins ambulatoires. Pour ce faire, elles devront se soumettre à une homogénéisation et à des évaluations médico-économiques pour garantir des programmes de qualité et réalisables économiquement.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

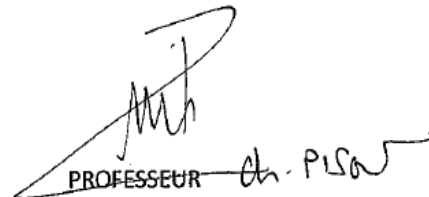
Grenoble, le 20/5/2011

LE DOYEN



J.P. ROMANET

LE PRESIDENT DE THESE



PROFESSEUR Ch. PISON

**CHU de Grenoble**  
Pôle Médecine Aigüe & Communautaire  
Clinique Pneumologie Consultations  
Pr Ch. PISON  
N° RPPS 10002985652

## BIBLIOGRAPHIE

(1) Pelicand J., Fournier C., Aujoulat I., *Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie: Quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relations de soins*, Actualités et dossiers en santé publique, 2009 ; 66:21-23

<http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-66/ad662123.pdf>

(2) Golay A., *L'éducation thérapeutique du patient : utilité et efficacité*, Enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, mai 2008

(3) Grégoire Lagger, Zoltan Pataky, Alain Golay, *Efficacité de l'éducation thérapeutique*, Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 688-69

<http://rms.medhyg.ch/numero-196-page-688.htm>

(4) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, *Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*, Dossier santé en action, juin 2010,

[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf)

(5) Haut Conseil de la santé publique, *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours*, rapport novembre 2009, 38p

[www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112\\_edthsoprre.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf)

(6) Haut Conseil de La Santé Publique, *L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours*.Rapport. Novembre 2009, 21-23p

[www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112\\_edthsoprre.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsoprre.pdf)

(7) FEMASAC, *Programme éducation thérapeutique du patient*, Evaluation du 15 novembre 2009

(8) Fournier C., Buttet P., *Education du patient dans les établissements de santé français*. Enquête EDUPEF parue dans Evolutions, n°9 mars 2008, 4p

[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evolutions\\_9-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evolutions_9-2.pdf)

(9) François Baudier et al., *Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises*, Santé Publique 4/2007 (Vol. 19), p. 307.

(10) Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, *Description de l'offre et des besoins en éducation thérapeutique, Une enquête sur quatre régions. Des recommandations d'organisation des unités transversales d'éducation thérapeutiques des patients atteints de maladie chroniques*, Paris : URCAM, 2006.

(11) Drahi E., *Et si l'éducation thérapeutique n'était pas à sa place ?* Médecine, Volume 5, Numéro 2, 52-4, février 2009, Editorial

(12) J. Foucaud, M.J. Moquet, F. Rostan, *Etats des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultat d'une analyse globale pour dix professions de santé*, INPES N°12, avril 2008

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1093.pdf>

(13) D. Jacquat, *Education Thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre*, juin 2010, p. 18 et 19

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)

(14) D. Jacquat, *Education Thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. Rapport au premier mnistre*, juin 2010, p. 22

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Education\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf)

(15) E. Gavignet, *Evaluation de l'impact des séances d'éducation thérapeutique pour patients diabétiques de type 2, réalisée par des infirmières en maison de santé*, Thèse de Médecine Générale, Besançon, 2009

(16) C. Guiraudou, P. Fivian *Etat des lieux régional : éducation thérapeutique et maladies chroniques*, CRES PACA, décembre 2005, p. 19

[www.cres-paca.org/\\_depot\\_cres/fiches/.../437\\_1\\_doc.pdf](http://www.cres-paca.org/_depot_cres/fiches/.../437_1_doc.pdf)

(17) Haut Conseil de la Santé Publique, *Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Synthèse, orientations stratégiques et recommandations du HCSP*, novembre 2009

[www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112\\_edthsopre.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20091112_edthsopre.pdf)

## LEXIQUE

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action Santé Libérale En Equipe

AVPN : Association Vosgienne pour la Promotion de la Nutrition

BPCO : Bronchopathies Chroniques Obstructives

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine

FeMaSac : Fédération des Maisons de Santé Comtoises

FICQS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FRCV : Facteurs de Risques Cardio-Vasculaires

HAS : Hautes Autorités de la Santé

ICALOR : réseau lorrain pour l'insuffisance cardiaque

MSA : Mutualité Sociale Agricole

NMR : Nouveaux Mode de Rémunération

RSI : Régime Social des Indépendants

SCM : Société Civile de Moyen

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

## **Annexe 1**

### **Définition, finalités et organisation de l'ETP selon les recommandations HAS de 2007**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp -  
\\_definition\\_finalites - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)



# Éducation thérapeutique du patient

## Définition, finalités et organisation

Juin 2007

### OBJECTIF

Ces recommandations visent à présenter à l'ensemble des professionnels de santé, aux patients et aux associations ce que recouvre l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui elle concerne, par qui elle peut être réalisée, ses étapes de planification et sa coordination.

Elles sont complétées par deux autres recommandations :

- "Comment proposer et réaliser l'éducation thérapeutique ?"
- "Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?"

### QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ?

Selon l'OMS<sup>1</sup>, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient.

1. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996; *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.

## QUELLES SONT LES FINALITÉS DE L'ETP ?

L'Education thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins<sup>2</sup>. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation<sup>3</sup>. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

### Les compétences d'autosoins

- ▶ Soulager les symptômes.
- ▶ Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure.
- ▶ Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement.
- ▶ 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.

### Les compétences d'adaptation

- ▶ 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.

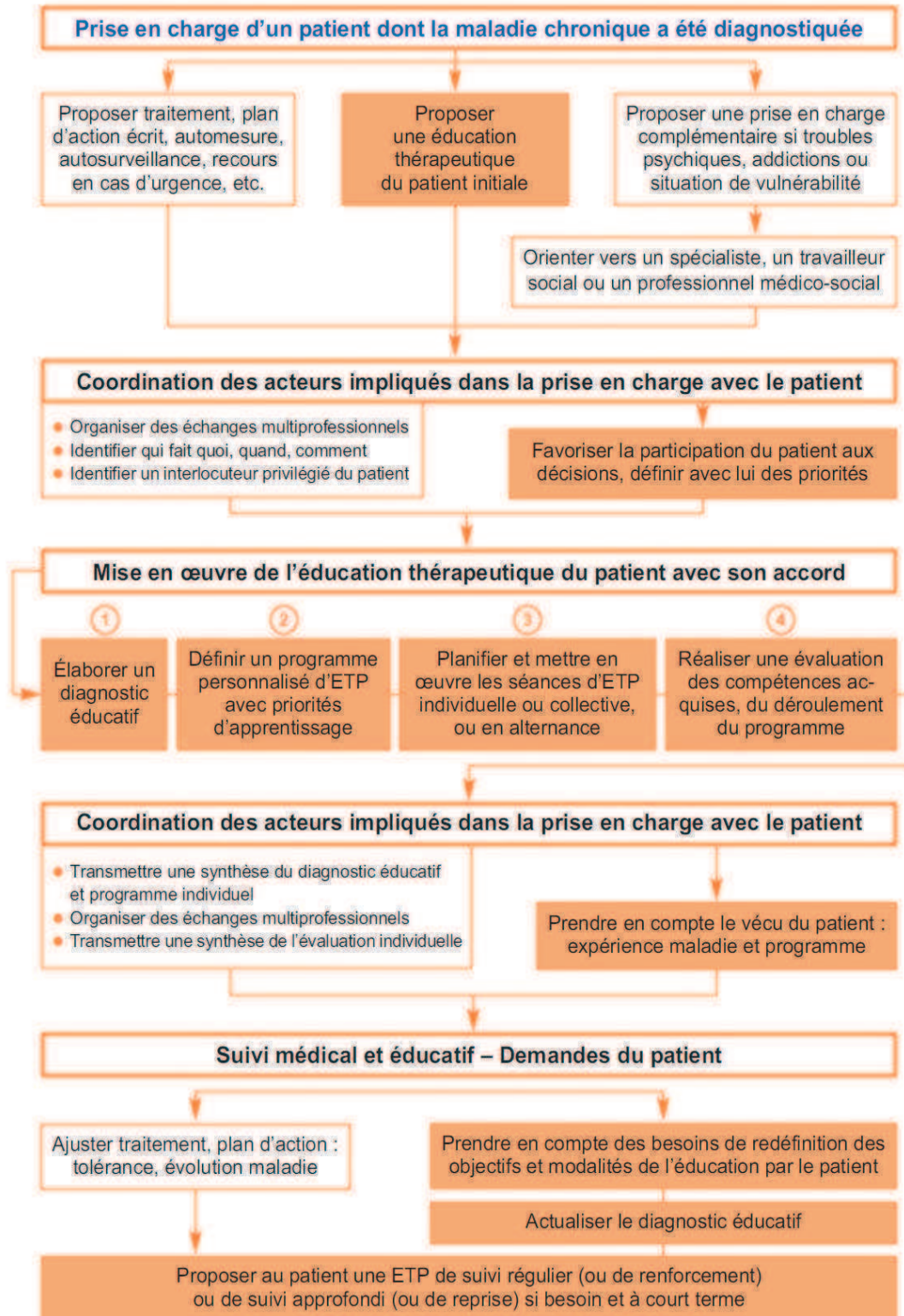
2. Décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. *World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004*

3. Compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. *World Health Organization. Skills for health. Geneva : WHO ; 2003*

## COMMENT S'INTÈGRE L'ETP A LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique :

- si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications ;
- si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.



## **Annexe 2**

**Présentation générale des expérimentations des nouveaux  
modes de rémunération  
par la Direction Générale de l'Offre de Soins  
(DGOS)**

# **PRESENTATION DU MODULE 2**

## **“Education thérapeutique du patient”**

## Objectifs du module 2 ETP

- **Promouvoir le développement des programmes d'ETP en ambulatoire** dans une logique d'**efficience**
- En cohérence avec les principes posés par l'article 84 de la loi HPST et ses décrets d'application: les programmes doivent être autorisés par les ARS et conformes au cahier des charges national
- En **complémentarité** avec les **programmes hospitaliers** et les **autres actions de prévention** (programmes d'accompagnement)

## Principes du module 2 ETP

- **paiement forfaitaire**
- **l'équipe d'intervention** d'ETP doit :
  - comprendre au moins deux professionnels de santé de professions différentes, dont un médecin si le programme n'est pas coordonné par un médecin
  - fonctionner en pluridisciplinarité
- **file active d'au moins 50 patients** à la fin de la 1ère année puis augmentation de 10% minimum
- **pathologies prioritaires** (dont l'efficacité thérapeutique a été reconnue par la HAS) : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA et obésité.

## Module 2

un **forfait pour la formation des professionnels**: 1000€ / professionnel (y compris les professionnels autres que de santé) dans la limite de 2 formations/ an et par type de programme

un **forfait pour l'aide à la structuration initiale du projet** : 1000€ en début de programme

un **forfait par programme et par patient** dans la limite d'un programme par patient par an pour une pathologie:

- **250 €** pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances (collectives ou individuelles);
- **300 €** pour 5 à 6 séances
- indemnisation de **100€ en cas d'abandon** du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1ère séance

Ce forfait couvre : diagnostic éducatif initial, la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'ETP pour le patient et la synthèse écrite, les frais de fonctionnement (location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document), les supports.



## Module 2 ETP

- **Le financement dans le cadre des expérimentations se substitue aux autres sources de financements (GRSP, FNPEIS ou FICQS)**
- **Des indicateurs de suivi doivent être renseignés par le site, par exemple:**
  - Evolution annuelle de la file active de patients ;
  - Accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert).
  - Contenu du programme : nombre de séances individuelles/nombre de séances collectives ;
  - Pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
  - Pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
  - Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

## **Annexe 3**

### **Le questionnaire**

# L'Education Thérapeutique du Patient au sein des Maisons de Santé

Questionnaire à destination des Maisons de Santé qui pratiquent l'ETP

Je réalise ma thèse sur l'intégration de l'Education Thérapeutique dans les maisons médicales. Il s'agit pour moi de constater les modalités de mise en œuvre de l'ETP.

Vos réponses à ce questionnaires n'auront pas d'autres usages que celui de cette Thèse. Si certaines de vos réponses demandent une discrétion particulière, je saurai respecter votre réserve.

Marie VILEYN  
Médecin remplaçant en Savoie

Université de Grenoble  
juin 2010

**Consensus sur la définition de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP):**

« L'éducation thérapeutique a pour objectif de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. Elle comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants ». **OMS, janvier 1999.**

« L'éducation thérapeutique s'adresse aux personnes malades et à leur entourage. C'est l'apprentissage d'un ensemble de pratiques visant à permettre l'acquisition de compétences, afin que le patient puisse prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins, sa surveillance, en partenariat avec les soignants ». **DGS, janvier 2002.**

**Q1. Depuis combien de temps pratiquez-vous l'ETP dans votre maison de santé ?**

- <1 an                       entre 1 et 2 ans                       > 2 ans

**Q2. Quel est le nombre de patients participants et de consultations d'ETP par an ?**

**Q3. Quelles sont les pathologies concernées par l'ETP ? (cocher la case)**

	Concernées	Peu concernées	Pas du tout
Facteurs de risques cardiovasculaires			
Pathologies respiratoires (Asthme,BPCO)			
Diabète type 2			
Obésité			
AVK			
Autre			

**Q4. Quels sont les professionnels qui participent au programme ETP au sein de la structure ?**

- médecins généralistes
- médecins spécialistes
- infirmiers
- diététiciens
- psychologues
- podologues
- kinésithérapeutes
- pharmaciens
- bénévoles
- coordinateur en maison de santé
- autre :

**Q5. Comment s'organisent les activités ETP ?**

	Durée de la séance	Fréquence (nb de séances par semaine, mois, an)	Nb participants/séance
Séance individuelle			1
Séance en groupe			

**Q5. Quels sont les avantages et inconvénients des séances (individuelles et/ou collectives) que vous réalisez dans votre structure ?**

	Séance individuelle	Séance collective
<b>Avantages</b> (plus efficace, plus d'assiduité, meilleure compréhension, meilleure écoute, ...)		
<b>Inconvénients</b> (chronophage, demande plus d'organisation, recrutement plus difficile, plus coûteux ...)		

**Q6. Quels sont les supports pédagogiques fréquemment utilisés ?**

- jeux
- brochures
- CD, DVD
- ateliers
- dessins papiers
- affiches
- sites internet

**Q7. Quelles sont les techniques pédagogiques fréquemment utilisées ?**

- cours individuels
- exposés en groupe
- discussion
- jeu de rôles
- table ronde
- internet, enseignement assisté par ordinateur
- simulations de gestes ou de situations
- autre :

**Q8. Comment est réalisé le partage des informations entre les différents intervenants de l'ETP concernant le patient ?**

- courriers de synthèse
- dossier d'éducation thérapeutique
- dossier médical
- réunions interprofessionnelles
- autre :

**Q9. Suivez-vous les étapes préconisées par le guide HAS ?**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Le diagnostic éducatif   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La négociation personnalisé d'un contrat                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| La planification d'un programme personnalisé                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'organisation de séances d'éducation thérapeutique            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Le contrôle des acquisitions du patient                        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'évaluation du programme de l'ETP (organisation, réalisation) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| L'évaluation de l'efficacité de l'ETP                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

si non à une ou plusieurs de ces étapes pourquoi ne la réalisez-vous pas et comment procédez-vous alors ?

**Q10. Dans le déroulement de l'ETP, préciser pour chaque étape le rôle des infirmières et des médecins dans votre structure ?**

préciser la fréquence de leurs interventions par : toujours, souvent, peu, jamais.

	infirmière	médecin
Diagnostic éducatif		
Séances individuelles d'acquisition des compétences		
Séances collectives d'acquisition des compétences		
Contrôle des acquisitions		

**Q11. Quel est le niveau de formation du médecin responsable du programme ETP et des infirmières participant à l'ETP ?**

**Niveau 1** = sensibilisation à l'éducation du patient (congrès ou enseignement post universitaire)

**Niveau 2** = sensibilisation intensive à l'éducation du patient (module de 30 à 50 heures et formation sur site)

**Niveau 3** = responsable de programme d'éducation (DU de 120 à 200 h)

**Niveau 4** = expert en éducation (Difep de Genève, licence de Bruxelles, Master de Bobigny)

**FC** = formation continue

**pas de formation**

Médecin responsable du programme :

niveau 1  niveau 2  niveau 3  niveau 4  FC  pas de formation

Infirmiers (cocher plusieurs niveaux si les infirmiers ont des niveaux différents):

niveau 1  niveau 2  niveau 3  niveau 4  FC  pas de formation

**Q12. Est-ce que certains aspects de votre programme ETP sont mis en commun avec d'autres maisons de santé ?**

oui  non

Si oui quels sont les éléments mis en commun ?

- la formation des professionnels
- des activités
- des outils pédagogiques
- des tâches administratives
- des professionnels de santé , lesquels ?
- autre :

Si des professionnels de santé sont mis en commun , à quels organismes sont-ils rattachés ?

- programme ASALEE
- fédération régionale des maisons de santé (FEMASAC, FEMALOR ...)
- aux maisons de santé elles-mêmes
- autre :

**Q13. Existe-t-il un réseau de santé environnant ?**

- oui  non

Si oui, sa présence est-elle un frein ou une aide à la mise en place de l'ETP ? Justifier.

**Q14. Des patients extérieurs à la maison de santé vous sont-ils adressés pour participer au programme ETP ?**

- En majorité  en minorité  jamais

**Q15. Est ce que cette activité bénéficie de financements extérieurs ?**

- organisme privé (MSA, ...), préciser :  
 financement public,(FICQS, ...), préciser :  
 association (FEMASAC , ASALEE,...), préciser :  
 autre :

**Q16. Quelles sont les modalités de financement ?**

- paiement à l'acte  
 enveloppe par patient par an  
 forfait global pour l'application de l'ETP  
 autre :

**Q17. Quels sont les freins majeurs à la mise en place de l'ETP ?**

- financement insuffisant  
 manque de temps  
 difficultés de coordination  
 manque de formation  
 référentiels mal adaptés  
 présence de réseaux à proximité  
 manque d'assiduité des patients  
 manque de personnels  
 manque de participants  
 autres :



**Q18. Quels sont les éléments majeurs dans votre structure qui favorisent le développement de l'ETP ?**

- la demande des patients
- la motivation des professionnels de la Maison de Santé
- la capacité à mutualiser les formations, les activités, les outils ou encore certains professionnels avec d'autres maisons de santé ou réseaux
- la possibilité de se former
- une meilleure coordination et continuité de soins
- le travail en équipe
- autre :

**Si vous souhaitez développer une réponse ou ajouter un commentaire cet espace est pour vous :**

**Merci pour votre participation**

## **Annexe 4**

### **Programme d'éducation thérapeutique du patient Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp\\_grille\\_aide\\_evaluation\\_autorisation\\_programme\\_ars\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf)

## 5. Prévoir l'évaluation du programme d'ETP

Éléments d'analyse du cahier des charges/formulaire	Atteintes	Avis ARS
<p>23. Organisation prévisionnelle d'une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme</p>	<p>Cette auto-évaluation permet de suivre la mise en œuvre du programme (activité globale et déroulement du programme) et de mener s'il y a lieu des actions d'amélioration. Elle peut faire appel à des méthodes et outils variés.</p> <p>Selon les méthodes choisies, les promoteurs indiqueront dans le programme les principaux critères à partir desquels ils mèneront l'auto-évaluation (analyse qualitative du déroulement du programme et des pratiques) ainsi que les indicateurs retenus avec le cas échéant leur fréquence de recueil, et le mode de calcul retenu (numérateur, dénominateur). Le contenu de l'auto-évaluation annuelle et sa progressivité dépendent de l'antériorité et du degré de maturation du programme et de ses objectifs. Le niveau d'attente doit être raisonnable afin de soutenir le déploiement de l'éducation thérapeutique.</p> <p>Une liste d'indicateurs pouvant figurer dans la demande d'autorisation est présentée ci-dessous.</p> <p>Exemples d'indicateurs d'évaluation de l'activité globale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• file active et son évolution depuis le lancement du programme ;</li> <li>• taux de participation des patients (pourcentage de patients ayant achevé leur programme personnalisé ; séances prévues à l'issue du diagnostic éducatif et séance d'évaluation individuelle comprises) ;</li> <li>• nombre de patients sur liste d'attente ;</li> <li>• temps passé par les intervenants ;</li> <li>• nombre de séances réalisées et par type (individuelles, collectives, en alternance)</li> </ul> <p>Exemples d'indicateurs de suivi du déroulement du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• taux de patients ayant eu un diagnostic éducatif individuel à l'entrée dans la démarche éducative ;</li> <li>• taux de patients ayant un programme personnalisé écrit ;</li> <li>• taux de patients ayant eu une évaluation individuelle des progrès réalisés à l'issue du programme personnalisé ;</li> <li>• taux de patients dont les compétences ont été atteintes à l'issue du programme/objectifs définis dans le programme personnalisé ;</li> <li>• taux de transmission de documents de synthèse par type au médecin traitant et autres intervenants dans le parcours de soins.</li> </ul>	

<p><b>24.</b> Analyse des données de l'auto-évaluation annuelle</p>	<p>Les modalités d'analyse avec l'équipe de l'activité globale du programme et du déroulement du programme sont décrites. Les modalités de mise à disposition des rapports d'auto-évaluation du programme aux patients, à leur entourage et aux intervenants dans le parcours de soins sont décrites.</p>	
<p><b>25.</b> Organisation prévisionnelle d'une évaluation quadriennale en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis <i>a priori</i></p>	<p>Les modalités de mise en œuvre et les critères permettant de réaliser l'évaluation quadriennale sont définis par le promoteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> axe : reprise des rapports des évaluations annuelles depuis l'autorisation du programme et les actions d'amélioration qui ont été menées (activité, déroulement du programme, pratiques professionnelles) ;</li> <li>2<sup>ème</sup> axe : évaluation des effets du programme. Les effets que les promoteurs proposent de mesurer sont cohérents avec les objectifs du programme et les critères de jugement choisis <i>a priori</i> par le promoteur et l'équipe. Ils dépendent aussi de l'offre d'ETP prévue dans le programme (initiale, de suivi, etc.).</li> </ul> <p>Une liste indicative d'effets du programme figure ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ce que les patients ont appris sur leur maladie, les principes du traitement, le raisonnement clinique, la prise de décision ;</li> <li>ce que les patients ont acquis en termes de compétences au regard de leur programme personnalisé ;</li> <li>ce que les patients ont pu mettre réellement en application dans leur vie quotidienne ;</li> <li>ce qui a changé dans l'état de santé des patients : paramètres biologiques, cliniques, réduction des crises, des hospitalisations (ou hospitalisation préventive), du recours aux urgences (ou recours à bon escient), des arrêts d'activités, etc. ;</li> <li>ce qui a changé ou évolué dans la vie quotidienne des patients : impact de la maladie sur leur vie.</li> </ul> <p>Au final, cette évaluation cherche à répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les résultats attendus sont-ils atteints (rapport entre les objectifs et les critères de jugement du programme d'ETP et les résultats) ?</li> <li>les résultats obtenus sont-ils en rapport avec les moyens mobilisés (rapport entre les résultats et les moyens mis en œuvre) ?</li> <li>les effets obtenus apportent-ils une réponse au regard des besoins identifiés initialement en termes de finalités, d'utilité (rapport entre les résultats et les besoins des bénéficiaires) ?</li> <li>les moyens mis au service du programme d'ETP (ressources, intervenants, organisation, etc.) sont-ils adaptés aux objectifs assignés au programme d'ETP (cohérence interne) ?</li> </ul>	

## LISTE DES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ALBALADEJO Pierre	CLINIQUE D'ANESTHESIE	CHU
ARVIEUX Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE	CHU
BACONNIER Pierre	BIostatISTIQUES ET INF.MED.	CHU
BAGUET Jean-Philippe	SERVICE DE CARDIOLOGIE ET HTA	CHU
BALOSSO Jacques	RADIODTHERAPIE	CHU
BARRET Luc	MEDECINE LEGALE	CHU
BAUDAIN Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BEANI Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE	CHU
BENHAMOU Pierre Yves	ENDOCRINOLOGIE	CHU
BERGER François	ONCOLOGIE MEDICALE	CHU
BLIN Dominique	CHIR.THORACIQUE ET CARDIOVASC	CHU
BOLLA Michel	RADIODTHERAPIE	CHU
BONAZ Bruno	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU
BOSSON Jean-Luc	BIostatISTIQUE ET INF.MED.	CHU
BOUGEROL Thierry	PSYCHIATRIE ADULTE	HOPITAL SUD
BRAMBILLA Elisabeth	PATHOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BRAMBILLA Christian	PNEUMOLOGIE	CHU
BRICHON Pierre-Yves	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE	CHU
BRIX Muriel	CLINIQUE CHIR MAXILLO FACIALE	CHU
CAHN Jean-Yves	DEP. DE CANCEROL ET HEMATOLOGIE	CHU
CARPENTIER Patrick	MEDECINE VASCULAIRE	CHU
CARPENTIER Françoise	THERAPEUTIQUE	CHU
CESBRON Jean-Yves	IMMUNOLOGIE	FACULTE
CHABARDES Stephan	NEUROCHIRURGIE	CHU
CHABRE Olivier	ENDOCRINOLOGIE	CHU
CHAFFANJON Philippe	CHIRURGIE VASCULAIRE	CHU
CHAVANON Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE	CHU
CHIQUET Christophe	CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE	CHU
CHIROSEL Jean-Paul	ANATOMIE	FACULTE
CINQUIN Philippe	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
COHEN Olivier	DISPO	CHU
COUTURIER Pascal	CLINIQUE DE MEDECINE GERIARTRIQUE	CHU
DE GAUDEMARIIS Régis	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
DEBILLON Thierry	MEDECINE NEONATALE	CHU
DEMONGEOT Jacques	BIostatISTIQUES ET INFORMATIQUE	CHU

DESCOTES Jean-Luc	MEDICALE	CHU
DYON J. François	CHIRURGIE GENERALE	CHU
ESTEVE François	CENTRAL DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MEDICALE	
	UNITE IRM	CHU
FAGRET Daniel	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
FAUCHERON Jean-Luc	CHIR GENERALE, CHIR.DIGESTIVE	CHU
FAVROT Marie-Christine	CANCEROLOGIE	CHU
FERRETTI Gilbert	RADIOLOGIE CENTRALE	CHU
FEUERSTEIN Claude	PHYSIOLOGIE	CHU
FONTAINE Eric	NUTRITION PARENTERALE	CHU
FRANCO Alain	GERIARTRIE E. CHATIN	CHU
FRANCOIS Patrice	EPIDEMIO ECONOMIE SANTE ETPREVENTION	CHU
GARNIER Philippe	PEDIATRIE	CHU
GAUDIN Philippe	RHUMATOLOGIE	CHU
GAY Emmanuel	NEUROCHIRURGIE	CHU
GIRARDET Pierre	(surnombre)	CHU
GUIDICELLI Henri	(surnombre)	CHU
HALIMI Serge	NUTRITION	CHU
HOMMEL Marc	NEUROLOGIE	CHU
JOUK Pierre-Simon	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT	
	ET DE LA REPRODUCTION	CHU
JUVIN Robert	RHUMATOLOGIE	HOPITAL SUD
KAHANE Philippe	POLE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE	CHU
KRACK Paul	NEUROLOGIE	CHU
KRAINIK Alexandre	NEURORADIOLOGIE	CHU
LANTUEJOUL Sylvie	DEPARTEMENT D'ANATOMIE	
	ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE	CHU
LE BAS Jean-François	UNITE IRM	CHU
LEBEAU Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE	CHU
LECCIA Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE	CHU
LEROUX Dominique	GENETIQUE	CHU
LEROY Vincent	CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	CHU
LETOUBLON Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHU
LEVERVE Xavier	THERAPEUTIQUE	CHU
LEVY Patrick	PHYSIOLOGIE FACULTE	CHU
LUNARDI Joël	BIOCHIMIE ADN	CHU
MACHECOURT Jacques	CARDIOLOGIE	CHU

MAGNE Jean-Luc	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE	CHU
MAITRE Anne	MEDECINE DU TRAVAIL	CHU
MALLION J. Michel	(surnombre)	CHU
MASSOT Christian	MEDECINE INTERNE	CHU
MAURIN Max	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	CHU
MERLOZ Philippe	CHIR. ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
MORAND Patrice	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE DPT DES AGENTS INFECTIEUX	CHU
MOREL Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	CHU
MORO-SIBILOT Denis	ONCOLOGIE THORACIQUE	CHU
MOUSSEAU Mireille	CANCEROLOGIE	CHU
MOUTET François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE ET ESTHETIQUE	CHU
PASQUIER Basile	(surnombre)	CHU
PASSAGIA Jean-Guy	ANATOMIE	CHU
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	ANESTHESIOLOGIE	CHU
PELLOUX Hervé	PARASITOLOGIE MYCOLOGIE	CHU
PEPIN Jean-Louis	LAB. EXPLORATION FONCTION.CARDIO-RESP	CHU
PERNOD Gilles	CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE	CHU
PIOLAT Christian	CHIRURGIE INFANTILE	CHU
PISON Christophe	PNEUMOLOGIE	CHU
PLANTAZ Dominique	PEDIATRIE CHU	CHU
POLACK Benoît	HEMATOLOGIE	CHU
POLLAK Pierre	NEUROLOGIE	CHU
PONS Jean-Claude	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	CHU
RAMBEAUD J. Jacques	UROLOGIE	CHU
REYT Emile	O.R.L	CHU
ROMANET J. Paul	OPHTALMOLOGIE	CHU
ROUSSEAUX Sophie	DPT DE GENETIQUE ET DE PROCREATION	CHU
SARAGAGLIA Dominique	CHIR. ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE	CHU
SCHAAL Jean-Patrick	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ETMED. REPROD.	CHU
SCHMERBER Sébastien	O.R.L	CHU
SEIGNEURIN Daniel	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, CYTOGENETIQUE	CHU
SEIGNEURIN Jean-Marie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE, HYGIENE	CHU
SELE Bernard	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	CHU

SESSA Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE	CHU
SOTTO Jean-Jacques	(surnombre)	CHU
STAHL Jean-Paul	MALADIES INFECTIEUSES	CHU
TIMSIT Jean-François	REANIMATION MEDICALE	CHU
TONETTI Jérôme	CLINIQUE D'ORTHOPEDIE ET DE TRAUMATOLOGIE	CHU
VANZETTO Gérald	CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES	CHU
VIALTEL Paul	NEPHROLOGIE	CHU
VUILLEZ Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DEL'IMAGE	CHU
ZAOUI Philippe	NEPHROLOGIE CHU	CHU
ZARSKI Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	CHU



**LISTE DES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

**FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

BOTTARI Serge	BIOLOGIE CELLULAIRE	CHU
BOUTONNAT Jean	DPT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE	CHU
BRENIER PINCHART M.P	PARASITOLOGIE	CHU
BRICAULT Ivan	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	CHU
BRIOT Raphaël	UNRGENCE SAMU	CHU
CALLANAN Mary	GENETIQUE	IAB
CARAVEL Jean-Pierre	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE	CHU
CRACOWSKI Jean-Luc	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE	CHU
CROIZE Jacques	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE	CHU
DEMATTEIS Maurice	LAB. EXPLORATION FONCTIONNELLE	
	CARDIORESPIRATOIRE	CHU
DERANSART Colin	NEUROLOGIE LAPSEN	UFR
DETANTE Olivier	NEUROLOGIE	CHU
DROUET Christian	IMMUNOLOGIE	CHU
DUMESTRE PERARD C	IMMUNOLOGIE SUD	CHU
EYSSERIC Hélène	MEDECINE LEGALE	CHU
FAURE Anne-Karen	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
FAURE Julien	DPT DE GENETIQUE ET PROCREATION	CHU
GARBAN Frédéric	HEMATOLOGIE CLINIQUE	CHU
GAVAZZI Gaëtan	MEDECINE GERIATRIQUE ET COMMUNAUTAIRE	CHU
GRAND Sylvie	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE IRM	CHU
HENNEBICQ Sylviane	BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA	
	REPRODUCTION	CHU
HOFFMANN Pascale	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	CHU
JACQUOT Claude	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE	CHU
LABARERE José	DPT DE VEILLE SANITAIRE	CHU
LAPORTE François	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	CHU
LARDY Bernard	LABORATOIRE D'ENZYMOLOGIE 6E ETAGE	CHU
LARAT Sylvie	DPT AGENTS INFECTIEUX	CHU
LAUNOIS ROLLINAT S	LAB. EXPLOR. FONCT. CARDIO-RESPIRATOIRE	CHU
MALLARET Marie-Reine	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE (MAL. INF.)	CHU
MOREAU-GAUDRY A.	DPT INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES	CHU
MOUCHET Patrick	PHYSIOLOGIE	CHU
PACLET Marie Hélène	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE CELLULE	CHU

PALOMBI Olivier	NEUROCHIRURGIE	CHU
PASQUIER Dominique	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	CHU
PELLETIER Laurent	BIOLOGIE CELLULAIRE	CHU
PAYSANT François	MEDECINE LEGALE	CHU
RAY Pierre	GENETIQUE. BDR	CHU
RENVERSEZ J. Charles	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	CHU
RIALLE Vincent	INFORMATION ET INFORMATIQUE MEDICALE	CHU
SATRE Véronique	GENETIQUE CHROMOSOMIQUE	CHU
STANKE-LABESQUE F	LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE	CHU
STASIA Marie-Josée	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	CHU
TAMISIER Renaud	PHYSIOLOGIE	CHU
WEIL Georges	BIostatistiques et Informatique Médicales	CHU

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

**Marie VILEYN : Organisation de l'éducation thérapeutique du patient au sein des maisons de santé pluridisciplinaires**

**Thèse de Médecine Générale**

**Faculté de Grenoble**

**Année 2011**

**Résumé**

*Les maladies chroniques sont un enjeu de santé publique. Pour y faire face les politiques encouragent actuellement le développement de l'éducation thérapeutique dans les soins de premiers recours.*

*Réserver des consultations à l'éducation thérapeutique du patient nécessite une organisation qui peut être difficilement compatible avec un exercice solitaire de la médecine et avec une rémunération exclusivement centrée sur l'acte. C'est pourquoi certains médecins se regroupent au sein d'une maison de santé pour partager un projet qui offre aux patients soin et éducation.*

*Parce que la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient dans ces maisons de santé est peu décrite dans la littérature, cette étude s'attache à en observer l'organisation au sein de douze maisons de santé pluridisciplinaires.*

*Celles-ci sont encore peu nombreuses et à des stades de développements différents. Les organisations mises en place sont complexes, structurées et prennent en considération les recommandations HAS. Elles reposent sur une importante coopération entre les professionnels de santé avec comme acteurs principaux les médecins et les infirmières.*

*Cette prise en charge nécessite beaucoup de temps et de coordination. L'absence de financements pérennes freine aujourd'hui le développement de l'éducation thérapeutique dans ces structures.*

*Les nouvelles rémunérations accordées en 2011 par les Agences Régionales de Santé en devraient faciliter le développement et ainsi permettre de savoir si elles peuvent constituer l'avenir de la promotion de la santé.*

*Mots Clés : Education thérapeutique du patient, maisons de santé pluridisciplinaires, organisation, programmes éducatifs, coopération, mutualisation, nouveaux modes de rémunération.*

Jury

Président du jury : Monsieur le Professeur C. Pison

Membres : Monsieur le Professeur P.Y. Benhamou  
Monsieur le Professeur G. Esturillo, Directeur de thèse