



HAL
open science

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine

Inès Bouti

► **To cite this version:**

Inès Bouti. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01524630

HAL Id: dumas-01524630

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01524630v1>

Submitted on 18 May 2017

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.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE
PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 17 mai 2017

PAR

Mlle. INES BOUTI

Née le 21/05/1990 à BATNA (ALGERIE)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

LE DEVELOPPEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN OFFICINE

JURY :

Président : **M. STEPHANE HONORE**, Professeur des universités-Praticien hospitalier en pharmacie clinique et onco-pharmacologie, Faculté de pharmacie Aix-Marseille.

Membres : **Mme. FELICIA FERRERA**, docteur en pharmacie.
Mme. CLAIRE GUELTON, docteur en pharmacie.

27 Boulevard Jean Moulin – CS 30064 - 13385 MARSEILLE Cedex 05
Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. Philippe CHARPIOT, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	M. David BERGE-LEFRANC, M. François DEVRED, Mme Caroline DUCROS, Mme Pascale BARBIER
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Jean-Pierre REYNIER
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Jacques BARBE, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Sandrine NOURIAN
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Myriam TORRE

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Caroline MONTET

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN
Mme Florence SABATIER-MALATERRE

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI
M. Thierry AUGIER
M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Nathalie BARDIN
Mme Dominique ARNOUX
Mme Aurélie LEROYER
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

Mme Michèle LAGET
M. Michel DE MEO
Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Sylvie COINTE

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

M. Henri PORTUGAL
Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Philippe GALLICE

CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE –
CHIMIE THERAPEUTIQUE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE

Mme Evelyne OLLIVIER

PROFESSEURS ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (P.A.S.T.)

GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE
ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE

M. Jean-Pierre CALISSI

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Elisabeth SCHREIBER-DETURMENY
Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARD

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. David BERGE-LEFRANC
M. Pierre REBOUILLON

CHIMIE THERAPEUTIQUE

Mme Catherine DIANA
Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANA

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE
HYDROLOGIE

M. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE

M. Riad ELIAS
Mme Valérie MAHIOU-LEDDER
Mme Sok Siya BUN
Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Anne-Marie PENET-LOREC

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Thierry ATHUYT

DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE

M. Marc LAMBERT

DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE
ET GESTION DE LA PHARMAFAC

M. Philippe BESSON

AHU

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

Mme Manon ROCHE

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE

Mme Camille DESGROUAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	Mme Diane BRAGUER
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Athanassios ILIADIS
TOXICOLOGIE GENERALE	M. Bruno LACARELLE
TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT	Mme Frédérique GRIMALDI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	Mme Suzanne MOUTERDE-MONJANEL
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Hot BUN M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD M. Stéphane HONORÉ Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHARMACODYNAMIE	M. Philippe GARRIGUE
-----------------	----------------------

ATER

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahel BOUHLEL
-----------------	--

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Nathalie AUSIAS, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Gérard CARLES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Christine PENOT-RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Alain RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

Mise à jour le 1^{er} décembre 2015

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

"Détruis-toi pour te connaître,
Construis-toi pour te surprendre
L'important n'est pas d'être mais de devenir."

[Franz Kafka]

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury,

Mr. STEPHANE HONORE

Professeur des universités-Praticien hospitalier en pharmacie clinique et onco-pharmacologie
Faculté de pharmacie Aix-Marseille.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse, je vous en suis reconnaissante pour tous les savoirs que vous m'avez enseignés durant mes études de pharmacie.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude la plus sincère et de mon respect le plus profond.

A ma Directrice de thèse,

Mme. FELICIA FERRERA

Docteur en pharmacie,

Qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse, je vous remercie de votre disponibilité, de l'aide précieuse que vous m'avez apportée tout au long de ce travail, de votre bonne humeur contagieuse, de l'investissement dont vous faites preuve dans ce beau métier et de l'exemple que vous donnez aux générations montantes de pharmaciens d'officine.

Veillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A ma Titulaire,

Mme. CLAIRE GUELTON

Docteur en pharmacie,

Qui m'a fait l'honneur de faire partie de mon jury, un grand merci pour l'accueil que vous m'avez réservé au sein de votre équipe, pour les connaissances que j'ai acquises à vos côtés, pour votre patience et votre gentillesse. *MERCI POUR TOUT.*

Veillez trouver ici l'hommage de mon profond respect et l'expression de ma très haute considération.

À la prunelle de mes yeux,

Ma maman

Toi qui me disais toujours « Le savoir est une arme », tu as fait de moi ce que je suis aujourd'hui et grâce à toi, j'ai appris à être forte, déterminée et indépendante.

Je te suis éternellement reconnaissante de ça mais aussi de tous les moments où t'as fait preuve de courage et de sacrifices afin de nous offrir le meilleur et de nous permettre d'atteindre nos buts.

Aussi, je ne te remercierai jamais assez de l'amour que tu nous as porté, du soutien inconditionnel que tu nous as apporté, d'avoir cru en nos rêves et d'être fière de nous.

Je t'aime.

À l'homme de ma vie,

Mon papa

Toi qui a toujours eu confiance en moi et toi qui m'a ouvert les yeux sur ce monde.

Merci pour ton amour, pour ton soutien inégal, pour ta patience, pour ton dévouement, pour tes conseils les plus précieux mais surtout pour toutes les belles valeurs de respect, d'ordre et sagesse que tu m'as inculquées.

Je remercie Dieu de m'avoir donné un papa comme toi et je serai toujours confiante tant que t'es là pour guider mes pas.

Je t'aime.

À ma richesse,

Mon frère et mes sœurs,

Vous qui apportez de la douceur à ma vie, les mots me manquent pour vous remercier de tous les moments qu'on a passé ensemble, des fous rires qu'on a partagé mais aussi de votre soutien sans faille.

Je vous aime.

A ma grand-mère,

Je te remercie infiniment de m'avoir accueillie chez toi, d'avoir supporté mon caractère et d'être là quand j'en avais besoin.

Tu me manques.

A Claude,

Un grand merci pour toute l'aide que tu m'as apportée durant toutes ces années, je ne sais pas comment j'aurais fait sans toi.

A mes amis,

Je n'oublierai jamais les moments qu'on a vécu ensemble et ceux qui nous ont forgé. Merci pour vos encouragements et votre aide.

A Mme. Aurore LAMOUREUX

Merci de votre gentillesse et disponibilité. Je vous en suis très reconnaissante de m'avoir accueillie dans les programmes d'ETP de l'Ecole de l'Asthme .

A l'équipe du CRES PACA

Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps et de m'avoir aidée dans mes recherches bibliographiques.

A l'équipe du Cours Saint-Louis,

C'est tout simplement la meilleure équipe officinale où sérieux et convivialité sont toujours au rendez-vous. Merci.

TABLE DES MATIERES

Table des illustrations

Liste des abréviations

Introduction 1

Première partie :Introduction à l'éducation thérapeutique du patient

I-1 les pathologies chroniques 3

I-1.1 Définition 3

I-1.2 Classement des pathologies chroniques 4

I-1.2.1 Les maladies cardio-vasculaires 4

I-1.2.2 Les maladies respiratoires 4

I-1.2.3 Le diabète sous toutes ses fromes 4

I-1.2.4 Les pathologies chroniques d'origine infectieuse 4

I-1.2.5 Les formes chroniques du cancer 4

I-1.3 Les données épidémiologiques 5

I-1.4 Vieillessement et maladies chroniques 5

I-1.5 La polymédication 6

I-1.6 La notion d'observance dans les maladies chroniques 7

I-1.7 L'impact économique 9

I-2 L'éducation thérapeutique du patient 10

I-2.1 Définition 10

I-2.2 Ce que n'est pas l'éducation thérapeutique du patient 11

I-2.2.1 L'éducation pour la santé 11

I-2.2.2 Les programmes d'apprentissage 12

I-2.3 Historique de l'introduction de l'ETP 12

I-2.3.1 Au niveau international 12

I-2.3.2 Le rôle de l'OMS 13

I-2.3.3 En France 15

I-2.3.4 La loi HPST 17

I-2.4 Objectifs et finalités de l'ETP 19

I-2.4.1 Les compétences d'auto-observation 20

I-2.4.2 Les compétences d'auto-soins	20
I-2.4.3 Les compétences sociales et d'adaptation	21
I-2.5 Les quatre étapes de l'ETP	22
I-2.5.1 Première étape : le diagnostic éducatif	23
I-2.5.2 Deuxième étape : la définition d'un programme d'ETP personnalisé	24
I-2.5.3 Troisième étape : la mise en œuvre des séances d'ETP	24
I-2.5.3 Quatrième étape : l'évaluation du programme d'ETP mis en place	24
I-2.6 Les outils et techniques utilisés dans l'ETP	26
I-2.6.1 Les techniques de communication	26
I-2.6.2 Les techniques d'animation	26
I-2.6.3 Les outils pédagogiques	26
I-2.6.4 La carte conceptuelle	26
I-2.6.5 Le jeu de rôle	27
I-2.6.6 L'écoute active	28
I-2.6.7 L'entretien motivationnel	29
I-2.7 Les acteurs de l'ETP	29
I-2.7.1 La multi et l'inter-disciplinarité	29
I-2.7.2 Les professionnels de santé	30
I-2.7.3 Autres intervenants	30
I-2.7.3.1 Les associations de patients	31
I-2.7.3.2 Le patient expert	31
I-2.8 Les compétences requises pour l'ETP	32
I-2.8.1 Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP	32
I-2.8.1.1 Les compétences techniques	32
I-2.8.1.2 Les compétences relationnelles et pédagogiques	33
I-2.8.1.3 Les compétences organisationnelles	33
I-2.8.2 Les compétences nécessaires pour coordonner un programme d'ETP	35
I-2.8.2.1 Les compétences techniques	35
I-2.8.2.2 Les compétences relationnelles et pédagogiques	35
I-2.8.2.3 Les compétences organisationnelles	36

Deuxième partie : Etat des lieux de la pratique actuelle de l'ETP

II-1 État des lieux de l'ETP en Europe	38
--	----

II-1.1 En Suisse	38
II-1.2 En Belgique	38
II-2 état des lieux de l'ETP en France.....	39
II-2.1 Avant la loi HPST	39
-L'analyse organisationnelle et économique de la HAS.....	39
II-2.2 le développement de l'ETP après la loi HPST	43
II-2.2.1 L'étude de l'observatoire de la régionalisation	43
II-2.2.2 Analyse des programmes d'ETP actuels par OSCARS	45
II-3 Etat des lieux de l'implication des pharmaciens dans l'ETP	62
II-3.1 La première enquête : « Pharmacien et éducation thérapeutique du patient :état des lieux des pratiques en France	62
II-3.1.1 Résultats	63
II-3.1.2 Discussion	69
II-3.2 La deuxième enquête : « Etat des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient »	70
II-3.2.1 Résultats	71
II-3.2.2 Discussion	73

Troisième partie : les contraintes du déploiement de l'ETP dans les soins de premier recours et en officine

III-1 L'hospitalocentrisme des programmes d'ETP	75
III-2 L'absentéisme des patients et leur manque d'adhésion	77
III-3 Les freins rencontrés par le pharmacien et autres professionnels de santé.....	79
III-3.1 Une vision floue de l'ETP	79
III-3.2 L'accessibilité aux formations destinées à l'ETP	80
III-3.3 Le temps et la rémunération	83
III-4 Les freins économiques	83
III-4.1 Les modes de financement actuels des programmes d'ETP	83
III-4.1.1 Les financements publics	84
III-4.1.1.1 Les financements <i>via</i> la T2A	84

III-4.1.1.2 Les financements <i>via</i> les MIG	84
III-4.1.1.3 Les financements <i>via</i> le FIR	85
III-4.1.1.4 Les financements <i>via</i> les FIQCS	85
III-4.1.2 Les financements privés	86
III-4.2 les difficultés liées à ces modes de financement	86
III-5 Le manque de coordination	88
III-6 L'évolution de la relation soignant-soigné et le changement de la posture thérapeutique	89
III-7 Les pièges de la posture éducative	91
III-8 L'enquête réalisée auprès des pharmaciens du DESU « soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée »	93
III-8.1 Les résultats	94
III-8.2 Discussion	95

Quatrième partie : Les leviers d'une expansion pérenne et efficace de l'ETP en officine

IV-1 Les solutions économiques	99
IV-1.1 Améliorer la fongibilité des subventions	99
IV-1.2 Le rôle de l'industrie pharmaceutique	101
IV-1.3 Le rôle des organismes d'assurance maladie et complémentaires santé	102
IV-1.4 L'évolution du système de rémunération	103
IV-2 L'amélioration de la formation des intervenants	104
IV-2.1 La formation initiale	104
IV-2.2 La formation continue	105
IV-3 Lutter contre l'hospitalocentrisme	107
IV-3.1 La coordination hôpital-ville	108
IV-3.1.1 La communication	108
IV-3.1.2 L'utilisation du dossier médical partagé	108
IV-3.1.3 Le rôle de l'ARS	108
IV-4 Améliorer le recrutement des patients	109

IV-5 Favoriser la multi et trans-disciplinarité	111
- Le rôle du médecin traitant	112
IV-6 ET le pharmacien d'officine ?	113
IV-6.1 Le métier du pharmacien d'officine	113
IV-6.1.1. Un acteur de soins primaires	113
IV-6.1.2 Son rôle dans la promotion de l'observance	114
IV-6.1.3 La prévention de la iatrogénie dans le cadre de la polymédication	116
IV-6.1.4 Sa mission dans le cadre de la sensibilisation, promotion et éducation pour la santé	119
IV-6.2 Ses nouvelles missions selon la loi HPST	121
IV-6.3 La place du pharmacien d'officine dans l'ETP	124
IV-6.4 Des propositions pour accroître sa participation	126
IV-6.4.1 Pallier au manque de temps	126
IV-6.4.2 L'espace de confidentialité	127
IV-6.4.3 La coopération médecin traitant-pharmacien.....	127
IV-6.4.4 Améliorer le contenu des formations	128
IV-6.4.4.1 Maîtrise de la posture éducative	128
IV-6.4.4.2 La reconnaissance de l'expérience du malade	129
IV-6.4.4.3 La maîtrise de la posture de l'écoute	129
IV-6.4.4.4 L'utilisation des différents outils d'animation	131
Conclusion	132
Bibliographie	134
Sitographie.....	139
Annexes	140

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure n° 1 :	9
<i>Schéma résumant les causes et conséquences de la non-observance thérapeutique</i>	
Figure n° 2 :	22
<i>La matrice de compétences développées en 2001 par D'Ivernois et Gagnayre</i>	
Figure n° 3 :	23
<i>Les quatre étapes de la démarche de l'ETP</i>	
Figure n° 4 :	25
<i>Exemple du parcours d'ETP du patient au sein du réseau SAVEDIAB</i>	
Figure n° 5 :	27
<i>Exemple d'une carte conceptuelle réalisée pour les patients diabétiques</i>	
Figure n° 6 :	34
<i>Les différentes situations rencontrées lors de la dispensation des actions d'ETP</i>	
Figure n°7 :	37
<i>Les différentes situations rencontrées lors de la coordination d'un programme d'ETP</i>	
Figure n°8 :	46
<i>Le portail du site http://www.oscarsante.org</i>	
Figure n°9 :	51
<i>La cartographie des actions ETP dispensées en région PACA</i>	
Figure n°10 :	64
<i>La distribution des actions éducatives réalisées par les pharmaciens en fonction du lieu du déroulement</i>	
Figure n° 11 :	64
<i>La cartographie des actions d'ETP impliquant les pharmaciens</i>	
Figure n° 12 :	65
<i>Les pathologies bénéficiant des actions éducatives</i>	
Figure n°13 :	66
<i>La proportion des pharmaciens officinaux et hospitaliers participant au dispositif éducatif.</i>	
Figure n°14 :	67
<i>Le nombre de pharmaciens à l'origine de l'action éducative</i>	
Figure n°15 :	68
<i>Le niveau de formation des pharmaciens questionnés</i>	
Figure n°16 :	69

La proportion des actions d'ETP suivant les recommandations de la HAS

Figure n°17 :	72
<i>Les contraintes à la réalisation de l'ETP identifiées par les pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne</i>	
Figure n° 18 :	80
<i>Les connaissances et formations des médecins généralistes concernant l'ETP</i>	
Figure n°19 :	90
<i>Les paramètres de l'environnement didactique du patient</i>	
Figure n°20 :	102
<i>Brochure fournie par le laboratoire Janssen expliquant 'mon rendez-vous pharmacien'</i>	
Figure n°21 :	114
<i>Les réponses des Français quant à la place du pharmacien dans le système de soins</i>	



Tableau n°1 :	40
<i>La répartition des actions d'ETP au niveau national</i>	
Tableau n°2 :	48
<i>L'analyse nationale des actions ETP inscrites sur OSCARS</i>	
Tableau n°3 :	53
<i>La répartition des actions d'ETP dans les communes de la région PACA en fonction de la pathologie</i>	
Tableau n° 4 :	60
<i>La distribution annuelle des programmes d'ETP autorisés depuis 2010 par type de public touché</i>	
Tableau n°5 :	82
<i>La répartition des structures proposant un enseignement spécifique en ETP en France en 2005.</i>	

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS :	Organisation Mondiale de la Santé.
IDM :	infarctus de myocarde.
AVC :	accident vasculaire cérébral.
VIH :	virus de l'immunodéficience humaine.
VHB :	virus de l'hépatite B.
VHC :	virus de l'hépatite C.
LED :	lupus érythémateux disséminé.
PAR :	polyarthrite rhumatoïde.
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
INVS :	Institut de Veille Sanitaire.
EPRUS :	Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires.
ETP :	éducation thérapeutique du patient.
DPC :	développement professionnel continu.
ARS :	Agence Régionale de Santé.
D E :	diagnostic éducatif.
CODES :	Comité Départemental d'Éducation pour la Santé.
CRES :	Comité Régional d'Education pour la Santé.
CFES :	Comité Français d'Education pour la Santé.
HAS :	la Haute Autorité de Santé.
PACA :	Provence-Alpes-Côte d'Azur.
AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
ANSM :	L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.
SFPC :	Société Française de Pharmacie Clinique.
SYNDREFH :	Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements Publics de Santé.
FSPF :	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France.
URPS :	Union Régionale de Professionnels de Santé.
ADIPH :	Association pour le Développement des Internes en Pharmacie.
PUI :	pharmacie à usage intérieur.

CHU :	centre hospitalo-universitaire.
MIG :	missions d'intérêt général.
GHS :	groupe homogène de séjour.
FIQCS :	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.
UTEP :	Unité Transversale d'Education et de Prévention.
UTET :	Unité Transversale d'Education Thérapeutique.
DNDR :	Dotation Nationale de Développement des Réseaux.
FAQSV :	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
RSI :	Régime Social des Indépendants.
AINS :	anti-inflammatoires non stéroïdiens.
DESU :	Diplôme d'Études Supérieures d'Université.
DU :	diplôme universitaire.
ODPC :	Organisme de développement professionnel continu.
USPO :	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.
ROSP :	Rémunération sur Objectif de Santé Publique.
AVK :	anti-vitamine K.
AOD :	anticoagulant oral direct.

INTRODUCTION

On estime qu'en France, plus de 20% de la population est atteinte d'au moins une pathologie chronique et doit donc suivre un schéma thérapeutique polymédicamenteux assez compliqué afin de ralentir son évolution et d'en maîtriser les complications. Or, l'un des défis des traitements de long terme est d'une part l'observance et d'autre part la survenue d'événements iatrogéniques. En effet, ces deux sujets prennent une place importante dans la qualité de la prise en charge des patients chroniques et constituent deux critères majeurs de l'adhésion du malade à son projet de soins.

Dans ce contexte épidémiologique et dans le but d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser l'offre sur le plan thérapeutique et économique, est née l'éducation thérapeutique du patient. Cette notion évolutive aux frontières de la médecine et la pédagogie de la santé s'est affirmée comme une approche plus humaine permettant au patient de mieux gérer sa maladie chronique et d'améliorer sa qualité de vie.

En France, ce concept a commencé à se développer depuis plus d'une vingtaine d'année mais c'est son inscription dans le code de la santé publique le 21 juillet 2009 à travers la loi HPST qui a conduit à son intégration de façon officielle dans le parcours de soins des patients chroniques et de ce fait à l'élaboration des programmes d'ETP. Cependant, la mise en place du dispositif éducatif rencontre aujourd'hui des difficultés à plusieurs niveaux qui l'empêche de se développer dans le milieu ambulatoire où il peut exercer toute son efficacité.

Cette évolution humaniste de la prise en charge thérapeutique et les nouvelles missions que cette nouvelle loi a accordé au pharmacien d'officine étaient à l'origine de l'intérêt que j'ai porté à ce sujet de thèses. Dans ce cadre, j'ai pu assister à un nombre de séances d'ETP avec l'Ecole de l'Asthme et Santé Croisée /Marseille-Diabète, ce qui m'a permis d'un côté d'avoir une idée concrète de l'ETP, du diagnostic éducatif et des ateliers collectifs et d'un autre de m'aider dans mon travail de rédaction.

Concernant ce travail, j'ai commencé par dresser un état des lieux du dispositif actuel afin de mettre l'accent sur les différents freins qui s'opposent à son développement. Ensuite j'ai réalisé une enquête sous forme de questionnaire auprès des pharmaciens inscrits au DESU « Soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée » de la faculté de pharmacie Aix-Marseille dans le but de démontrer la place du pharmacien dans ce processus. Enfin, j'ai essayé de proposer des solutions pouvant aider à la montée en puissance de l'ETP dans le cadre des soins de premier recours et en particulier en officine.

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION A **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT**

I-1. LES PATHOLOGIES CHRONIQUES :

I-1.1 DEFINITION :

On qualifie de chronique toute pathologie évoluant progressivement et nécessitant un traitement de longue durée et une prise en charge sur plusieurs années voire à vie (selon de la définition de l'OMS)

Une définition¹ plus explicite et complète a été retenue par le Haut Conseil de Santé publique que je cite ici :

« ...caractérisée (*maladie chronique*) par :

- *La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer*
- *Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle*
- *Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant*
- *S'inscrire dans un parcours de soins médico-social. »*

¹ Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique : La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, page 11, novembre 2009.

I-1.2 LA CLASSIFICATION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES :

Les maladies chroniques sont pour la plupart des pathologies non transmissibles et elles peuvent être classées en 5 grandes catégories :

I-1.2.1 Les maladies cardiovasculaires : c'est à dire l'ensemble des pathologies touchant le cœur et les vaisseaux sanguins tel que : les cardiomyopathies (dysfonctionnement intrinsèque du myocarde avec une diminution de la capacité à pomper le sang) , l'insuffisance cardiaque (un syndrome dû à l'incapacité du cœur à répondre de manière efficace aux besoins de l'organisme) , l'angor ou l'angine de poitrine (rétrécissement de l'artère coronaire provoquant des douleurs thoraciques , les troubles du rythme cardiaque et les post IDM et post AVC (l'IDM et l'AVC restent des formes aiguës des pathologies cardiovasculaires).

I-1.2.2 Les maladies respiratoires : des maladies affectant l'ensemble des voies aériennes et les poumons exemple : l'asthme (inflammation chronique des bronches associée à une bronchoconstriction), la broncho-pneumopathie chronique obstructive (rétrécissement progressif et obstruction permanente des voies aériennes et des poumons qui entraînent une gêne respiratoire).

I-1.2.3 Le diabète sous toutes ses formes : diabète insulino-dépendant, diabète non insulino-dépendant, diabète gestationnel, diabète iatrogène ...

I-1.2.4 Les pathologies chroniques d'origine infectieuse : infections dues au VIH , VHC , VHB. Ce sont des maladies transmissibles qui étaient auparavant aiguës avec une faible espérance de vie mais qui sont devenues aujourd'hui chroniques grâce au progrès scientifique.

I-1.2.5 Les formes chroniques du cancer : cancer de la prostate, leucémie myéloïde chronique, certains cancers du sein, cancer du poumon ...

D'autres pathologies peuvent se greffer à cette liste comme :

- Les pathologies endocriniennes exemple : l'hyper et l'hypothyroïdie.
- Les pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer et le parkinson.
- Les troubles neuropsychique dont la dépression et la schizophrénie.
- Les pathologies douloureuses chroniques : arthrose.
- Ou encore les maladies auto-immunes : le LED, la PAR, le psoriasis , l'eczéma...

I-1.3 LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

Les maladies chroniques sont la première cause de décès dans le monde. Ceci représente plus de 63 % du nombre total des décès. De plus, chaque année 9 millions des décès amputés à ces pathologies surviennent avant l'âge de 60 ans. En France, 15 millions de personnes sont atteintes de maladies chroniques dont 2,5 millions sont diabétiques et 3 millions sont asthmatiques.

Ces chiffres montrent que les pathologies chroniques constituent un problème majeur de santé publique et qu'elles présentent un enjeu sanitaire et socio-économique de taille que ça soit dans les pays développés ou ceux en voie de développement.

I-1.4 VIEILLISSEMENT ET MALADIES CHRONIQUES :

Le vieillissement de la population mondiale est l'un des facteurs qui contribuent au développement des maladies chroniques, en effet la population humaine connaît actuellement une restructuration profonde et un changement démographique sans précédent où la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans est en accroissement continu alors que la proportion des jeunes de moins de 15 ans ne cesse de diminuer.

Les Nations Unis ont d'ailleurs publié un rapport alarmant de cette situation dont je vous note ici quelques points :

- En 2002, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans était de l'ordre de

629 millions. Ce chiffre atteindrait les 2 milliards à l'horizon de 2050 dont plus de 400 millions de personnes auraient plus de 80 ans.

- Une baisse de la mortalité qui est due à une augmentation du taux de fécondité et un allongement de l'espérance de vie.
- En France et vers 2050, 22,3 millions de personnes auront plus de 60 ans soit une augmentation de 80 % en 45 ans.
- Actuellement en France, l'espérance de vie à la naissance correspond à 79 ans pour un homme et à 85 ans pour une femme.
- Toutes ces données confirment ce phénomène de mutation démographique et alarment sur l'incidence sociale et économique qu'il a sur le monde.

Ceci étant dit, le vieillissement n'est pas le seul responsable de ce fléau, d'autres facteurs de risque sont liés eux aussi à l'expansion des pathologies chroniques tel que : l'obésité, tabagisme, alcoolisme, sédentarité, l'hypertension artérielle, pauvreté...

I-1.5 LA POLYMEDICATION :

D'après la définition de l'OMS, on parle de polymédication quand on administre de nombreux médicaments soit de façon simultanée ou de façon excessive .il existe plusieurs indicateurs de mesure de cette notion parmi lesquelles on distingue :

La Polymédication « simultanée » : c'est le nombre de médicaments pris simultanément un jour donné.

La Polymédication « cumulative » : définie comme l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée généralement de 3 mois.

La Polymédication « continue » : qui est le nombre de médicaments pris de façon prolongée et régulière.

De nos jours, la polymédication est de plus en plus fréquente. Elle est même devenue habituelle et systématique chez le sujet âgé chez qui sa légitimité est expliquée par le fait que ce type de patients est souvent atteint de plusieurs pathologies chroniques et souffre de problèmes de santé complexes.

Néanmoins, la prescription polymédicamenteuse peut conduire à des conséquences dramatiques chez le sujet âgé. D'abord en raison d'un organisme affaibli par le vieillissement physiologique (notamment une diminution des fonctions rénale et hépatique). Ensuite, par la présence de plusieurs facteurs de risque pouvant favoriser la survenue de phénomènes de iatrogénie comme la perte d'autonomie ou le déficit cognitif qui peuvent majorer le risque de chute ou de confusions dans la prise médicamenteuse. Une méconnaissance du devenir du médicament chez un individu âgé poly-pathologique et poly-traité car cette catégorie de patients est naturellement exclue des essais cliniques (ce qui conduit souvent à des prescriptions inappropriées « *misuse* », des prescriptions avec excès « *overuse* » ou insuffisance « *underuse* » de traitement) et enfin à cause du risque d'interactions médicamenteuses et alimentaires et l'impact de l'automédication sur l'efficacité de la prise en charge pharmacologique.

En effet, les dernières études statistiques montrent qu'il y a bel est bien un lien entre la poly-médication, les effets indésirables et les interactions médicamenteuses conduisant souvent à une détérioration de l'état de santé voire dans les cas extrêmes au décès de la personne.

I-1.6 LA NOTION D'OBSERVANCE DANS LA MALADIE CHRONIQUE :

C'est un autre enjeu d'une prise en charge thérapeutique efficace. Le terme d'observance a été défini dans le dictionnaire² de l'Académie Nationale de Pharmacie comme « *une observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social. Improprement désignée sous le nom de compliance* ».

² Le dictionnaire électronique de l'Académie Nationale de Pharmacie disponible sur le site <http://dictionnaire.acadpharm.org>.

Quant à l'adhésion, elle signifie l'accord du patient avec la prise en charge thérapeutique que son équipe soignante lui a proposé. Elle repose sur de multiples critères déterminants comme : les capacités intellectuelles et cognitives du patient, ses représentations et croyances, du rôle que peut jouer les soignants dans l'explication de l'intérêt de chaque choix thérapeutique et de l'expérience du patient tout au long du traitement avec les éventuels effets indésirables et gênes ressenties.

Aujourd'hui, on estime que de 30 à 60 % des patients sous médication sont des mauvais observants et ne se conforment pas à la prescription du médecin ou aux conseils du pharmacien. En fait, ce problème touche toutes les catégories de patients mais il est particulièrement présent chez les patients atteints d'une affection de longue durée qu'ils soient grands ou petits.

En outre, L'inobservance est un ancien sujet qui date de la pratique médicale sur lequel Hippocrate a dit : « *Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments* » et il constitue actuellement un vrai problème de santé publique et un enjeu majeur de la relation soignant-patient dont les causes sont multiples et variées avec des facteurs liés au patient (nécessité d'un changement de comportement pour la prise quotidienne du médicament, les croyances et émotions personnelles pouvant le conduire à un état de déni de son problème de santé, son incapacité à gérer le traitement, la fausse perception de la non gravité de sa maladie à cause de son évolution pernicieuse, certaines représentations négatives sur les médicaments construites de ce qu'il entend à la télévision ou lit sur internet, les contraintes socio-économiques et le coût des médicaments, ...) et des facteurs liés aux professionnels de santé (le manque de confiance et la relation paternaliste où le professionnel de santé fait figure d'autorité et qui est donc source de résistance des malades).

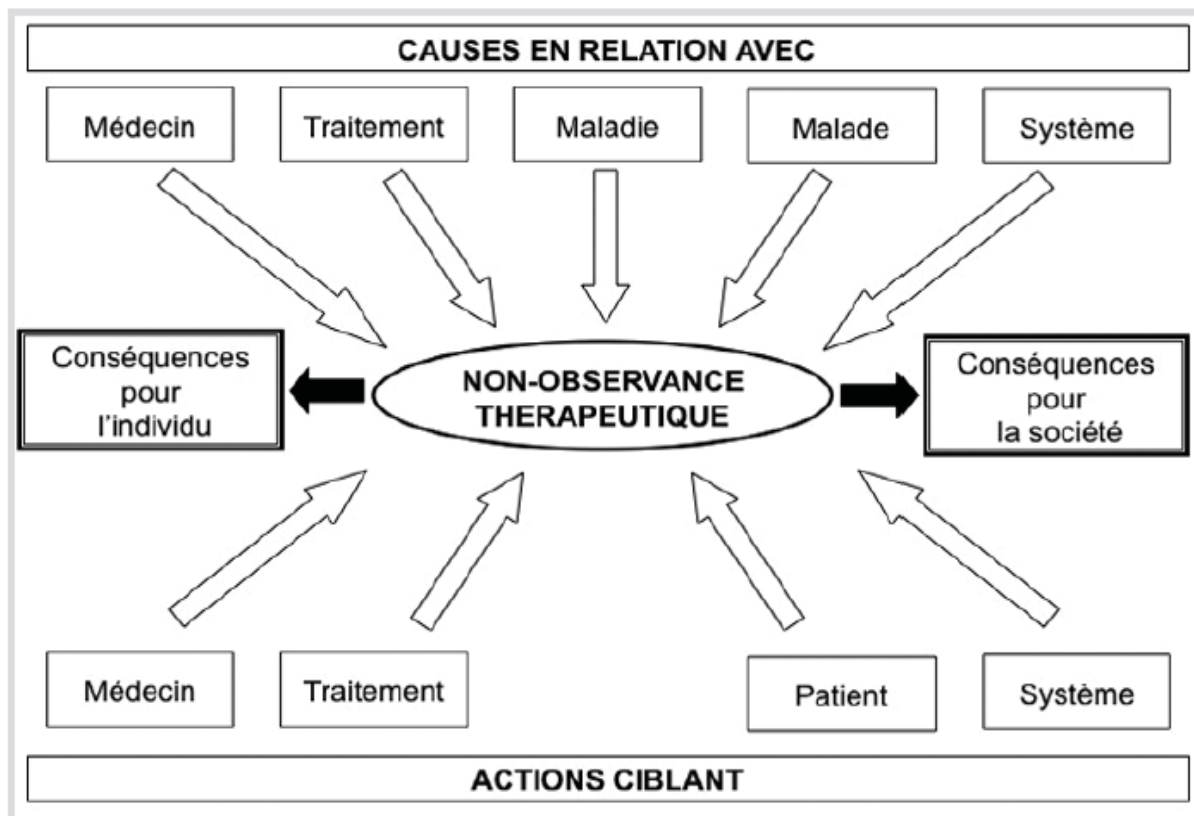


Figure n°1 :

Schéma résumant les causes et conséquences de la non-observance thérapeutique

(Source : A-J.SCHEEN , D.GIET : « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions » ; Revue Med Liège ; volume n°65 : 5-6 ; pages 239-245 ; 2010.)

I-1.7 L'IMPACT ECONOMIQUE :

Ces défauts de qualité de prescription et leurs répercussions sur l'état de santé des malades s'associent à des enjeux économiques qui pèsent lourd sur le système de santé car ils sont non seulement responsables d'un surcoût considérable dû à un gaspillage de la part des patients et à une consommation de médicaments inappropriés ou potentiellement dangereux mais entraînent plus que tous des hospitalisations liées à des accidents iatrogéniques et des situations d'échappement thérapeutique.

Tout cela a concouru à la nécessité de réfléchir à un nouveau paradigme pour notre système de santé où une démocratie sanitaire va permettre au patient d'être au centre des soins en reconnaissant son expérience thérapeutique et son expertise profane conduisant ainsi à une prise en charge optimale et plus adaptée et où toutes ces transitions épidémiologiques, socio-économiques et scientifiques sont prise en compte dans un modèle plus performant et plus efficient. C'est de cette volonté que le concept d'éducation thérapeutique du patient est né et continu de se développer.

I-2 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU

PATIENT (L'ETP) :

I-2.1 DEFINITION :

Selon le rapport³ publié par un groupe de travail de l'OMS en 1996 : « ***L'éducation thérapeutique a pour but d'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 les 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. Cela a pour but de les aider (ainsi que leur famille) 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*** ».

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est donc un processus continu d'apprentissage, de renforcement de capacités et de soutien psychosocial centré sur le patient et qui a pour objectif de l'aider à comprendre sa maladie chronique et donc à mieux la gérer au quotidien.

³ Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, rédigé par l'Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe en 1998.

En effet, tout au long de cette démarche éducative , le patient apprend à devenir autonome et saura, grâce aux connaissances acquises comment remédier aux différents problèmes et faire face aux divers imprévus liés à sa pathologie . Ainsi, toutes ces nouvelles compétences vont lui permettre d'être l'acteur de son changement de comportement et donc conduire à l'amélioration de sa santé , de sa qualité de vie ainsi que de celle de ses proches.

Ce concept en forte émergence à toute sa place dans la société contemporaine où la prise en charge purement clinique et pharmacologique ne répond plus aux besoins en croissance des patients en particulier ceux atteints de pathologies chroniques ni aux exigences règlementaires qui préconisent une prise en charge globale qui prend l'individu dans ses multiples dimensions cognitive, émotionnelle et motivationnelle tout en impliquant son entourage et son environnement socio-économique et culturel.

I-2.2 CE QUE N'EST PAS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT :

L'ETP est loin d'être l'unique modèle d'accompagnement des personnes basé sur une posture pédagogique, en effet il en existe plusieurs d'où l'importance de faire la distinction entre les différents concepts.

I-2.2.1 L'éducation pour la santé :

Bien que l'éducation pour la santé et l'ETP sont les deux des composantes de la promotion de la santé qui reposent sur la même approche éducative, ces deux notions se différencient par leurs contextes d'apprentissage car contrairement à l'ETP où la personne qui est au centre de ces actions est atteinte d'une pathologie donnée et souffre d'un état de santé incompatible avec son comportement actuel, l'éducation pour la santé vise surtout les personnes en bonne santé de sorte à les aider à acquérir les connaissances nécessaires leur permettant de vouloir adapter un mode de vie sain et le conserver .Cela signifie que dans ce cas, les éducateurs ne sont pas gênés par la contrainte de temps qui joue contre le patient et peuvent de ce fait inscrire leurs actions dans la durée avec l'éventuelle possibilité de trouver le moment idéal pour inciter à l'appropriation de nouvelles habitudes sanitaires.

I-2.2.2 Les programmes d'apprentissage :

Ces programmes se distinguent par des actions se limitant à apprendre au patient les gestes et techniques dont il a besoin pour une meilleure utilisation des traitements médicamenteux.

I-2.3 HISTORIQUE DE L'INTRODUCTION DE L'ETP DANS LE PARCOURS DE SOIN :

I-2.3.1 Au niveau international :

Jusqu'aux années 1950, la délivrance de traitements médicamenteux n'était pas obligatoirement associée à des explications compliquées pour les patients à l'exception du traitement du diabète et de la tuberculose.

En effet, avec la découverte de l'insuline en 1921, son utilisation chez les patients diabétiques n'a pas cessé d'augmenter ce qui a confronté les médecins à une situation délicate : quelle est la solution la plus adaptée pour assurer une administration adéquate et efficace de l'insuline ? : Est-ce une hospitalisation intermittente afin que le médecin puisse réaliser cet acte lui-même ou faudrait-il apprendre au malade les bonnes pratiques de ce geste pour lui permettre d'être indépendant tout en étant acteur de son traitement au quotidien.

Les années passent et le besoin de partager avec le patient les connaissances primordiales au bon usage des médicaments et à l'efficacité de sa prise en charge se voit de plus en plus indispensable.

Plusieurs travaux ont été effectués à la lumière de cette notion mais sans un réel impact sur les patients jusqu'en 1972, où un médecin américain à Los Angeles nommée LEONA MILLER a pu démontrer pour la première fois l'importance de l'éducation du patient dans la prise en charge thérapeutique du diabète. Elle a permis grâce à cette approche aux personnes diabétiques des milieux pauvres de Los Angeles de réduire les complications dues à l'utilisation de l'insuline et donc la durée moyenne d'hospitalisation (elle est passée de 5,4 à 1,7 jours , étude faite sur 6000 patients).

En publiant son étude dans la revue The New England Journal of Medicine, elle a amorcé la notion de l'éducation thérapeutique du patient et devenu ainsi pionnière dans ce domaine.

3 ans plus tard, Jean Philippe Assal , professeur en médecine interne, responsable de la Division d'Enseignement Thérapeutique Pour Maladies Chroniques, à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève et expert en diabétologie de l'OMS reprend les travaux de Leona Miller et réussit avec la collaboration de Anne Lacroix, psychologue, à introduire l'éducation thérapeutique du patient au sein de l'hôpital universitaire de Genève. Il a créé ainsi pour cet effet l'unité de traitement et d'enseignement du diabète.

L'arrivée des Pr André Giordan, pédagogue et professeur de didactique et d'épistémologie des sciences, et Pr Alain Golay, diabétologue et médecin chef au Service d'Enseignement Thérapeutique Pour Maladies Chroniques aux hôpitaux de Genève, a permis d'enrichir cette approche thérapeutique humaniste et de l'étendre à d'autres pathologies chroniques comme l'asthme , l' obésité , les maladies cardiovasculaires

Dans les années 1980, l'école de Genève, forte de ses résultats, devient une référence internationale dans ce domaine et centre collaborateur de l'OMS en 1986.

I-2.3.2 Le rôle de l'OMS :

A sa création en 1948, l' OMS a défini⁴ la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie* » puis lors de sa première conférence en 1978 à Alma-Ata, elle réaffirme l'importance de la prévention dans la promotion de la santé et souligne que l'accès à la santé est un droit fondamental pour tout être humain.

⁴ Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition : constitution de l'organisation mondiale de la santé, page 1, octobre 2006.

La déclaration d'Alma-Ata a par ailleurs insisté sur le devoir des hommes à travailler ensemble pour la mise en place des moyens de protection sanitaire et sur le devoir des gouvernements à trouver des stratégies afin de développer les soins de santé primaires.

La charte d'Ottawa rédigée en 1986, vient conforter ce qui a été déjà décliné dans la déclaration d'Alma-Ata. Elle met l'accent sur la promotion⁵ de la santé et la considère d'une part comme condition indispensable au développement social et économique de la personne et d'autre part comme une dimension importante de la qualité de vie des individus :

« La promotion de la santé a pour but de **donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer**. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, **l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter**. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

« L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine »

⁵ Europe, Promotion pour la santé : Charte d'OTTAWA adoptée le 21 novembre 1986.

Tous ces travaux ont été couronnés en 1996 par un rapport de l’OMS édité en collaboration avec le Pr. Assal. Il définit clairement le concept de l’éducation thérapeutique du patient et intègre cette démarche de façon permanente dans la prise en charge globale du patient.

Tout cela va changer petit à petit la relation soignant-soigné et faire évoluer la manière dont les professionnels de santé voient le patient pour le considérer comme acteur à part entière de sa propre santé.

I-2.3.3 En France :

En France, les dimensions humaniste et éthique de la médecine ont été introduites de façon progressive dans les années 1990 et 2000 .malgré les divers textes officiels de l’OMS sur la promotion de la pratique éducative, il n’étaient pas suffisant pour convaincre certains praticiens de son intérêt .Au contraire, ils la considéraient comme dévalorisante et allant à l’encontre de l’approche scientifique.

Parmi les lois, les textes et les dates clés qui ont contribué d’une part à la valorisation de l’éducation thérapeutique et d’autre part à son intégration dans le plan de soin du patient, je cite :

La loi du 31 juillet 1991 : qui est à l’origine de la réforme hospitalière et la modification du code de la santé publique. Elle avait pour objectif la réorganisation des établissements de santé publics et privés et la mise en avant de l’éducation pour la santé pour en faire l’une des missions du réseau.

Février 1999 : la publication du manuel d’accréditation des établissements de santé qui a mis en lumière le besoin d’une prise en charge globale du patient ainsi que d’une coordination entre les équipes multidisciplinaires . Par ailleurs , il a offert la possibilité pour le patient de bénéficier d’actions d’éducation pour la santé et d’actions d’éducation autour de sa maladie ou son traitement.

Le rapport de la conférence nationale de santé remis en mars 2000 : dans lequel le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale a réaffirmé sa volonté de promouvoir les moyens de prévention sanitaire en proposant entre autres le renforcement de l'éducation thérapeutique du patient et le développement de ses actions éducatives auprès de tout le personnel soignant.

La loi du 4 mars 2002 : relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle a permis la création de L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES en substitution au Comité Français d'Education pour la Santé. Il avait à sa charge l'élaboration des programmes d'éducation pour la santé et le développement de l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé ainsi que la prévention et la promotion de la santé au niveau national et international .

Le **1^{er} mai 2016**, L'INPES s'est uni avec l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS) pour former l'Agence Nationale de Santé Publique (décret n° 2016-523 du 27 avril 2016).

Le 12 avril 2002 : marqué par la Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 qui a lancé un appel à projets sur l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé concernant l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Juin 2007 : la publication d'un guide méthodologique rédigé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'INPES dénommé : « **Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.** ».

Le contenu du guide se divise en trois chapitres :

- La présentation des grandes lignes de l'ETP : définition, finalités , les patients concernés , les acteurs de l'ETP et les étapes d'un programme d'ETP.
- Les modalités de la mise en œuvre des programmes d'ETP.
- Les étapes de l'élaboration d'un programme d'ETP et les moyens d'évaluation.

A travers ce document, les institutions sanitaires nationales ont voulu organiser l'éducation thérapeutique du patient en lui conférant un cadre plus structuré. Le tout dans le but de faire reconnaître cette approche et de la rendre plus efficace.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires appelé aussi la loi HPST : Hôpital, patients, santé et territoire ou la loi Bachelot.

Cette loi qui s'est inspirée du rapport Larcher d'avril 2008 et des travaux de prévention et de santé publique de la HAS et l'INPES marque un tournant historique pour l'éducation thérapeutique du patient car elle lui offre un cadre législatif et permet pour la première fois au monde d'inscrire l'ETP de façon intégrale dans le parcours de soins du patient.

I-2.3.4 la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) :

A l'heure actuelle, La loi HPST représente l'une des reformes les plus importantes qui ont touché le système de santé français. Elle a été adoptée par l'Assemblée Nationale et le Sénat le 23 et 24 juin 2009 respectivement. Promulguée le 21 juillet 2009, elle a été ensuite publiée dans le Journal Officiel de la république française.

Elle se distingue par quatre textes :

1) La modernisation des établissements de santé : (H comme HOPITAL)

C'est un texte qui vise à :

- Définir de nouvelles missions de service public pour les établissements de santé afin d'offrir une meilleure qualité de soins pour les patients .
- Déterminer la nouvelle organisation des établissements de santé en créant de nouvelles institutions de pilotage comme le conseil de surveillance et le directoire.
- Assurer une politique de suivi de la qualité et de la sécurité des soins.
- Mettre l'accent sur l'intérêt de la coopération des établissements de soins publics et privés entre eux puis entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers dans le but de proposer le meilleur service au patient.

2) L'amélioration de l'accès à des soins de qualité : (P comme patients)

Ce texte permet de :

- Redéfinir le rôle du médecin généraliste et celui du pharmacien d'officine dans le système de santé en introduisant de nouvelles missions pour chacun.
- Construire un nouveau maillage à partir des différentes structures sanitaires en vue d'une offre de soins locale et efficace.
- Assurer la continuité des soins ambulatoires et hospitaliers grâce aux nouvelles dispositions ex : la coordination entre l'hôpital et la ville, l'obligation d'orientation des patients vers un autre professionnel de santé en fonction des circonstances.
- Mettre en place un plan de répartition des internes et des médecins en fonction des régions afin de répondre aux mieux aux besoins des patients et lutter contre le désert médical.
- Mettre au point le développement personnel continu DPC avec clarification de ses objectifs et de ses moyens de financement.

3) La prévention et la santé publique : (S comme santé)

Ce texte a pour objectif de :

- Faire de l'éducation thérapeutique du patient une priorité nationale d'où son inscription dans le code de la santé publique.
- Identifier un cahier de charge pour les programmes d'ETP de manière à encadrer cette pratique.
- Introduire de nouvelles mesures permettant de renforcer la lutte contre les dérives comportementales des jeunes comme le tabagisme, l'alcoolisme,..

4) L'organisation territoriale du système de santé : (T comme territoire)

Ce texte est à l'origine d'une mesure phare de la loi HPST qui est la création des agences régionales de santé (les ARS).

Ces nouvelles autorités sont responsables :

- Du développement des actions de veille, de sécurité et de promotion de la santé.

- De la gestion du budget octroyé aux dépenses de santé tout en assurant une offre de soins homogène et de qualité sur tout le territoire français.
- De La valorisation de la qualité des formations initiale et continue du personnel soignant.

Les missions des ARS ont été renforcées par la loi n° 2016-41 de la modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a été portée par l'actuelle Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Marisol Touraine et connue le plus souvent sous l'appellation la loi santé.

I-2.4 OBJECTIFS ET FINALITES DE L'ETP :

Un patient atteint d'une maladie chronique voit sa vie bouleversée par ce diagnostic, il comprend vite qu'il a besoin de prendre en compte un nombre de facteurs et qu'il lui sera utile de maîtriser certaines notions relatives à son état de santé afin de mieux gérer sa vie . L'acquisition et le maintien de ces connaissances est le but ultime de l'éducation thérapeutique du patient.

En effet, elle a pour objectif de faire évoluer le patient d'un statut passif où il subit la maladie et le traitement vers un véritable acteur de sa santé où il tient un rôle actif tout au long du parcours thérapeutique.

Cette transition passe par l'acquisition et le développement de connaissances et de compétences que ça se soit sur le plan technique (gestes techniques comme la manipulation d'un lecteur de glycémie, injection d'insuline, utilisation d'un dispositif d'inhalation,) , cognitif (l'adaptation des doses d'insuline, modification du traitement d'asthme en cas d'activité physique...) ou psychoaffectif (communication avec l'entourage , demande de l'aide quand c'est nécessaire ...).

Cet apprentissage progressif permet non seulement au patient de s'approprier la pathologie et son traitement mais aussi de devenir autonome et donc d'être

capable de faire des choix décisionnels afin de mener au mieux son projet de vie.
On peut classer les connaissances et compétences à acquérir dans un programme d'éducation thérapeutique du patient en plusieurs catégories :

I-2.4.1 Les compétences d'auto-observation :

Le patient doit être capable de détecter et d'interpréter ses symptômes dans le cadre de maintenir une vigilance continue. Cet apprentissage conduit à l'élaboration d'un guide sémiologique propre à chaque patient qui va l'aider à connaître son corps et de déceler certains signes d'alerte.

Ex : un patient diabétique :

- Doit pouvoir reconnaître les signes d'une hyper ou hypoglycémie.
- Doit savoir faire un examen de ses pieds et rechercher d'éventuelles lésions.
- Doit surveiller l'apparition et l'évolution des plaies cutanées.

I-2.4.2 Les compétences d'auto-soins :

Ces connaissances sont acquises le plus souvent dans des ateliers de groupe où les malades apprennent à réaliser des gestes techniques d'injection ou d'inhalation, mais surtout à prendre les bonnes décisions pour résoudre les différents problèmes du quotidien.

Ce genre de savoirs s'appuie sur l'expérience antérieure du patient et améliore ses réflexes. Parmi les compétences d'auto-soins, on trouve : l'adaptation des doses de traitement en fonction des circonstances de la vie, le soulagement des symptômes et l'acquisition des bonnes réactions face à un effet indésirable du traitement ou une complication de la pathologie, l'initiation d'un auto-traitement en réponse à une automesure, ...

Ex : pour un patient diabétique, il est nécessaire de savoir :

- Faire une injection d'insuline.
- Réaliser une automesure de glycémie.
- Interpréter les valeurs de glycémie.
- Adapter le traitement à l'alimentation, l'activité physique et l'auto surveillance.
- La conduite à tenir en cas d'hyper ou hypoglycémie.

I-2.4.3 Les compétences sociales et d'adaptation :

Ce sont des compétences personnelles et interpersonnelles qui permettent au patient de contrôler son existence et de l'affirmer au sein d'une communauté.

Effectivement, grâce à elles, le malade apprend à :

- Connaitre soi-même et à 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.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conçus de façon à définir la nature des connaissances à acquérir pour chaque patient en fonction de ses besoins et de ses capacités de progression. Ils assurent ensuite l'accompagnement du malade pendant tout le processus d'apprentissage.

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

Figure n° 2 :

La matrice de compétences développée en 2001 par D'Ivernois et Gagnayre

(Source : LA HAS : recommandations : éducation thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser, juin 2007)

I-2.5 LES QUATRE ETAPES DE L'ETP :

L'éducation thérapeutique du patient se fait en quatre étapes :

- 1) L'élaboration d'un diagnostic éducatif.
- 2) La définition d'un programme personnalisé d'ETP.
- 3) La réalisation des séances éducatives.
- 4) L'évaluation individuelle des compétences acquises.

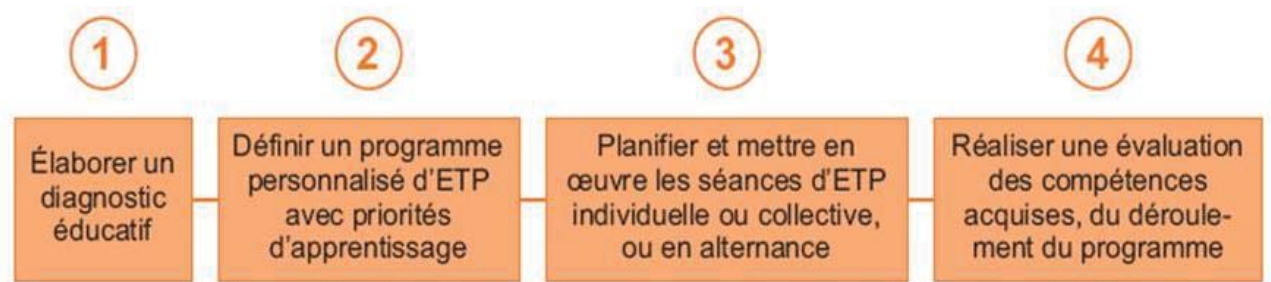


Figure n° 3 :

Les quatre étapes de la démarche de l'ETP

(Source : LA HAS : recommandations : éducation thérapeutique du patient comment la proposer et la réaliser, juin 2007).

I-2.5.1 Première étape : Le diagnostic éducatif

Lors d'une consultation, le médecin a besoin de poser le diagnostic avant de mettre en place une thérapie adéquate, il en est de même pour l'ETP.

Le diagnostic éducatif est une étape de recueil d'informations, de données et d'indices spécifiques sur le patient qui permettront de définir ses acquis et de choisir les postures les plus efficaces pour induire un changement de comportement chez lui. En d'autres termes, le soignant doit s'interroger sur la manière dont le patient vit sa maladie chronique ex : Que sait-il sur sa pathologie ? Comment prend-il son traitement ? Quelles sont les répercussions sur sa vie quotidienne ? Son entourage ? Et sa vie professionnelle ? Comment voit-il l'évolution de sa maladie ?

Toutes ses interrogations ont pour but d'évaluer les capacités de gestion et d'adaptation du patient, de préciser son degré de maîtrise des connaissances ainsi que de relever les différents facteurs favorables et défavorables au processus d'apprentissage.

Cette étape se réalise sous forme de séances individuelles et peut avoir lieu à l'hôpital ou en ambulatoire ex: cabinet médical, officine ou local d'une association.

I-2.5.2 : Deuxième étape : la définition d'un programme d'ETP personnalisé

A partir des informations recueillies au cours de la séance du diagnostic éducatif, l'équipe soignante définit les objectifs à atteindre et les priorités d'apprentissage avec les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard du projet de vie du patient et de la stratégie thérapeutique choisie. Ensuite, un programme personnalisé est construit et négocié avec le patient afin de répondre à ses attentes.

I-2.5.3 Troisième étape : la mise en œuvre des séances d'ETP

C'est une série de séances individuelles ou ateliers collectifs dont le contenu est choisi en fonction des priorités d'apprentissage de chaque patient et qui lui sont proposées en tenant compte de l'accessibilité du lieu et de la disponibilité du patient et du personnel médical. Les séances durent de 45 minutes à 2 heures et ont lieu à l'hôpital ou en ville.

Si Les séances collectives favorisent l'échange d'expérience entre patients et la transmission des connaissances, les séances individuelles quant à elles permettent de focaliser sur le parcours d'apprentissage d'un seul patient pour une meilleure évolution.

I-2.5.4 Quatrième étape : l'évaluation du programme d'ETP mis en place

A l'issue du programme d'ETP, le professionnel de santé met en place une séance d'évaluation individuelle pour faire le point avec le patient. Cette dernière permet :

- D'apprécier le parcours éducatif du patient et sa progression.
- De vérifier les compétences et connaissances acquises et ou mobilisées tout au long du programme.
- De s'assurer de la pertinence et du réalisme des objectifs d'apprentissage posés lors du diagnostic éducatif.
- D'évaluer l'efficacité des moyens et méthodes d'apprentissage utilisés dans les séances éducatives.

Cette séance donne aussi la parole au patient pour exprimer son ressenti vis-à-vis de l'ensemble du programme : le contenu, le rythme et la durée des séances, les techniques et méthodes employées, la participation des professionnels de santé,...

À la fin de cette étape, un compte rendu doit être rédigé et communiqué aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ce patient. Par ailleurs, une nouvelle offre d'ETP pourrait être proposée en tenant compte de la volonté du patient ainsi que des nouvelles compétences d'auto-soins et d'adaptation acquises.

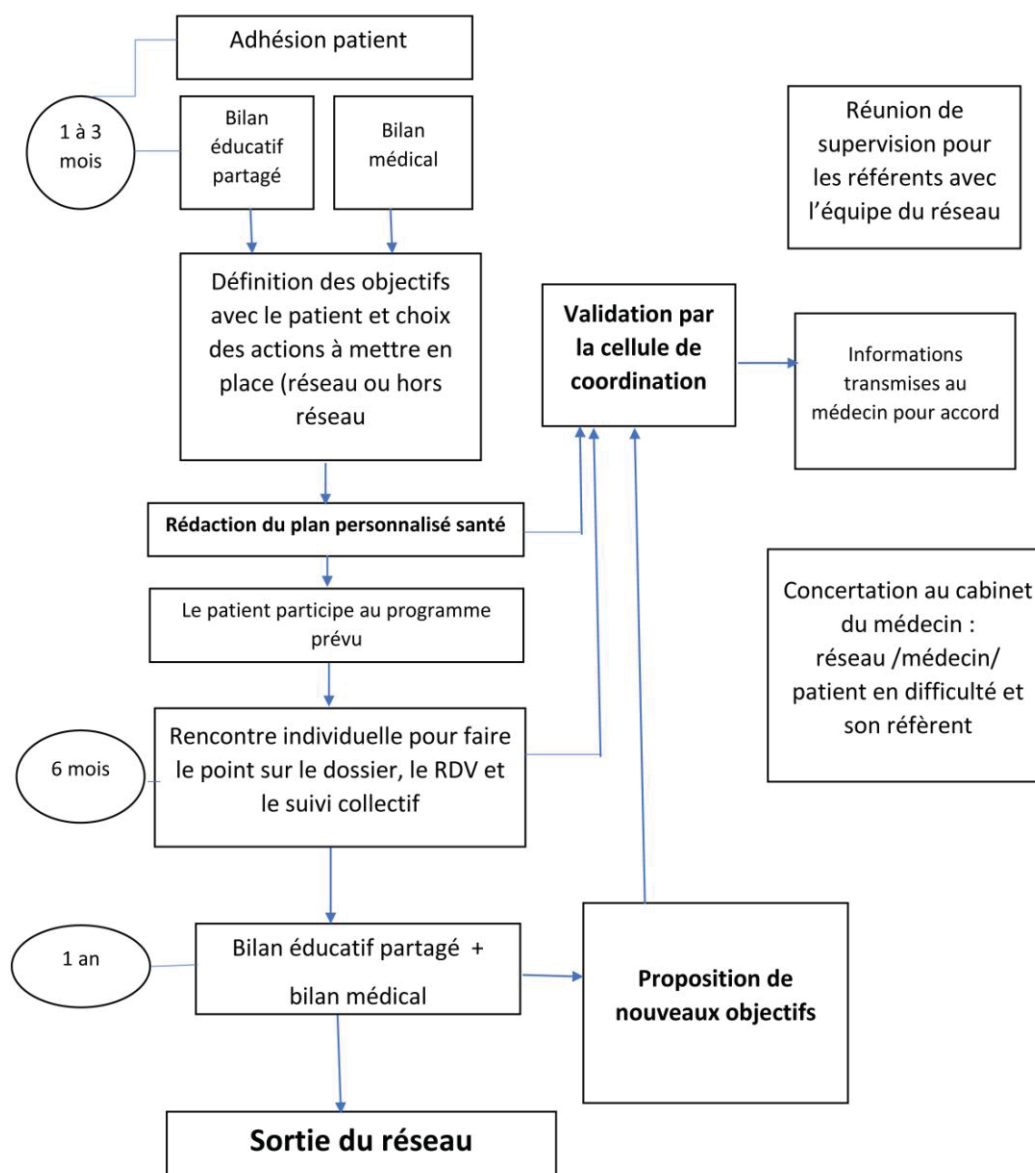


Figure n° 4 :

Exemple du parcours d'ETP du patient au sein du réseau SAVEDIAB

(Source : P.-Y. TRAYNARD, R. GAGNAYRE : « Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire » ; édition MALOINE ; 2013).

I-2.6 LES OUTILS ET TECHNIQUES UTILISES DANS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT :

Les savoir-faire et savoir-être que le patient a besoin de mobiliser et de maintenir sont transmis par des pédagogies de dialogue qui tiennent compte d'une part du vécu et des expériences antérieures du malade et d'autre part de ses capacités d'apprentissage.

Parmi ces méthodes, il y a :

I-2.6.1 Les techniques de communication : elles doivent être centrées sur le patient comme : L'écoute active, l'entretien motivationnel, l'empathie, l'encouragement.

I-2.6.2 Les techniques d'animation :

Comme l'exposé interactif, l'étude de cas, le remue-méninges, la table ronde, les travaux pratiques, le jeu de rôle, la simulation de gestes et techniques, les témoignages, des documentaire, les activités sportives, les ateliers d'art et les activités de photo-langage...

I-2.6.3 Les outils pédagogiques :

Tel que les affiches, le classeur-imagier, les bande audio ou vidéo, les brochures,....

I-2.6.4 La carte conceptuelle :

C'est une technique simple mais ludique utilisée en séance individuelle ou collective qui consiste à construire un schéma à partir d'un ensemble de mots clés tout en expliquant le lien qui les relie : freine, favorise, est, ...

C'est l'une des techniques les plus connues en *mind-mapping* car elle permet de structurer un grand nombre d'informations en sollicitant les compétences de compréhension, de mémorisation et de créativité chez les patients.

Elle est préconisée aussi pour favoriser le dialogue et l'échange au sein du groupe afin que les patients puissent porter un regard critique et évolutif envers leurs représentations.

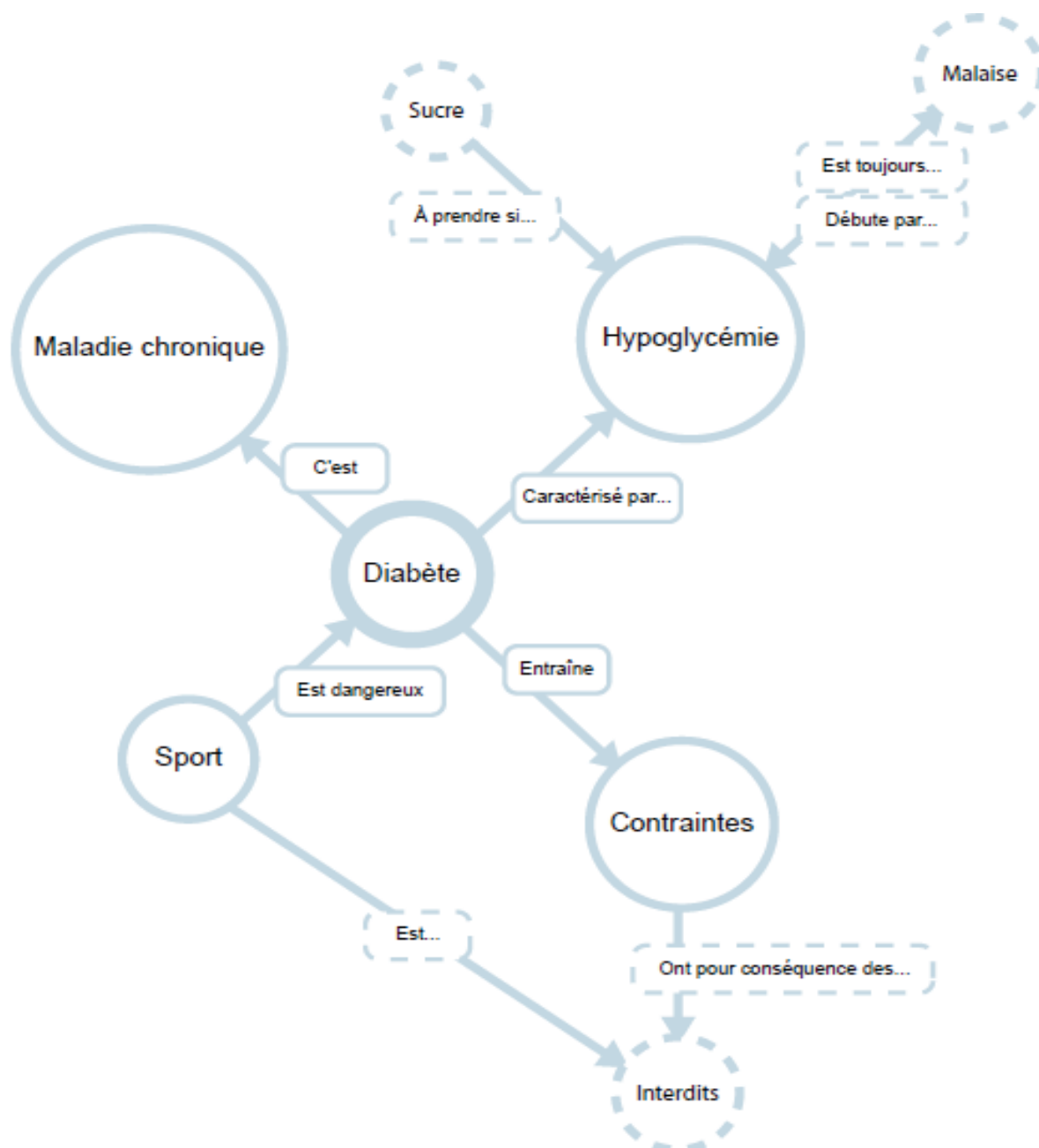


Figure n° 5 :

Exemple d'une carte conceptuelle réalisée pour les patients diabétiques

(Source : INPES : BOÎTE À OUTILS POUR LES FORMATEURS EN ÉDUCATION DU PATIENT)

I-2.6.5 Le jeu de rôle :

C'est une technique d'apprentissage social, professionnel et thérapeutique enrichissante qui est basée sur la simulation et l'improvisation de situations et de scènes en rapport avec un thème précis. Dans le cadre de l'ETP, les participants sont confrontés à des scénarios inspirés de leur quotidien dans le but de les aider à explorer toutes les significations et les possibilités de réaction.

Cette méthode éducative permet ,grâce à la mise en action et l'analyse *à posteriori* par les patients du groupe, une prise de conscience pouvant être à l'origine d'un changement de comportement.



I-2.6.6 L'écoute active :

C'est une technique de communication non directive qui repose sur une écoute bienveillante, le questionnement et la reformulation. Elle est souvent utilisée dans l'ETP en raison de l'aide qu'elle apporte à la compréhension du patient et à la construction d'une relation de confiance entre le soignant éducateur et le malade chronique.

Faire de l'écoute active signifie que l'on doit respecter certaines règles :

- Avoir une attitude d'accueil qui montre au patient qu'on l'accepte comme il est avec ses émotions, ses représentations sans jugements ni préjugés.
- S'intéresser non seulement au problème en tant que tel mais aussi au patient dans sa globalité et la manière dont il vit à travers ce problème.

- Être un miroir qui reflète de manière exacte les pensées du patient tout en faisant écho aux émotions et sentiments qui les accompagnent.

I-2.6.7 l'entretien motivationnel :

L'EM est une technique de communication directive et un état d'esprit utilisé dans l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques. Cette façon d'être permet dans le cadre de l'ETP de faire face aux situations d'ambivalence en amorçant un changement de comportement. Ce dernier ne pouvant être déclenché que par le patient, l'éducateur ne fait que l'aider à se motiver.

Tout comme l'écoute active, l'EM se distingue par un nombre de règles à suivre :

- Avoir de l'empathie : c'est à dire écouter le patient, comprendre ses émotions puis le faire comprendre qu'on l'a compris.
- S'arrêter sur l'ambivalence du patient et l'explorer.
- Eviter d'affronter ou de forcer le patient car ça ne peut qu'être source de résistance au changement de comportement.
- Mettre l'accent sur le libre choix dans cette démarche car seul le patient est acteur de son changement de comportement.
- Employer des questions ouvertes qui contribuent non seulement à renforcer l'empathie mais aussi à la libération de la parole chez le malade chronique.

I-2.7 LES ACTEURS DE L'ETP :

I-2.7.1 La multi et l'interdisciplinarité :

Comme mentionné plus haut, l'éducation thérapeutique du patient est une articulation d'actions d'accompagnement du malade chronique autour de sa maladie et son traitement à travers son quotidien. C'est pourquoi, elle nécessite un travail pluri professionnel et une équipe multidisciplinaire.

Cette notion de multidisciplinarité est responsable de la qualité de la démarche éducative. Elle permet grâce à la réunion des différentes compétences de prendre le patient dans tous ses aspects et de répondre à ses besoins les plus complexes.

La multidisciplinarité est tellement primordiale qu'elle est l'un des premiers critères à valider sur le cahier de charge avant d'autoriser un programme d'ETP. En effet, la HAS a exigé la présence dans l'équipe qui met en place l'ETP d'au moins deux professionnels différents dont un médecin qui peut d'ailleurs coordonner le programme.

Par ailleurs, le travail multi-professionnel doit passer par le respect de chacun et la reconnaissance de ce qu'il apporte au programme. Aussi, il doit être construit sur l'interdisciplinarité c'est-à-dire l'interactivité, la coordination et le dynamisme entre les différents intervenants dans le seul but de remettre le patient au centre de la prise en charge thérapeutique et de favoriser le succès des actions éducatives.

I-2.7.2 Les professionnels de santé :

Le médecin (spécialiste ou généraliste), le pharmacien et l'infirmier sont ceux qui interviennent le plus souvent dans les programmes d'ETP mais d'autres métiers de la santé sont concernés aussi comme : les aides-soignants, puéricultrices, pédicures-podologues, masseurs kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes, chirurgiens-dentistes, pédicures, sages-femmes...

I-2.7.3 Autres intervenants :

Selon le Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, Les séances d'ETP peuvent être assurées par des intervenants qui ne font pas partie du corps médical. On peut citer : les psychologues, assistants de service social, éducateurs, médiateurs, les professionnels de l'activité physique adaptée, secrétaires médicales, sophrologues, art thérapeutes, socio-esthéticiennes...

Par ailleurs, ce décret met la lumière sur le rôle que joue les associations-patients ,les patients experts et les organismes de promotion, prévention et d'éducation pour la santé dans les programmes d'ETP.

I-2.7.3.1 Les associations de patients :

L'émergence de l'éducation thérapeutique du patient a poussé les associations de patients à prendre une place de plus en plus importante au sein du système de santé.

Elles ont pu développer ainsi un partenariat avec plusieurs structures publiques ex : CODES, CRES, CFES, les conseils régionaux , l'assurance maladie,...ce qui leur a permis d'étendre leurs champs d'actions.

En plus du rôle essentiel qu'elles jouent en terme de soutien psychologique et de l'aide qu'elle offre qu'elle soit juridique, sociale ou parfois même financière. Les associations de patients ont permis une évolution de la relation soignant-soigné en revendiquant une nouvelle identité pour le patient et en militant pour une prise en compte de ses représentations dans le parcours de soins .

I-2.7.3.2 Le patient expert :

Ce type de patients est avant tout expert de soi-même car il aura développé une diversité de connaissances grâce aux situations auxquelles il a été confronté tout au long de sa pathologie chronique . Une expérience qu'il pourra partager avec les autres patients pendant les séances de l'ETP et ce sous la responsabilité de l'équipe soignante.

L'intégration du patient expert appelé aussi patient ressource en tant qu'acteur de l'ETP est bénéfique voire indispensable au parcours d'apprentissage parce qu'il s'agit non seulement de témoigner, soutenir et d'échanger avec les patients pour les aider à en tirer profit de ses compétences mais aussi de jouer le rôle de médiateur entre les deux groupes : soignants et patients afin d'améliorer la relation soignant-soigné.

I-2.8 LES COMPETENCES REQUISES POUR L'ETP :

La loi HPST 2009 a été suivie par une série de textes dont :

1) **Le Décret n°2013-449 du 31 mai 2013** relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

2) **L'Arrêté du 14 janvier 2015 modifiant l'arrêté du 2 août 2010** relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

Ces deux textes sont destinés aux professionnels de santé participant à l'ETP et comme leurs noms l'indiquent, ils dénombrent un ensemble de compétences à mobiliser pour être apte à dispenser ou à coordonner un programme d'ETP.

Par la suite et dans le cadre de ses missions d'éducation pour la santé, l'INPES a élaboré et publié un référentiel complémentaire qui clarifie ce qui a été cité dans les textes précédents et dans lequel on distingue deux types de compétences :

- Des compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
- Des compétences pour coordonner un programme d'ETP.

I-2.8.1 Les compétences nécessaires pour dispenser l'ETP :

L'INPES a classé ces compétences en 3 domaines :

I-2.8.1.1 Les compétences techniques : qui consistent à :

- Maîtriser les connaissances liées à la pathologie commençant par le diagnostic jusqu'aux traitements.
- Savoir diriger les patients vers des sources fiables d'informations.
- Connaître les différents outils et méthodes pédagogiques utilisés pour transmettre les connaissances et savoir les adapter en fonction du profil de chaque malade.
- Pouvoir identifier les éventuels facteurs environnementaux et socio-culturels ayant un impact sur la pathologie en particulier et la vie quotidienne du patient en général.

- Savoir cibler certains renseignements lors de l'édition du dossier du patient.
- Maitriser les outils de suivi du programme d'ETP dont le tableau de bord des activités et les comptes rendus partagés avec les autres professionnels de santé.

I-2.8.1.2 Les compétences relationnelles et pédagogiques :

- Maitriser l'écoute active et la reformulation afin de s'assurer de la compréhension du patient.
- Pratiquer l'empathie et savoir accepter les émotions du patient et se mettre à sa place pour mieux le comprendre afin de l'aider par la suite à gérer ses difficultés.
- Savoir adapter ses moyens et sa posture éducative à chaque malade.
- Avoir des aptitudes d'échange et d'argumentation qui seront utiles pour convaincre le patient de l'efficacité de la démarche éducative et l'inciter à modifier son comportement.
- Savoir construire une relation de confiance avec le patient qui facilitera son expression dans le groupe.
- Féliciter le patient des progrès réalisés et l'encourager à faire mieux.
- Savoir construire une alliance thérapeutique avec le malade en l'impliquant dans la formulation du plan d'action et en choisissant avec lui les objectifs à atteindre ainsi que le type d'interventions dont il a besoin.
- Savoir animer un atelier de groupe c'est-à-dire savoir favoriser le dialogue entre les personnes tout en évitant les dérives.

I-2.8.1.3 Les compétences organisationnelles :

- Savoir prendre du recul et s'interroger sur le rôle qu'on a joué et les choses auxquelles on a contribué au sein du programme d'ETP.
- Savoir s'évaluer et définir les savoirs faire à développer pour une meilleure réussite des séances éducatives.

- Délimiter son rôle et son champ d'action pour que d'autres professionnels de santé plus adaptés puissent assurer certaines missions.
- Avoir des compétences de pilotage pour mieux définir les priorités d'apprentissage et organiser les actions qui y sont liées.
- Adapter les séances d'ETP au quotidien du patient.
- Planifier les actions éducatives en fonction de l'emploi du temps des intervenants.
- Savoir gérer la planification du programme d'ETP et être capable de pallier aux imprévus.

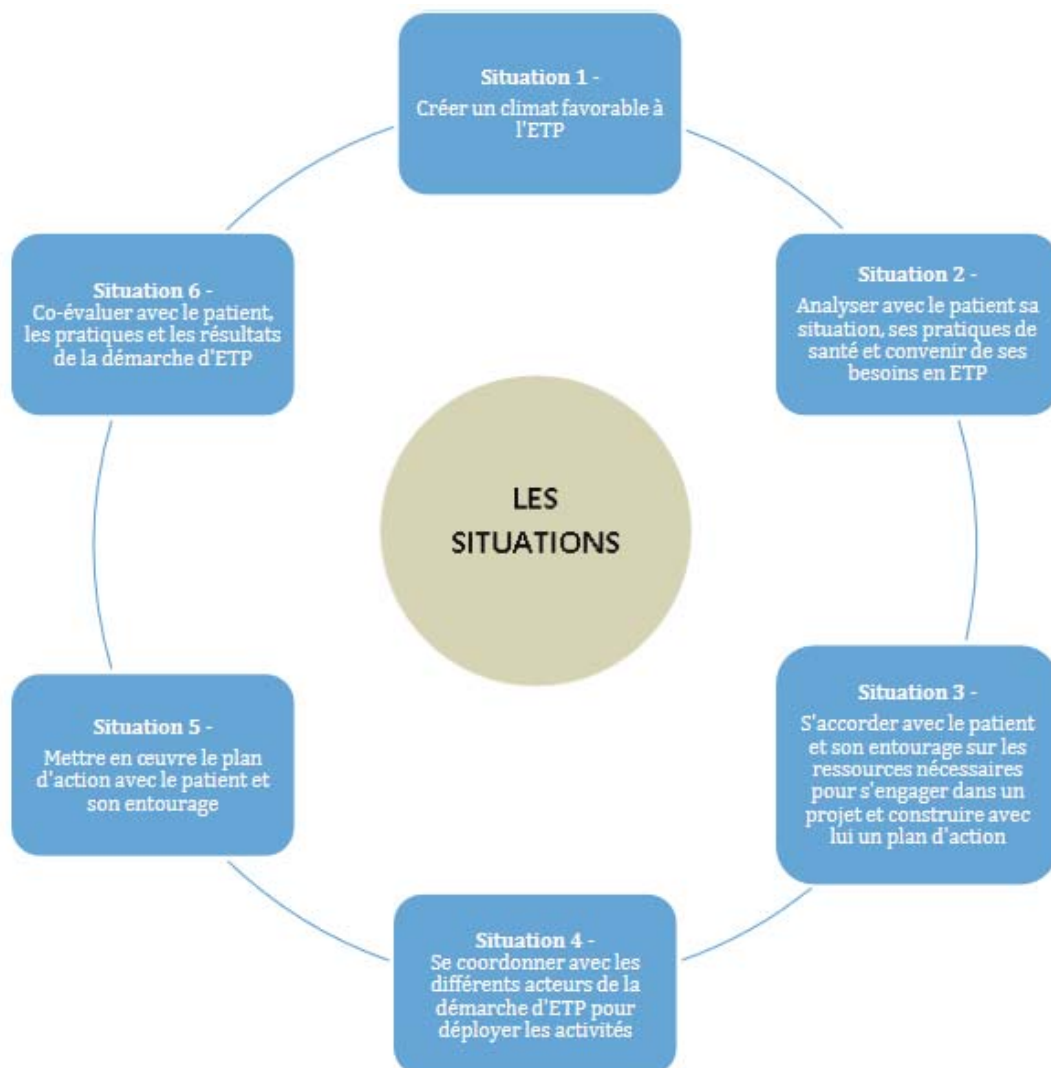


Figure n°6 :

les différentes situations rencontrées lors de la dispensation des actions d'ETP

(Source : INPES : référentiel des compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme, document complémentaire à l'annexe n°2 de l'arrêté du 31mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, juin 2013)

I-2.8.2 Les compétences nécessaires pour coordonner un programme d'ETP :

I-2.8.2.1 Les compétences techniques :

- Définir les objectifs de chaque action éducative en utilisant les bonnes méthodes méthodologiques et en respectant les textes réglementaires.
- Savoir adapter les outils et techniques d'apprentissage en fonction du groupe de manière à répondre au rythme de progression de chacun.
- Savoir construire le programme d'éducation en déterminant les différentes sortes d'actions, les objectifs, les moyens mobilisés, le financement, les patients ciblés et les professionnels de santé concernés.
- Analyser le contexte et l'environnement de l'ETP en évaluant les sources d'information et les facteurs favorisant le développement du programme.
- Former une équipe transversale et savoir coordonner et suivre ses interventions par le biais de divers outils d'organisation.
- Mettre en place une évaluation qualitative et quantitative de la posture éducative dans le but d'en optimiser les résultats.
- Exploiter les nouvelles technologies qui permettent l'échange des connaissances entre l'ensemble des soignants d'un côté et entre les soignants et les malades chroniques d'un autre

I-2.8.2.2 Les compétences relationnelles et pédagogiques :

- Définir les raisons qui ont conduit les professionnels de santé à faire partie du projet d'ETP.
- Identifier et accroître les moyens humains et économiques nécessaires au développement du programme d'ETP.
- Négocier et défendre le budget du programme d'ETP.
- Créer un réseau de professionnels susceptibles de participer aux actions du dispositif éducatif.
- Construire un partenariat au lieu de la hiérarchie entre les différents intervenants pour favoriser la production au sein de l'équipe.
- Encourager l'échange d'expériences et le transfert de connaissances au sein du groupe de soignants de façon à améliorer l'interactivité.

I-2.8.2.3 Les compétences organisationnelles :

- Identifier les prestations proposées par les acteurs de l'ETP et définir celles qui pourront être élaborées en commun.
- Anticiper les difficultés liées aux imprévus des emplois du temps des intervenants et prévoir des solutions.
- Constituer un programme et un réseau de communication autour de l'ETP en identifiant les personnes qui sont dotées d'un pouvoir d'influence.
- Reconnaître les compétences acquises et celles à développer des partenaires de l'ETP.
- Faire un état des lieux des ressources éducatives disponibles et évaluer leur efficacité.
- Simplifier la communication avec les patients en traduisant les textes réglementaires et données cliniques et biologiques en langage accessible à tous.
- Savoir créer et formaliser le programme d'ETP.

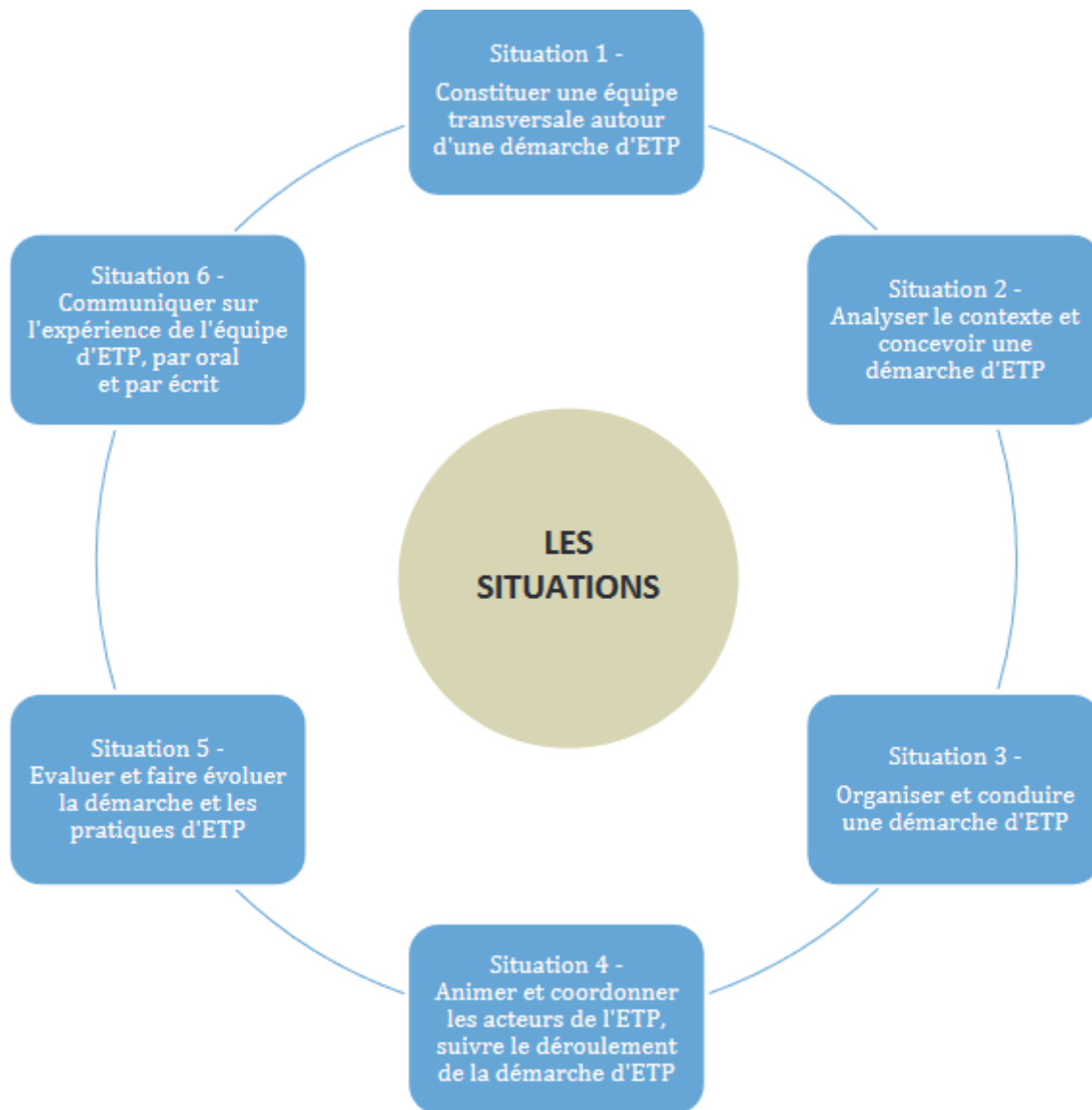


Figure n°7 :

les différentes situations rencontrées lors de la coordination d'un programme d'ETP

(Source : INPES : référentiel des compétences pour coordonner un programme d'ETP, document complémentaire à l'annexe n°2 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, juin 2013).

PARTIE II : ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE

ACTUELLE DE L'EDUCATION

THERAPEUTIQUE DU PATIENT

II-1 ETAT DES LIEUX DE L'ETP EN EUROPE :

Les programmes d'ETP se sont développés dans plusieurs pays européens bien avant qu'il soient implantés en France et chaque pays s'est construit sa propre approche éducative en fonction de son modèle économique, l'organisation de ses structures sanitaires et les besoins de sa population en terme de santé publique.

Parmi ces pays innovateurs, on trouve :

II-1.1 LA SUISSE :

Ce pays a été pionnier de la mise en place de l'ETP dans la prise en charge des patients chroniques grâce aux travaux des professeurs Assal et Golay. Ce dispositif continue de se développer dans toute la Suisse mais sans aucune politique nationale ou cadre juridique. Ainsi il a été construit de façon non structurée et pratiqué par des professionnels de santé libéraux et hospitaliers convaincus de son bénéfice sans qu'ils ne soient rémunérés.

II-1.2 LA BELGIQUE :

L'ETP est mis en œuvre en Belgique dans le cadre d'une éducation du patient qui peut intervenir dans le parcours de soins des malades chroniques avant même la prise en charge médicale.

Ce principe d'éducation du patient est définie⁶ comme : *«un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures*

⁶ Extrait du site du centre d'éducation du patient asbl : www.educationdupatient.be

hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie et destinés à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales »

Afin d'organiser cette offre éducative, le centre d'éducation du patient a été conçu dans le but d'apporter une aide pédagogique et structurelle aux professionnels de santé belges exerçants à l'hôpital et en ambulatoire.

II-2 ETAT DES LIEUX DE L'ETP EN FRANCE :

II-2.1 AVANT LA LOI HPST :

Comme indiqué précédemment, l'éducation thérapeutique du patient s'est développée des années avant qu'elle ne soit légiférée grâce à la promulgation de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Etant une nouvelle pratique à cette époque-là, l'ETP a suscité des interrogations multiples quant à son efficacité, organisation et financement notamment en ville et ceci de la part des professionnels de santé et des institutions comme le ministère de la santé et l'assurance maladie. Le besoin de répondre à tous ces questionnements a conduit la HAS à réaliser une enquête organisationnelle et économique sur la mise en œuvre de l'ETP dans le secteur ambulatoire.

L'analyse économique et organisationnelle de de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques (Enquêtes descriptives) :

Cette étude a été menée sur l'année 2006/2007 en s'appuyant sur un questionnaire téléphonique semi-directif qui visait plutôt les professionnels de santé libéraux. Sur plusieurs centaines de structures recensées (732 structures), le groupe de travail de la HAS a fini par n'en retenir que 59 questionnaires pour les analyser. Le reste des entretiens ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'enquête (uniquement les actions d'éducation thérapeutique centrées sur une pathologie chronique dont les participants sont des soignants libéraux ont été ciblées).

L'exploitation des données a permis d'établir une répartition des actions d'éducation thérapeutique en fonction des régions (voir tableau n°1). Cette dernière montre une pratique hétérogène de l'ETP sur l'ensemble du territoire avec une forte implication de 3 régions : l'Alsace, la Bretagne et l'Île de France. Cependant, on a dénombré que 2 actions d'ETP dans la région PACA et aucune dans les régions suivantes : Champagne-Ardenne, Corse, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et les Territoires d'Outre-Mer.

Régions	Nombre d'actions
Alsace	7
Aquitaine	4
Auvergne	2
Basse-Normandie	5
Bourgogne	1
Bretagne	8
Centre	1
Champagne-Ardenne	0
Corse	0
Départements d'Outre-Mer	1
Franche-Comté	1
Haute-Normandie	3
Île-de-France	7
Languedoc-Roussillon	0
Limousin	1
Lorraine	5
Midi-Pyrénées	0
Nord-Pas-de-Calais	2
Pays de la Loire	4
Picardie	1
Poitou-Charentes	1
Provence-Alpes Côte d'Azur	2
Rhône-Alpes	3
Territoires d'Outre-Mer	0

Tableau n°1 :

La répartition des actions d'ETP au niveau national.

(Source : La HAS, Service Évaluation médico-économique et santé publique : « l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : enquêtes descriptives ; les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville » ; 2007).

De plus, l'enquête s'est intéressée à la nature des pathologies chroniques qui ont bénéficié de cette prise en charge éducative. On note ainsi une prédominance des actions visant le diabète (33 citations) et l'asthme vient en deuxième position avec 5 citations. D'autres domaines étaient au cœur des actions éducatives mais avec des proportions mineures tel que : l'obésité, la cardiologie, la cancérologie, la sclérose en plaque, les infections dues au VIH, l'insuffisance rénale chronique, la douleur...

Par ailleurs, cette analyse constate une augmentation progressive du nombre des actions d'ETP depuis 1994 date à laquelle la plus ancienne des actions a été créée. En effet, on compte seulement 8 actions élaborées en 2002 contre 16 en 2005.

La HAS a expliqué la montée en puissance du nouveau concept d'une part par l'émergence d'une volonté politique à promouvoir la prévention et l'éducation pour la santé et d'autre part par le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre d'individus atteints de pathologies chroniques.

Aussi et à travers cette enquête, le groupe de travail de la HAS a étudié le taux de participation des professionnels de santé libéraux dans ces actions. On remarque une implication très limitée des soignants et plus particulièrement quand il s'agit d'une petite structure. *A contrario*, on constate une participation importante du personnel paramédical qui s'élève à 100 citations comparée aux professions médicales ne sont mentionnées que 47 fois.

A ce titre, je vous cite le taux de participation de quelques professions :

- les infirmières libérales (34 citations) .
- les diététiciennes (29 citations) .
- les médecins généralistes (28 citations) .
- les podologues (25 citations).
- les pharmaciens (5 citations).

La forte implication de certains professionnels de santé comme les infirmières et les diététiciennes est essentiellement due à la place importante qu'occupe le diabète dans le viseur des actions d'ETP menées par les équipes soignantes. Elle témoigne aussi de la complexité de la prise en charge thérapeutique de certaines

pathologies chroniques et de la nécessité d'une équipe transversale pour accompagner le patient et l'éduquer.

Enfin, l'enquête s'est penchée sur les mode de financement de ces actions éducatives menées dans ces années-là. On distingue alors trois sources principales de financement : la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DNDR), le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires (FNPEIS). On trouve aussi d'autres moyens et subventions qu'ils soient privés comme l'industrie pharmaceutique, les associations-patients ou autres ou publics comme celles provenant de la mairie.

Discussion :

Le constat général dressé par cette enquête confirme l'implantation d'ores et déjà du concept de l'ETP dans certaines grandes régions à cette époque et ceci témoigne de l'intérêt que ça a suscité au sein des équipes soignantes avant même son officialisation dans le code de la santé publique *via* la loi HPST.

Néanmoins, elle a permis de mettre la lumière sur un nombre de défaillances comme l'immense disparité de l'offre d'ETP sur le territoire français et son absence dans des régions comme l'outre-mer où ce dispositif pourrait être très utile dans la prise en charge des maladies infectieuses qui sévissent dans la région notamment le VIH.

Autre problématique a été relevée dans ce travail : c'est le manque d'application de l'ETP à d'autres pathologies que le diabète. Certes cette pathologie représente un réel problème de santé publique et ça explique les moyens de prévention qui sont misés par les professionnels de santé pour lutter contre ses nombreuses complications mais il existe un grand nombre de maladies chroniques dans lesquelles la reproduction du dispositif d'ETP serait très intéressante pour la prise en charge thérapeutique du patient. C'est le cas de l'asthme, de l'obésité, des infections dues au VIH, l'insuffisance rénale chronique ... et pleins d'autres terrains.

Enfin, le manque d'investissement du personnel médical en particulier le médecin et le pharmacien dans cette nouvelle pratique est à mon avis le constat le plus frappant de cette étude car ces deux professions ont toute leur place dans l'ETP d'un côté pour sensibiliser les patients de la présence de ce dispositif et les recruter et d'un autre pour animer les actions éducatives. Il semblerait que ce manque d'intérêt est lié plus à une vision floue de l'ETP, de sa confusion avec les informations et conseils qu'ils donnent aux malades voire même à une ignorance de son existence qu'à un éventuel manque de temps ou de motivation de leurs parts.

II-2.2 LE DEVELOPPEMENT DE L'ETP APRES LA LOI HPST :

Depuis la reconnaissance de la légitimité de l'ETP dans la prise en charge thérapeutique globale du patient et de son intérêt dans l'accompagnement des personnes touchées par des maladies chroniques, les programmes d'ETP n'ont pas cessé de se développer.

II-2.2.1 L'étude de l'observatoire de la régionalisation :

Afin de dresser un premier bilan de la loi HPST et dans le but d'évaluer son impact sur le développement de l'éducation thérapeutique du patient et sur les actions d'apprentissage et d'accompagnement, l'observatoire de la régionalisation a dirigé et publié en 2011 une étude basée sur un nombre d'entretiens à l'attention des experts de l'Observatoire de la Régionalisation, de responsables de l'ARS, de représentants d'associations de patients, de professionnels de santé et de responsables de laboratoires pharmaceutiques en charge de programmes d'apprentissage.

L'enquête a fixé le nombre total des programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS en 2011 à plus de 1800 programmes. De plus, elle a relevé une nette augmentation des demandes d'autorisation des programmes d'apprentissage déposées auprès de l'AFSSAPS (actuellement l'ANSM) et la CNIL.

Toutefois, elle a souligné un certain nombre de caractères témoignant du manque de développement de ces programmes. Parmi lesquelles. Je cite :

1) Un aspect hospitalo-centriste des programmes d'ETP :

Effectivement, 75% des autorisations des programmes d'ETP ont été déposées par des structures hospitalières publiques et privées.

2) Une monotonie des programmes d'ETP :

La grande majorité des programmes ETP autorisés concernent le diabète ou les pathologies cardiovasculaires.

3) Un manque d'investissement de certains acteurs de l'ETP :

Les programmes d'ETP nécessitent une équipe multi-professionnelle et multidisciplinaire. Une multidisciplinarité qui fait encore défaut sur l'ensemble du territoire français avec notamment une implication minoritaire des médecins et des pharmaciens et une participation symbolique des associations de patients. Des objectifs centrés sur les soins.

4) Un financement non fongible :

Les programmes d'ETP hospitaliers et ambulatoires bénéficient d'un financement médiocre et instable. Ce budget est géré par plusieurs fonds : MIG, FIQCS, FNPEIS, fonds ENMR Et il représente l'un des obstacles au déploiement des programmes d'ETP. Ce problème de financement se complique encore plus avec les restrictions budgétaires dues au déficit de la sécurité sociale et les contraintes économiques que subit le pays depuis quelques années.

Discussion :

Cette étude a permis de mesurer l'effet positif que la loi HPST du 21 juillet 2009 a eu sur l'éducation thérapeutique du patient. En effet, ce texte de loi a mis l'ETP sur le devant de la scène et la rendue connue de tous. L'augmentation du nombre des programmes ETP depuis cette date témoigne d'ailleurs de la propulsion de la posture éducative et de sa propagation au sein des soignants.

Cependant, les mêmes constats négatifs de l'étude précédente sont encore présents quatre ans après. Ce sont la restriction du champ d'action de l'ETP au diabète et aux pathologies cardio-vasculaires et le faible taux de participation des médecins et pharmaciens. La première problématique est à mon sens due au manque de communication entre les différents intervenants qui pourraient construire le programme d'ETP afin de créer des réseaux actifs (médecins, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues) .à ceci s'ajoute un défaut de sensibilisation auprès du personnel soignant et des patients du pouvoir de la prévention et de l'éducation dans toutes les maladies chroniques et non uniquement dans le diabète ou l'hypertension artérielle.

Outre cela, d'autres problématiques qui menacent la pérennité de l'ETP ont été dévoilées dans cette enquête. C'est principalement l'hospitalo-centrisme de la pratique et les modes de financement incertains. Ceci révèle la présence de lacunes importantes dans l'organisation de l'ETP en ambulatoire et met en évidence un enjeu majeur de son déploiement dans les soins de premier recours.

II-2.2.2 L'analyse des programmes d'ETP actuels par OSCARS :

5 ans se sont écoulés depuis l'étude de l'observatoire de la régionalisation mais malheureusement aucune autre enquête nationale n'a été menée par les institutions sanitaires françaises pour réévaluer le progrès de l'ETP sur le territoire. C'est ce n'est que des études sporadiques régionales traitées par des équipes de recherche hospitalo-universitaires. L'absence des données à ce sujet m'a emmenée à me tourner vers OSCARS, l'Outil d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé pour avoir une idée sur les offres actuelles d'éducation thérapeutique dans plusieurs régions.

II-2.2.2.1 Définition d'OSCARS :

C'est un outil cartographique utilisé dans le recensement et le suivi des actions territoriales de prévention de la santé. Il a été pensé et mis en place par le CRES PACA en 2005 puis adopté et financé, grâce à son originalité et son efficacité, par l'ARS PACA.

OSCARS permet un accès national simplifié à une base de données de toutes les actions de promotion de la santé et des programmes d'ETP actuels. De plus, il permet de faire une analyse statistique de ces données en croisant plusieurs critères : départements, type de structures, type d'actions, financeurs, année d'autorisation, porteur d'action...

Ce fruit de collaboration entre l'ARS-PACA et le CRES-PACA a été utilisé aussi pendant l'opération nationale « moi(s) sans tabac » afin d'accompagner les personnes désirant arrêter de fumer en recueillant les actions qui ont été mises en œuvre dans ce cadre ainsi que les acteurs qui ont pris part dans cette campagne.



Figure n°8 :

[Le portail du site http://www.oscarsante.org.](http://www.oscarsante.org)

On note déjà avant de faire aucune analyse que Oscars dénombre et permet l'accès à 1019 programmes d'éducation thérapeutique du patient sur son site.

PREMIERE ANALYSE : Une analyse nationale de l'ensemble des régions adhérentes à cet outil

La première étape de l'analyse consistait à définir l'échantillon d'étude en sélectionnant les critères qui correspondent à ma recherche et qui sont :

1) Régions : j'ai choisi d'analyser toutes les régions c'est à dire : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand Est, Région Guadeloupe, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire, Provence Alpes Côte d'Azur.

2) Financeurs : j'ai pris en compte l'ensemble des financeurs proposés par Oscars : ARS, Assurance Maladie, Régime général, Régime agricole, Régime des indépendants, Autres régimes spécifiques, CAF, Collectivités territoriales, Communes et intercommunalités, Conseils départementaux, Conseil régional, Etat, Fonds propres et Politique de la ville.

3) Type d'actions : j'ai limité la recherche aux actions d'éducation thérapeutique s'étalant de 2010 à 2017 inclus afin d'évaluer l'impact de la loi HPST.

Le choix de ces critères de sélection a conduit à l'identification de 885 actions. Ensuite, j'ai fixé les deux items : « thème » et « régions » comme critères de croisement de l'analyse et ceci m'a guidé vers le tableau suivant :

Tableau n°2 : *l'analyse nationale des actions ETP inscrites sur OSCAR*

Régions	Accidents de la vie courante	Cancers	Conduites addictives	Douleur et Soin palliatif	Environnement	Hépatites (VHB - VHC)	Maladies chroniques (autres)	Maladies infectieuses (autres)	Maladies rares	Médicament	Nutrition (alimentation et activité physique)	Périnatalité - Parentalité	Politique de santé
Auvergne-Rhône-Alpes		1	2				15				10		
Bourgogne-Franche-Comté	1	1		1		4	58			4	32		
Bretagne					1	8	3						
Centre-Val de Loire													
Corse													
Grand Est		7	6		3	10	14				35	3	6
Région Guadeloupe						1	1				3		
Hauts-de-France													
Ile-de-France													
La Réunion													
Martinique							1			1	2		
Normandie		5	5		1		3			1	11	1	3
Nouvelle-Aquitaine			7			11	10				6	1	7
Occitanie						14	8				10		
Pays de la Loire		2	4		3	7	21				21		
Provence Alpes Côte d'Azur	43	57	63	44	55	72	512	52	52	289	315	42	41
Total	44	73	87	45	63	127	646	52	52	295	445	47	57

Tableau n°2 : *l'analyse nationale des actions ETP inscrites sur OSCAR(suite)*

Régions	Précarité	Risque routier	Santé au travail	Santé bucco-dentaire	Santé mentale	Santé scolaire	Sexualité (contraception, IVG)	Vaccination	Vieillesse	VIH-Sida IST	Violence	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	2				2							32
Bourgogne-Franche-Comté	1				2				1	3		108
Bretagne	4		3			1	4			8		32
Centre-Val de Loire												
Corse												
Grand Est	12		1	3	2	5	1	2	4	11	1	126
Région Guadeloupe	1									1		7
Hauts-de-France												
Ile-de-France												
La Réunion												
Martinique					1				1	2		8
Normandie	2		2	1	6	1	1		1	2		46
Nouvelle-Aquitaine	10				7			2	2	7		70
Occitanie	4								3	14		53
Pays de la Loire	9				4		5		2	7		85
Provence Alpes Côte d'Azur	83	40	40	40	79	42	50	52	52	73	40	2228
Total	128	40	46	44	103	49	61	56	66	128	41	2795

DEUXIEME ANALYSE : Une analyse des programmes d'éducation thérapeutique dispensés dans la région PACA :

Le choix de la région PACA s'explique par le fait que c'est l'une des régions où les renseignements relatifs aux programmes d'ETP sont parmi les plus complets et les plus exactes sur le site de l'outil en raison d'une mise au point fréquente par le CRESPACA. Ces deux facteurs déterminants pour la qualité de mes analyses étaient difficilement vérifiés avec les autres régions.

La cartographie :

D'abords, l'outil m'a permis d'éditer une cartographie de l'ensemble des actions d'éducation thérapeutique menées dans la région. En tout, il existe 598 actions dispensées de façon très hétérogène avec une forte présence du dispositif dans les deux départements : les Bouches du Rhône et le Var.

Les critères de sélection pour l'édition de la cartographie :

- Type d'actions : uniquement les actions d'éducation thérapeutique.
- Année : de 2010 jusqu'à 2017.
- Public : tout public.

Il me semble important de signaler que l'outil a dénombré de véritables actions liées à l'ETP comme :

- « Diabète 1 et insulinothérapie fonctionnelle – Adulte » : qui est un programme d'ETP dirigé par le Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP).
- « Bien vivre sa broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) insuffisance respiratoire chronique (IRCO) » : un programme d'ETP mené par le Centre Hospitalier Général de Cannes.

Ou encore « Education thérapeutique des patients atteints de VIH / Hépatite » qui est un autre programme dont l'action est portée par le Centre Hospitalier de Martigues.

Néanmoins, je note aussi la présence d'autres types d'action n'ayant pas de rapport avec cette notion ce qui m'emmène à m'interroger de la pertinence de cette

recherche et de l'exactitude de cette cartographie, exemple :

- « Action de prévention et de Réduction Des Risques dans les habitats précaires auprès des jeunes usagers de produits psychoactifs ». Cette activité est portée par Médecins du Monde.
- « Créer un poste de conseiller habitat-santé au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) ».

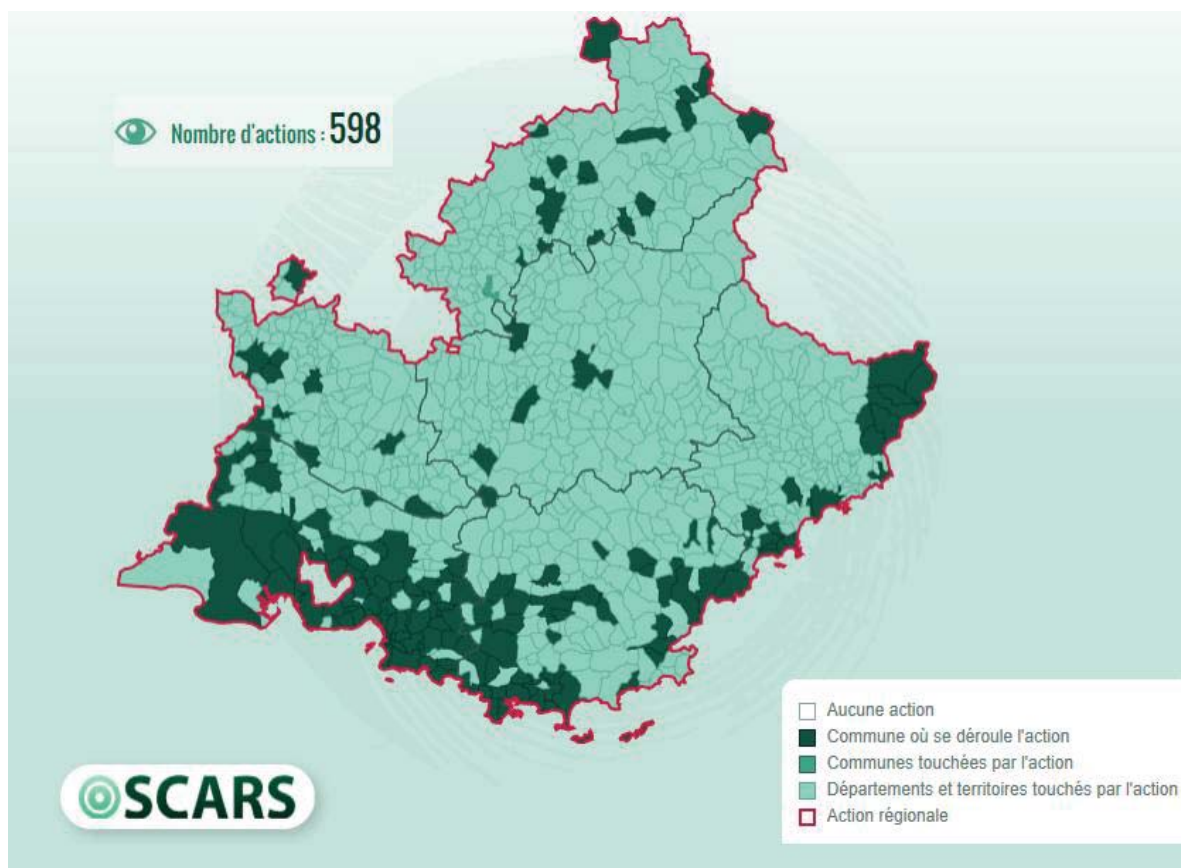


Figure n°9 : la cartographie des actions ETP dispensées en région PACA

La deuxième étape de cette analyse consistait à faire un recensement de ces actions en fonction des pathologies visées et voir leur distribution au sein même des villes de la région.

Pour commencer, j'ai dû restreindre la taille de l'échantillon aux seuls programmes d'ETP actifs et ceci en choisissant quelques critères d'inclusion qui sont :

Année d'autorisation du programme : 2010 à 2017

Type de lieu : ambulatoire OU hospitalier

Programmes arrêtés : non

Résultat, je suis arrivée à 258 actions seulement dans toute la région PACA. Ensuite, j'ai sélectionné « niveau territorial de santé » et « thème » comme critères de croisement afin d'obtenir le tableau suivant :

Tableau n°3 : la répartition des actions d'ETP dans les communes de la région PACA en fonction de la pathologie

etp_pathologie	Aix-en-Provence	Antibes	Apt	Arles	Aubagne La Ciotat	Avignon	Briançon	Brignoles	Cannes-Grasse	Carpentras
Accident vasculaire cérébral (AVC)		1								
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs		1								
Cardiopathie	4					2			1	1
Hypertension pulmonaire	2					1				1
Insuffisance cardiaque	4			2		2			3	1
Risques cardiovasculaires	2					2				1
Asthme	1						4			
Bronchopneumopathie obstructive	2				1		2		3	
Insuffisance respiratoire chronique	1						2			
Intestin (Stomathérapie, stomie, MICI)									1	
Insuffisance rénale	2	1			2	1			1	1
Transplantation rénale									1	
Diabète										
Diabète 1	7	1		2		1	1		1	
Diabète 2	5	1	1	2	2	3	1		4	
Diabète gestationnel										
Hémophilie										
Thalassémie										
VIH/Sida						1				
Hépatite virale										

etp_pathologie	Aix-en-Provence	Antibes	Apt	Arles	Aubagne La Ciotat	Avignon	Briançon	Brignoles	Cannes-Grasse	Carpentras
Mucoviscidose										
Obésité	4	2		1	4		1	1	5	1
Dermatose (Eczéma, psoriasis)				1						
Psychose maniacodépressive (Trouble bipolaire)	1	1							1	
Schizophrénie	1									
Ostéoporose										
Maladie rhumatismale (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante)									1	
Rachis [Pathologie] (Hernie discale, lombalgie)					1				1	
Maladie d'Alzheimer										
Maladie de Parkinson	1				2			1	1	
Sclérose en plaque (SEP)						1				
Scièreose latérale amyotrophique (SLA)										
Total	37	8	1	8	12	14	11	7	24	6

etp_pathologie	Cavaillon	Digne-les-Bains	Draguignan	Embrun	Fréjus Saint-Raphaël	Gap	Manosque	Marseille	Martigues
Accident vasculaire cérébral (AVC)								1	
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs								1	
Cardiopathie						1		2	
Hypertension pulmonaire						1		1	
Insuffisance cardiaque					1	2		4	2
Risques cardiovasculaires						2		4	
Asthme	1		1	1	2	3		6	
Bronchopneumopathie obstructive						1	1	4	1
Insuffisance respiratoire chronique						1		1	
Intestin (Stomathérapie, stomie, MICI)								2	
Insuffisance rénale							1	1	
Transplantation rénale									
Diabète									
Diabète 1			1		2	2	1	2	3
Diabète 2	1		2		4	3	1	4	2
Diabète gestationnel								1	1
Hémophilie								1	
Thalassémie									
VIH/Sida								4	1
Hépatite virale								4	1

etp_pathologie	Cavaillon	Digne-les-Bains	Draguignan	Embrun	Fréjus Saint-Raphaël	Gap	Manosque	Marseille	Martigues
Mucoviscidose								1	
Obésité		1	1		3	1		2	1
Dermatose (Eczéma, psoriasis)								2	
Psychose maniacodépressive (Trouble bipolaire)								1	
Schizophrénie								1	
Ostéoporose									
Maladie rhumatismale (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante)									
Rachis [Pathologie] (Hernie discale, lombalgie)					1			1	
Maladie d'Alzheimer									
Maladie de Parkinson								1	1
Sclérose en plaque (SEP)								1	
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)									
Total	2	1	5	1	14	17	4	53	13

etp_pathologie	Menton	Nice	Orange-Valréas	Salon-de-Provence	Sisteron	Toulon-Hyères	Total
Accident vasculaire cérébral (AVC)		2			1		5
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs						1	3
Cardiopathie		1			1	3	16
Hypertension pulmonaire		1				1	8
Insuffisance cardiaque		1		2	1	4	29
Risques cardiovasculaires		1			1	3	16
Asthme	1	1				2	23
Bronchopneumopathie obstructive	1	1		1		2	20
Insuffisance respiratoire chronique							5
Intestin (Stomathérapie, stomie, MICI)		1					4
Insuffisance rénale		3	1			2	16
Transplantation rénale		2				1	4
Diabète							
Diabète 1		2		2		2	32
Diabète 2	2	5	1	2		5	54
Diabète gestationnel		1					3
Hémophilie		1					2
Thalassémie							
VIH/Sida		1					7
Hépatite virale		1					6

etp_pathologie	Menton	Nice	Orange-Valréas	Salon-de-Provence	Sisteron	Toulon-Hyères	Total
Mucoviscidose							1
Obésité	2	6		1		5	42
Dermatose (Eczéma, psoriasis)							3
Psychose maniacodépressive (Trouble bipolaire)	1	1					6
Schizophrénie							2
Ostéoporose							
Maladie rhumatismale (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante)		2				1	5
Rachis [Pathologie] (Hernie discale, lombalgie)							4
Maladie d'Alzheimer							
Maladie de Parkinson		2					9
Sclérose en plaque (SEP)		1					3
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)							
Total	7	37	2	8	4	32	328

TROISIEME ANALYSE : Analyse du développement des programmes d'ETP depuis 2010 (c'est-à-dire depuis la loi HPST) et la population touchée :

Pour cette analyse statistique, j'ai utilisé le même échantillon qui a servi pour l'analyse précédente et qui contenait 258 actions éducatives. Ensuite, j'ai choisi « année d'autorisation » et « public » pour croiser les chiffres de l'échantillon.

Le résultat est présenté dans le tableau qui suit :

Tableau n° 4 : la distribution annuelle des programmes d'ETP autorisés depuis 2010 par type de public touché.

publics	Années d'autorisation										Total
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010			
Nourrissons (0-2 ans)			4	2							6
Enfants (2-5 ans)		2	7	6	3						18
Enfants (6-9 ans)		3	9	13	4						29
Préadolescents (10-12 ans)		3	12	13	4						32
Adolescents (13-18 ans)		10	23	18	5						56
Jeunes 16-25 ans (insertion professionnelle)		1									1
Adultes 18-55 ans	2	36	74	68	21	3					204
Personnes de plus de 55 ans	2	39	63	65	21	3					193
Professionnels de santé		10	45	33	1	2					91
Professionnels du social		1		2							3
Femmes enceintes			3	3							6
Parents		5	15	12	7						39
Patients	2	44	89	81	34	3					253
Personnes relais / pairs		1									1
Aidants	1	19	44	36	25						125
Personnes handicapées		1			2						3
Personnes détenues ou sous main de justice		1									1
Usagers de drogues	1		1								2
Chômeurs											
Personnes en difficulté socio-économique		5	3	3	1						12
Total	8	181	392	355	128	11					1075

Discussion :

L'ensemble de ces analyses réalisées par OSCARS permettent de définir l'état actuel de la pratique de l'éducation thérapeutique en PACA et par extrapolation dans toute la France. D'abord, on remarque une montée en charge impressionnante depuis la reconnaissance de cette notion dans le code de la santé publique avec un chiffre qui a triplé dans la région PACA en deux ans (2013-2015). Il est vital que cette expansion soit poursuivie et encouragée pour réussir à intégrer l'ETP dans les soins ambulatoires.

Cependant, il ressort de la cartographie et des tableaux le caractère hétérogène de sa répartition territoriale. À titre d'exemple, on recense 53 programmes d'ETP à Marseille, 14 à Avignon, 8 à Arles ou à Antibes et seulement 1 à Digne-les-bains. Ce caractère confirme sans surprise le résultat porté par toutes les enquêtes qui ont précédé et va à l'opposé de l'égalité de l'offre de soins que le gouvernement vise avec la loi HPST.

Cette hétérogénéité est étroitement liée au manque de moyens financiers et au défaut d'aides octroyées aux petites régions et départements, problème qui ne cesse de pénaliser les habitants des petites communes et les personnes âgées incapables de faire le déplacement jusqu'au lieu de la séance éducative.

Il se dégage également du deuxième tableau une inégalité de l'offre éducative en matière de pathologies ciblées. En effet, si l'on prend les programmes autour du VIH/SIDA, il en existe 7 dans toute la région PACA dont 4 à Marseille et 1 à Nice, Martigues et Avignon. En revanche, le diabète et l'obésité totalisent à eux seuls environ une centaine de programmes. Le constat est le même pour les programmes visant l'AVC ou le diabète gestationnel et il reflète un besoin urgent pour harmoniser les thèmes auxquels s'intéressent les programmes afin d'en améliorer l'accessibilité.

Enfin, le public touché par ces actions semble être diversifié dans la région PACA parce qu'il existe une proportion d'actions qui cible les jeunes adolescents, une autre qui vise les jeunes adultes ou encore celle destinée aux personnes âgées. Cependant, c'est rarement le cas dans les autres régions où le processus éducatif concerne essentiellement les personnes de plus de 60 ans car atteintes de diabète ou de pathologies cardio-vasculaires.

Pour résumer, toutes les enquêtes et analyses que j'ai présenté dans cette partie sont arrivées à la conclusion suivante :

Aujourd'hui, l'ETP est principalement déployée à l'hôpital où le recrutement des patients se fait pendant les épisodes d'hospitalisation et où les séances éducatives se déroulent dans le cadre leur soins médicaux, tandis que l'ETP ambulatoire reste minoritaire avec une offre méconnue de tous , très disparate et non organisée.

II-3 ETAT DES LIEUX DE L'IMPLICATION DU PHARMACIEN DANS L'ETP :

A l'instar des évaluations des programmes d'ETP autorisés qui manquent cruellement, les études sur le lien entre le pharmacien et l'éducation thérapeutique du patient et son implication dans les programmes font défaut et restent anecdotiques.

Ceci étant dit, ma recherche sur cette question a fini par porter ses fruits et a abouti à deux enquêtes réalisées en 2013 et 2015 que je présente ici.

II-3.1 LA PREMIERE ENQUETE : « PHARMACIEN ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT : ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN FRANCE »: .

Cette étude a été dirigée par le pôle pharmacie de l'université de Grenoble-Alpes avec notamment son unité de recherche TIMC-IMAG UMR 5525 , le CHU de Grenoble et le Pôle Pharmacie des Hospices Civils de Lyon.

C'est une enquête nationale qui est née de la volonté d'établir un constat sur la situation actuelle des actions des pharmaciens français dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient.

L'étude a été menée sous forme d'un auto-questionnaire qui a été mis en ligne sur une période allant du 4 avril au 1 juin 2013. Les pharmaciens ayant répondu au questionnaire ont été recrutés par plusieurs structures dont la SFPC, le SYNPREFH, la FSPF, l'URPS, l'ADIPH et le quotidien du pharmacien.

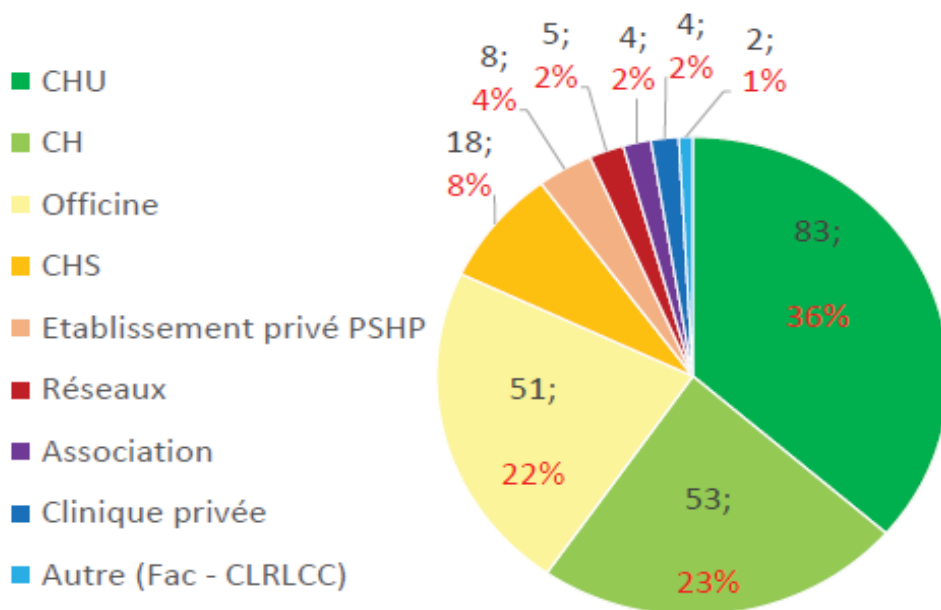
Alors, à travers 28 questions, les pharmaciens devaient définir le cadre du dispositif éducatif dans lequel ils se sont investis en soulignant bien sûr le type de pathologies concernées, le public touché par ces actions, l'endroit du déroulement des missions, le respect des recommandations de la HAS, le contenu des séances, le mode d'évaluation utilisé, les moyens de recrutement des patients et les sources de financement du programme...(voir annexe n°1).

II-3.1.1 Résultats :

Sur la totalité des réponses recueillies, seulement 228 ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Le reste c'est-à-dire 168 réponses, étant inexploitable, ont été exclues de l'enquête.

D'après cette étude, sur les 228 pharmaciens questionnés, 176 se disent impliqués dans des actions d'éducation thérapeutique. Ces actions ont lieu dans la plupart des cas dans le milieu hospitalier (*voir figure n° 10*) avec 36% des actions qui se réalisent dans des centres hospitalo-universitaires et 23% dans des centres hospitaliers. On note approximativement 22 % des actions qui se déroulent en ambulatoire et essentiellement en officine.

L'équipe a édité aussi une cartographie distribuant les taux de participation des pharmaciens aux actions éducatives sur l'ensemble de la métropole. Le sud-est a fini en tête du classement avec 38% de participation. Il est suivi par la région parisienne avec 18% du total des actions alors que les départements DOM-TOM se classent en dernier avec un taux de 1.8%. (Cf. Figure n° 11).

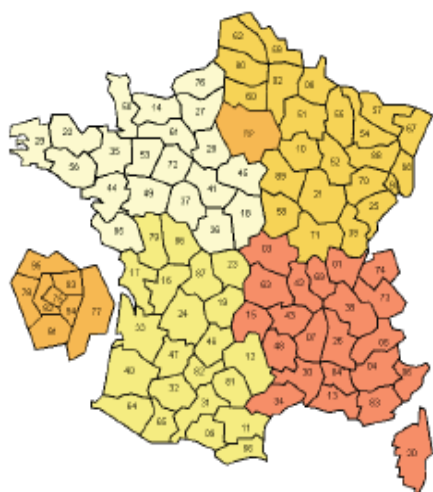


Lieu de l'action éducative (Nb d'actions ; %)

Figure n°10 :

la distribution des actions éducatives réalisées par les pharmaciens en fonction du lieu du déroulement.

(Source : A.LEHMANN , A.JANOLY-DUMENIL , M.BAUDRANT-BOGA , B.ALLENET : « pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France » ; 2013)



Lieu	Nb réponse/ %
DOM-TOM	4 1,8%
02	25 11,0 %
05	29 12,8 %
03	40 17,5 %
01	43 18,9 %
04	86 37,7 %

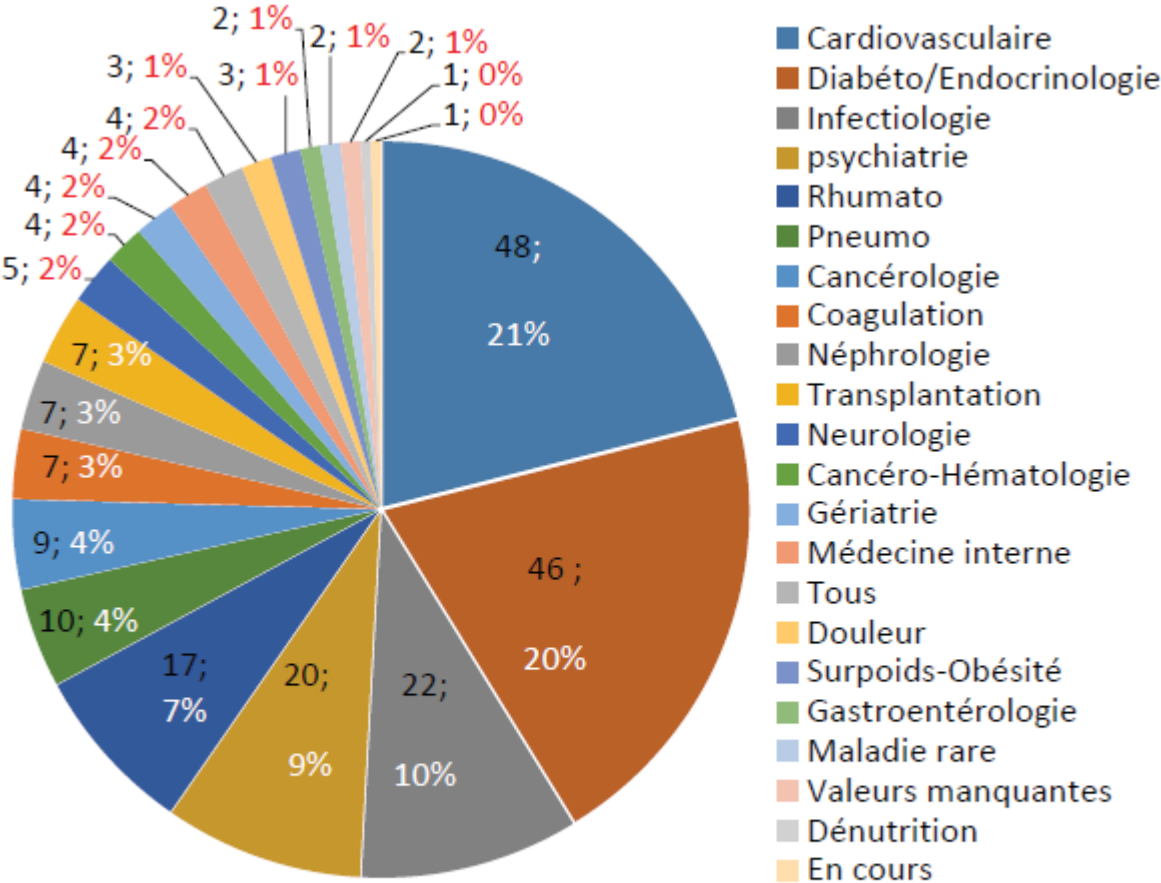
Cartographie des répondants selon l'index téléphonique

Figure n° 11 :

La cartographie des actions d'ETP impliquant les pharmaciens.

(Source : A.LEHMANN , A.JANOLY-DUMENIL , M.BAUDRANT-BOGA , B.ALLENET : « pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France » ; 2013).

Concernant le champ de travail de ces pharmaciens et le domaine pathologique sur lequel se concentrent leurs efforts éducatifs, on remarque un intérêt majoritaire autour des maladies cardiovasculaires et le diabète avec 21% et 20% de l'ensemble des actions éducatives menées respectivement. 10% du dispositif éducatif est lié aux pathologies infectieuses dont le VIH et les hépatites B et C. 9% des actions touche le domaine de psychiatrie. 7% est réservé aux pathologies rhumatismales tandis que la néphrologie et la cancéro-hématologie bénéficient chacune de seulement 2% de participation des pharmaciens à la démarche éducative.



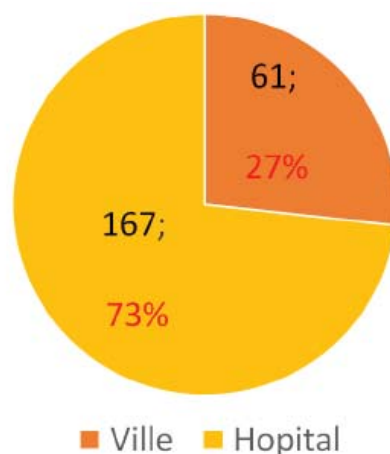
**Sur quel domaine porte l'action éducative ?
(Nb d'actions ; %)**

Figure n° 12 :

les pathologies bénéficiant des actions éducatives.

(Source : A.LEHMANN , A.JANOLY-DUMENIL , M.BAUDRANT-BOGA , B.ALLENET : « pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France » ; 2013).

Concernant la figure n°13, elle témoigne d'une faible participation des pharmaciens exerçant en pharmacie de ville par rapport à ceux travaillant à l'hôpital avec des taux à 27% et 73 % respectivement. On note également que sur l'ensemble du groupe d'étude, 38% des pharmaciens étaient les initiateurs du projet éducatif.

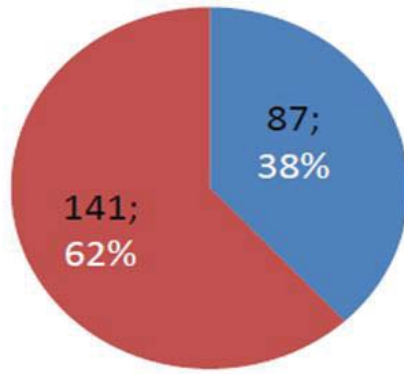


Répartition Ville / Hôpital des répondants

Figure n°13 :

La proportion des pharmaciens officinaux et hospitaliers participant au dispositif éducatif.

(Source : A.LEHMANN , A.JANOLY-DUMENIL , M.BAUDRANT-BOGA , B.ALLENET : « pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France » ; 2013).



■ Oui ■ Non

Etes vous l'initiateur du projet?

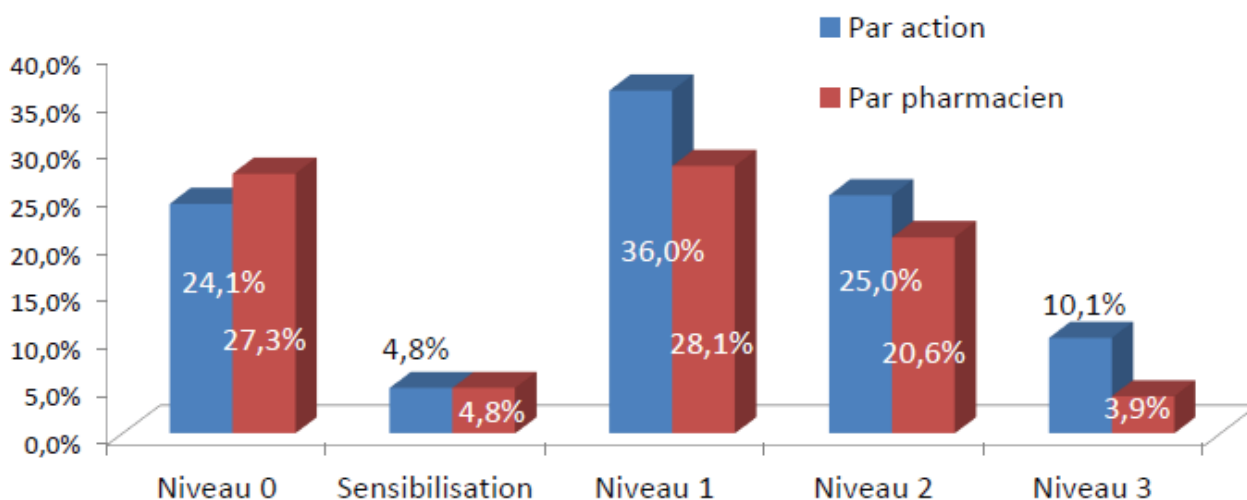
Figure n°14

:le nombre de pharmaciens à l'origine de l'action éducative.

(Source : Cf. figure n°13)

Quant à la question de la formation à l'ETP de ces pharmaciens, plus de 27% répondent négativement ce qui signifie qu'ils dispensent de l'ETP sans y avoir été préparés et ceci concernent plus de 24% de l'ensemble des actions éducatives. Environ 5% de ce groupe se dit avoir assisté à une journée de sensibilisation à l'ETP alors que 53% d'eux confirment qu'ils ont bien suivi une formation sur ce concept. Parmi ces derniers :

- 28.1% ont suivi une formation de 40 heures donc de niveau 1.
- Environ 21% ont suivi une formation de niveau 2 c'est-à-dire un DU .
- Et seulement 4% sont déjà au niveau 3 : c'est-à-dire un master, une thèse de science ou un Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DIFEP).



Quelle formation en ETP des pharmaciens impliqués?

Figure n°15 :

le niveau de formation des pharmaciens questionnés.

(Source : Cf. les figures précédentes)

L'évaluation du processus éducatif était elle aussi au cœur de l'enquête. En effet, un grand nombre de pharmaciens réalisent des appréciations de leurs actions éducatives (81%). Ces estimations portent le plus souvent sur le dispositif éducatif lui-même (contenu des séances, nombre de patients, ..) et/ou sur son impact sur le patient.

Enfin, les dernières figures traduisent la notion du respect des recommandations de la HAS .On observe donc une majorité des programmes d'éducation (86%) qui s'organisent autour des quatre étapes définies par la HAS. Cependant, seulement 38% de ces programmes ont fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de l'ARS.

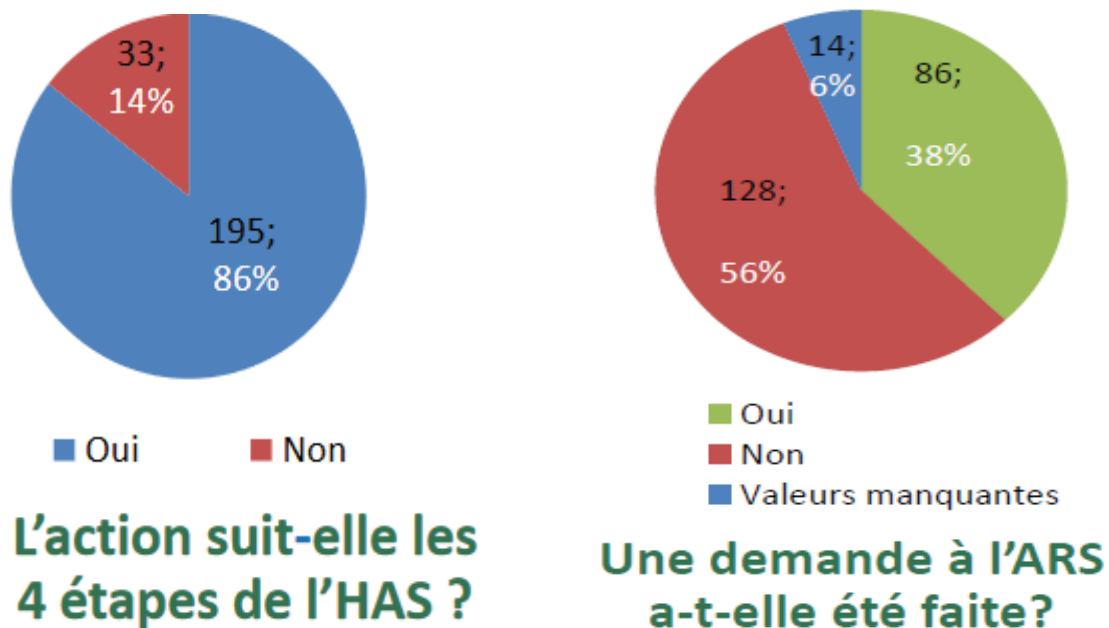


Figure n°16 :

La proportion des actions d'ETP suivant les recommandations de la HAS.

(Source : Cf. les figures précédentes)

II-3.1.2 Discussion :

Cette étude a permis d'une part de mettre le point sur l'investissement du pharmacien dans les pratiques de l'ETP et d'autre part de déterminer certains freins qui empêchent ces actions de se développer y compris en ville.

D'abords, on remarque une faible participation des pharmaciens d'officine dans les programmes d'ETP par rapport à leurs homologues hospitaliers (seulement un quart des personnes interrogées). Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une grande partie des actions thérapeutiques ont lieu dans des structures hospitalières où le dossier du patient est numérisé et partagé donc facilement accessible par l'ensemble des praticiens qui font partie de l'équipe soignante. Chose qui est indispensable quand on fait de l'ETP et très compliquée à reproduire en ville. Aussi la communication au sein de l'équipe soignante n'est pas une barrière à l'hôpital donc l'idée de recruter le pharmacien hospitalier dans les programmes d'ETP est beaucoup plus abordable.

Le deuxième obstacle identifié grâce à cette étude est la formation à l'ETP. Malgré un taux qui avoisine les 55% des pharmaciens formés à l'ETP (quel que soient leurs niveaux), le nombre des professionnels questionnés qui dispensent de l'ETP sans avoir les compétences requises reste considérable. Ceci traduit un besoin urgent à agrandir le dispositif d'enseignement des professionnels de santé en élargissant son champ aux universités par exemple et en l'incluant dans les formations continues.

Le développement hétérogène de l'ETP sur le territoire français et la restriction des thèmes proposés au diabète et pathologies cardiovasculaires témoignent de la difficulté à la mise en place des programmes. L'une des raisons à cette problématique est notamment la rareté des modes de financement. Effectivement, 42% des actions éducatives recensées dans l'enquête sont réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire et le temps consacré à l'ETP est rarement rémunéré. Tout cela a besoin d'être étudié afin d'apporter les réponses les plus appropriées.

En dépit de toutes ces contraintes, on constate une détermination des pharmaciens à respecter les recommandations de la HAS surtout en ce qui concerne les quatre étapes prédéfinies de l'ETP, la notion de multi-professionnalité et les évaluations des programmes. Cette opiniâtreté est certainement liée à une volonté à faire de l'ETP l'un des outils les plus efficaces en termes de prévention et d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques et invalidantes.

II-3.2 LA DEUXIEME ENQUETE : « ETAT DES LIEUX DE L'IMPLICATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE LA HAUTE-VIENNE DANS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT » :

Comme son titre l'indique, le but de cette étude était de faire une estimation du rôle que joue le pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient dans la région de la Haute-Vienne. Ses résultats ont été présentés le 29 janvier 2015 au colloque « de la pratique à la recherche en éducation thérapeutique du patient : aspects méthodologiques ».

Cette étude a été réalisée par la PUI du CHU limoges, le centre d'Epidémiologie, de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche du CHU Limoges , le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Limousin et l'Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie de Limoges.

Comme l'étude précédente, elle consiste en un questionnaire envoyé aux pharmaciens d'officine de la région *via* mail ou courrier co-signé du président du CROP et du doyen de la faculté de pharmacie de Limoges.

Le questionnaire est conçu sous forme de trois parties : la première qui vise à recueillir des données générales des pharmaciens répondant à l'enquête. La deuxième partie est dédiée aux personnes qui pratiquent l'éducation thérapeutique du patient alors que la troisième est réservée à ceux qui ne participent pas à l'ETP.

II-3.2.1 Résultats :

D'abords, Sur les 158 officines ciblées par cette enquête seulement 55 ont répondu au questionnaire ce qui représente 35.4% du total.

Par ailleurs, l'évaluation des réponses données aux deux questions :

Comment définissez-vous l'ETP ? et Citez trois mots-clés représentatifs de l'ETP ?

Démontre que :

- 21% des pharmaciens ont soit donné une définition incorrecte soit n'ont pas du tout répondu à ces questions.
- Environ 39% ont donné une définition très basique de cette notion.
- 43% ont mentionné 3 à 5 critères de définition qui ont été élaborés par l'équipe de recherche.
- 1.8% ont pu donner une définition complète de ce que c'est l'ETP.

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

Aussi, ce questionnaire a permis de constater que tous les pharmaciens sont favorables à une intégration d'une formation à l'ETP dans le cursus des étudiants en pharmacie et la majorité d'entre eux (77.4%) voient un intérêt majeur dans la coordination ville -hôpital pour une meilleure prise en charge thérapeutique du patient .

Enfin, l'équipe de recherche a demandé aux pharmaciens pratiquant l'ETP de designer parmi une liste de propositions les différents freins au développement de l'ETP en ville . Les réponses récoltées ont conduit à la construction d'un diagramme où l'on peut voir que le premier obstacle identifié est le temps talonné par le manque de rémunération et le défaut de formation.

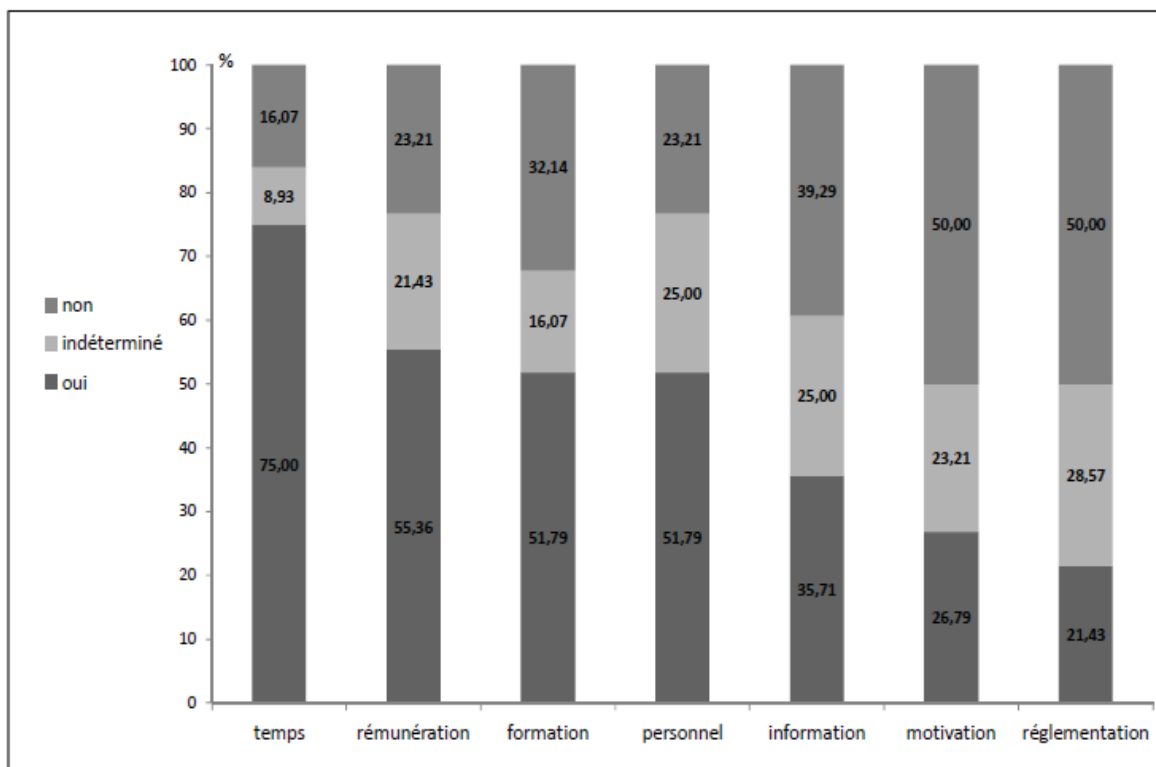


Figure n°17 :

les contraintes à la réalisation de l'ETP identifiées par les pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne.

(Source : C.GORGEON , F.DALMAY , P-M.PREUX , V.RATSIMBAZAFY , Y.TARNAUD , J-L.DUROUX :« état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient » ; janvier 2015.)

II-3.2.2 Discussion :

Cette étude a permis de déterminer le rôle que joue actuellement le pharmacien d'officine dans le dispositif d'ETP que ça soit en Haute-Vienne ou ailleurs car le constat est le même sur tout le territoire. Elle a contribué aussi à mettre en lumière les principaux freins qui l'empêchent de participer à ces actions.

Au premier abord, on note l'absence d'inclusion des pharmaciens officinaux dans les programmes d'ETP réalisés dans cette région ce qui en dit long sur leur implication au niveau national. Ce manque de participation est certainement dû à la confusion qui règne au sein de la profession officinale au sujet de l'ETP, une confusion qui crée et alimente des amalgames entre cette notion et les conseils que l'on donne lors de la dispensation de médicaments ou les entretiens pharmaceutiques qui sont une autre activité d'accompagnement des patients chroniques. Cette méconnaissance frappante de la part pharmaciens officinaux de ce que c'est l'ETP demeure à mon avis l'obstacle principal au développement de l'ETP en officine.

En outre, les résultats de cette étude viennent appuyer d'autres articles de la littérature particulièrement en ce qui concerne les problématiques identifiées comme freins à la pratique officinale de l'ETP et qui sont dans l'ordre : le temps, la rémunération, la formation, l'information, la motivation et enfin la réglementation. En effet, même les pharmaciens les plus chevronnés déclarent qu'ils rencontrent des difficultés à organiser leur temps et leurs équipes afin de libérer du champ pour l'activité éducative. D'autres estiment que le défaut de rémunération ou certaines contraintes réglementaires sont suffisantes pour les dissuader à s'intégrer à cette posture. Tout compte fait, ces soucis d'organisation de l'ETP en officine sont réels et pénalisent un essor de cette activité dans les soins de premiers recours.

Enfin et Malgré toutes les défaillances qui ont été soulignées dans cette enquête, on remarque l'ouverture d'esprit des pharmaciens officinaux vis-à-vis de cette démarche et la reconnaissance de son utilité dans l'amélioration de l'offre de soins. On observe aussi un accord quasi-total des personnes questionnées avec

l'introduction de la formation à l'ETP dans le cursus des étudiants en pharmacie, sans doute par ce qu'ils croient en la génération montante pour être les futurs piliers de l'ETP ambulatoire et en l'importance de cette formation pour les initier dans cette posture.

Tout cela traduit une volonté des pharmaciens officinaux à faire partie du maillage ambulatoire de l'ETP et témoigne des attentes et des espoirs concernant les freins à surmonter pour une mise en place efficace et pérenne en officine .

Conclusion :

En conclusion de ce chapitre, je souhaite mettre l'accent sur le petit nombre d'enquêtes qui ont étudié l'ETP dans le milieu ambulatoire ou celles qui ont évalué le rendement des équipes soignantes à travers les programmes autorisés. Des enquêtes qui sont pour la majorité des études qualitatives faites sur des échantillons non représentatifs *via* des questionnaires peu pertinents. Le besoin d'établir des bilans quantitatifs approfondis des actions éducatives développées à l'heure actuelle me semble vital pour appréhender la réalité de la mise en œuvre du processus, explorer ses divers indicateurs de qualité et suivre le dispositif au regard des objectifs fixés.

Par ailleurs, ça permettrait un pilotage plus efficient des programmes en cernant les leviers contribuant à leur valorisation ainsi que les contraintes entravant leur élaboration. D'ailleurs, en ce que concerne les freins aux développements des actions d'ETP, je vous propose d'en étudier quelques-uns dans le chapitre suivant.

TROISIEME PARTIE : LES CONTRAINTES DU DEPLOIEMENT DE L'ETP DANS LES SOINS DE PREMIER RECOURS ET EN OFFICINE

Force est de constater que les programmes d'ETP peinent à trouver leur place dans le milieu ambulatoire et en officine malgré le gage de sérieux que la loi Bachelot leur confère. Parmi les freins qui paralysent encore leur expansion, on trouve :

III-1 .L'HOSPITALOCENTRISME DES PROGRAMMES D'ETP :

Il est indéniable que l'hospitalo-centrisme est l'un des plus gros obstacles à surmonter afin de développer les programmes d'ETP en ville. En effet, cette dimension hospitalière qui reste majoritaire quel que soit le type de pathologies chroniques visées dénonce premièrement un déséquilibre dans l'offre de soins entre l'hôpital et la ville et deuxièmement une inégalité d'accès et de proximité des structures organisant les programmes d'ETP pour les patients.

Le règne de l'hôpital sur l'ETP est d'abords lié à la facilité de l'organisation de l'équipe soignante en réseau du fait qu'ils travaillent tous dans la même structure, qu'ils ont à leur disposition de multiples moyens de communication (téléphone, mail, fax) chose qui est favorable à l'échange, l'un des critères de réussite de l'ETP et que la multi-disciplinarité est aisément réalisable car les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, psychologues,... sont pas ceux qui manquent dans les établissements de santé.

Par ailleurs, ce fait est dû à la capacité de l'hôpital à surmonter les impératifs administratifs grâce à un personnel qualifié. Ces impératifs sont essentiellement en rapport avec la demande d'autorisation des programmes ETP qui doit respecter les exigences du cahier de charge : résumé du programme (nom du programme, pathologie ciblée, patients ciblés, nombre de patients prévus, lieu de mise en œuvre,..), présentation de tous les professionnels participants, définition des ressources financières, la mise en place des évaluations annuelles et quadri annuelles, descriptif complet des ateliers et séances individuelles ainsi que des outils pédagogiques utilisés ...

Autre raison qui explique le leadership de l'hôpital dans le domaine de l'ETP est la mise à disposition aux équipes soignantes des moyens nécessaires à la réalisation de l'ETP notamment la mise en place des formations permettant la dispensation de ces actions, les locaux adaptés dédiés aux ateliers ou aux entretiens individuels et répondant aux normes de confidentialité, des plateaux techniques pouvant être sollicités dans le cadre du suivi clinique et biologique du patient sans parler d'une diversité d'outils pédagogiques conçus entre autre par le pool d'internes présents dans les services et qui viennent renforcer les moyens humains de l'équipe.

Enfin, le recrutement des patients atteints de pathologies chroniques et présentant des facteurs de co-morbidité ou des complications affectant leur mode de vie est beaucoup plus évident qu'en ville. En effet, il suffit d'aller dans un service d'endocrinologie par exemple pour repérer les patients hospitalisés pour une prise en charge des complications du diabète ou pour un rééquilibrage d'un traitement inefficace. Ces patients sont les plus susceptibles et surtout ceux qui ont le plus besoin d'intégrer un programme d'ETP.

III-2. L'ABSENTESME DES PATIENTS ET LEUR MANQUE

D'ADHESION :

Durant les séances éducatives collectives auxquelles j'ai eu l'occasion d'assister avec Marseille-Diabète/Santé Croisée et Ecole de l'Asthme, j'ai pu constater le problème d'absentéisme des patients. Il nous est déjà arrivé que sur 10 personnes inscrites à un atelier seulement 2 patients se sont présentés voire même aucune personne, ce fut effectivement le cas d'un atelier pour enfants asthmatiques qui devaient être accompagnés de leurs parents et qui s'est conclu par son annulation. Ce qui complique ce problème c'est que dans la majorité des cas les patients en question ne préviennent pas laissant ainsi l'éducateur attendre en vain leur arrivé. Ce problème n'étant malheureusement pas isolé, toutes les équipes soignantes y sont confrontées.

Epine irritative et facteur limitant de la réussite du programme d'ETP, l'absentéisme peut être révélateur de certaines difficultés rencontrées par le patient. En effet, le manque d'engagement du patient peut témoigner de plusieurs choses dont :

- Une incohérence dans le planning des séances éducatives et leur inadaptation à ses horaires de travail (ex : le patient qui sort fatigué du boulot et n'arrive pas à se motiver -pour une séance d'ETP).
- À son quotidien (ex : la séance coïncide avec sa séance de sport).
- À son rythme d'apprentissage avec un planning trop chargé (le patient n'a pas totalement saisi le contenu de la séance précédente qu'il y a déjà une autre).
- Une coïncidence avec les périodes des fêtes ou les vacances (fêtes de Noël, vacances de fin d'année, vacances de Pâques, ..).
- Une difficulté à introduire ce programme dans sa vie ex : une maman diabétique qui doit s'occuper de ses enfants toute la journée et n'arrive donc pas à trouver du temps ou une alternative pour pouvoir assister aux séances d'ETP.

De plus, l'absentéisme est favorisé par :

- Un défaut d'adhérence du patient à cette idée d'éducation thérapeutique. Le patient considère que seulement un traitement médicamenteux peut apporter une solution efficace à sa pathologie et ne voit pas en quoi « la connaissance de la physiopathologie de la maladie » ou « la participation à un jeu collectif » peut l'aider à la combattre. Tout cela traduit une mauvaise représentation de l'ETP chez ces patients.
- Un déni du besoin du changement de comportement pour améliorer sa vie, un déni qui est généralement nourri par la crainte du changement tout court. C'est généralement des patients qui n'aiment pas qu'on bouscule leurs habitudes ou qui refusent d'admettre qu'ils souffrent d'un problème de santé .
- Une inadaptation des moyens techniques et outils pédagogiques utilisés pour certains patients et l'existence dans certains cas de la barrière de langue ce qui peut conduire à un problème d'assimilation et d'incompréhension du fond de la séance éducative. Le patient finit par décrocher car ça ne lui rapporte aucun bénéfice. C'est l'exemple d'un patient qui préfère les entretiens individuels car il rencontre des difficultés à trouver sa place au sein d'un groupe. Il ne participe pas à la séance collective et se met à l'écart. Autre exemple c'est la complexité de certains outils pédagogiques utilisés avec des enfants.
- L'inadaptation du thème du programme d'ETP et du contenu des séances éducatives aux attentes du patient. Ex : un patient s'inscrit à un programme d'ETP sur le diabète pour pouvoir acquérir des connaissances sur le pied diabétique, alors il se présente uniquement aux séances correspondantes et manquent le reste du programme.
- L'inaccessibilité des lieux où se déroulent les actions d'ETP. Malheureusement certains programmes ont lieu loin du domicile du patient ce qui peut être une source de démotivation. Cette notion est encore plus présente quand les séances se passent dans les hôpitaux.

III-3.LES FREINS RENCONTRES PAR LE PHARMACIEN ET LES AUTRES SOIGANANTS :

L'un des freins majeurs au déploiement de l'éducation thérapeutique du patient en ville est le défaut d'implication des professionnels de santé dans les programmes notamment le médecin généraliste et le pharmacien d'officine.

Cette carence est le résultat de plusieurs contraintes dont :

III-3.1 UNE VISION FLOUE DE L'ETP :

En effet, toutes les enquêtes qui ont essayé d'évaluer la participation des professionnels de santé à la pratique éducative sont arrivées au résultat suivant :

L'existence de lacunes importantes chez ces professionnels concernant la connaissance du concept d'ETP. il y a d'abord ceux qui ignorent totalement cette notion c'est le cas par exemple de ce médecin généraliste qui dit :« *parce que c'est vrai que je connaissais pas du tout l'éducation thérapeutique* », ceux qui sont réticents et restent peu convaincus de l'intérêt de la démarche éducative(conséquence de la méconnaissance de l'ETP), et puis il y a ceux qui peinent à la définir voire même la confondre avec les simples informations et conseils qu'ils délivrent au moment de la consultation médicale (pour les médecins généralistes) ou lors de l'exécution de l'ordonnance (pour les pharmaciens d'officine).

Si la proportion des deux premiers profils reste rare et tend même à diminuer au fil du temps, le troisième profil quant à lui représente une grande partie du corps médical et dresse un bilan amer de l'insuffisance de discernement de l'éducation thérapeutique du patient de la part des soignants.

Ce constat n'est ni plus ni moins que le résultat d'un manque de formation des professionnels de santé à cette pratique, d'une absence d'intégration de ce module dans le parcours universitaire des étudiants et d'une insuffisance d'investissement des institutions et structures sanitaires dans les campagnes de sensibilisation et d'information auprès du personnel soignant.

III-3.2 L'ACCESSIBILITE AUX FORMATIONS DESTINEES A

L'ETP :

Le défaut de formation des professionnels de santé notamment le pharmacien a été mentionné précédemment comme l'une des raisons de l'ambiguïté qui touche l'éducation thérapeutique du patient.

Cette défaillance concerne l'ensemble des professions médicales et paramédicales et a été le sujet de plusieurs enquêtes comme celle publiée en juin 2010 par l'URML Midi-Pyrénées sur la pratique de l'ETP par les médecins généralistes : le pictogramme suivant nous permet d'argumenter ce constat.

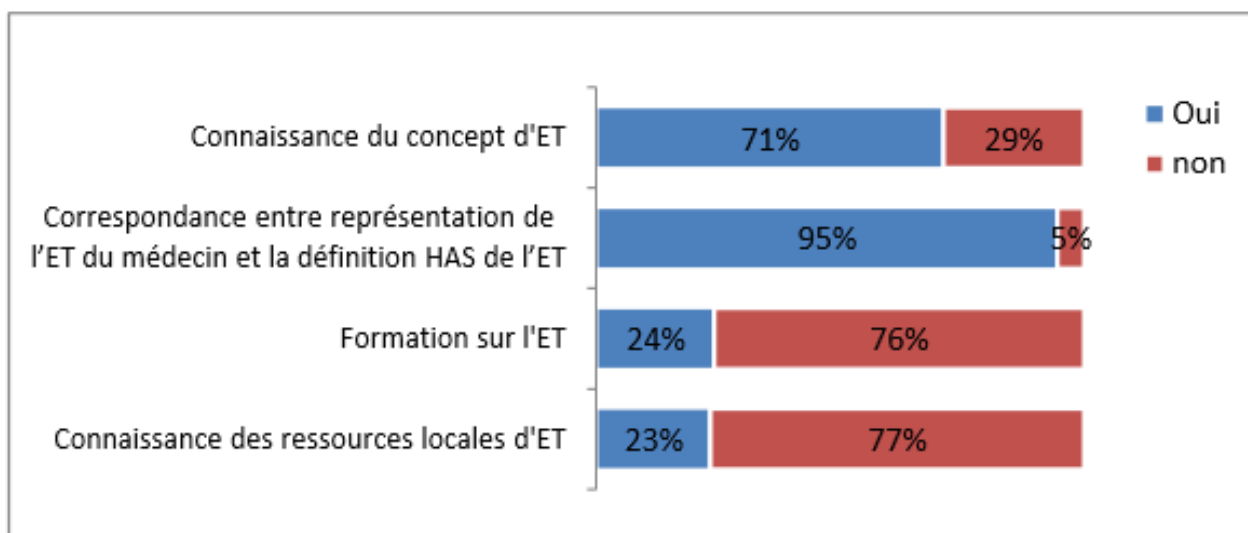


Figure n° 18:

les connaissances et formations des médecins généralistes concernant l'ETP

(Source : Union Régionale des Médecins Libéraux des Midi-Pyrénées : Pratique de l'ETP par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées, juin 2010)

Ce manque de formation des équipes soignantes vient d'une insuffisance de l'offre d'enseignement de l'ETP dans les universités et instituts de formation.

Effectivement, ces modules d'enseignement pouvant être considérés comme formation initiale à l'ETP se caractérisent par un fondement théorique pur basé sur l'introduction des principes généraux de l'ETP (définition, historique, étapes de

l'ETP,..) et sur l'acquisition de connaissances scientifiques. Or, pour faire de l'ETP, le futur professionnel de santé aura besoin de maîtriser la psychologie et la posture éducative. Cet aspect de la formation manque encore dans la plupart des programmes d'enseignement proposés aux étudiants.

De plus, ces offres sont malheureusement dépourvues de cas pratiques ou d'offre de stages où l'étudiant peut d'une part mieux assimiler la notion concrète de l'ETP et d'autre part prendre conscience de l'importance de ce dispositif dans l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques.

En outre, C'est des formations qui se distinguent majoritairement par un volume horaire nettement inférieur à celui recommandé par la HAS.

Tous ces défauts découlent d'un manque du personnel formateur, d'une offre limitée des formations destinées à ces formateurs et du petit nombre des programmes autorisés sur le terrain pouvant accueillir des stagiaires

Type de structures de formation	Nombre de structures		
	répondantes	ayant un enseignement spécifique (%)	
École de diététiciens	16	7	(43)
École de puériculture	27	10	(37)
École de sages-femmes	27	8	(29)
Faculté de médecine	19	11	(57)
Faculté d'odontologie	12	5	(41)
Faculté de pharmacie	13	5	(38)
Institut de formation de cadres de santé	27	6	(22)
Institut de formation de masso-kinésithérapie	26	14	(53)
Institut de formation des podologues	5	3	(60)
Institut de formation en soins infirmiers	243	161	(66)
Total	415	230	(55)

Tableau n°5 :

La répartition des structures proposant un enseignement spécifique en ETP en France en 2005.

(Source : INPES : état des lieux de la formation initiale en ETP en France ; résultats d'une enquête nationale descriptive ; 26 octobre 2006)

Concernant la formation continue, il existe une minorité de pôles universitaires et d'organismes habilités à dispenser des actions de DPC qui proposent la formation à l'ETP et celles qui peuvent assurer cet enseignement ne s'investissent pas dans des moyens de communication ou dans des campagnes d'informations auprès des soignants libéraux afin de le mettre en avant. Résultat : les professionnels de santé ne connaissent ni l'existence de ces programmes ni les structures qui en dispensent. Ceci nous amène à nous interroger sur l'efficacité de ce réseau formateur en ville.

III-3.3. LE TEMPS ET LA REMUNIRATION :

Autre handicap qui retient les pharmaciens et autres soignants de participer à ces sessions d'enseignement est le manque de temps et le défaut de rémunération car il faut souligner qu'un grand nombre de ces formations se font sur 6 ou 7 journées et nécessitent des frais d'inscription considérables qui peuvent aller de 800 à 1900 euros. Ceci signifie que le médecin ou le pharmacien doit s'organiser pour trouver un remplaçant qui assurera la continuité des soins. De plus, il faudrait qu'il trouve une aide au financement car le prix de la formation sera majoré du salaire du remplaçant ou de la perte d'activité. Certes, il y a des organismes qui proposent une aide financière dans le cadre des DPC mais la complexité des démarches et le contexte économique actuel des professions médicales, sociales et médico-sociales dissuadent un grand nombre des soignants.

III-4. LES FREINS ECONOMIQUES :

III-4.1 LES MODES DE FINANCEMENT ACTUELS DES PROGRAMMES D'ETP :

Selon l'Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier de charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient : « *Un programme d'éducation thérapeutique du patient ne doit pas poursuivre de visée promotionnelle, notamment au bénéfice du recours à un dispositif médical ou un médicament, conformément aux articles L. 5122-1 et L. 5122-6 du code de la santé publique. Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, les différentes sources de financement sont précisées par les promoteurs.* »

En effet, tout dossier faisant l'objet d'une demande d'autorisation d'un programme d'ETP auprès de l'ARS correspondante doit détailler l'ensemble des

moyens prévisionnels de financement qui seront mis à profit durant le parcours d'enseignement en indiquant le montant de chaque investissement.

Ce budget doit couvrir les frais de location du local, des opérations de maintien et de réparations, le coût des assurances et les achats de fournitures et matériel. Par ailleurs, il doit inclure les dépenses liées à la documentation, la conception des différents outils techniques et pédagogiques ainsi que ceux réservés la communication et la publicité. Aussi, le promoteur doit tenir compte dans son bilan prévisionnel économique de la rémunération du personnel, des impôts, des charges sociales et des autres coûts de la gestion courante.

On peut distinguer deux types de modes de financement des programmes d'ETP en France :

III-4.1.1 Les financements publics :

III-4.1.1.1 Les financements *via* la T2A :

Ça englobe un mode de tarification spécifique et des tarifs de GHS (pour Groupe Homogène de Séjour) qui concernent uniquement les programmes d'ETP menés à l'hôpital destinés aux patients hospitalisés.

Il faut souligner tout de même que la facturation des actions d'ETP dans un tarif GHS doit respecter les conditions définies dans la circulaire frontière du 15 juin 2010. Par conséquent, l'ETP ne doit jamais être l'unique raison d'hospitalisation d'un patient mais doit faire partie d'une prise en charge globale.

III-4.1.1.2 Les financements *via* les MIG (missions d'intérêt général) :

C'est une aide de l'état octroyée aux établissements publics et privés qui réalisent des missions d'intérêt général. Le choix de la structure qui en bénéficiera dépend de la nature de la mission et de son bon fonctionnement.

En ce qui concerne l'ETP, ce sont les établissements de santé qui organisent des programmes autour de patients ambulatoires non hospitalisés qui reçoivent ce type de financement.

III-4.1.1.3 Les financements *via* le FIR (fonds d'intervention régional) :

C'est un système de financement basé sur un forfait fixé par chaque ARS en fonction du budget qui lui est réservé. Cette enveloppe peut concerner le milieu hospitalier comme le milieu ambulatoire et cible les actions centrées sur la permanence et la qualité des soins, les actions de prévention et de santé publique sans oublier celles axées sur l'ETP.

Concernant l'ETP, elle est versée aux programmes qui répondent à l'actualité sanitaire de la région et couvrent les besoins de la population en termes de soins. D'autres structures dites d'appui ont droit elles aussi à cette aide. On cite par exemple les pôles de ressources en ETP, les Unités Transversales d'Education du Patient (UTEP, UTET) et les plateformes de ressources en ETP.

III-4.1.1.4 Les financements *via* les FIQCS :

Le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins est un nouveau moyen financier qui regroupe depuis plusieurs années la DNDR et le FAQSV. Il a pour but d'harmoniser la distribution régionale des fonds dédiés à la santé et de simplifier les démarches de financement.

Le FIQCS permet de subventionner des actions visant :

1. L'amélioration de la qualité des soins en ville.
2. La création de réseaux de santé et des maisons de santé multi-professionnelles.
3. La permanence des soins en ambulatoire.
4. L'optimisation de l'accès aux soins dans les zones rurales.

Ce type de financement est alimenté par les caisses d'assurances obligatoires comme la CPAM et le RSI et il est alloué par l'intermédiaire de l'ARS aux programmes d'éducation thérapeutique organisés en ambulatoire uniquement.

D'autres types de financement publics existent :

- *Via* Les FNEIPS CNAMTS, FNEIPS, FNMP RSI :

C'est un fond de prévention spécifique à chaque régime de sécurité sociale

dont le montant alloué est déterminé de façon annuelle ou pluriannuelle et qui permet de subventionner des actes de communication, de sensibilisation, de prévention et d'éducation thérapeutique.

- *Via* Les NMR (les nouveaux modes de rémunération).
- *Via* les crédits GRSP (Groupement Régional de Santé Publique).
- *Via* les appels aux projets.
- *Via* des fonds européens.

III-4.1.2 Les financements privés :

Le Décret no 2010-1031 du 31 août 2010 autorise le financement des programmes ETP par des subventions privées octroyées notamment par l'industrie pharmaceutique et biomédicale mais cette autorisation est cadrée par des règles strictes comme :

- L'interdiction de la participation à l'élaboration ou à la mise en œuvre des programmes d'ETP.
- L'interdiction de tout contact direct avec le patient et son entourage.

Il est important de noter que les programmes d'ETP peuvent bénéficier de plusieurs financements simultanés provenant de sources différentes et qu'une autorisation de l'ARS n'équivoque pas forcément à un accord de financement. C'est pourquoi, il est recommandé de trouver des partenaires capables de fournir des aides financières avant la soumission de la demande d'autorisation à l'ARS concernée.

III-4.2 LES DIFFICULTES LIEES A CES MODES DE FINANCEMENTS:

Malgré la diversité des sources de financement possibles de l'ETP, elles restent encore au stade expérimental donc instables et loin d'être pérennes. Ceci représente un obstacle de taille qui pénalise le déploiement des programmes au niveau national.

Si l'hôpital bénéficie d'une enveloppe budgétaire relativement suffisante provenant principalement des MIG qui continuent de subsister dans certaines régions et de la tarification à l'activité en GHS ,l'activité éducative réalisée en ville est en revanche financée par des subventions très limitées, non fongibles et aléatoires qui sont représentées majoritairement par les fonds publics consacrés aux FIR. L'iniquité financière observée entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire se creuse de jour en jour et nécessite une réorganisation profonde de la politique économique actuelle concernant l'ETP.

Autre contrainte rencontrée par les professionnels pratiquant l'ETP est la complexité et la lenteur des démarches liées aux demandes de financement. En effet, la multiplicité des sources financières impose aux promoteurs la constitution de plusieurs dossiers auprès des autorités publiques et privées. Ces tâches administratives sont tellement chronophages et difficiles qu'elles peuvent rebuter les esprits les plus motivés surtout quand on sait que la majorité des aides allouées sont inscrites sur une durée d'une année contrairement aux programmes qui sont pluriannuels et reconductibles.

À ces inégalités et incohérences, s'ajoute le contexte économique actuel du pays et le plan de restriction budgétaire de la sécurité sociale. Ce sont deux facteurs responsables de la réduction progressive des sommes destinées aux enveloppes publiques susceptibles de financer l'ETP. Ces limitations de dotations viennent contredire la volonté gouvernementale à placer l'ETP au cœur des actions promotionnelles de la santé et des actes de prévention des maladies chroniques.

Pour résumer, Cette absence de valorisation financière dans le milieu ambulatoire et en particulier en officine a déjà condamné un nombre de programmes d'ETP et continue de faire planer un nuage d'incertitude sur la survie des programmes actuels.

III-5 LE MANQUE DE COORDINATION :

Il est capital de créer une coordination multi-professionnelle synchronisée et de maintenir la communication et l'échange au sein de l'équipe organisant l'ETP en ville et ce pour le bien être du patient ainsi que pour la réussite de l'approche éducative . En réalité, ce défi est difficile à relever aujourd'hui car le réseau d'ETP souffre de défaillances à plusieurs niveaux.

D'abords, la coordination hôpital-ville fait cruellement défaut. Comme souligné à maintes reprises dans ce travail, un grand nombre de patients intègrent les programmes d'ETP au cours de leur passage à l'hôpital. Or à leur sortie, l'équipe hospitalière ne partage que peu le dossier médical du patient avec les soignants responsables de sa prise en charge en ville notamment le médecin traitant et le pharmacien et ceci impacte malheureusement la qualité du suivi thérapeutique et a une incidence sur la pertinence des actions éducatives réalisées en ambulatoire.

De plus, il n'existe pas une articulation ou une forme de partenariat entre ces deux réseaux d'ETP qui permettrait une meilleure orientation en ambulatoire pour les patients souhaitant poursuivre les programmes éducatifs. Cela est particulièrement dû à une organisation cloisonnée et une carence de pilotage qui ne cessent de pénaliser la généralisation de ce concept.

Il s'agit aussi d'un manque de coordination entre les soignants libéraux d'un même réseau de ville, conséquence directe des formations brèves et lacuneuses dont bénéficient les coordinateurs et qui les entraînent parfois dans un état de confusion entre un rôle d'accompagnement des professionnels et de gestion économique, technique et règlementaire du programme et un rôle de contrôle vertical parsemé de jugement et de hiérarchie.

Sur ces défauts de coordination se greffe un autre problème, celui de la communication interne. Etant donné qu'un programme d'ETP ambulatoire regroupe des intervenants libéraux spécialisés dans des domaines distincts, il est primordial pour la qualité des actions menées de maintenir un échange efficace entre eux. Ainsi,

il devient de la responsabilité de chacun de se servir de son expérience et de ses compétences pour les mettre à la portée des autres qui en ont besoin. Néanmoins, tous les professionnels de l'ETP ne possèdent pas cette attitude ce qui révèle encore une fois un autre champ de travail pouvant être la clé au déploiement de l'éducation thérapeutique du patient au niveau territorial.

III-6 L'EVOLUTION DE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE ET LE CHANGEMENT DE POSTURE THERAPEUTIQUE :

Depuis l'antiquité, les professions médicales (préférentiellement médecin et apothicaire) étaient cultivées sur le secret (médical et professionnel). C'est-à-dire que le médecin ou l'apothicaire se contentaient de proposer des remèdes et d'expliquer les choses à faire ou à éviter afin de remédier aux problèmes de santé de la personne. Cette pratique de médecine dite réparatrice continue d'exister jusqu'à maintenant en raison de la promotion d'une culture limitée de partage au sein des universités et des instituts. En effet, tous les professionnels de santé acquièrent le long du parcours universitaire une approche biomédicale et scientifique centrée sur un organe ou même un type de cellule sans tenir compte du patient dans sa globalité. Résultat : premièrement, le patient est devenu passif et incapable de s'adapter aux circonstances de son quotidien et deuxièmement, les soignants ont fini par dessiner un profil du bon ou mauvais patient basé sur la soumission du patient et son adoption de leurs recommandations.

L'arrivée de l'ETP depuis une vingtaine d'années a permis de promouvoir une médecine plus humaniste qui prend en charge le patient en tant qu'individu et reconnaît son expérience avec sa pathologie chronique. Ce changement dans la relation soignant-soigné où l'enseignement frontal (qui consiste en une relation linéaire entre un émetteur : le soignant doté de compétences et savoirs et un récepteur : le patient qui doit enregistrer le message du soignant et l'exécuter) est banni, exige que le soignant fait travailler les dimensions culturelle, religieuse et

socio-économique du soigné afin de construire un lien entre le malade et sa maladie . En effet, la pathologie chronique ,à l'inverse de la pathologie aiguë, n'est pas qu'une simple parenthèse de sa vie où il subit un diagnostic , un traitement puis une guérison mais le suit durant le reste de ses jours et devient une dimension à part entière de son quotidien.

Force est de constater que les professionnels de santé libéraux dispensant de l'ETP peinent à trouver leur place dans cette nouvelle relation. Le processus éducatif est en effet axé le plus souvent sur l'enseignement cognitif unidirectionnel comme l'intérêt des traitements, la prévention des complications, les gestes techniques d'auto surveillance...etc, sans vraiment étudier les paradoxes du patient, ses convictions, ses croyances et ses peurs. Des facteurs qui représentent pourtant la clé au changement de comportement et à l'efficacité de la démarche éducative chez lui sur le long terme.

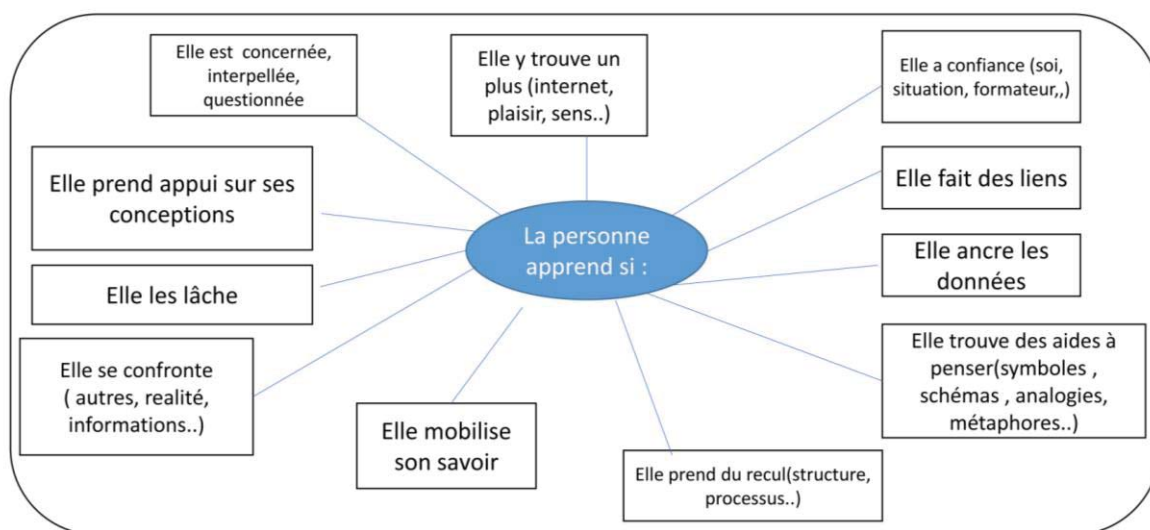


Figure n°19 :

Les paramètres de l'environnement didactique du patient.

(Source :D.SIMON , P.-Y.TRAYNARD , F.BOURDILLON , R.GAGNAYRE , A.GRIMALDI : « éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques » ; 3eédition ; ELSEVIER MASSON ; 2013).

III-7 LES PIEGES DE LA POSTURE EDUCATIVE :

Le but ultime des séances d'ETP est d'induire le changement de comportement chez un patient atteint d'une pathologie chronique pour le rendre réactif et parfaitement autonome. Toutefois, ce changement de comportement ne peut pas avoir lieu si l'enseignant se base sur un modèle de transmission dans ses pratiques pédagogiques parce que le passage du stade d'acquisition de connaissances vers un stade de réalisation d'actions exploitant ces mêmes informations n'est pas évident et nécessite un investissement mutuel des deux parties : soignant et soigné.

L'approche éducative dans le cadre de l'ETP est loin d'être simple ou facile et les éducateurs rencontrent souvent des difficultés à la mettre en œuvre.

D'abord, il faut que les partenaires éducateur-patient soient sur la même longueur d'onde afin que le processus d'apprentissage soit le plus efficace. Cela implique qu'ils aient le même raisonnement et les mêmes références. Cette condition est péniblement remplie dans les programmes d'ETP d'aujourd'hui et les couples soignant-soigné se heurtent à un mur d'incompréhension car si le professionnel de santé s'appuie sur l'efficacité et le rapport bénéfice risque d'un traitement par exemple pour prendre une décision relative à l'état de santé de la personne, le patient lui suit un fondement qui met en premier lieu son confort et sa qualité de vie.

L'incompréhension peut être liée aussi à un défaut de communication et un écart de vocabulaire entre les deux parties. Par exemple :

Vocabulaire d'un professionnel de santé : plaque d'athérome, hypo ou hyperglycémie, inhibiteurs de la HMG-CoA réductase, le mal perforant, ischémie du myocarde, neuropathie périphérique, le débit de filtration glomérulaire, les transaminases, les triglycérides ...

Vocabulaire du patient : sucre, médicament du cœur, médicament du cholestérol, attaque cardiaque, tension élevée ou basse, ...

Donc, le langage du soignant doit être adapté au niveau de compréhension du patient. La plupart des professionnels de santé gèrent sans difficulté ce problème du fait que ça fait partie de leur quotidien de médecin ou de pharmacien.

Un aspect pédagogique plus compliqué et délicat que le dernier c'est l'approche psychologique. Certes, les professionnels reconnaissent l'utilité de cette méthode qui consiste à considérer l'aspect psychique du patient et admettent son efficacité dans l'obtention de résultats concrets chez les malades les plus résistants mais ont fréquemment du mal à se l'approprier et estiment même que c'est plus le champ de travail du psychologue.

Évidemment, La posture psychologique est indispensable à l'ETP et elle doit faire partie des compétences du personnel menant les séances éducatives mais elle est particulièrement intéressante à envisager quand on est face à des patients qui manifestent des oppositions diverses à la modification du comportement et chez qui d'autres approches éducatives ont été vouées à l'échec. Si cette posture est tant primordiale, c'est parce que elle se distingue des autres par une relation d'écoute et de confiance qui favorise l'expression du patient en se basant sur plusieurs techniques comme : la psychanalyse, la psychologie comportementale, la psychologie cognitive, ...etc. Ces techniques seront choisies en fonction du profil du patient, de l'objectif que l'on a fixé ainsi que du degré de maîtrise de la dite technique.

Ainsi, l'aspect psychologique des actions éducatives facilite l'appréhension du patient et permet d'adopter une conduite personnalisée à chacun pour mieux cerner les besoins et dégager les compétences à acquérir ou à travailler.

Par ailleurs, elle permet d'une part de dépasser certaines barrières comme le déni ou le refus d'acceptation de la pathologie et le sentiment de fatalité que les patients peuvent ressentir suite à l'annonce du diagnostic. Ce type de réactions émotionnelles sont des facteurs déterminants de la façon dont le patient va s'adapter à cette nouvelle dimension de sa vie et représentent un frein de taille à l'apprentissage. D'autre part, elle permet d'apporter des solutions aux douleurs psychiques et désordres psychosociaux que la maladie chronique peut engendrer chez certains patients notamment la solitude sociale ou la dépression.

A ce titre, je cite les propos⁷ d'Anne Lacroix sur ce sujet : « *transposé au cas de la maladie de longue durée, ce modèle (modèle de Freud et concept du travail de deuil), laisse penser que chacun parviendra peu à peu, un jour ou l'autre, à admettre la réalité de son état de santé. C'est sans compter sur les nombreux patients qui dénie, qui refusent l'idée même de se sentir affectés par la maladie. La clinique des patients chroniques connaît certains échecs thérapeutiques liés à ces mécanismes défensifs. Faute d'être repérées et abordées dans la relation, ces réactions tendent à se maintenir jusqu'au jour où, face des aggravations ou des complications inéluctables, les résistances s'effondreront dans une résignation teintée de dépressions plutôt qu'apaisement. L'adhésion au traitement est un reflet du vécu existentiel d'une maladie. Il conviendrait de décrypter le sens de négligence, des oublis qui sont le signe d'une mise à distance de la maladie tandis que d'autres priorités sont plus investies... ».*

III-8 L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES PHARMACIENS DU DESU « SOINS PHARMACEUTIQUES APPLIQUES A LA PERSONNE AGEE » :

Compte tenu de tous ces freins et dans le but de connaître l'avis des pharmaciens sur la question de leur implication dans le développement des actions d'ETP réalisées en ville, j'ai proposé un questionnaire composé de 11 items à une quinzaine de pharmaciens inscrits au DESU « Soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée » de la faculté de pharmacie Aix-Marseille.

Les quatre premières questions avaient pour objectif de recueillir des informations générales sur le sexe, l'âge, la profession et le type de pharmacie dans laquelle exerce la personne en question tandis que les réponses aux questions 4-5-6 m'ont renseignée sur leur niveau de compétences et de connaissances concernant l'ETP.

⁷ Extrait de « *Autour de vécu psychique des atteints d'une maladie chroniques* » du livre « *éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques* », page 45.

Ensuite, j'ai souhaité déterminer le rôle actuel qu'ils jouent dans ce processus à travers les items 7-8-9 pour conclure avec une question sur les freins qu'ils ont rencontré et qui les ont empêchés de participer aux programmes ainsi qu'une autre sur l'avenir de la profession officinale et la place qu'elle devrait occuper dans le dispositif d'ETP.

III-8.1 LES RESULTATS :

Au total, 15 pharmaciens ont eu l'occasion de répondre à mon questionnaire dont 3 pharmaciennes et 12 pharmaciens. L'âge moyen de l'échantillon s'élève à 46 ans (des âges qui varient de 29 à 65 ans) avec 12 pharmaciens âgés de plus de 35 ans.

Parmi ces pharmaciens, il y a un seul qui exerce à l'hôpital dans une PUI, le reste sont des pharmaciens officinaux dont 33% travaillent dans des pharmacies de village, 26% dans des pharmacies de quartier, 20% en centre-ville et 13% exercent dans des pharmacies de centres commerciaux.

En ce qui concerne la formation initiale à l'ETP, elle est en cours de validation pour l'ensemble du groupe grâce à ce DESU et Quant à la maîtrise des connaissances liées à ce thème , j'ai noté que 14 pharmaciens sur 15 (le dernier n'ayant pas répondu à ces questions) savent non seulement différencier un conseil au comptoir d'une action d'ETP mais aussi donner une définition plus ou moins complète de cette notion en évoquant un nombre de critères comme : la multidisciplinarité, l'autonomie du patient, l'approche pédagogique ou la conduite sous forme d'une série d'entretiens.

En outre, 100% des pharmaciens ont répondu par un oui à la question : Êtes - vous intéressés par l'ETP, d'ailleurs, 4 pharmaciens l'ont même déjà proposé à leurs patients. En revanche, seulement 2 d'entre eux ont déjà fait partie d'un programme d'ETP, les autres disent qu'ils attendent l'achèvement de leur formation.

A propos des freins qui ont été pointé du doigt par les pharmaciens en réponse à ce questionnaire, le manque de temps arrive en première position

totalisant 80% des réponses, les contraintes réglementaires et pédagogiques le suivent avec 33 % des réponses de l'ensemble du groupe. Aussi, 4 pharmaciens pensent que l'absence d'une rémunération adaptée et concrète constitue un problème majeur du développement de cette activité en officine. D'autres freins ont été également mentionnés par les pharmaciens, je cite par exemple : le manque de coopération entre confrères formés à l'ETP, le manque d'information au niveau des pharmaciens et au niveau des patients et la résistance que le patient peut manifester face à l'intérêt de la démarche éducative ou encore le manque de considération vis-à-vis du rôle du pharmacien en tant qu'acteur dans ce dispositif éducatif.

Enfin, 14 personnes pensent que le pharmacien d'officine doit être engagé de façon plus active dans les activités liées à l'ETP (le dernier pharmacien n'a pas répondu à cette question). Certains ont justifié leurs réponses affirmatives par le fait que l'officinal est avant tout un expert en médicaments d'où l'aide de qualité qu'il peut apporter aux patients poly- traités ou que l'ETP est l'occasion idéale pour montrer nos compétences et affirmer notre place au sein de l'équipe de soin tandis que d'autres voient particulièrement les avantages que cela peut avoir chez les patients et sur le système de santé .A ce titre, je cite la réponse d'un pharmacien :

« C'est du bon sens, l'éducation d'un malade est capitale déjà pour sa propre santé, pour un mieux vivre, réduire les passages en hospitalisation (coût important dans le budget de la santé). Le malade conservera son autonomie plus longtemps, restera chez lui, apprendra à prévenir en cas de signes d'aggravation ».

III-8.2 DISCUSSION :

Pour commencer, Les réponses des pharmaciens mettent en évidence de façon unanime leur adhérence à ce concept et ce même de la part des plus âgés ou ceux exerçant dans les pharmacies des centres commerciaux, pourtant ce sont deux catégories de pharmaciens qui sont à mon avis les plus difficiles à convaincre de l'intérêt de la démarche éducative chez le patient chronique. Ceci témoigne de leur volonté à faire évoluer le métier du pharmacien vers une pratique d'accompagnement personnalisé visant et l'autonomie du patient chronique et l'efficience de l'offre de soins en ambulatoire.

Par ailleurs, les obstacles qui ont été mis en cause dans ce questionnaire rejoignent les problèmes ayant été déjà cernés dans les études précédentes et donc ceux qui doivent être résolus afin d'atteindre l'objectif souhaité c'est-à-dire associer les professionnels de santé libéraux notamment le pharmacien d'officine au déploiement de l'ETP dans les soins de premier recours. Je fais référence particulièrement aux deux freins les plus récurrents à savoir le temps et la rémunération. En effet, le défaut de valorisation de ce type d'activité ne motive guère les pharmaciens déjà débordés à réorganiser leurs plannings pour lui libérer du temps (c'est le cas par exemple des titulaires qui comptent plus le temps passé à la pharmacie et qui font dans la majorité des cas plus de 50heures /semaine).

Néanmoins, ces empêchements ne doivent pas entraver l'implication des pharmaciens, au contraire, il faut faire preuve de persévérance et œuvrer pour y faire face en prenant exemple sur d'autres pays beaucoup plus avancés dans ce domaine. Tel est le cas pour Le Canada qui a instauré ce qu'on appelle les soins pharmaceutiques comme une forme de suivi des patients chroniques assurée par un pharmacien clinicien. Ce dispositif est défini tel « un ensemble d'actes et de services que le pharmacien doit procurer à un patient afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmaco-thérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative. ». Ce modèle de soins qui a apporté une dimension ambulatoire à la pharmacie clinique est pratiqué depuis plus de 30 ans aux États-Unis, au Canada et en Angleterre et a déjà fait ses preuves en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients et de diminution des événements iatrogéniques et des hospitalisations.

Toujours au Canada et dans le cadre de la promotion de la santé des individus ainsi que la prévention et le traitement des pathologies, le pharmacien s'est vu ses missions s'élargir à la vaccination, le renouvellement des traitements chroniques, la modification des posologies ou du dosage lorsque la situation le requiert et la prescription de médicaments pour remédier à des pathologies mineures. Toutes ces mesures traduisent une confiance inouïe du gouvernement à l'égard du pharmacien d'officine et la reconnaissance de ses compétences dans la prise en charge des patients atteints de pathologies de longue durée.

En Europe, plusieurs pays ont eux aussi changé leur politique d'offre de soins au profit du patient c'est le cas de la Belgique qui a décidé de mettre en place les entretiens d'accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) anciennement appelés les « entretiens d'accompagnement de nouvelle médication ». Ces entretiens réalisés par des pharmaciens officinaux en coordination avec les médecins ont pour but d'améliorer l'état de santé des malades chroniques en leur offrant une prestation de qualité qui favorisera l'observance thérapeutique.

Tous ces remaniements qui ont touché les systèmes de soins d'un bon nombre de pays sont témoins d'une évolution mondiale du métier du pharmacien d'officine et sa transition d'un fournisseur de médicaments et de produits de santé vers un prestataire de soins et acteur privilégié dans la prise en charge globale du patient chronique.

Cette mutation inéluctable vient en réponse à plusieurs défis dont la gestion des ressources financières et la diminution des dépenses liées à la santé, le besoin d'apporter des soins de qualité prenant en compte le patient dans sa globalité, la nécessité de renforcer l'éducation pour la santé, l'obligation de s'adapter aux innovations pharmacologiques afin d'en accroître l'efficacité et d'en diminuer la iatrogénie, l'apport de solutions pour pallier au désert médical dans les zones rurales et la sécurisation du circuit des médicaments en veillant à une utilisation rationnelle et appropriée.

Pour toutes ces raisons, l'orientation de la pharmacie clinique vers l'officine et la participation des pharmaciens officinaux français dans les actions d'ETP doivent être encouragées de manière à permettre à ces professionnels de santé d'atteindre le niveau sept étoiles défini par l'OMS comme : dispensateur de soins, décideur, communicant, gestionnaire, apprenant tout au long de la vie, enseignant et leader. Dans ce contexte, je cite le paragraphe suivant issu d'un article scientifique⁸ :

« Il faudrait que les pharmaciens quittent leurs comptoirs et commencent à servir le

⁸ World Health Organization : *health care in the elderly : report of the Technical Group on Use of Medication by the Elderly*, World Health Organization. *Drugs*1981 ; 22 : 279-94 *Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, and research.*

public en fournissant des soins et pas seulement des pilules. L'acte de dispensation pur et simple n'a aucun avenir. Cette activité pourra être assurée par Internet, des machines et, éventuellement, par des techniciens à peine formés. Le fait que les pharmaciens bénéficient d'une formation universitaire et interviennent en tant que professionnels de la santé leur confère la charge de servir la communauté mieux qu'ils ne le font actuellement. ».

Cependant, Ce métier de pharmacien de demain ne peut être envisagé que si l'on adopte des stratégies efficaces afin de combattre les freins actuels et de reconsidérer nos priorités.

QUATRIEME PARTIE : LES LEVIES D'UNE

EXPANSION PERENNE ET EFFICACE DE L'ETP

EN OFFICINE

Suite au diagnostic réalisé dans les chapitres précédents à propos de l'éducation thérapeutique du patient mise en place par les professionnels libéraux, j'ai recensé dans celui qui suit une mosaïque d'initiatives pouvant être des atouts non négligeables pour la réussite du développement de ces pratiques.

IV-1 LES SOLUTIONS ECONOMIQUES :

Devant la situation financière précaire des programmes d'ETP réalisés en ville et l'hétérogénéité de leurs sources de financement, il est urgent de trouver des solutions satisfaisantes en cherchant de nouveaux moyens moins éphémères et plus efficaces afin de favoriser la montée en charge du dispositif.

IV-1.1 AMELIORER LA FONGIBILITE DES SUBVENTIONS :

Il faut déjà que les moyens de financement soient plus homogènes et pérennes. Effectivement, le milieu ambulatoire a besoin de sources financières sûres et durables qui s'inscrivent sur toute la durée du programme d'ETP de telle sorte que ça éviterait au promoteur les démarches annuelles obligatoires pour la reconduction de l'enveloppe budgétaire . Ainsi, ça allègerait les tâches administratives devenues interminables pour les professionnels de santé en raison de toutes ces nouvelles réformes mais aussi ça aiderait le promoteur à consacrer plus de temps à l'essentiel du programme tel que le contenu des séances, le recrutement des patients, la coordination des actions de chaque membre de l'équipe ...etc.

Concernant la diversité (FNPEIS, FNPEISA, FIQCS,etc) , elle n'a jamais été un point fort de l'économie de l'ETP menée en ville. Au contraire, elle jetait de

l'ambiguïté sur les différents modes de financement et les conditions pour en bénéficier. La réorganisation de tous ces fonds publics en une seule enveloppe consacrée à l'ETP et gérée au niveau territorial par les ARS régionales permettrait à ces instances un pilotage plus visible et plus efficace du budget alloué aux actions d'ETP. Par ailleurs, une telle réforme serait chaleureusement accueillie par les coordinateurs et l'ensemble des soignants car elle leur éviterait de se noyer dans la paperasse des demandes de financement en leur facilitant les formalités et par conséquent l'accès.

À ce titre ,je rappelle que le 12 novembre 2009, le Collectif Inter-Associatif et la Société Française de Santé Publique ont envoyé une lettre à Madame la Ministre de la Santé et des Sports proposant la mise en place d'un «fonds national d'initiative pour le développement des actions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients ». Ce dernier regrouperait les deux types de financement possibles : public (l'état et les différentes caisses d'assurance maladie) et privé (mutuelles et industrie pharmaceutique principalement) et serait évalué au bout de cinq ans d'existence.

L'idée d'un fonds national unique dédié à l'ETP n'a pas convaincu le ministère de la santé et du sport étant donné que cela engendrerait la création d'une institution pour en assurer la gestion et le recrutement d'un personnel habilité à effectuer cette mission. Ce refus est cohérent car d'une part, cette réforme peut perturber le fonctionnement des ARS et rendre leur gestion économique des programmes floue et d'une autre, une telle structure n'est pas viable compte tenu de la volonté gouvernementale à réduire les dépenses liées à la santé et à l'organisation régionale des actions d'éducation thérapeutique du patient.

Cette initiative a rencontré aussi une opposition de la part de l'industrie pharmaceutique et biomédicale sous prétexte que ça lui ôterait le libre choix des programmes dans lesquelles elle souhaite s'investir.

IV-1.2 LE ROLE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE :

L'industrie pharmaceutique et biomédicale a toujours noué des relations très proches avec les professionnels de santé hospitaliers ou libéraux. Elle a également joué et joue toujours un rôle très important dans le financement et la mise en œuvre des campagnes sanitaires de sensibilisation et de prévention.

Ce partenariat doit être encouragé aussi dans le cadre de la mise en place des programmes d'ETP (financement direct, financement des formations des professionnels à l'ETP, fourniture de documentation, conception d'outils pédagogiques, création de spots publicitaires,) tout en respectant les limites définies par la loi HPST.

Pour illustrer mes propos sur les investissements possibles de ces laboratoires, je vous présente l'exemple du Laboratoire JANSSEN qui a mis en place une démarche d'accompagnement des patients atteints de cancer de la prostate et traités par ZYTIGA® sous forme d'entretiens pharmaceutiques qui ont pour ambition de renforcer l'observance thérapeutique et d'optimiser le rendement du schéma thérapeutique (une boîte de 28cp de ZYTIGA® coûte 3 071,39 € TTC). La rémunération de ces « rendez-vous pharmacien » est totalement prise en charge par le laboratoire à hauteur de 80€ par patient et par série de séances.

Certes, ce dispositif ne peut pas être considéré comme une action d'ETP mais il prouve l'intérêt d'inciter les laboratoires à faire partie du processus en termes d'apport financier et de partenariat complémentaire..

Mon rendez-vous PHARMACIEN c'est quoi ?



ou



Si vous souhaitez adhérer
ou en savoir plus sur ce service :

➤ Appelez le numéro vert suivant :

0 800 94 30 76

Service & appel
gratuits

➤ ou consultez le site :

www.monrendezvouspharmacien.com

- Chez JANSSEN, l'optimisation du parcours de soins des patients sous thérapies orales est une priorité. Ainsi, nous nous inscrivons dans cette évolution impliquant un renforcement de votre rôle auprès des patients.
- Dans ce contexte, JANSSEN vous propose un nouveau service intitulé « **Mon rendez-vous pharmacien** ». L'objectif est de **vous accompagner dans la délivrance et le suivi des patients traités par thérapeutiques orales pour un cancer de la prostate** en vous apportant des formations simples et des outils concrets adaptés à l'officine. Ce service a été co-construit avec une équipe pluridisciplinaire de pharmaciens, oncologues et spécialistes de la relation patient.
- Grâce à « **Mon rendez-vous pharmacien** », JANSSEN vous permet de renforcer votre rôle auprès de vos patients atteints de pathologies sévères dans : l'accompagnement du patient dans le cadre de l'adhésion à son traitement, le conseil et l'information en matière d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables.



Site pour l'équipe
officinale



Carnet de suivi
pour les patients



Outils à remettre
aux patients



Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant collectées ou susceptibles d'être collectées, à des fins d'informations ou promotions des produits. Vous pouvez exercer ce droit d'accès et de rectification en vous adressant au Pharmacien Responsable de JANSSEN-CILAG, 1 rue Camille Desmoulin, TSA 91003 Isy-les-Moulineaux Cedex 9. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
JANSSEN-CILAG, S.A.S. au capital social de 2.956.660 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le n° B 562 033 068, dont le siège social est au 1, rue Camille Desmoulin, TSA 91003, 92767 Isy-les-Moulineaux.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANY
OF Johnson & Johnson

REF: PPHFR/JAN/12/00011 - Conception: www.bretcom.com

Figure n°20 :

Brochure fournie par le laboratoire Janssen expliquant « mon rendez-vous pharmacien »

IV-1.3 LE ROLE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE ET COMPLEMENTAIRES SANTE :

A l'instar de l'industrie pharmaceutique et biomédicale, les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires peuvent participer au financement des programmes d'ETP ce qui constituerait un avantage considérable

pour la gestion budgétaire de la démarche éducative en officine. Il est important de souligner que nombre de ces organismes participent déjà à des actions de prévention et d'accompagnement des patients notamment le RSI, la MSA, la caisse des mines ,...etc.

Pour les encourager à faire part de ces projets, il suffit de mettre en lumière les bénéfices d'un retour d'investissement et l'incidence que ces séances ont sur le taux des complications et le coût des hospitalisations. On peut illustrer ces propos en citant la mutualité française qui a contribué au développement de séances d'ETP en ile de France pour ses adhérents atteints de pathologies cardiovasculaires ou encore la MSA qui est très en avance par rapport aux autres caisses puisqu'elle fait bénéficier 4000 de ces ressortissants d'un programme d'ETP centré sur les pathologies cardio-vasculaires et déployé dans plusieurs régions .

IV-1.4 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE REMUNERATION :

Actuellement La rémunération des acteurs de l'ETP ambulatoire est très limitée, ponctuelle et insuffisante pour permettre une adhésion durable des professionnels comme un médecin généraliste ou un pharmacien au dispositif de l'ETP, c'est pourquoi elle a besoin d'être réévaluée.

Dans ce même cadre, de nouveaux modes de rémunération ont été créés et testés par le ministère de la santé en collaboration avec l'ARS afin d'examiner leur efficacité avant une éventuelle généralisation. En réalité, c'est une rémunération forfaitaire attribuée aux professionnels de santé libéraux intervenant dans un programme autorisé qui répond à quelques conditions de multi-disciplinarité, de nombre de patients, d'accessibilité mais qui cible aussi les patients les plus fragiles n'ayant jamais assisté à des séances éducatives.

La rémunération se fait sous forme d'un forfait par programme et par patient dont le montant est défini en fonction du nombre des séances réalisées :

- Soit 250 euros pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 ateliers collectifs.
- Soit 300 euros lorsque le nombre d'ateliers est porté à 5 ou 6.

+ une somme de 1000 € allouée au début du programme et consacrée à son organisation.

+1000€ par professionnel de santé, dédiée à une formation obligatoire dans la limite de deux formations par an et par programme.

Cette somme est envoyée à la structure responsable du programme et c'est cette dernière qui détermine la rémunération de chaque intervenant.

Une rémunération des actions éducatives sous un mode forfaitaire semble très intéressante et adaptée à l'ETP en premiers soins et devrait être préconisée si l'on veut inciter les professionnels de santé libéraux à rejoindre ces programmes.

IV-2 L'AMELIORATION DE LA FORMATION DES INTERVENANTS :

Entre les formations diplômantes et non diplômantes tant en formation initiale que continue proposées par des universités et d'autres institutions d'enseignement, l'offre reste tout de même maigre, hétérogène et peu qualifiante. Ces formations doivent évoluer vers les besoins des professionnels libéraux de manière à rendre le milieu ambulatoire ,dont l'officine, propice au l'intégration de l'ETP dans les soins de premier recours.

IV-2.1 LA FORMATION INITIALE :

En ce qui concerne la formation initiale, il est nécessaire que tous les établissements d'enseignement des professions médicales et paramédicales : facultés de médecine, facultés de pharmacie, facultés d'odontologie, les instituts de formation en soins infirmiers, les écoles de kinésithérapie,..etc, incluent de façon obligatoire et permanente cette formation dans le parcours universitaire des étudiants .

Certes, l'introduction d'une nouvelle matière dans le cursus étudiant n'est pas une tâche facile et demande beaucoup d'organisation particulièrement dans le

domaine de la médecine ou la pharmacie où les plannings sont déjà chargés avec des cours très condensés mais la réussite de certains établissements à concrétiser cette idée démontre que c'est réalisable. C'est le cas entre autres de la faculté de pharmacie d'Aix-Marseille qui a introduit cette formation dans le deuxième semestre de la quatrième année sous forme d'un module à part entière avec un volume horaire de 40heures.

D'autres ont proposé de l'intégrer dans le programme de PACES dans un cadre de sensibilisation afin de cibler un plus grand nombre d'étudiants se dirigeant vers des formations différentes, puis de rajouter des sessions de formation et des séminaires communs aux étudiants des années supérieures afin de parfaire l'enseignement.

Outre ce fait, il est primordial que cette formation soit enrichie par l'intervention de plusieurs personnes agissant sur des champs multiples : des médecins généralistes, des pharmaciens, des infirmiers, des représentants des associations de patients, des patients adhérents au programme, ..etc. Cet aspect multi-disciplinaire permet aux étudiants premièrement de saisir l'intérêt de ce trait, deuxièmement, de visualiser la place de chaque professionnel au sein du programme et le type de compétences qu'il met au service du patient et finalement de comprendre à travers le vécu et le témoignage des patients le besoin d'intégration de cette démarche dans la prise en charge ambulatoire des pathologies chroniques.

Enfin, Il serait intéressant que les établissements d'enseignement construisent des partenariats avec les structures mettant en œuvre l'ETP en ville dans le but de pouvoir proposer des stages d'observation aux étudiants. Ces offres de stages auront pour rôle de consolider les enseignements théoriques par un volet pratique et de répondre aux interrogations des jeunes étudiants quant à la réalité de ce dispositif.

IV-2.2 LA FORMATION CONTINUE :

De même que la formation initiale, la formation continue est très peu déployée dans les régions c'est pourquoi il faut développer les offres de formation continue dans les universités d'une part en l'intégrant dans les programmes de DPC et d'autre

part en mettant en place des DU, DESU, masters ou même des thèses de doctorat. Le pilotage des formations continues par l'université permet de viser un public plus large et diversifié.

Il est important également d'agrandir le réseau des structures pouvant dispensant la formation continue en matière d'ETP pour inclure les organisme ODPC, les associations de patients, les réseaux de santé Tout cela afin de faciliter l'accessibilité des formations au personnel et favoriser leur dispersion sur l'ensemble du territoire .

De plus, il est vital d'élaborer une palette d'enseignement de plusieurs niveaux et exploitant diverses méthodes pédagogiques :

- 1) Un niveau de sensibilisation sous forme de quelques heures d'enseignement ou d'une journée de formation qui sera destiné plutôt aux professionnels de santé ne voulant pas pratiquer l'ETP ou du moins pour le moment et qui s'inscrivent à la formation pour des raisons de curiosité ou pour valider leur DPC. Ce genre de formations permettent à certains soignants de changer de regard sur l'ETP et à d'autres de les aider à mieux renseigner leurs patients, les orienter vers les structures les plus adéquates et les accompagner le long de cette démarche.
- 2) Un niveau complémentaire à la formation initiale accessible aux soignants souhaitant faire partie des équipes éducatrices. Ce type de formations doit respecter les recommandations de l'OMS et être accomplie selon le cahier de charge établie par la HAS. Ceci dans le but de réunir les meilleures conditions nécessaires à un apprentissage efficace et complet.
- 3) Un niveau supérieur réservé aux coordinateurs des programmes d'ETP et les formateurs du personnel soignant qui a besoin de remplir un nombre d critères de validation tout comme le précédent.

Par ailleurs, il serait judicieux de reconnaître l'expérience des soignants *via* un moyen de validation de leurs compétences et savoirs nommé : VAE (validation des acquis de l'expérience). Ceci permettrait par exemple aux infirmières, cadres de

santé ou autre soignant désirant se spécialiser dans l'ETP d'accéder à des formations de niveau supérieur comme le master.

Permettre l'accès à certaines formations à des personnes ne faisant pas partie du corps médical mais qui ont toute leur place au sein de l'équipe éducatrice tel que les patients-experts ou les membres d'une association de patients pourrait s'avérer avantageux et prometteur pour le bon déroulement des séances éducatives dont elles seront responsables car elles auront acquis les compétences liées à la gestion du temps, la communication avec le patient, ainsi que des compétences de psychologie et d'animation.

IV-3 LUTTER CONTRE L'HOSPITALOCENTRISME :

Comme vu précédemment, un grand nombre de professionnels de santé affirment que le cadre hospitalier est loin d'être le plus adapté à une offre d'ETP, certains auteurs le considèrent même comme élément menaçant de la pérennité de cette notion et ce pour plusieurs raisons :

- Les programmes d'ETP réalisés à l'hôpital coûtent très cher et ceci rend difficile leur généralisation à d'autres pathologies chroniques et dans d'autres régions.
- La sélection des patients n'est pas standardisée et ne représente pas l'ensemble de la patientèle atteinte de pathologies chroniques.
- La mise en place de l'ETP à l'hôpital va à l'opposé des deux principes d'égalité d'offre de soins et de proximité.
- La durée de séjour des patients à l'hôpital est très brève comparée au temps passé aux côtés des professionnels de santé libéraux.

Face à cette situation paradoxale, il serait temps de prendre des mesures qui prônent non seulement l'intégration mais surtout le développement de l'ETP dans les soins de premiers recours . Des mesures qui devront se pencher sur plusieurs points :

IV-3.1 LACOORDINATION HOPITAL-VILLE :

Cette coordination passe impérativement par :

IV-3.1.1 La communication :

Qui est une valeur précieuse pour la réussite de tout programme d'ETP. les équipes hospitalières et celles ouvrant en ville doivent construire une relation d'entraide et de partenariat qui évolue sous le même drapeau, celui qui prêche pour le déploiement territorial de l'ETP au profit de la population .cette communication signifie que les deux équipes doivent être facilement joignables et ouvertes à tout échange d'expériences ou de compétences, qu'elles devraient travailler ensemble pour faciliter l'implantation du réseau ambulatoire et favoriser la délégation de la prise en charge éducative à la sortie de l'hôpital aux professionnels de ville .

IV-3.1.2 L'utilisation du dossier médical partagé :

Le DMP est un nouvel outil de coordination qui permet de conserver d'une manière confidentielle l'ensemble des informations médicales du patient (antécédents, pathologies actuelles, éventuelles allergies, coordonnées des proches, résultats des examens biologiques et paracliniques, ..etc) et qui est caractérisé par un accès en ligne tracé et ouvert aux professionnels de santé autorisés. Ce carnet de santé informatisé et sécurisé doit être privilégié dans la transmission des informations concernant le recrutement du patient dans un programme et l'ensemble des actions éducatives et de soins réalisés à l'hôpital. Ça permettrait ainsi au réseau de ville de corrélérer et d'adapter sa posture à l'évolution de l'état de santé du patient.

De la même façon, une fiche de suivi qui mentionnera tout le dispositif éducatif auquel le patient a participé pourrait être éditée et jointe au dossier médical du patient afin de tenir informer son médecin traitant et ses éducateurs.

IV-3.1.3 Le rôle de l'ARS :

Les ARS pourraient avoir un impact positif sur l'optimisation de la coordination hôpital-ville en jouant un rôle de pilote régional qui travaille pour la mise en place et le soutien d'une articulation transversale entre le milieu hospitalier et le milieu ambulatoire.

IV-4 AMELIORER LE RECRUTEMENT DES PATIENTS :

Le déploiement des actions d'ETP nécessite aussi de travailler sur le problème de recrutement des patients atteints de pathologies chroniques susceptibles de bénéficier de ces programmes car il existe actuellement un véritable écart entre le faible pourcentage de patients participant à ces actions et ceux qui sont marginalisés sur le plan social et thérapeutique et qui en ont pourtant le plus besoin.

Ce recrutement ne peut se faire qu'à travers la promotion de ce concept *via* les divers moyens de communication. Je pense notamment à des campagnes de sensibilisation et d'information diffusées sur la télé, la radio et les réseaux sociaux, la création et la diffusion d'un site internet destiné au grand public qui explique le dispositif, son intérêt, les différents programmes existants et qui permet d'orienter le patient vers les structures adéquates pour avoir plus de renseignements.

Au sein de l'officine, des flyers et des brochures peuvent être mis à disposition des patients et remis de façon systématique aux patients atteints de maladies chroniques, des affiches peuvent être mises en valeur sur les devantures des pharmacies, des films d'animation diffusés en boucle sur écran sans oublier le rôle du pharmacien dans l'identification des patients les plus à risque pour leur proposer ensuite d'adhérer au programme qui lui semble le plus approprié.

À cette occasion, je souhaite faire la lumière sur le rôle que joue le CESPARM dans les campagnes de sensibilisation, d'éducation et de prévention pour la santé. Ce comité créé par l'Ordre des Pharmaciens œuvre sous le slogan « éduquer pour préserver » en s'adressant aux pharmaciens en contact direct avec les patients dans l'objectif de réussir les missions suivantes :

- Former les pharmaciens et leur transmettre les outils d'information et d'éducation nécessaires afin qu'ils puissent relayer les campagnes de sensibilisation et d'information en matière de santé publique.
- Organiser des actions de prévention avec la participation des pharmaciens.
- Travailler main dans la main avec l'ensemble des structures et institutions agissant dans le domaine d'éducation à la santé.

Bien que le CESPCHARM ait déjà participé à une campagne de sensibilisation d'information à l'ETP en région PACA en éditant et diffusant une affiche dans les espaces d'attentes des cabinets médicaux et en officine, ce rôle doit être encore plus renforcé et valorisé.

L'affiche utilisée dans la campagne de sensibilisation à l'ETP relayée par le CESPCHARM-PACA :

JE PARTICIPE À UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Et ma maladie est plus légère à porter

Asthme

Diabète

Insuffisance rénale

Cancer

Maladie cardio-vasculaire

Un programme d'éducation thérapeutique est composé de séances individuelles ou collectives, proposées par des professionnels de santé, où j'apprends à mieux comprendre ma maladie et vivre avec. Ce programme fait partie de mes soins.

Je choisis le programme le plus proche de chez moi avec mon professionnel de santé sur :

etap.paca.ars.sante.fr

Logos: ONCD, ARS, CRES, RSI, etc.

IV-5 FAVORISER LA MULTI ET TRANS-DISCIPLINARITE :

L'ouverture du champ de la pratique éducative à tout professionnel libéral de santé ou non dont les compétences peuvent être requises dans l'organisation du programme et la mise en œuvre des séances doit être au cœur des mesures aboutissant à l'épanouissement de l'ETP dans le cadre des soins primaires car c'est à travers une posture multi et trans-disciplinaire que l'on construit un programme d'ETP de qualité avec un contenu riche visant le plus grand nombre de patients et répondant à leurs besoins les plus divers . Outre cela, une conduite pareille permet d'atteindre une cohérence biologique, clinique, médicamenteuse et psychologique de cette démarche éducative. En fait, elle entraîne des interactions entre réalité et savoir et conduit donc à un travail efficient grâce au dépassement des limites disciplinaires et au croisement des regards portés.

La multi et trans-disciplinarité peuvent être renforcées en jouant sur l'accès aux formations (*Cf. Chapitre IV-2*) et en définissant la place de chaque profession dans le dispositif par exemple :

- -L'infirmier(e) : peut jouer un rôle d'animation des ateliers et de recrutement des patients.
- -Le podologue, psychologue, diététicien(ne), professionnels de l'activité sportive, professionnels en art, ... : peuvent assurer un apport indispensable de compétences spécifiques accroissant l'efficacité du programme et la diversité du continu.

À propos des médecins traitants et pharmaciens officinaux, leur implication dans le projet est incontournable compte tenu de leur connaissance parfaite de l'environnement du patient et du rôle prépondérant qu'ils jouent dans son parcours de soins en ville.

LE ROLE DU MEDECIN TRAITANT :

Le médecin traitant en particulier et le médecin généraliste en général ont parfaitement leur place dans l'ETP mené en ville. Ce rôle se décline en plusieurs missions :

- Il est l'un des acteurs des soins de premiers recours.
- Il est l'acteur principal du suivi du patient tant sur le plan thérapeutique qu'éducatif.
- Il est le plus apte à construire une relation de confiance avec le patient, l'un des critères de qualité de la démarche éducative.
- Il est l'initiateur de la démarche en prescrivant l'ETP aux patients jugés dans le besoin.
- Il oriente son patient vers les structures ambulatoires de l'ETP et délègue cette mission aux autres professionnels du réseau de ville.
- Il peut être le coordinateur d'un programme d'ETP.
- Il peut participer à la mise en place du programme.
- Il peut assurer des actions éducatives et animer des ateliers et séances individuelles.
- Et il peut réaliser des séances éducatives dans son cabinet en collaboration avec d'autres éducateurs.

Par conséquent, leur implication dans ce projet est évidente et passe obligatoirement par :

- 1) L'amélioration de l'offre liée à la formation initiale et continue qui leur sont destinées en termes de distribution régionale et de qualité afin d'y favoriser l'accès mais aussi d'acquérir toutes les compétences nécessaires à la posture d'enseignement.
- 2) Le développement des formations de coordinateur sur le territoire et en améliorer le contenu afin de les inciter à y prendre part.
- 3) L'augmentation de la rémunération dédiée à cette activité.
- 4) Remédier au problème de financement des formations et instaurer une indemnisation pour la perte d'activité attribuée au temps consacré d'une part à la formation et d'autre part aux séances d'ETP.

- 5) La conception d'un plan d'information et de campagnes de sensibilisation auprès des médecins pour leur permettre d'être un relai pour leurs patients.
- 6) L'apport de solutions pour désengorger les cabinets des médecins généralistes afin qu'ils puissent trouver du temps par l'activité éducative en optimisant leur installation sur le territoire et en résolvant le problème des déserts médicaux dans les zones rurales et les régions isolées.

IV-6 ET LE PHARMACIEN D'OFFICINE ? :

Le pharmacien, expert en médicaments, a naturellement sa place dans la dynamique éducative et tout comme le médecin, on doit l'encourager à s'investir par le biais propositions pertinentes et opérationnelles.

IV-6.1 LE METIER DE PHARMACIEN D'OFFIICNE :

IV-6.1.1 Un acteur de soins primaires :

Le pharmacien officinal a toujours été un acteur de santé de proximité et il a joué un rôle historique dans la dispensation de soins de premier recours et ce en vertu d'un maillage territorial dense dont l'implantation est encadrée par le nombre d'habitants. En effet, on estime que le nombre de pharmacies ouvertes en France s'élève à 22 706 officines dont 626 présentes dans les départements d'outre-mer et dont un tiers sont situées dans des petites communes ne dépassant pas les 5000 habitants. Sur cette qualité d'accessibilité se greffe la notion de disponibilité et d'écoute car il suffit de franchir la porte d'une pharmacie pour pouvoir s'entretenir avec un pharmacien et discuter avec lui des problèmes de santé ou des soucis de la vie courante. La disponibilité du pharmacien est liée aussi à une offre permanente de soins assurée par un service de garde (les gardes de dimanche, des jours fériés et les gardes de nuit) rarement présent dans les autres domaines de santé pratiqués en ville.

Par ailleurs, une enquête quantitative réalisée par l'Ordre National des Pharmaciens en novembre 2009 a révélé qu'il est le second professionnel de santé le plus en contact avec les patients. Tout cela a fait de lui un acteur de confiance et sans doute l'un des professionnels de santé les plus importants dans notre système de soin.

Question : Pour chacune des affirmations suivantes à propos des pharmacies et des médicaments, diriez-vous que vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ?



Figure n°21 :

Les réponses des Français quant à la place du pharmacien dans le système de soins

(Source : The Strategic Interactive Research Company : « Image et attachement des français à la profession de pharmacien : enquête quantitative réalisée pour l'Ordre National des Pharmaciens » ; 10 novembre 2009)

IV-6.1.2 Son rôle dans la promotion d l'observance :

Comme expliqué avant, cette notion regroupe plusieurs termes : observance, adhésion et compliance et elle est si cruciale qu'elle constitue un facteur de qualité de la prise en charge thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques.

La non observance quant à elle englobe un ensemble de pratiques allant de quelques oublis ponctuels à de longues périodes passées sans traitement ce qui implique des conséquences potentiellement dangereuses pour l'état de santé du patient et relativement coûteuses pour les collectivités. Ce problème est encore plus présent chez la population âgée souvent poly-traitée.

De par sa place en tant que dispensateur final et dernier acteur de santé dans le circuit du médicament et en raison de son expertise dans le domaine de pharmacologie et ses compétences en termes d'écoute et de motivation, le pharmacien contribue de façon indéniable à lutter contre l'inobservance tant en la détectant qu'en engageant des actions d'information, d'éducation ou d'accompagnement auprès des individus concernés.

En effet, ce rôle dans l'amélioration de la prise médicamenteuse et du respect de l'ordonnance s'appuie sur :

- ❖ Un Exercice basé sur la confidentialité et le secret médical et professionnel qui sont à l'origine d'une relation de confiance établie depuis des décennies entre ce professionnel de santé et les patients.
- ❖ Une compétence d'écoute et une disponibilité pour l'échange à tout moment car le dialogue demeure l'un des moyens les plus simples qui permettent de détecter un défaut d'observance et de comprendre son origine afin de proposer des solutions pour y pallier.
- ❖ Une explication complète et adaptée au niveau de compréhension du patient de l'intérêt de chaque médicament dans sa prise en charge, son mode d'administration, le nombre de comprimés par prise et par jour ainsi que la durée du traitement.
- ❖ La proposition de moyens favorisant l'observance et l'adhésion du patient à son traitement notamment des piluliers journaliers ou semainier, l'édition d'un plan de prise personnalisé ou encore des outils technologiques pour les patients connectés : application sur smartphone, alarme, ...etc.

- ❖ La dispensation de conseils et informations sur certaines mesures hygiéno-diététiques nécessaires à l'amélioration de son état de santé, d'éventuels effets indésirables qu'ils soient ponctuels ou durables, le risque lié aux interactions médicamenteuses ou à l'automédication.

IV-6.1.3 La prévention de la iatrogénie dans le cadre de la polymédication :

Définition de la iatrogénie :

En 1969, l'OMS⁸ a défini la iatrogénie comme « *Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement* »

Donc, un accident iatrogénique est un effet indésirable qui fait suite à une consommation médicamenteuse avec des dommages divers sur l'individu allant d'une simple asthénie ou des céphalées jusqu'à l'ostéonécrose de la mâchoire (due aux biphosphonates) ou des réactions d'hypersensibilité de type œdème de Quincke voire même un choc anaphylactique (causées le plus souvent par les antibiotiques de la famille des céphalosporines ex : amoxicilline)

La iatrogénie médicamenteuse peut être divisée en deux sortes :

La iatrogénie médicamenteuse inéluctable :

Ce sont des incidents qui se manifestent malgré une bonne utilisation du médicament. Ce type d'effets indésirables est prévisible car généralement présent à des doses thérapeutiques et doivent donc faire l'objet d'une sensibilisation auprès du patient. Dans cette catégorie, on trouve aussi les hypersensibilités qui sont contrairement aux précédents imprévisibles car elles dépendent du profil allergique de chaque personne.

La iatrogénie médicamenteuse évitable :

C'est l'ensemble d'effets indésirables plus ou moins graves survenant lors d'une mauvaise utilisation des médicaments. Il peut s'agir d'une erreur de prise ex :

un oubli, des prises à des horaires très proches, la prise d'une quantité supérieure à la posologie indiquée, une mauvaise utilisation du dispositif administrant le médicament ex : une injection médicamenteuse au mauvais endroit, ne pas se rincer la bouche après une inhalation à base de corticoïdes ou mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation : certains patients ont avalé des gélules de SPIRIVA® au lieu de les mettre dans le dispositif approprié..etc.

Ces accidents peuvent être aussi liés à une interaction entre deux médicaments qui ne devaient pas être associés exemple : association avec des inducteurs enzymatiques comme la carbamazépine, phénobarbital ,rifampicine, ou avec des inhibiteurs enzymatiques tel : ciclosporine , tacrolimus, simvastatine ou à une automédication sans l'avis du médecin ou du pharmacien ex : le millepertuis utilisé comme un anti-dépresseur naturel a des propriétés inductrices sur les enzymes hépatiques cytochromes P450, les AINS qui peuvent majorer l'incidence d'ulcère gastroduodéal chez les patients à risque ou une toxicité foétale chez la femme enceinte (insuffisance cardiaque droite avec hypertension pulmonaire ou mort foetale *in utero*).

Il est important de noter que le risque de survenu d'accidents iatrogéniques est particulièrement élevé chez les patients de plus de 65 ans compte tenu de leur profil poly-pathologique et le cadre poly-médicamenteux de leur prise en charge thérapeutique. Par ailleurs, l'augmentation de l'incidence chez cette catégorie de gens est expliquée par le phénomène physiologique du vieillissement des organes qui entraîne une diminution du métabolisme hépatique et l'élimination rénale des molécules. De ce fait, les médicaments tendent à rester plus longtemps dans l'organisme et à des concentrations plasmatiques plus élevées. À cela s'ajoute une diminution des capacités physiques (c'est l'exemple du patient qui trouve des difficultés à sortir le comprimé du blister à cause du parkinson ou d'une arthrose aux doigts de la main) , une baisse de l'acuité visuelle (responsable de situations de confusion ou le patient peut se tromper de médicament) et une réduction des fonctions cognitives suivie de troubles mnésiques pouvant être source d'une double prise d'un même remède.

En France la iatrogénie est un problème de santé publique car elle est responsable d'approximativement 140 000 hospitalisations et de plus de 13 000 décès avérés chaque année. De plus, la proportion des patients âgés de plus de 65 ans qui sont admis à l'hôpital pour ce motif s'élève à 10% de l'ensemble de cette population. Ce chiffre atteint 25% quand il s'agit des patients de plus de 80ans. En termes de budget, cela équivaut à 320 millions d'euros ce qui traduit un problème essentiel qui pèse très lourd sur les dépenses publiques sachant qu'on estime que 60% de ces accidents iatrogéniques sont évitables.

Concernant le pharmacien, il a une place fondamentale dans la prévention de la iatrogénie et la promotion du bon usage des médicaments en particulier chez le sujet âgé. Rappelons à ce titre ses missions pour pallier à ce genre de problèmes :

D'abords, il doit prendre en compte le profil de la personne en face de lui lors de la délivrance de l'ordonnance : un nourrisson, un enfant, une femme allaitante, une femme en âge de procréer, une personne âgée, ...afin de cerner les populations à risque (jeune enfant, femme enceinte, personne âgée) et mieux adapter sa posture.

De plus, il faut qu'il tienne compte de l'anamnèse du patient, ses diverses pathologies et ses antécédents allergiques et il doit analyser l'ordonnance pour éviter les erreurs de dosage et détecter les éventuelles contre-indications ou intercalions médicamenteuses.

Aussi, il doit vérifier la compatibilité de l'ordonnance avec d'autres médicaments pris dans le passé afin de prévenir la redondance et les effets indésirables et ce grâce au DP-patient considéré comme pierre angulaire du dispositif de sécurisation du circuit du médicament datant de 2007 et qui permet au pharmacien de tracer l'acte de dispensation sur ordonnance (avec l'accord préalable du patient) mais surtout de consulter l'historique médicamenteux jusqu'à 4 mois en arrière.

En outre, il se doit d'être vigilant devant les patients insuffisants rénaux ou hépatiques et face à ceux atteints de pathologies graves et subissant de traitement lourd sans oublier qu'il faut également une vigilance particulière lors de la dispensation de certaines classes de médicaments comme :

- Les médicaments inducteurs enzymatiques, exemple : ritonavir.
- Les médicaments inhibiteurs enzymatiques, exemple : itraconazole.
- Les médicaments à marge thérapeutique étroite, exemple : les AVK.
- Les médicaments nécessitant une surveillance particulière, exemple : clozapine.
- Les médicaments modifiant la résorption digestive, exemple : le charbon, les pansements gastriques, la colestyramine.
- Les médicaments influant la fonction rénale, exemple : les AINS, ciclosporine, les produits de contraste iodés, les diurétiques antihypertenseurs
- Les médicaments torsadogènes, exemple : amiodarone, sotalol.
- Les médicaments ayant les mêmes effets indésirables.
- Les médicaments ayant des actions pharmacologiques antagonistes.

Par ailleurs, il faut rechercher au cours du dialogue avec le patient des signes d'une automédication qu'elle soit allopathique ou autre (phytothérapie ou aromathérapie) et il est important de faire attention à des situations pouvant affaiblir le patient ou perturber son quotidien comme la perte d'autonomie, une hospitalisation ou un changement de traitement.

Enfin, c'est aussi le rôle du pharmacien de prendre le temps d'expliquer au patient son remède, de le sensibiliser par rapport aux effets indésirables possibles et au risque lié à l'automédication ou à une mauvaise prise médicamenteuse ,de lui proposer des outils efficaces qui lui faciliteront le traitement tout en évitant la confusion (ex : semainiers, plan de prise) et savoir l'orienter vers une consultation médicale en cas de iatrogénie avérée.

IV-6.1.4 Sa mission dans le cadre de la sensibilisation, promotion et éducation pour la santé :

Je rappelle que l'OMS a défini dans la charte d'Ottawa la promotion de la santé comme étant « *un concept qui a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à*

un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ».

La prévention et la promotion de la santé font partie des obligations déontologiques du pharmacien d'officine dont l'objectif est :

- ⤴ La construction d'un capital santé, sa préservation et la prévention de la prolifération de certaines pathologies. C'est ce qu'on appelle **la prévention primaire**.
- ⤴ Le dépistage de certaines pathologies afin de freiner leur développement ou de limiter leur évolution : c'est **la prévention secondaire**.
- ⤴ La mise en place de moyens préventifs permettant de réduire l'incidence des complications et maladies sous-jacentes. On parle alors dans ce cas de **prévention tertiaire**.
- ⤴ Lutter contre les comportements addictifs délétères et les risques qui en découlent ex : l'alcoolisme et la consommation de cannabis et leur danger chez les adolescents et les femmes enceintes.
- ⤴ Encourager les comportements sains dont le sport depuis le jeune âge grâce à des campagnes d'éducation à la santé dans les écoles primaires réalisées en collaboration avec les médecins des établissements scolaires et les parents d'élèves.
- ⤴ La valorisation et la réussite des actions de veille, de sensibilisation et de protection sanitaire afin de répondre au besoins en santé publique.
- ⤴ L'amélioration de la couverture vaccinale en luttant contre la désinformation causée par le mouvement anti vaccinal qui sévit en France et qui est responsable de la baisse inquiétante de la couverture vaccinale et de la réapparition des pathologies concernées ex : rougeole, méningite.

- ⤴ L'accompagnement des patients dans la réalisation des TROD : tests rapides d'orientation diagnostiques qui permettent de poser le diagnostic d'une grippe, d'un diabète, d'une angine à streptocoque du groupe A ou même une infection par le VIH. La conduite du pharmacien consiste à informer le patient de l'intérêt du test, son mode opératoire, de comment interpréter les résultats et enfin le conseiller et l'orienter en fonction du diagnostic.
- ⤴ Lutter contre le dopage en étant vigilant lors de la délivrance des compléments alimentaires et médicaments dopants.

IV-6.2 SES NOUVELLES MISSIONS SELON LA LOI HPST :

La promulgation de la loi HPST le 21 juillet 2009 et la signature de la nouvelle convention pharmaceutique au 4 avril 2012 ont marqué un tournant majeur dans l'histoire de la pharmacie et ont été à l'origine d'un bouleversement sans précédent de ce métier avec l'apport de nouvelles perspectives pour les missions du pharmacien et en particulier le pharmacien officinal.

Le texte de La Loi HPST – Article 38 :

« I.-Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« Art.L. 5125-1-1 A.-Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement

de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets. »

Cet article a permis non seulement au pharmacien d'officine de renforcer son rôle dans les missions de prévention et d'éducation pour la santé ou de confirmer sa place en tant que professionnel de santé de proximité devant assurer la permanence des soins mais il a contribué aussi à étendre le champ de ses compétences au suivi des patients atteints de pathologies chroniques tout en insistant sur l'importance de la coopération entre soignants dans l'optimisation de l'offre de soins de premier recours et l'amélioration de la prise en charge des malades. En effet, l'une des nouvelles missions réalisées dans ce cadre est la mise en œuvre des entretiens pharmaceutiques.

Les entretiens pharmaceutiques :

Ce concept a été intégré aux missions innovantes du pharmacien d'officine grâce à la convention nationale pharmaceutique signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie UNCAM et les trois syndicats pharmaceutiques : FSPF, USPO et UNPF dans le but d'accompagner certains profils de patients chroniques en garantissant les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'appréciation de l'efficacité du traitement.

L'Entretien pharmaceutique consiste en un rendez-vous confidentiel du patient avec son pharmacien officinal où ils évoqueront ensemble les problèmes rencontrés au

cours de son traitement afin de trouver des solutions adéquates qui permettent d'une part de répondre aux besoins thérapeutiques du patient et d'autre part de prévenir la iatrogénie et les interactions médicamenteuses . Ainsi, l'entretien pharmaceutique vise à travers l'engagement du pharmacien d'officine à :

1. Renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients.
2. Valoriser les compétences du pharmacien en pharmacologie.
3. Évaluer les connaissances ,acquises et celles à développer, du patient sur son traitement.
4. Améliorer l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'y adapter tout en évitant le risque de iatrogénie.
5. Évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.

Concernant la rémunération, le pharmacien est éligible au paiement de la ROSP dès lors qu'il réalise deux entretiens pharmaceutiques pour un patient donné dans une année civile. Il existe des cas dérogatoires où le pharmacien peut être rémunéré à la suite d'un seul entretien comme dans le cas du décès du patient ou l'adhésion au second semestre de l'année de référence. Cette rémunération qui est à hauteur de 40 euros par patient et par an est versée au cours du premier trimestre de l'année civile suivante directement sur le compte de la pharmacie.

Malheureusement, l'entretien pharmaceutique reste sous développé en France malgré la bonne volonté des pharmaciens d'honorer cette mission et il concerne à l'heure actuelle uniquement quelques patients asthmatiques ou traités par AVK et AOD .

Il est important de souligner que l'EP et l'ETP sont deux dispositifs d'accompagnement totalement différents. Effectivement, l'un se base sur une intervention purement pharmaceutique dans un cadre de suivi de traitement médicamenteux pour en optimiser le rapport bénéfice/risque alors que l'autre se distingue par un champ multi et trans-disciplinaire agissant sur les différents aspects de la maladie du patient afin d'améliorer son quotidien.

En plus de l'EP, le pharmacien a vu, par le biais de cette loi, son activité s'élargir avec son intégration au dispositif d'ETP.

IV-6.3 LA PLACE DU PHARMACIEN OFFICINAL DANS L'ETP :

Étant un professionnel au carrefour du système de soins, Le pharmacien d'officine joue un rôle clé dans la démarche d'apprentissage car il contribue aux côtés des autres membres de l'équipe éducative à donner au patient de nouvelles perspectives et lui enseigner de nouvelles habitudes concernant sa pathologie, son traitement et leurs gestions au quotidien.

Dans ce cadre, il offre aussi à la prescription une allure d'un projet thérapeutique qui est indispensable à l'adhésion du patient à son traitement et à son évolution pour devenir acteur de sa santé.

Par ailleurs, Au sein de l'équipe dispensant les séances d'ETP, le pharmacien se présente comme étant un expert en médicaments et un partenaire compétant et compréhensif. Des qualités qui favorisent la relation de confiance entre le soignant et le soigné et facilitent la prise de parole des patients et leur épanouissement au sein d'un groupe. De ce fait, ils peuvent évoquer leurs craintes, leurs croyances et leurs présentations les plus farfelues sans se soucier du regard des autres.

Dans ce sens, le pharmacien peut intervenir à plusieurs niveaux dans un programme D'ETP :

- ✚ Discuter avec le patient de sa pathologie et ses traitements en exerçant l'écoute active afin d'apprécier ses représentations à travers les mots employés. Cela permettra par la suite d'estimer les enjeux du programme D'ETP vis-à-vis du patient .
- ✚ Evaluer les différents niveaux d'adhésion du patient à cet aspect de sa vie c'est-à-dire que la pharmacien est capable par le biais de la communication de définir l'intégration psychique de la maladie (Comment il voit réellement son état de santé ?), son avis sur les enjeux et l'impact des décisions thérapeutiques des soignants (Comment perçoit-il son traitement et sa prise en charge ?) ainsi que sa motivation à devenir autonome et sa volonté à être un partenaire actif des professionnels de santé.

- ✚ Etant un interlocuteur privilégié des patients, il peut jouer le rôle de médiateur qui aide le patient à reformuler ses impressions sur son expérience thérapeutique pour les transmettre après à l'ensemble des éducateurs.
- ✚ Expliquer les indications, le mode d'action, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et le bon usage de chaque médicament de sorte que le patient puisse construire une passerelle entre ses connaissances acquises et leur application dans les circonstances de sa vie.
- ✚ Apporter une aide à l'autonomie en enseignant au patient comment manipuler les divers dispositifs d'administration des médicaments ex : seringues et stylos injecteurs (différentes insulines, HUMIRA® , COPAXONE®, EDEX®, ANAPEN®...) , la pompe à insuline, les aérosols doseurs et inhalateurs de poudre sèche , les nébuliseurs, les chambres d'inhalations ... sans oublier les outils d'auto-surveillance comme : le tensiomètre, les lecteurs de glycémie, les bandelettes auto-réactives, ...
- ✚ Apprendre au patient les compétences dont il a besoin pour adapter son traitement à son mode de vie et aux circonstances imprévues de la vie ex : ajustement des posologies d'insuline au sport ou à un jeûne, adaptation de l'alimentation face à un INR bas ou élevé, prendre une bouffée de Ventoline® avant une séance de sport , réagir à un asthme aigu grave...
- ✚ Soutenir le patient dans son parcours éducatif et l'encourager à améliorer son comportement.
- ✚ Impliquer son entourage dans la gestion de la pathologie et ses répercussions sur sa vie ainsi que dans la lutte contre les comportements nocifs.
- ✚ Décider avec le reste de l'équipe soignante de la meilleure prise en charge éducative pour chaque patient en tenant compte de ses contraintes socio-économiques et culturelles et en l'adaptant à ses besoins thérapeutiques.

IV-6.4 DES PROPOSITIONS POUR ACCROITRE SA PARTICIPATION :

Compte tenu de la place privilégiée du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient et son rôle incontournable au sein de l'équipe professionnelle proposant l'ETP, son intégration à ce projet doit être incitée afin d'optimiser de déploiement de l'ETP ambulatoire au niveau territorial.

Favoriser l'implication du pharmacien d'officine signifie l'amélioration de certains critères constituant aujourd'hui des freins à son engagement :

IV-6.4.1 Pallier au manque de temps :

Ce problème peut être résolu ou du moins en partie par l'amélioration de l'aménagement de l'emploi du temps au sein de l'officine. En effet, une bonne organisation de l'équipe officinale et des différents rendez-vous du pharmacien (comptable, représentants des laboratoires pharmaceutiques, les rendez-vous formations,...) suffit à elle seule à libérer du temps pour faire de l'activité éducative.

De plus, il existe actuellement des formations de management à laquelle le pharmacien peut s'inscrire afin de développer ses compétences organisationnelles ainsi que des outils et des méthodes suggérés par des réseaux partenaires du pharmacien qui lui offrent en se basant sur les besoins humains une aide précieuse en termes de gestion de périodicité et des rendez-vous professionnels.

Aussi, le pharmacien titulaire peut dans le cas où il estime qu'il ne peut pas s'engager dans la posture éducative, à cause des tâches de gestion de l'officine, déléguer cette activité à son pharmacien adjoint.

IV-6.4.2 L'espace de confidentialité :

L'article 8 de la convention nationale signée entre les représentants des pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie pour un exercice

pharmaceutique de qualité précise que le pharmacien doit prévoir dans son officine un espace de confidentialité isolé phonétiquement et visuellement et séparé de l'espace de vente où il peut recevoir de façon confidentielle et discrète son patient. Il est recommandé que cet espace soit doté d'un poste ordinateur qui permet l'accès au dossier pharmaceutique et au dossier médical partagé du patient.

Force est de constater qu'un nombre non négligeable des pharmacies françaises (34% selon une étude ARS réalisée en 2011) ne disposent pas jusqu'à présent de local dédié à cet effet.

Pour améliorer ce constat, il faut soutenir les pharmaciens dans leur quête à aménager la pharmacie dans l'objectif de créer un espace adapté aux séances éducatives et qui répond aux exigences d'un exercice de qualité. Des aides financières, logistiques ou matérielles peuvent être pensées pour l'agencement des officines et octroyées afin de donner un coup de pouce et apporter un bénéfice réel dans l'association des pharmaciens à l'ETP.

IV-6.4.3 La coopération médecin traitant-pharmacien :

L'amélioration de la relation médecin traitant- pharmacien : car ce sont les deux professionnels de santé les plus impliqués dans la prise en charge thérapeutique du patient chronique et donc ceux qui sont les plus aptes à agir dans un cadre éducatif.

Cette coopération interprofessionnelle passe naturellement par le respect mutuel de chaque profession, la définition du rôle de chacun dans ce parcours et la communication qui permet d'échanger sur l'évolution de l'état de santé du patient suite à son adhésion au programme d'ETP.

IV-6.4.4 Améliorer le contenu de formations :

La formation est d'une part une exigence professionnelle et obligation réglementaire (les professionnels de santé en générale doivent valider un programme DPC annuel ou pluriannuel dans le cadre de la formation continue) et

d'autre part une opportunité pour le pharmacien d'acquérir de nouveaux savoirs, d'actualiser ceux déjà acquis et de se mettre à la page par rapport aux nouvelles pratiques professionnelles.

Le développement de l'offre et du contenu de formations est donc une nécessité et doit être envisagé par les facultés de pharmacie, les organismes ODPC et les partenaires des pharmaciens comme les grossistes -répartiteurs et laboratoires pharmaceutiques et ce dans le respect constant du code de la santé publique. Le but étant de proposer des formations accessibles, enrichissante et flexible à l'emploi du temps des officinaux

A propos du cœur des formations, Il me paraît important de souligner qu'un programme d'éducation thérapeutique de qualité passe nécessairement par un contenu diversifié enseigné par une équipe compétente maîtrisant l'ensemble des techniques d'ingénierie pédagogique qui lui permettent de s'adapter aux patients les plus difficiles. C'est pourquoi les attitudes pédagogiques inculquées au pharmacien et aux autres professionnels doivent être revues et améliorées afin que les éducateurs puissent accompagner de façon efficiente les patients vers le changement de comportement.

Alors, Les futurs éducateurs doivent à la fin de la formation acquérir l'ensemble des compétences fondamentales à la réussite de leurs séances. Je cite parmi ces dernières :

IV-6.4.4.1 Maîtriser la posture éducative :

Le pharmacien doit faire la différence entre une posture informative qui consiste à renseigner le patient sur une question donnée, l'information est dans ce cas considérée comme extérieure à la personne et indépendante de son expérience, et une posture pédagogique où l'éducateur crée un cadre didactique et met en place des activités aidant le patient dans son parcours d'apprentissage. De ce fait, Le savoir (être et faire) que l'on veut transférer au malade doit tenir compte des différents aspects de sa vie et surtout se doit de lui être utile au quotidien pour que le patient prenne conscience de l'importance de l'acquisition de ces compétences.

IV-6.4.4.2 La reconnaissance de l'expérience du malade :

Il faut savoir que l'apprentissage peut se produire hors des parcours scolaires et de formations et ce lors du vécu de situations particulières ou complexes dans la vie comme la maladie chronique. En effet, Ce type de circonstances mobilise des savoirs dits : expérientiels (c'est-à-dire le malade apprend petit à petit à connaître sa maladie, ses symptômes, son évolution mais aussi comment prendre son traitement,..etc) qui doivent être reconnus par les éducateurs afin de proposer des modèles pédagogiques considérant ces acquis expérientiels et existentiels au bénéfice d'une formation personnalisée.

IV-6.4.4.3 La maîtrise de la posture d'écoute :

L'écoute dans ses trois aspects : active, pédagogique et psychosociologique est sans doute un élément précieux pour le bon déroulement des différentes séances d'un programme d'ETP allant du diagnostic éducatif aux ateliers de groupe ou les entretiens individuels. Cependant, une grande majorité des professionnels conduisant des actions éducatives évoquent des difficultés à mobiliser cette compétence. Voilà pourquoi, les programmes de formation devraient être optimisés pour permettre aux soignants d'acquérir ces compétences psychosociales.

Maitriser l'écoute active :

Cette activité est essentiellement utilisée lors du diagnostic éducatif . Le pharmacien doit savoir écouter sans interrompre et profiter de ce temps de parole pour mieux cerner les faits afin de choisir par la suite les meilleurs moyens d'intervention.

Par ailleurs, il est recommandé d'employer des questions ouvertes et des expressions de reformulation qui entraînent une mobilisation des compétences mentales, cognitives, psychiques et émotionnelles chez le patient

En revanche il doit éviter toute situation de confrontation entre l'état pathologique et l'état en bonne santé, entre le présent et le passé, entre ce qu'il faut faire et ce qu'il faut bannir car elles risquent de freiner le patient dans sa conduite éducative en provoquant des situations de résistance.

La maîtrise de l'écoute active conduit le diagnostic éducatif et les séances pédagogiques vers une allure qui non seulement invite le patient à verbaliser son expérience et ses attentes mais surtout le fait comprendre que l'éducateur reconnaît son expérience et s'intéresse à sa personne dans sa globalité. Ces deux éléments sont primordiaux à l'installation d'une relation de confiance entre soignant éducateur et patient.

Maitrise de l'écoute pédagogique :

Dans le but d'animer une séance pédagogique collective fructifiante, le pharmacien doit savoir adapter sa posture et son contenu éducatif aux différents niveaux d'apprentissage des patients d'un même groupe. Dans ce cadre, l'écoute pédagogique va lui permettre de définir les besoins de chacun, de faire le point entre ce qu'il a prévu de faire et ce que les patients attendent de la séance afin d'ajuster son objectif et de réorganiser ses activités. Le but ultime étant que chaque patient puisse saisir l'opportunité de s'exprimer au sein du groupe et de bénéficier donc du dispositif éducatif.

Maitrise de l'écoute psychosociologique :

C'est une compétence que l'éducateur utilise lors des moments de partage mobilisant les expériences émotionnelles et psychosociales afin de les exploiter comme des éléments de travail. En fait, grâce à cette activité, les participants de ce groupe peuvent tirer profit de ce partage en construisant des réflexions et en trouvant des réponses pour eux-même.

Ainsi, le pharmacien réussit à aider les patients à analyser des situations, trouver des repères et prendre des décisions quant à leurs comportements à partir des faits réels et des expériences des autres.

IV-6.4.4.4 L'utilisation des différents outils d'animation :

Les formations à l'ETP doivent permettre aux éducateurs de maîtriser les différents outils pédagogiques et techniques d'animation qui seront utilisés pendant leurs interventions ex : carte conceptuelle, brainstorming, jeu de rôle, jeu de trio, analyses des vidéos, jeu de la matrice...etc.

Il faut noter que l'INPES et le ministère de la santé et des sports ont mis à disposition des professionnels dispensant les formations initiale et continue en ETP un guide contenant des explications sur 70 activités sous forme de fiches techniques associées à des documents de type PDF ou vidéos permettant d'augmenter la pertinence des actions éducatives. Cette boîte à outil existe sous format DVD-ROM ou site internet : <http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr>

CONCLUSION

Bien que les progrès de la médecine soient innombrables, ses limites demeurent palpables notamment quand il s'agit de patients présentant des résistances aux décisions thérapeutiques liées entre autres au déni de ce nouveau mode de vie qui inclue leur pathologie chronique.

Grace à l'éducation thérapeutique du patient, ces écueils peuvent être dépassés car cette approche éducative centrée sur le patient et alternant des ateliers de groupe et séances individuelles est la meilleure posture pour pousser au changement de comportement chez un individu. C'est pourquoi, il faut promouvoir son exercice par les professionnels de santé libéraux dans un cadre structuré et durable.

La réussite de l'intégration de l'ETP dans les soins ambulatoires passe obligatoirement par certaines mesures consistant à surmonter les pièges actuels notamment celles offrant un élan économique aux programmes par l'amélioration des financements publics et l'encouragement des investissements privés *via* l'industrie pharmaceutique et biomédicale et les complémentaires santé , ou celles qui visent une coordination hôpital-ville optimale pour permettre au patient une meilleure accessibilité aux dits programmes.

Compte tenu du défaut de compétences majeur dont souffrent les professionnels de santé sur le plan éducatif, organisationnel et relationnel, la réussite de ce défi nécessite également une réforme des formations initiale et continue existantes de manière à leur offrir un cadre accessible, diversifié et de qualité.

Aussi, une attention toute particulière devra être portée sur le place du pharmacien d'officine au sein de l'équipe éducatrice. Effectivement, le déploiement de l'ETP en ville ne pourra se faire qu'en associant considérablement ce professionnel de santé. En effet, expert en médicaments et acteur de proximité, il peut contribuer aux actions éducatives tant par la participation à la mise en œuvre des séances que par orientation et recrutement des patients au sein de son officine.

Il est important de rappeler que l'adhésion du pharmacien aux actions éducatives est sans doute l'une des missions qui permettent de confirmer sa notoriété dans le système de soins et de mettre la lumière sur ses compétences dans la prise en charge thérapeutique. Elle est aussi considérée comme la porte d'entrée aux futurs champs d'activité de la profession officinale du fait qu'elle représente une solution réelle au contexte économique et juridique difficile qui plane sur le monopole pharmaceutique, mais aussi au problème de défaut de disponibilité des médecins dans les zones urbaines ou leur manque dans les communes isolées.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] P.-Y. TRAYNARD , R. GAGNAYRE : « Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire » ; Edition MALOINE ; 2013.
- [2] CATHERINE TOURETTE-TURGIS : « l'éducation thérapeutique du patient, la maladie comme occasion d'apprentissage » ; 1^{re} édition ; De Boeck ; 2015.
- [3] A. GOLAY , A. GIORDAN : « guide d'éducation thérapeutique du patient , l'école de Genève » ; Edition MALOINE ; 2015.
- [4] D. SIMON , P.-Y. TRAYNARD , F. BOURDILLON , R. GAGNAYRE , A. GRIMALDI : « éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques » ; 3^e édition ; ELSEVIER MASSON ; 2013.
- [5] M. BAUDRANT , J. ROUPRET , H. TROUT , A. CERTAIN , E. TISSOT , B. ALLENET : « réflexions sur la place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient » ; J Pharm Clin, Décembre 2008 ; vol 27, n°4 ; pages 201-204.
- [6] P. BOHME , D. DURAIN-SIEFFERT , R. FAY , I. CONTAL , M. FLORIOT , B. CHERY , K. DOUMAIL , B. GUERCI , O. ZIEGLER : « efficacité à court terme d'un réseau de ville centré sur l'éducation du patient diabétique de type 2 : comparaison avec un service hospitalo-universitaire » ; Educ Ther Patient ; volume 2 ; n°1 ; juin 2010.
- [7] S. BLAISE , B. SATGER , M. FONTAINE , J. YVER , D. RASTEL , L. TOFFIN , C. SEINTURIER , M. RAMOS , J.-L. BOSSON , G. PERNOD , LES MEMBRES DU RESEAU GRANTED : « évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique pour les traitements anticoagulants oraux : expérience du réseau ville-hôpital GRANTED du secteur Sud-Isère » ; Journal des maladies cardiovasculaires , novembre 2009 volume 39 ; pages 246-353.
- [8] B. ALLENET , J. CALOP : « l'éducation thérapeutique du patient, cheval de Troie de la pharmacie clinique ? » ; actualités pharmaceutiques hospitalières ; mai 2008 ; volume n°14 ; page 1.
- [9] Dr. P. HECQUARD : « l'éducation thérapeutique » ; rapport adopté lors de la session du conseil national de l'Ordre des Médecins du 3 avril 2009.

- [10] F.BOURDILLON , J-F COLLIN , SFSP : « dix recommandations pour le développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient en France » ; Société Française de sante publique , juin 2008.
- [11] C.GORGEON , F.DALMAY , P-M.PREUX , V.RATSIMBAZAFY , Y.TARNAUD , J-L.DUROUX : « état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient » ; janvier 2015.
- [12] A.LEHMANN , A.JANOLY-DUMENIL , M.BAUDRANT-BOGA , B.ALLENET : « pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France » ; 2013.
- [13] LES NATIONS UNIES : « rapport de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement » ; Vienne ; , 26 juillet-6 août 1982.
- [14] DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES : « L'état de santé de la population en France » ; rapport de 2015 disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr>
- [15] L'INSEE : « Tableaux de l'Économie Française » ; février 2015 ; disponible sur www.insee.fr.
- [16] La HAS : « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » -Guide méthodologique–juin2007 ; disponible sur www.has-sante.fr.
- [17] E.LECIMBRE , R.GAGNAYRE , A.DECCACHE , J-F.d'IVERNOIS : « Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France » ; santé publique ; SFSP ; avril 2002 ;volume n°14 ; pages 389-401.
- [18] A.BELBACHIR , J-S.GIRAUDET-LEQUINTREC , S.PERROT : « de la consultation éducatives a l'éducation thérapeutique du patient : le modèle de la chirurgie de l'arthrose » ; Le Congrès Évaluation et traitement de la douleur ; 2012.
- [19] K.LEGRAND , S.GENDARME , H.COYARD , K.XIA , F.EMPEREUR , J-F.COLLIN : « Activités d'éducation thérapeutique proposées par les établissements de santé de la Région Lorraine – enquête EPATEL » ; santé publique ; volume 24 ; n°2 ; 2012.
- [20] ARS Languedoc -Roussillon-Midi-Pyrénées : « éducation thérapeutique du patient : bilan au 31 décembre 2015 » ; mai 2016.
- [21] F.BAUDIER , A.PRIGENT , G.LEBOUBE : « Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises » ; Santé Publique ;avril 2007 ; volume 19 ; pages 303-311.
- [22] S.BRIANCON , G.GUERIN , B.SANDRIN-BERTHON : dossier : « maladies chroniques » ; Adsp ; septembre 2010 ;volume n° 72 ; page 2.

- [23] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE : « manuel d'accréditation des établissements de santé » ; février 1999.
- [24] La HAS , Service Évaluation médico-économique et santé publique : « l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : enquêtes descriptives ; les modalités de l'éducation thérapeutique dans le secteur des soins de ville » ; 2007.
- [25] M.BRODIN : « rapport de la conférence nationale de la santé tenue le 21.22.23 mars 2002 » ; disponible sur le site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> .
- [26] J.DUCOS : « L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : un défi à l'équité » ; Pratiques et Organisation des Soins ; janvier-mars 2012 ; volume 43 n° 1 ; pages1-7.
- [27] Y.BONNET , B.BRASSENS , J-L.VIEILLERIBIERE : « rapport sur les fonds de l'assurance maladie (FNPEIS,FNPEISA,FNPM,FIQCS et FMESPP)» ; juillet 2010 ; disponible sur le site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr> .
- [28] C.JAFFIOL , P.CORVOL , G.REACH , A.BASDEVANT , E.BERTIN : «L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine » ; rapport de l'académie nationale de médecine ; décembre 2013.
- [29] J-P.BOUTINET : « Enjeux et perspectives autour de l'éducation thérapeutique du patient » ; Savoirs ; 2013 ; volume 3 n°33 ; pages 83-94.
- [30] M.MONEGAT , CSERMET , M.PERRONNIN , E.ROCOCO : « La polymédication : définitions, mesures et enjeux ;Revue de la littérature et tests de mesure » ; Questions d'économie de la santé ; décembre 2014 ; n°204 ;pages1-8.
- [31] V.BRUNIE , J.ROUPRET-SERZEC , A.RUEUTORD : « le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. » ; J Pharm Clin ; ; avril-mai-juin 2010 ; vol. 29 ; n°2 ; pages 90-92.
- [32] D.PELJAK : « L'éducation thérapeutique du patient : la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne. » ; Santé Publique ; 2011 ;2 (Vol. 23) ; pages 135-141 ;
- [33] La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière ; consultable sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [34] La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; consultable sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [35] La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; consultable sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr>.

- [36] Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ; Journal officiel du 2 juin 2013 ; consultable sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [37] Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ; Journal officiel du 23 janvier 2015 ; consultable sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr>.
- [38] D.JACQUAT , A.MORIN : « rapport au premier ministre :Education thérapeutique du patient : Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne » ; juin 2010.
- [39] Service Évaluation médico-économique et santé publique de l'HAS : « l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle. » ; février 2008.
- [40] C.FOURNIER : « le rôle du pharmacien » ; Gérontologie et société ; avril 2002 ; volume 25 ; n° 103 ; pages 177-186.
- [41] J.FOUCAUD , M-J.MOQUET , F.ROSTAN , E.HAMEL , A.FAYARD : «état des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France : Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé » ; Évolutions ;avril 2008 ; volume n° 12 ; pages1-6.
- [42] ANAP , ministère de la santé et des sports : « La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre » ; 2010.
- [43] A.MARGAT , R.GAGNAYRE , P.LOMBRAIL : « Étude de l'évaluation quadriennale des programmes d'éducation thérapeutique autorisés en Île de France!(entre2010et début 2011). » ; janvier 2017.
- [44] ASSOCIATION ASTHME & ALLERGIES : « Quels lieux pour l'éducation thérapeutique ? » ; 11ème journée francophone asthme et éducation ; 18 juin 2007.
- [45] ACADEMIE NATIONALE DE PHARMACIE : « Rapport : prévention et promotion en santé : place des pharmacies et des biologistes médicaux » ; octobre 2016.
- [46] S.JACQUEMET , Dr.A.CERTAIN : « Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien » ; Bulletin de l'Ordre n° 367 ; pages 269-275 ; juillet 2000.
- [47] L'HAS : « Programme d'éducation thérapeutique du patient : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS » ; octobre 2010.
- [48] C.MICHENEAU : « prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé : rôle du pharmacien d'officine » Plateforme PMSA ; Jeudi 29 novembre 2012.

- [49] L'OMS : Département Politique et Normes Pharmaceutiques , Fédération internationale pharmaceutique : « Elargir la pratique pharmaceutique : recentrer les soins sur les patients » ; 2006.
- [50] A-J.SCHEEN , D.GIET : « Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions » ; Revue Med Liège ; volume n°65 : 5-6 ; pages 239-245 ; 2010.
- [51] L'HAS : « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance » ; 2005.
- [52] L'Académie Nationale de Pharmacie : « Rapport : Observance des traitements médicamenteux en France. » ; décembre 2015.
- [53] H.MOSNIER PUDAR : « Pourquoi les patients ne suivent-ils pas nécessairement les conseils que nous leur donnons ? L'éducation thérapeutique est-elle une réponse au problème d'observance ? » , Médecine des maladies métaboliques ; 2012 ; volume 6 n°1 ; pages 66-71.
- [54] Haut Conseil de la Santé Publique : « L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours » ; novembre 2009.
- [55] A.LACROIX : « Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? » ; Santé Publique ; 2007 ; volume 19 n° 4 ; pages 271-281.
- [56] Anne Lacroix : « Approche psychologique de l'éducation thérapeutique du patient : Obstacles liés aux patients et aux soignants » ; Bulletin d'éducation du patient ; décembre 1996 ; volume 15 n° 3 ; pages 78-86.
- [57] Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe : « Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques » ; 1998.
- [58] F.BAUDIER ,B.GARROS : « Éducation thérapeutique : « new deal » des régimes d'assurance maladie » ; Adsp ; mars 2009 ; volume 66 ; pages 46-49.
- [59] The Strategic Interactive Research Compagny : « Image et attachement des français à la profession de pharmacien :enquête quantitative réalisée pour l'Ordre National des Pharmaciens » ; 10 novembre 2009.
- [60] IRPES : « éducation thérapeutique du patient par le pharmacien ; bibliographie » ; novembre 2012. ; disponible sur le lien : <http://ireps.oxatis.com/Files/93216/etp-pharmacien-novembre-2012.pdf>.
- [61] ANAES, Service des recommandations et références professionnelles : « éducation thérapeutique du patient adulte et adolescent » ; juin 2001 ; disponible sur le site : <http://www.has-sante.fr>.

- [62] C.DREUX , F.BLANCHET : « l'éducation thérapeutique du patient : une ardente obligation pour les pharmaciens » ; Bulletin de l'Ordre ; décembre 2009 ; n° 405 ; pages 487-491.
- [63] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE : « Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP : document complémentaire à l'annexe n°2 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient » ; juin 2013.
- [64] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE : « Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme : document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient » . ; juin 2013.
- [65] La HAS : « développement professionnel continu : -fiche méthode- mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient » ; mai 2014 et mise à jour en mai 2015.
- [66] Union Régionale des Médecins Libéraux des Midi-Pyrénées : Pratique de l'ETP par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées, juin 2010.
- [67] P-Y.TRAYNARD , R.GAGNAYRE : « L'éducation du patient atteint de maladie chronique L'exemple du diabète » ; adsp ; septembre 2001 ; n° 36 ;pages 48-49.

SITOGRAPHIE

- [1] Le site <http://www.cespharm.fr> ; consulté le 15/04/2017.
- [2] Le lien http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/ ; consulté le 29/01/2017.
- [3] Le site <https://www.fedecardio.org/> consulté le 20/12/2016.
- [4] Le site <http://www.ined.fr> consulté le 17/12/2016.
- [5] Le site : <http://www.oscarsante.org> consulté le 13/03/2016.

ANNEXES

PHARMACIEN ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES EN FRANCE.



A. LEHMANN^{1,2}, A. JANOLY-DUMENIL^{2,3}, M. BAUDRANT-BOGA^{1,2}, B. ALLENET^{1,2}
 POUR LE GROUPE « EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT » - SFPC

¹ Univ. Grenoble-Alpes - TIMC-IMAG UMR 5525 / THEMAS - Pôle Pharmacie, Chu de Grenoble

² Groupe « Education Thérapeutique du Patient » - SFPC

³ Pôle pharmacie, Hospices Civils de Lyon



INTRODUCTION

L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique. Sa mise en œuvre pratique est complexe du fait de l'organisation nécessaire pour assurer une démarche cohérente pluriprofessionnelle, de l'insuffisance de formation des professionnels de santé et des difficultés pour obtenir un financement. L'objectif de cette étude nationale était d'opérer un état des lieux des pratiques des pharmaciens.

METHODE

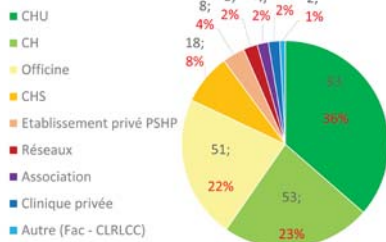
Un auto-questionnaire a été mis en ligne entre le 4 avril et le 1^{er} juin 2013. Les participants ont été contactés par le biais de la SFPC, l'AdiPH, le SYNPREFH, la FSPF, l'URPS et le Quotidien des pharmaciens. L'unité d'observation a été le dispositif éducatif, un pharmacien pouvant participer à un ou plusieurs de ces dispositifs. Une analyse descriptive des données a été réalisée.

RESULTATS

396 réponses ont été recensées dont 168 retirées car incomplètes. Sur les 228 actions éducatives restantes, 176 pharmaciens sont impliqués (33 pharmaciens participent à plusieurs actions). Les pharmaciens exercent en ville pour 61 des actions recensées, dont 51 en pharmacie d'officine. On observe une disparité importante du nombre d'actions selon la région concernée. Les 5 principaux domaines sur lesquels porte l'action sont le cardiovasculaire (21%), l'endocrinologie (20%), l'infectiologie (10%), la psychiatrie (9%) et la rhumatologie (7%). Les actions éducatives sont proposées aux patients hospitalisés (82%), non hospitalisés (53%) et à l'entourage (58%). Le pharmacien est à l'initiative du projet dans 38% des cas. 125 des actions citées ont une autorisation de l'ARS. 42% des actions éducatives sont réalisées sans aucun moyen financier supplémentaire et le temps dédié par le pharmacien est en moyenne de 6,9 h par mois (+/- 8,6h). Sur les 176 pharmaciens, 64 ont suivi la formation requise en ETP (> 40h), 47 ont une formation de niveau 2 (DU) et 9 une formation de niveau 3 (DIFEP, Master, Thèse de science).

Nombre d'actions éducatives	1	2	3	4	6
Nombre de pharmacien	143	20	9	3	1

Nombre d'actions éducatives par pharmacien répondant

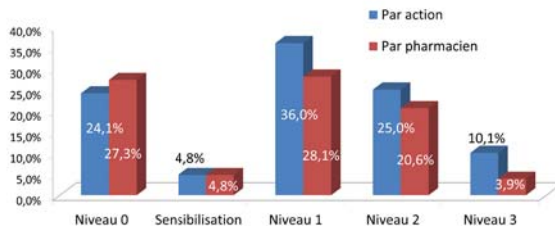


Lieu de l'action éducative (Nb d'actions ; %)

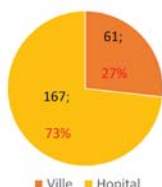


Lieu	Nb réponse/ %
DOM-TOM	4 1,8%
02	25 11,0%
05	29 12,8%
03	40 17,5%
01	43 18,9%
04	86 37,7%

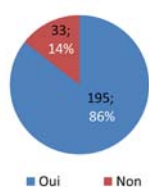
Cartographie des répondants selon l'index téléphonique



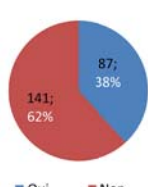
Quelle formation en ETP des pharmaciens impliqués?



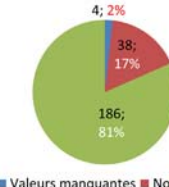
Répartition Ville / Hôpital des répondants



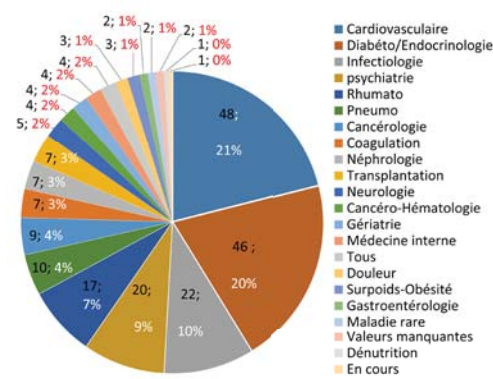
L'action suit-elle les 4 étapes de l'HAS ?



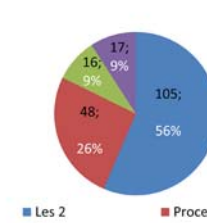
Etes vous l'initiateur du projet?



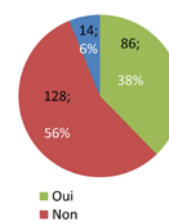
Une évaluation est-elle réalisée?



Sur quel domaine porte l'action éducative ? (Nb d'actions ; %)



Quel type d'évaluation?



Une demande à l'ARS a-t-elle été faite?

DISCUSSION - CONCLUSION

Ces résultats montrent que les pharmaciens français s'impliquent dans les démarches éducatives à l'hôpital comme en ville, avec un niveau de formation en ETP variable, et dans un contexte financier contraint. Ce premier état des lieux met en évidence 3 points sur lesquels le groupe de travail portera son action, dans le futur : l'axe « formation » (comment standardiser et diffuser de manière massive la formation en ETP chez les pharmaciens, en formation commune de base comme en formation continue ?) ; l'axe « pratiques collaboratives » (comment accompagner l'investissement des pharmaciens hospitaliers et officinaux dans des pratiques cliniques et éducatives pluri-professionnelles et pluridisciplinaires ?) ; l'axe « évaluation de pratiques » (comment mettre en œuvre des démarches d'évaluation sur l'impact du pharmacien intégré dans ce nouveau type de mission ?)

Etat des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'éducation thérapeutique du patient

GORGEON Célia¹, DALMAY François², PREUX Pierre-Marie², RATSIMBAZAFY Voa¹, TARNAUD Yves³, DUROUX Jean-Luc⁴
¹: Pharmacie à Usage Intérieur, CHU Limoges ; ² : Centre d'Epidémiologie, de Biostatistique, et de Méthodologie de la Recherche, CHU Limoges
³: Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens - Limousin ; ⁴ : Unité de Formation et de Recherche en Pharmacie de Limoges

Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques en les rendant acteurs de leur santé. Elle inclut l'ensemble des professionnels de santé du parcours de soins des patients. La grande majorité des patients atteints de maladie chronique étant en ambulatoire, il semble indispensable d'intégrer les pharmaciens d'officine dans l'ETP. Cependant, ont-ils actuellement une implication au sein de tels programmes ?

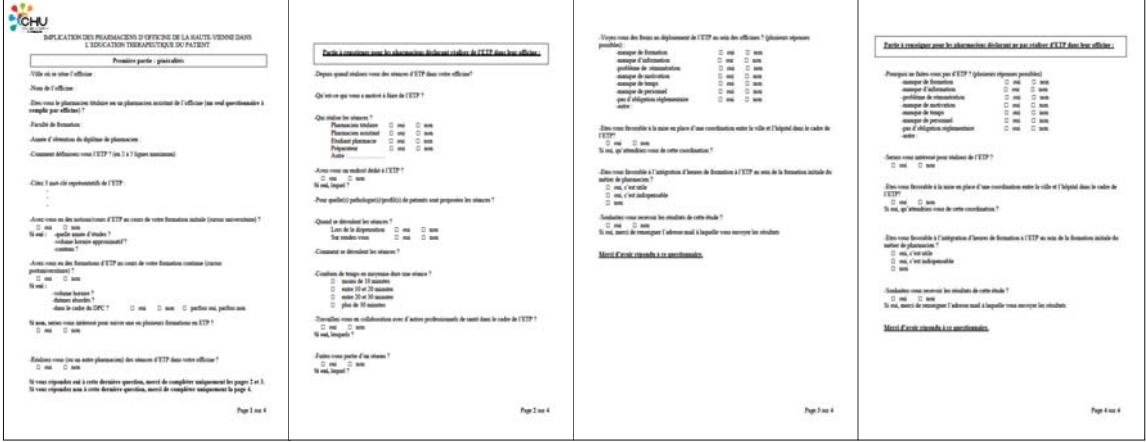
Objectifs

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine de la Haute-Vienne dans l'ETP.

Matériels et méthodes

Un questionnaire a été élaboré puis transmis à l'ensemble des 158 pharmacies d'officine de la Haute-Vienne.

- 1^{er} envoi : mail via le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP)
- 2^{ème} envoi : courrier co-signé du Président du CROP et du Doyen de la Faculté de Pharmacie de Limoges (+ relance téléphonique)

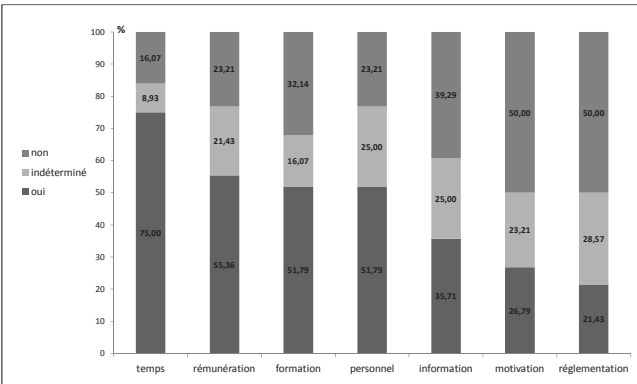


Résultats

- * **taux de réponse total : 35,4 %.**
- * **définition de l'ETP + mots-clés associés par les pharmaciens répondants**
 - classification des définitions globales à l'aide de 6 critères
 - 12 (21,4 %)
 - 19 (33,9 %)
 - 24 (42,9 %)
 - 1 (1,8 %)
- 0 critères : « pas de définition ou définition incorrecte »
- 1 à 2 critères : « définition très partielle »
- 3 à 5 critères : « définition partielle »
- 6 critères : « définition complète »
- * **28 pharmaciens (50 %) déclarent réaliser de l'ETP**
 - Après analyse des données → aucun n'en réalise réellement !
- * **77,4 % des pharmaciens favorables à la mise en place d'une coordination ville-hôpital**
 - améliorer le dialogue
 - avoir connaissance du dossier patient durant l'hospitalisation
 - optimiser la continuité des soins
- * **96,3 % favorables à la mise en place d'une formation initiale pour les étudiants en pharmacie.**

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

Confusion entre : ETP, conseils et entretiens pharmaceutiques



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

Conclusion et perspective

Bien que les pharmaciens d'officine aient toute leur place au sein des programmes d'ETP, en pratique parmi les répondants, aucun n'y est inclus en Haute-Vienne. La plupart des pharmaciens confondent l'ETP avec le conseil quotidien au comptoir ou avec les entretiens pharmaceutiques pour les anti-vitamine K. Il semble actuellement difficile pour les pharmaciens d'officine d'intégrer de vrais programmes d'ETP. Cependant, une formation adaptée pourrait leur permettre d'adopter une posture éducative quotidienne. De plus, la mise en place d'une coordination ville-hôpital serait une ouverture à l'intégration des officinaux au sein des programmes d'ETP.

Il faut noter qu'à l'occasion de la finalisation de la réforme LMD des études de Pharmacie (rentrée 2014-2015), un module d'éducation thérapeutique du patient de 42h a été mis en place pour les étudiants en 5^{ème} année, filière officine, à l'UFR de Pharmacie de Limoges.

Nous remercions l'ensemble des pharmaciens qui ont répondu au questionnaire

Le Questionnaire proposé aux pharmaciens inscrits au DESU " soins pharmaceutiques appliqués à la personne âgée ":

1) vous êtes Mrs Mme Mlle

2) votre âge

3) votre profession

4) si vous êtes pharmacien, dans quel type de pharmacies travaillez -vous :

pharmacie de village

pharmacie de quartier

pharmacie de centre ville

pharmacie dans un centre commercial

pharmacie a usage intérieur

4) Avez vous suivi les 40h de formation initiale en éducation thérapeutique du patient oui non

5) Quelle différence faites-vous entre le conseil en officine ou en consultation et l'éducation thérapeutique du patient ?

6) pourriez vous me donner une définition simple de l'éducation thérapeutique du patient

7)avez vous déjà participé à des programmes d'éducation thérapeutique ?

si non justifier :

8) êtes vous intéressés par l'ETP ?

9)aviez vous déjà proposé l'ETP à vos patients ?

10) selon vous, quels sont les freins au développement de l'ETP et qui vous empêchent d'y participer ?

11) pensez -vous que les pharmaciens d'officine devraient proposer l'ETP à leurs patients chroniques ?

oui non

justifier :

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

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

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