

LE CENTRE DE RESSOURCES EN EDUCATION DU PATIENT

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Présente

Le développement de l'ETP de proximité Enquête et recommandations



Production réalisée par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur,
Centre de ressources en éducation du patient.

Avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Janvier 2025

Table des matières

I - INTRODUCTION	4
II - MÉTHODE	4
III - RÉSULTATS	5
A - Les différents types de structures porteuses	5
a.1 - Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	5
a.2 - Les Communautés professionnelles territoriales de santé	6
a.3 - Les associations loi 1901	6
a.4 - Les réseaux de santé	7
a.5 - Les Dispositifs d'appui à la coordination	7
a.6 - Portage par les structures ressources	8
a.7 - Les équipes mobiles	8
a.8 - La Mutualité sociale agricole (MSA)	8
B - Le rôle des institutions	9
b.1 - Le financement de l'ETP en soins de premier recours	9
b.2 - La communication	11
b.3 - Le soutien à la formation des intervenants	11
b.4 - Le soutien au transport des patients	11
b.5 - Les outils logiciels	11
C - Accompagnement par les structures ressources	12
c.1 - Accompagnement méthodologique	12
c.2 - Animation territoriale par des structures ressources	12
c.3 - La mise à disposition de programme « clé en main »	12
c.4 - Autres outils de supports	12
D - Les formats hors programme	13
E - Les freins au développement de l'ETP en premier recours	14
e.1 - Une question de territoire	14
e.2 - Une question de culture en ETP	14
e.3 - Une question réglementaire	14
e.4 - Une question de financement	15
e.5 - Autres	15
F - Les leviers au développement de l'ETP en premier recours	16
f.1 - Une question de portage	16
f.2 - Une question de financement	16
f.3 - Une question de soutien	17
f.4 - Une question de format	17
IV - LES PISTES DE DÉVELOPPEMENT	17
A - Évolution réglementaire	17
a.1 - Le rôle des CPTS	17
a.2 - La place du médecin	17
a.3 - Les modalités de financement	17
a.4 - Les autres acteurs de l'ETP	18
B - Portage et réflexion sur l'organisation du territoire	18
b.1 - Un portage intermédiaire	18
b.2 - Une organisation de l'offre d'ETP	18
C - Format et thèmes de l'ETP	19
D - Formation	19
E - Rencontres et expérimentation	19
V - CONCLUSION	20
VI - SÉLECTION BIBLIOGRAPHIQUE	20
VII - ANNEXES	21

Réalisation de l'enquête

Coordination et rédaction

- Benoît Saugeron, Chargé de projets et formateur, CRES
- Pierre Sonnier, Chargé de projets et formateur, CRES

Réalisation des entretiens

- Nathalie Calvet, Stagiaire santé publique, CRES

Relecture et ressources documentaires

- Stéphanie Marchais, Chargée d'ingénierie documentaire, CRES

Relecture

- Lisbeth Fleur, Responsable de la communication, CRES

Comité Régional d'Éducation pour la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
178, Cours Lieutaud – 13006 MARSEILLE
Tél. : (33) 04 91 36 56 95 - e-mail : cres-paca@cres-paca.org
Site internet : www.cres-paca.org

Glossaire

- AEC** : Activité éducative ciblée
- AEHP** : Activité éducative hors programme
- ACI** : Accord conventionnel interprofessionnel
- ASALEE** : Action de santé libérale en équipe
- ARS** : Agence régionale de santé
- BEP** : Bilan éducatif partagé
- CDS** : Centre de santé
- CoDES** : Comité départemental d'éducation pour la santé
- CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé
- CRES** : Comité régional d'éducation pour la santé
- DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- ESP** : Equipe de soins primaires
- ETP** : Education thérapeutique du patient
- FIR** : Fonds d'intervention régional
- HAS** : Haute Autorité de santé
- IPA** : Infirmière en pratique avancée
- IRDESS** : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle
- MSA** : Mutualité sociale agricole
- PACA** : Provence-Alpes-Côte d'Azur
- URPS** : Union régionale des professionnels de santé
- UTEP** : Unité transversale d'éducation du patient
- SEC** : Structure d'exercice coordonnée
- SETE** : Société d'éducation thérapeutique européenne

*"Plutôt que de se demander dans le système de santé actuel, peut-on faire de l'éducation thérapeutique des patients ?
Il faut se dire : organisons le système de soins pour qu'on puisse y faire de l'ETP, dans la mesure où celle-ci apparaît comme une nécessité"*

Académie nationale de médecine, 2013

I- Introduction

Face à l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques en France, les besoins en éducation thérapeutique sont considérables. Cependant, cette mission ne peut être assurée exclusivement par les hôpitaux. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait être accessible au plus près des lieux de vie et de soins des patients.

L'ETP en soins de premier recours devient une nécessité et un enjeu majeur. Selon Traynard et Gagnayre, 75 % des programmes d'ETP en France se déroulent en milieu hospitalier [2]. L'ETP est faiblement développée en ambulatoire alors que plusieurs rapports encouragent son développement en soins primaires. [3] [4] [5].

Cette situation présente un risque pour la santé des patients les plus éloignés des structures hospitalières, qui n'ont pas accès à ces programmes. L'ETP en ambulatoire proposée par des établissements de santé (hôpitaux ou cliniques) ne peut pas répondre totalement à ce besoin.

Ainsi l'ETP de ville, de proximité ou de premier recours, correspond à une offre d'ETP qui se réalise hors des murs d'un établissement (même si celui-ci peut être impliqué). Elle peut être portée par des professionnels libéraux, une association, un réseau... Il existe de nombreuses expériences de programmes d'ETP mises en œuvre par ces différents acteurs. [6] [7] [8] [9] [10] [11].

Toutefois, ces initiatives n'ont pas permis d'arriver à un déploiement plus important de ces modèles. En 2014, seulement 3,9 % des programmes d'ETP étaient dispensés en soins primaires, par des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), des pôles de santé pluridisciplinaires, des cabinets ou des centres de santé (CDS) [12]. Il n'existe pas de données officielles récentes au niveau national. Début 2023, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 17% des programmes déclarés à l'Agence régionale de santé (ARS) sont mis en œuvre par une structure de soins de premier recours : MSP, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), CDS.

Pour trouver des pistes de développement de l'ETP de proximité, l'ARS a missionné le Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES PACA) afin de mener une enquête. L'objectif principal est d'identifier les différentes initiatives existantes et de comprendre les freins et leviers au développement de ce format d'ETP dans les différentes régions de France.

II- Méthode

Le CRES PACA a souhaité s'adresser aux référents ETP des ARS ainsi qu'aux structures ressources régionales en ETP. Pour compléter ce panel, il a été décidé d'interroger également trois Unités transversales d'éducation du patient (UTEP), dans trois régions différentes ayant dans leurs missions le développement de l'ETP hors de l'hôpital, ainsi qu'une plateforme territoriale d'ETP.

Le référent national du programme « ET3P » de la MSA a également été contacté, compte tenu du grand nombre de MSP mettant en place ce programme en France.

Pour enrichir ce retour des initiatives, deux experts ont été sollicités : le Pr Gagnayre, vice-président de la Société d'éducation thérapeutique européenne (SETE), et le Dr Allory, médecin généraliste, doctorant sur le sujet de l'ETP en premier recours au sein du Laboratoire Educations et Promotion de la Santé UR3412 (LEPS UR3412).

Un entretien téléphonique ou en visioconférence a été proposé aux différents interlocuteurs sur la base du guide d'entretien présent en annexe (ce guide a été envoyé aux interlocuteurs avant l'échange).

La durée des entretiens était comprise entre 40 minutes et 50 minutes. À la suite de ces entretiens des comptes-rendus ont été rédigés. Ceux-ci ont été envoyés aux personnes interrogées, afin qu'elles puissent modifier et corriger le contenu si nécessaire.

Un travail d'analyse qualitative thématique a permis de présenter les résultats qui suivent.

III- Résultats

Catégories des répondants :

- 11 centres ressources régionaux
- 8 ARS
- 4 UTEP ou structures territoriales
- 2 experts
- 1 représentant d'un programme national d'ETP

➔ ARS

Auvergne-Rhône-Alpes,

Marie MICHEL et Gilles MANUEL

Bourgogne-Franche-Comté,

Laurent MARIE et Laurianne BRUET

Bretagne,

Claire LEROUVREUR

Grand Est,

Dominique YOAN

Ile-de-France,

Charlotte FREMONT et Yann HEMON

Hauts-de-France,

Elisabeth LEHU

Nouvelle-Aquitaine,

Philippe MARCOU (accompagné d'Anouck PARTHENAY, URPS Nouvelle Aquitaine, SECA structure régionale d'appui)

Provence-Alpes-Côte d'Azur,

Christophe BARRIERES

➔ UTEP ou dispositif territorial

UTEP Auvergne **Clermont-Ferrand,**

Marie-Sophie CHERILLAT

Dactiv **Bretagne,**

Valérie BLANCHARD

UTEP **Savoie,**

Anouck GACHET

UTEP **Saintonge,**

Dominique MAROUBY

➔ Structures ressource régionales

CoMET **Bourgogne-Franche-Comté,**

Michel VAUTHIER

Pôle régional ETP **Centre-Val de Loire**

(Prévaloir), Latifa SALHI

Espace ressources **Grand Est** ETP,

Catherine HERDT

Guyane PromoSanté,

Fanny ELESKI

URPS **Hauts-de-France,**

Marine HOULLIER

Centre ressources Santélyls CERFEP

Hauts-de-France,

Mounia LAHKIM

Pôle ETP **Ile-de-France,**

Pierre-Yves TRAYNARD

Pôle ETP **La Réunion,**

Anne Sophie RIOU et Claire PASQUIER

Diabète **Occitanie,**

Sylvie LEMOZY

CRES **Provence-Alpes-Côte d'Azur,**

Benoit SAUGERON et Pierre SONNIER

IREPS **Pays de la Loire,**

Audrey THOUROUDE et Pierre DROUMAGUET

Experts et programme national

Rémi GAGNAYRE, SETE

Emmanuel ALLORY, LEPS UR3412

Virginie DE SOUZA, Mutualité Sociale Agricole

■ A- Les différents types de structures porteuses

Les programmes d'ETP peuvent être portés par des associations de professionnels, des MSP, des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)...

Voici les différentes possibilités de portage de l'ETP dans les soins de premier recours :

a.1- Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Les MSP peuvent porter des programmes ETP de manière indépendante. Le portage du programme peut se faire à l'échelon d'une seule MSP ou de plusieurs. Dans ce dernier cas, il s'agit d'une mutualisation de programme(s) pour plusieurs MSP. Par exemple l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a révisé son modèle de financement afin de faciliter le regroupement de MSP pour couvrir efficacement un territoire défini et déployer un programme dédié aux programmes pluripathologiques. La majorité des structures opèrent donc avec une dotation globale, ce qui influence grandement leur organisation.

Certains programmes de regroupement de MSP (environ 5 à 6) fonctionnent également sur la base d'une dotation globale. Dans ce cadre, soit une association regroupant plusieurs MSP prend en charge le programme, soit une MSP au sein du regroupement assume ce rôle et redistribue les fonds.

Une ou plusieurs MSP peuvent également conventionner avec différentes structures porteuses de programmes (réseaux, DAC, CPTS, structures ressources, MSA...) pour réaliser les séances sur leur territoire. Ces différents types d'organisation sont décrits dans les parties qui suivent.

a.2- Les Communautés professionnelles territoriales de santé

Avec l'émergence des CPTS, une nouvelle dynamique pour le déploiement des programmes d'ETP dans les soins de premier recours se met en place. Bien que certains professionnels libéraux soient formés à l'ETP, ils ne disposent pas toujours de la structuration nécessaire pour développer ces programmes. Les CPTS comblent cette lacune en offrant une structuration de travail collaboratif.

Les CPTS jouent différents rôles selon les dynamiques et le cadre réglementaire propre à chaque région.

Il est constaté que certaines CPTS :

- Favorisent des moments d'échange et de réflexion, incitant ainsi les équipes de soins primaires à s'engager davantage dans l'ETP
- Organisent des formations à l'ETP
- Constituent des groupes d'échange de pratiques
- Coordonnent le lien ville hôpital
- Portent des programmes ETP

Par exemple, dans les Hauts-de-France, 75% des CPTS contribuent activement à la dynamique territoriale en matière d'ETP. Dans les zones dépourvues d'équipes motivées, les CPTS proposent de prendre en charge la gestion administrative et encouragent la mise en place d'ateliers par les équipes. Parmi elles, 5 à 6 CPTS portent l'autorisation (déclaration) et la moitié sont engagées dans un projet d'ETP. Ainsi, il existe des CPTS qui portent les projets et d'autres qui participent à la dynamique territoriale, soit en offrant un support administratif en l'absence de structures porteuses, soit en aidant en termes de communication, de recrutement et de coordination. Il est important de noter que les CPTS, bien qu'elles portent les programmes, ne les mettent pas en œuvre directement.

Dans la région Grand Est, l'ARS encourage les CPTS à porter un programme, même si celles-ci ne sont pas autorisées à le mettre en œuvre directement, n'étant pas des effectrices de soins.

En Centre-Val de Loire, c'est un programme d'ETP dédié à l'endométriose qui est actuellement développé par une CPTS.

a.3- Les associations loi 1901

Certaines actions ne sont pas liées aux nouvelles formes d'exercice coordonnées. Elles s'appuient sur des initiatives associatives qui peuvent être assez variées.

Une initiative en Bretagne est celle de l'association « La Maison associative de la santé », qui propose un programme d'ETP axé sur la gestion transversale des maladies chroniques. Ce programme, centré sur les compétences psychosociales, aborde divers aspects tels que la représentation de la maladie chronique, ses impacts, la reconnaissance et l'accueil des émotions, l'estime de soi, ainsi que la vie affective et intime. Un aspect distinctif de ce

L'ARS Bretagne offre également la possibilité aux CPTS de porter des programmes d'ETP.

En l'état actuel des textes, les CPTS ne constituant pas une structure effectrice de soins directement liée à une patientèle spécifique, elle n'est pas habilitée à être porteuse de programmes d'ETP.

Ainsi, en Île-de-France, de nombreuses demandes émanant des CPTS visant à prendre en charge un programme ne peuvent aboutir en raison de cette restriction. Ces programmes doivent plutôt être portés par une MSP. Juridiquement, c'est une MSP affiliée à la CPTS qui doit assumer la responsabilité du programme.

CPTS et ETP au niveau réglementaire

Plusieurs acteurs associatifs ou institutionnels ont témoigné de leur souhait de voir les CPTS porter des programmes d'ETP. Le niveau de la MSP ou des Equipes de soins primaires (ESP) semble parfois fragile pour assurer tout le travail de coordination nécessaire. Un des répondants précise : « Les CPTS jouent un rôle clé en portant des programmes tout en tenant compte des initiatives existantes sur leur territoire. Elles agissent en tant que catalyseurs de cette dynamique territoriale, permettant aux zones les moins couvertes de profiter de ces initiatives à une échelle plus large que celle des (MSP) ». De plus, « l'absence de directives nationales spécifiques concernant l'ETP représente un défi notable. Cette situation met en lumière le besoin d'une orientation plus claire et d'un cadre national renforcé pour l'ETP, afin d'assurer une mise en œuvre homogène et efficace de ces programmes à travers le pays ». Ainsi une coordination mutualisée et portée par la CPTS avec plusieurs acteurs locaux (MSP, ESP, associations...) mettant en œuvre le programme auprès de patients semble représenter un modèle souvent plébiscité. Il poursuit : « Les CPTS, pouvant mobiliser une équipe pluriprofessionnelle plus large que les MSP, semblent être le niveau le plus approprié pour gérer ces programmes, favorisant ainsi une meilleure mutualisation des ressources ».

programme est que tous les ateliers sont co-animés par des binômes constitués de patients partenaires et de professionnels. Ce programme s'adresse à toute personne souffrant d'une maladie chronique.

L'association travaille à l'expansion de ce programme, avec un intérêt particulier pour son déploiement dans les quartiers prioritaires. Dans cette optique, l'association va accueillir une équipe pluri partenariale active dans un quartier prioritaire de Rennes.

En Centre-Val de Loire, 16 programmes d'ETP sont actuellement menés par diverses associations ou des Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Parmi ces programmes,

six sont consacrés aux maladies métaboliques, un aux maladies neurologiques, deux aux maladies rénales, un aux maladies respiratoires, deux à l'obésité et deux autres aux pluripathologies.

a.4- Les réseaux de santé

Le réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique de Bourgogne-Franche-Comté (RéPPOP BFC) joue un rôle actif dans ce domaine. Il soutient les équipes des structures d'exercice coordonné dans la mise en œuvre de programmes axés sur l'obésité et collabore avec la Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique (COMET) dans ces initiatives.

De son côté, Diabète Occitanie coordonne et accompagne la mise en œuvre de 2 programmes d'ETP. Le programme est mis en place dans des MSP et centres hospitaliers de proximité. Dans le cadre d'une convention avec chaque structure concernée, Diabète Occitanie reverse ce budget à une équipe, au prorata du nombre de bénéficiaires du programme complet sur son site. L'association applique une retenue de 15% (réalisation d'une première session), puis 10% par session pour l'accompagnement et la gestion administrative.

a.5- Les Dispositifs d'appui à la coordination

En Nouvelle-Aquitaine, deux DAC jouent un rôle d'accompagnement et de coordination pour le développement de l'éducation thérapeutique de ville.

Ces DAC ont cinq grands axes de missions :

- Accompagnement et appui aux équipes en ETP afin d'aider une équipe à créer son programme d'ETP : analyse de sa demande, état des lieux, appui méthodologique et aide à la formalisation du dossier d'autorisation
- Coordination entre les programmes et les structures porteuses, sur le territoire du DAC : organiser des espaces de concertation entre les acteurs ETP afin d'assurer une complémentarité des programmes
- Communication : assurer la lisibilité de l'offre ETP auprès des patients, des professionnels de santé et des autres professionnels
- Formation : identifier les besoins locaux en formation ETP
- Innovation : repérer et relayer les expériences innovantes

En région Auvergne-Rhône-Alpes, les DAC jouent un rôle clé dans la mise en œuvre des programmes, certains agissant directement comme opérateurs, tandis que d'autres établissent des conventions avec les MSP pour leur fournir les programmes, assurant également la coordination et l'évaluation des activités.

Un autre cas notable dans la région Auvergne-Rhône-Alpes est celui d'un cabinet infirmier qui a lancé quatre programmes d'ETP en 2023, une démarche encore rare au niveau national.

En Ile-de-France, les ex-réseaux de santé et les structures d'expertises et de ressources qui déploient des programmes tels que l'insuffisance cardiaque, le diabète ou l'insuffisance rénale, jouent un rôle majeur dans le portage de l'ETP en ville. Ces réseaux, financés pour la mise en place de programmes multisites dans les MSP, facilitent les démarches pour les acteurs de premier recours en offrant un soutien en termes d'ingénierie, de formation, d'outils, de locaux, et en organisant les séances au sein des MSP. Cette structure de financement avantageuse couvre les besoins de nombreuses MSP, rendant l'offre plus durable, contrairement aux MSP qui gèrent seules un programme.

Dans cette région, deux DAC pilotent des programmes, l'un d'eux propose des formations ETP financées par l'ARS.

C'est également le cas de deux DAC en Provence-Alpes-Côte d'Azur, deux anciens réseaux ETP, qui ont continué à porter des programmes. Ce sont des professionnels libéraux de proximité qui réalisent les séances. Les MSP peuvent également conventionner avec les DAC pour mettre en place le programme dans leur structure.

En Bretagne, c'est Cap autonomie santé (CapAS) qui est le DAC du territoire de santé Lorient Quimperlé. Le programme ETP addictions a vu le jour en 2023 suite à un appel à projet de l'ARS. Il a été coconstruit avec les différents partenaires : salariés institutionnels, libéraux, patients, experts et la plateforme d'ETP territoriale CapAS. La neutralité de la structure est un élément facilitant pour le portage administratif afin d'en assurer la coordination.

En Pays de la Loire, le DAC 44 porte des programmes ETP. Le DAC 44 est l'évolution d'un ancien réseau de maladies chroniques très actif en ETP.

a.6- Portage par les structures ressources

En Normandie, la structure ressource régionale PLANETH Patient déploie des programmes pluripathologiques en ville à proximité du lieu de vie du patient, en collaboration avec les acteurs des territoires.

En Hauts-de-France, l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) des médecins libéraux joue un rôle important dans le soutien de l'ETP en soins de premier recours, en établissant une relation étroite avec les équipes de santé de ville, qu'elle accompagne activement. L'URPS se pose en intermédiaire, elle assure le lien étroit avec l'ARS. En partenariat avec les autres URPS, elle a élaboré une diversité de programmes portant sur 7 pathologies chroniques. L'URPS joue un rôle dans :

- L'accompagnement et la coordination transversale des équipes qui ont été formées : un suivi étroit est proposé à ces dernières, renforcé durant la première année, couvrant toutes les étapes de mise en œuvre de l'ETP, depuis la communication et le recrutement jusqu'à l'animation des ateliers et l'analyse des retours d'expérience. Cet accompagnement est ajusté en fonction de l'autonomie des équipes.
- L'ingénierie pédagogique : l'URPS a développé des bases communes pour les programmes d'ETP, que les professionnels adaptent ensuite sur le terrain. Des ateliers collectifs ou individuels ont été conçus, incluant la rédaction des conducteurs de séances et la mise à disposition d'outils d'animation. Un kit pédagogique « clé en main » est également fourni aux intervenants.

L'ARS prend en charge le financement des programmes d'ETP, sur la base du forfait patient. Le budget alloué à ces programmes ne transite pas systématiquement par l'URPS, sauf dans le cas des équipes qui ne disposent pas de structure juridique propre. Six équipes ne possédant pas de structure juridique propre contractualisent avec l'URPS, et dans ces cas, l'ARS fournit un complément financier pour le forfait patient à travers le Fonds d'intervention régional (FIR). En Hauts-de-France, l'ARS ne verse pas directement le FIR aux associations régies par la loi de 1901.

a.7- Les équipes mobiles

En Nouvelle-Aquitaine, le pôle ETP porte un dispositif de quatre équipes mobiles en ETP. Ces équipes mobiles déploient 4 programmes ETP (pluripathologies et monopathologie) pour 800 patients par an. Ces équipes mobiles offrent l'avantage de proposer un programme clé en main aux professionnels libéraux. Elles répondent à la demande de terrain et notamment des MSP et des cabinets médicaux pour leur offrir la possibilité de dispenser le programme sur place.

À La Réunion, une initiative pour soutenir le développement de l'ETP en ville a été mise en place par l'ARS, à travers la structuration de programmes régionaux. Ces programmes, portés par le pôle ressources ETP La Réunion, ciblent des pathologies considérées comme prioritaires de santé publique sur l'île. Ces programmes sont diffusés sur l'ensemble du territoire par des professionnels de santé libéraux, dans une démarche visant à se rapprocher au maximum des lieux de vie des patients. Pour cela, les séances d'ETP se tiennent dans des salles communales, facilitant ainsi l'accès aux patients. La coordination logistique de ces programmes est assurée par « ETP La Réunion », englobant la planification des séances et la mise en relation entre les éducateurs et les participants. Les éducateurs, qui sont des professionnels de santé libéraux, sont formés au moins à 40 heures pour dispenser l'ETP. Répartis à travers l'île, ces éducateurs peuvent exercer dans divers cadres tels que des maisons de santé, en pratique libérale, ou au sein d'associations, fonctionnant sur un modèle similaire à celui des vacataires.

En Bretagne, certaines plateformes d'appui territorial peuvent porter des programmes sous certaines conditions. La recherche d'un acteur neutre, capable de gérer administrativement le programme, tout en facilitant la coordination entre les différents intervenants, est souvent à l'origine de cette sollicitation. Ces plateformes peuvent assumer la gestion administrative des programmes, ou bien prendre en charge à la fois la gestion administrative et la coordination du projet. Leur implication est fortement influencée par les spécificités des contextes territoriaux. Idéalement, ces plateformes ne devraient pas gérer directement les programmes. Néanmoins, en l'absence d'autres options ou pour éviter d'entraver le développement d'un projet, elles peuvent exceptionnellement endosser cette responsabilité durant la phase de démarrage.

Les professionnels libéraux ont pour responsabilité de recruter les patients, tandis que ces équipes mobiles prennent en charge tous les aspects de la coordination. Progressivement, elles s'appuient sur des professionnels de santé formés, adoptant ainsi une organisation similaire à celle des Hospitalisations à domicile (HAD). D'autres expériences sont relatées par ailleurs [6].

a.8- La Mutualité sociale agricole (MSA)

La MSA propose l'éducation thérapeutique pour patients polyopathologiques (ET3P). La MSA délègue par convention aux MSP le recrutement des patients, la mise en œuvre du cycle ET3P et le recueil des données d'évaluation. La MSA assure quant à elle le « back office » : organisation et financement de la formation, financement de la réalisation du programme, fourniture du kit éducatif, accompagnement des équipes éducatives par le référent régional, relations avec l'ARS (déclaration, rapports d'évaluation). Le programme ET3P se distingue par son ouverture à l'ensemble de la population, sans se limiter aux seuls assurés de la MSA. Il repose sur des conventionnements entre les MSP situées en milieu rural (essentiellement) et la MSA. Le processus de recrutement des patients est principalement assuré par l'équipe éducative, et notamment le médecin.

L'objectif principal de la MSA réside dans l'augmentation du nombre de conventions établies entre les caisses de MSA et les MSP. Pour être éligible, une équipe doit être pluriprofessionnelle, inclure obligatoirement un médecin et un minimum de six professionnels de santé. La MSA prend en charge le financement des formations ainsi que des cycles de formation, allouant à la MSP 1800 euros par cycle. À l'échelle nationale, environ 86 équipes déploient actuellement ce programme.

L'objectif de la MSA est d'atteindre les 120 équipes d'ici la fin de 2025.

B- Le rôle des institutions

Les institutions (ARS, Assurance maladie, Conseil régional) peuvent jouer différents rôles. Le premier est bien sûr le financement des programmes d'ETP par l'ARS. Il peut également exister des financements du transport par la CPAM. Les ARS soutiennent l'ETP en finançant et en orientant le travail de structures ressources pour les intervenants en ETP.

b.1- Le financement de l'ETP en soins de premier recours

L'ensemble des ARS interrogées accompagnent financièrement les diverses structures et plateformes engagées dans l'accompagnement et la mise en œuvre d'actions liées à l'ETP en soins de premier recours. Cependant, le financement de l'activité d'éducation thérapeutique en soins de premier recours est très hétérogène sur le territoire français. Hétérogène en termes de montant mais aussi de postes et de modalités de financements. La mobilisation du FIR est un point commun pour l'ensemble des ARS interrogées.

a) Les financements liés à la participation des patients à l'ETP en général

Une grande hétérogénéité est observée quant aux montants et aux critères de financement de ce qui est communément appelé le « forfait patient ». Ce dernier vise à financer l'activité liée à un programme d'ETP déclaré à l'ARS.

Le montant des forfaits patients pour les programmes d'ETP déclarés varie de 250 à 509 euros selon les régions. À noter que pour le montant de 509 euros (pratiqué en région Grand Est), ce dernier inclut une partie dédiée à la coordination. D'autres régions intègrent un montant dédié à la coordination/préparation dans le forfait patient : Bretagne ou encore Pays de la Loire.

Le financement d'un programme d'ETP est par nature variable dans la mesure où il est basé sur la file active réelle des patients participant au programme. La majorité des ARS versent une avance en année N afin que l'équipe n'ait pas

d'avance de trésorerie à effectuer et que l'activité puisse débuter. L'ARS Centre-Val de Loire quant à elle verse le forfait patient à posteriori. Dans ce cas-là, il n'y a donc pas d'avance de fonds et pas de « garantie » d'obtenir le financement.

Une fois l'année N terminée, l'ARS verse le solde du financement sur la file active réalisée (et plus prévisionnelle). Le calcul du montant à verser est réalisé à l'aide du rapport d'activité annuel transmis à l'ARS. L'obtention du forfait total est là encore variable. Alors que certaines ARS versent le forfait à condition que le patient ait suivi un programme complet, d'autres ARS versent la totalité du forfait pour un bilan éducatif partagé (BEP) et au moins 2 séances (ARS PACA), pour un bilan éducatif et au moins 3 séances (ARS Grand Est).

Certaines ARS ont un financement nivelé, par exemple l'ARS Haut-de-France attribue un forfait de 280 € par patient pour 3 à 4 ateliers réalisés, et un forfait de 335 € pour 5 à 6 ateliers.

Par ailleurs, certaines ARS font une distinction entre un forfait patient enfant-adolescent et un forfait patient adulte. Par exemple l'ARS Réunion attribue les forfaits comme suit : 455 € pour les enfants et adolescents et 350 € pour les adultes.

Un défraiement est prévu par certaines ARS pour la réalisation des bilans éducatifs qui ne sont suivis d'aucune séance, c'est le cas d'Auvergne-Rhône Alpes avec un forfait de 50 €. En région PACA un forfait de 100 € est alloué pour un BEP suivi d'une seule séance.

Une autre modalité liée au financement est la temporalité de la demande de financement. La majeure partie des ARS permettent une demande de financement « au fil de l'eau », c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'appel à projets ou de fenêtre de demande de financement. Pour obtenir un financement l'ARS Ile-de-France lance un appel à projets invitant les structures (dont une centaine sont financées) à soumettre une demande de financement via la plateforme Démarches simplifiées. Les structures doivent alors fournir le rapport d'activité de l'année précédente, le budget prévisionnel, ainsi qu'une enquête annuelle détaillant le déroulement du programme et le nombre de patients inclus.

En Bretagne également, un appel à projets est lancé par l'ARS depuis 2021. Cet appel à projets est intégré au sein de l'appel à projets de la direction

de la prévention et de la promotion de la santé, reflétant l'intégration de l'ETP au sein de cette direction. Cet appel s'adresse particulièrement aux structures de soins coordonnés, les incitant à développer des actions de prévention, notamment de niveaux secondaire et tertiaire, à travers l'ETP. L'objectif de cet appel à projets est de financer des actions ciblées dans ces domaines.

D'autre part, depuis plusieurs années l'e-ETP ou l'ETP à distance se développe. Toutes les ARS interrogées soutiennent et encouragent le développement de l'ETP à distance. En effet les ARS, désireuses de faciliter l'engagement des patients, promeuvent le développement de l'ETP à distance, et tout particulièrement en ville. Aucun modèle financier spécifique n'a été repéré pour l'e-ETP.

b) Les spécificités du financement de l'ETP en premier recours

Concernant l'ETP en premier recours, certaines ARS proposent le même financement quel que soit le porteur, d'autres proposent un financement différent selon qu'il s'agisse d'un établissement de santé ou d'une structure exerçant en premier recours. Dans la majorité des cas, le financement pour la ville est supérieur ou égal à celui pour les établissements de santé, sauf pour une région (Bourgogne-Franche-Comté).

Région	Financement ETP pour les établissements de santé	Financement ETP pour structures de ville
Auvergne-Rhône-Alpes	320	320
Bourgogne-Franche-Comté	281	258
Bretagne	250	545 + forfait formation de 2.000 € par programme
Centre-Val de Loire	300	300 (avec possibilité d'obtenir des crédits complémentaires sur demande)
Corse	250	250
Grand Est	300	509
Guadeloupe	300	300
Hauts-de-France	280-335 selon le nombre de séances	280-335 selon le nombre de séances
Ile-de-France	250	250
Pays de la Loire	250	300
Martinique	315 à 378 selon le nombre de séances	315 à 378 selon le nombre de séances
Nouvelle-Aquitaine	250 à 270	370
Occitanie	300	350
Provence-Alpes-Côte d'Azur	250	300
Réunion	350-455 selon le type de public	350-455 selon le type de public

Tableau des forfaits patients (en euros) de l'ARS pour les programmes ETP

c) Les crédits d'amorçage ou les crédits starters

Pour impulser une dynamique d'ETP et encourager son intégration en soins de premier recours, certaines ARS mettent en place un forfait de démarrage. De montant variable, ce forfait est de 2.540 € en Martinique, 6.000 € en Guadeloupe, 6.250 € en Occitanie et de 10.000 € en Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est. Il varie de 10.000 à 15.000 € selon l'envergure du projet en Pays-de-la-Loire

Ce forfait permet de couvrir l'ensemble des dépenses liées à l'élaboration du programme.

b.2- La communication

Les ARS impulsent et financent des outils pour mieux faire connaître l'ETP des professionnels et du grand public. La majorité des régions ont développé des outils de cartographie des programmes d'ETP avec pour certaines d'entre elles la possibilité de réaliser une recherche uniquement sur les programmes en premiers recours. Plusieurs régions ont déployé la campagne de communication «Je suis un

b.3- Le soutien à la formation des intervenants

Les formations d'une durée de 40h pour «dispenser» l'ETP sont obligatoires pour intervenir dans les programmes d'ETP et sont payantes. Cette formation est reconnue dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC) et il est donc possible pour les professionnels de santé d'obtenir un financement d'une partie des frais pédagogiques et une indemnisation au titre de la perte de revenus occasionnée pendant le temps de formation.

Il faut noter toutefois que certains professionnels intervenant dans des programmes d'ETP ne sont pas professionnels de santé : par conséquent, ils ne bénéficient pas du DPC (psychologues, enseignants en activité physique adaptée, assistante sociale...).

Soulignons que le financement de l'ARS de certaines structures ressources en ETP peut être orienté vers la formation. C'est le cas pour la Guyane et la Bourgogne-Franche-Comté où le coût de la formation est ainsi réduit pour les participants selon certaines conditions.

b.4- Le soutien au transport des patients

L'UTEP de Saintonge en Nouvelle-Aquitaine, conviée à participer aux travaux du groupe de travail «Maladie chronique et cancer» du Contrat local de santé (CLS) de la Saintonge Romane, a pu relater les difficultés de «recrutement» de patients dans les programmes d'ETP du territoire. Un accord a été trouvé avec la CPAM 17 : une aide

b.5- Les outils logiciels

En Bretagne, l'ARS a financé la mise à disposition de l'outil ETPLINK, (<https://equasens.com/solution/etp-link/>). Ce logiciel de suivi joue un rôle important en étant interopérable avec d'autres logiciels. Il bénéficie d'un financement intégral par l'ARS pour

La région Auvergne-Rhône-Alpes, qui met en place ce forfait depuis de 2024, exclut le défraiement des frais de formation via ce forfait (financement spécifique de l'ARS fléché aux UTEP).

Si dans certaines régions, l'ensemble des programmes ETP de soins de premier recours sont éligibles à ce forfait, en région Grand Est, les structures éligibles sont celles qui lancent un nouveau programme dans une zone identifiée comme manquant d'offre de programme ETP.

grand malade» créée par la Société d'éducation thérapeutique santé Occitanie (SETSO) en région Occitanie.

En Centre-Val de Loire, c'est la structure «Promouvoir l'éducation thérapeutique du patient en Centre-Val de Loire» (Prévaloir) qui s'associe aux différents URPS pour des campagnes de communication dédiées sur l'ETP.

Par exemple :

- En PACA, un financement de la Région Sud pendant 10 années a permis d'organiser 2 sessions par an (entièrement gratuites) pour les professionnels de MSP.
- Le dispositif ET3P de la MSA comprend le financement de la formation pour les intervenants du programme.
- En Nouvelle-Aquitaine, afin de s'adapter aux contraintes de temps des professionnels libéraux, l'UTEP Saintonge a innové en créant une formation «puzzle», composée de modules complémentaires d'ETP, avec des sessions en soirée étalées sur 18 mois, permettant d'atteindre les 40 heures requises.

Enfin, plusieurs organismes de formation proposent des formations ETP en distanciel, avec une partie de la formation en e-learning, pour s'adapter aux professionnels libéraux.

financière est dorénavant possible pour les frais de transport pour se rendre à un programme d'ETP (sous réserve de conditions de ressources). Toutefois, quelques mois après l'ouverture de ce dispositif, il est peu utilisé à cause de la complexité des démarches administratives à mettre en œuvre par le patient.

une durée de 3 à 4 ans, facilitant ainsi la coordination des programmes et renforçant le lien entre les soins de ville et l'hôpital. D'autres logiciels existent et sont utilisés par les équipes.

■ C- Accompagnement par les structures ressources

c.1- Accompagnement méthodologique

La plupart des structures ressources régionales, dans le cadre de leurs missions pour leurs ARS, proposent de l'accompagnement méthodologique de proximité pour les acteurs de l'ETP. Ce service s'adresse aussi bien aux intervenants libéraux qu'hospitaliers. Mais ce service intervient en fonction des demandes et il n'y a pas toujours de

démarche pro-active des structures ressources. Ces différents types d'accompagnement ont déjà été décrits dans une précédente enquête [13].

Des séminaires ETP réunissant les intervenants et coordinateurs sont régulièrement organisés et peuvent être consacrés au développement de l'ETP en premier recours.

c.2- Animation territoriale par des structures ressources

Les structures ressources peuvent également jouer un rôle plus promoteur en favorisant l'élaboration de projets, la mise en lien des acteurs et en s'impliquant dans la dynamique territoriale.

Ainsi, en Nouvelle-Aquitaine, deux structures ressources ont pour mission de déployer l'ETP «en ville». Il s'agit de deux UTEP de ville, rattachées à un DAC, qui contribuent au déploiement de l'ETP en ville. Elles se concentrent actuellement sur l'accompagnement méthodologique à l'échelle territoriale.

En Bretagne, DAC'tiv (structure ressource territoriale) joue un rôle clé dans l'animation du territoire pour structurer l'ETP et encourager les interactions entre tous les acteurs concernés. Pour ce faire, DAC'tiv anime un comité d'ETP servant de forum de discussion où les différents acteurs se concertent et collaborent sur les développements souhaités pour l'ETP dans la région. Des groupes de travail

sont formés pour concrétiser ces objectifs. DAC'tiv a également pour mission de fournir des informations sur les programmes d'ETP existants et les ressources disponibles, tout en facilitant la mise en relation des personnes sur le territoire. Cette approche vise à optimiser les synergies entre les acteurs et à renforcer l'efficacité des initiatives en ETP.

En Grand Est, des collaborations se forment entre les délégations territoriales et l'Espace ressources afin de mettre en œuvre des initiatives ciblées dans les zones rurales où l'accès aux soins est limité. Dans le but de promouvoir une approche proactive, des réunions sont organisées mensuellement pour certaines d'entre elles. L'Espace ressources sera intégré dans les contrats locaux de santé pour échanger sur l'ETP. Cette démarche témoigne de l'engagement fort des délégations territoriales à développer l'ETP en soin de premier recours.

c.3- La mise à disposition de programme « clé en main »

Il s'agit de programme entièrement écrit et conçu, depuis le bilan éducatif, jusqu'aux outils d'évaluation, en passant par les trames des séances éducatives. Sans l'avoir conçu, les structures portent elles-mêmes le programme et reçoivent le financement correspondant. Ainsi en Hauts-de-France, l'URPS a développé des bases communes pour

les programmes d'ETP, que les professionnels adaptent ensuite sur le terrain. Des ateliers collectifs ou individuels ont été conçus, incluant la rédaction des conducteurs de séances et la mise à disposition d'outils d'animation.

<https://www.urpsml-hdf.fr/education-therapeutique/>

c.4- Autres outils de supports

De nombreuses structures ressources mettent à disposition des outils et guides méthodologiques pour aider les structures à développer l'ETP.

Certains de ces supports sont spécifiquement destinés à l'ETP en ville.

En région Hauts-de-France, pour soutenir les équipes dans le suivi et l'évaluation de leur activité, l'URPS a élaboré un guide méthodologique dédié à l'évaluation en ETP, et offre son accompagnement pour la méthodologie de l'évaluation quadriennale.

<https://www.urpsml-hdf.fr/dpme/>

En Ile-de France, le pôle ETP a publié des éléments de son expérimentation sur l'ETP de proximité :

<https://www.poletp.fr/fr/atp>

Le CRES PACA a édité un guide court et pratique pour le premier recours : « L'ETP en soins de premier recours : les possibilités de mise en œuvre ».

<https://www.cres-paca.org/education-therapeutique-du-patient-1/innovation-et-communication/les-recommandations-et-enquetes/letp-en-soins-de-premier-recours--les-possibilites-de-mise-en-uvre-1>

■ D- Les formats hors programme

Parce qu'il a été pensé pour l'hôpital sur la base d'hospitalisation assez longue, le format programmatique de l'ETP sous sa forme déclarative auprès des ARS constitue le format le plus répandu. Cependant depuis plusieurs années de nouveaux formats émergent. Dès 2015, la HAS a décrit le modèle d'une Activité éducative ciblée (AEC). En 2019, les critères de qualité de ces Activités éducatives hors programmes (AEHP) ont été décrits par Xavier De La Tribonnière [14].

Ces initiatives hors programmes se développent, notamment en réponse à la complexité administrative et à l'obligation d'une certaine file active annuelle minimale pour les programmes déclarés à l'ARS. Ces initiatives peuvent être financées dans le cadre des Accords conventionnels interprofessionnels (ACI) dans les MSP faisant le choix d'une mission éducation thérapeutique, et via les orientations diabète et prévention au choix des CPTS.

C'est le cas en particulier en région Occitanie, où est observée une tendance à la diversification de l'offre d'ETP, avec notamment l'éducation hors programme menée par des infirmières ASALEE ou des Infirmières en pratique avancée (IPA).

Le format programmatique de l'ETP pouvant ne pas correspondre aux besoins et capacité du patient, de ce fait, des actions éducatives ciblées sont déployées. C'est le cas en Bretagne où certaines équipes, ayant précédemment mis en œuvre un programme d'ETP, ont choisi de ne pas renouveler leur déclaration de programme afin de le transformer en actions collectives et ponctuelles ciblées sur des sujets spécifiques. À noter que l'ARS Bretagne soutient financièrement les actions éducatives ciblées.

En Occitanie, l'association Diabète Occitanie observe actuellement une tendance à la diversification de l'offre d'ETP, avec notamment l'éducation hors programme menée par des infirmières ASALEE ou des infirmières en pratique avancée (IPA). Ces catégories professionnelles sont en recherche d'outils, de méthodes, d'accompagnements, de partages d'expériences pour structurer leurs actions éducatives individuelles ou collectives dans une démarche qualité.

Face à la complexité administrative, le Pôle de ressources en ETP Ile-de-France a coordonné et animé de 2017 à 2022 une expérimentation portant sur l'Accompagnement thérapeutique de proximité (ATP), impliquant les médecins libéraux. Ce programme se voulait une alternative aux programmes d'ETP hospitaliers, jugés inadaptés au contexte libéral et visait à soutenir les médecins libéraux dans l'intégration de pratiques éducatives au sein de leur organisation de soins. L'enjeu était de proposer une approche éducative personnalisée, au plus près du lieu de vie du

patient, applicable au quotidien par les médecins libéraux et poursuivie au long cours. L'ATP est une initiative collaborative impliquant plusieurs partenaires : l'ARS Île-de-France et l'URPS Médecins Île-de-France pour le portage du projet, le Pôle de ressources en ETP Île-de-France pour la coordination et l'animation.

Ce projet ambitionnait de tester une forme d'ETP adaptée à la médecine libérale. Le projet visait à innover et compléter les dispositifs existants en matière d'éducation thérapeutique et de coopération interprofessionnelle. Il cherchait à permettre aux médecins libéraux d'intégrer des pratiques éducatives dans leur organisation des soins pour les patients atteints de maladies chroniques, à travers des démarches individualisées organisées autour du dialogue praticien/patient et un accompagnement thérapeutique spécifique. L'enjeu était de proposer une approche éducative personnalisée, au plus près du lieu de vie du patient, applicable au quotidien par les médecins libéraux et poursuivie au long cours. Le projet a permis de développer, avec des médecins libéraux volontaires, des pratiques éducatives alternatives aux programmes d'ETP hospitaliers, jugés inadaptés au contexte libéral : <https://www.poletp.fr/fr/atp>

Toutefois, l'évaluation de cette expérimentation a révélé que le nombre de médecins participants était insuffisant pour tirer des conclusions statistiques significatives sur l'efficacité de cette approche, ainsi que pour observer si la perception des patients vis-à-vis de leur médecin évoluait. Cependant, l'expérimentation a permis d'opérer une prise de conscience dans la nécessité d'un changement dans la relation soignant-soigné et plus globalement dans celle d'associer davantage la prévention au soin. Cette expérience a pris fin en 2022, en collaboration avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDESS), le pôle de ressources régional ETP et l'URPS.

■ E- Les freins au développement de l'ETP en premier recours

Les acteurs interrogés ont identifié plusieurs freins.

e.1- Une question de territoire

a) La démographie médicale

Les intervenants en ETP souhaitant créer un programme ont l'obligation réglementaire de disposer d'un médecin formé au sein de l'équipe. Or la démographie médicale aujourd'hui, surtout dans les territoires ruraux est très faible. Les médecins exerçants ont une charge de travail importante. Mobiliser un médecin pour se former (6 jours) et pour participer à la conception et l'animation d'un programme s'avère un objectif très difficile à atteindre.

b) Le transport

Le transport des patients n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie pour accéder au programme d'ETP, ce qui représente un obstacle de plus pour un patient souhaitant participer.

Une démarche originale et pertinente de l'UTEP de Saintonge avec la CPAM a permis de financer ces déplacements au titre des aides financières. Le patient doit correspondre à certains critères et réunir un dossier avec plusieurs pièces justificatives (Cf. partie b.4).

<https://utep-saintonge.fr/2024/03/05/fiche-action-23-03-prise-en-charge-des-frais-de-transport-pour-letp/>

e.2- Une question de culture en ETP

Depuis l'apparition de l'ETP dans la loi HPST de 2009, elle s'est développée dans toutes les régions, mais cette dynamique a existé principalement dans les établissements de santé. Il n'y a pas eu de transformation majeure du système de santé permettant au premier recours de participer à cette dynamique.

Le Dr Allory souligne que « l'acculturation à la manière d'organiser le système de santé, à ce qui devrait être offert en termes de pratiques d'ETP par les professionnels, à l'accès à l'ETP pour les patients et à l'intégration de l'ETP dans le parcours de soins des personnes, reste limitée ».

Pour les professionnels, l'ETP et son organisation restent encore complexes et mal comprises. L'orientation des patients vient essentiellement des professionnels formés et intervenant dans des programmes. Les autres professionnels connaissent peu l'organisation pratique de l'ETP, ne savent pas où et vers qui orienter les patients et appréhendent mal la plus-value de l'ETP pour leurs patients.

e.3- Une question réglementaire

Plusieurs éléments liés à la réglementation de l'ETP sont considérés comme des freins pour le développement de l'ETP en premier recours.

a) Le régime de déclaration de programme

Malgré le passage d'un régime d'autorisation à un régime de déclaration, plusieurs répondants

Malheureusement, à ce jour, ce dispositif est très peu utilisé par les patients à cause de la lourdeur administrative du montage du dossier pour le patient.

c) Autres

Certains répondants ont également cité comme frein le manque de locaux adaptés à la tenue de séances de groupes dans de nombreux territoires.

Une autre difficulté réside dans la dimension de ces territoires, où patients et soignants se côtoient dans les différentes activités de la vie quotidienne d'une communauté, avec pour conséquence que l'intimité peut être difficile à préserver. Constituer des groupes pour parler de la maladie, de sujets sensibles, intimes et potentiellement stigmatisant, peut s'avérer délicat.

Les patients, de leur côté, ne connaissent pas l'ETP, n'ont pas d'information sur les offres à proximité, sont peu habitués à vivre des expériences de groupe. La mobilisation et le recrutement des patients restent difficiles en ville et à l'hôpital.

Toujours selon le Dr Allory, « Ce qui manque véritablement, c'est l'intégration de la pratique de l'ETP dans les soins de premier recours, avec la participation des professionnels de santé qui connaissent bien les patients dans le cadre de leurs soins de proximité. L'absence d'implication des professionnels de santé de premier recours, tels que les médecins généralistes, les infirmiers diplômés d'État (IDE) et les pharmaciens dans la réalisation de l'ETP pose des problèmes d'accessibilité aux programmes. Cette accessibilité doit être entendue non seulement en termes relationnels, c'est-à-dire la connaissance des personnes qui dispensent l'ETP, mais aussi en termes géographiques et territoriaux ».

considèrent toujours que le cahier des charges est trop complexe et le temps passé à la construction puis à l'évaluation du programme trop important. La structuration même des programmes d'ETP représente un défi, avec des problématiques liées à la méthodologie, au suivi, à l'organisation

de réunions et à la lourdeur administrative. Ce temps d'organisation et de coordination peut être considéré comme perdu par rapport au temps passé avec les patients.

b) Les porteurs

L'enquête a révélé que certaines ARS autorisent une CPTS à porter un programme alors que d'autres ne le permettent pas. Si certains répondants soulignent qu'une CPTS n'est pas effectrice de soin, et, à ce titre, ne peut porter un programme, un certain nombre de répondants, y compris parmi les régions n'autorisant pas ce portage, considèrent que la CPTS serait un porteur pertinent.

D'ailleurs, la MSP peut être un porteur pertinent et dynamique, mais il s'agit d'une structure de petite taille, et la tâche de coordination administrative et professionnelle d'un programme d'ETP peut être lourde. Les programmes portés par une MSP sont fragiles et peu pérennes.

De plus, ces structures, encore relativement récentes, n'ont pas encore atteint leur pleine maturité pour mettre en œuvre ces programmes coordonnés et pluriprofessionnels d'offres de soins à la population. De nombreuses équipes restent à créer et doivent s'approprier ces nouvelles modalités de soins.

e.4- Une question de financement

De nombreux répondants pointent un financement qui ne correspond pas au temps investi par les professionnels auprès de patients, surtout pour la coordination. L'implémentation de programmes d'ETP dans le cadre des soins de premier recours représente un défi organisationnel conséquent pour les professionnels libéraux. Cette complexité n'est pas nouvelle ; elle existait déjà lorsque ces programmes étaient gérés au sein de réseaux spécialisés, où des salariés dédiés étaient chargés de leur mise en œuvre. La difficulté réside notamment dans la coordination des professionnels. Organiser de tels programmes exige donc une équipe solide et un investissement important.

e.5- Autres

a) Ancrage théorique des pratiques

Pour le Pr Gagnayre, les programmes d'ETP ne s'appuient pas suffisamment sur les recherches et expérimentations réalisées. Il précise : *« L'implantation de programmes d'ETP en ville est rarement basée sur des modèles issus de la recherche. Le problème est que, sans ancrage théorique, leur adaptation devient de plus en plus difficile. En effet, les interventions se basent sur une perception des résultats obtenus sans se poser la question du pourquoi, comment et dans quelles circonstances les résultats sont obtenus. Ainsi, lorsque les interventions ne sont pas envisagées à la lumière de modèles théoriques, le risque est de réduire la perception de réalité à ce*

Si ce dernier point concerne également les CPTS, ce niveau de territoire semble être un avantage pour de nombreux répondants. Un portage de la coordination par la CPTS et une mise en place par des professionnels libéraux, en MSP ou non, est un modèle qui séduit de nombreux acteurs de l'ETP.

c) La formation

La formation de 40h requise pour intervenir dans des programmes d'ETP est souvent perçue comme un frein par les professionnels de santé, en raison de la durée de la formation jugée trop longue par les professionnels et en l'absence de compensation financière pour le temps consacré à cette formation (le DPC peut couvrir pour certains professionnels une partie de ce coût).

d) Le lien avec le dispositif ASALEE

Là aussi, il existe une disparité des réglementations. Dans certaines régions, il n'est pas possible de déclarer un programme d'ETP dans une MSP qui compte dans son équipe une infirmière ASALEE. Ceci sous prétexte d'une compétition ou redondance entre les activités d'ETP de l'infirmière et du programme. Ce qui empêche concrètement la mise en place de programme d'ETP en MSP.

Le financement de l'ACI permet de compléter le travail de préparation et de coordination des professionnels. Cependant, cela reste insuffisant car les budgets de ces équipes de soins primaires doivent couvrir de nombreuses autres dépenses, notamment le financement des ressources humaines. Les coordonnateurs de ces équipes de soins primaires jouent un rôle clé dans la coordination des programmes d'ETP. Les équipes ne disposent pas forcément des moyens financiers nécessaires pour des activités d'ETP, qui sont souvent chronophages.

que l'on sait uniquement faire et par conséquent, exclure des alternatives et donc des populations. Il en découle la nécessité d'acculturer les acteurs à ces choix théoriques et de pouvoir innover. Mais à l'inverse, trop peu d'interventions sont explicitées pour fonder ce qui est appelé une capitalisation des expériences. Cette méthode qui part de la pratique des acteurs permet d'interroger les réalisations et leurs conditions de réussite et être l'origine de nouveaux modèles».

b) Appui national

Certains répondants déplorent l'absence d'une coordination nationale pour l'ETP. Cela souligne un manque de soutien institutionnel à cette approche.

Sans un portage à l'échelle nationale, les initiatives d'ETP peuvent souffrir d'un manque de visibilité, de financement, et d'uniformité dans leur mise en œuvre.

■ F- Les leviers au développement de l'ETP en premier recours

f.1- Une question de portage

a) Le portage par une structure solide

Le fait qu'il existe aujourd'hui des structures organisées de professionnels libéraux telles que les MSP et CPTS est un vrai levier pour le développement de programmes : une équipe pluriprofessionnelle déjà constituée s'appuyant sur un coordinateur ayant des compétences spécifiques et du temps de travail financé.

La rémunération actuelle des MSP et des CPTS offre une certaine marge de manœuvre pour intégrer l'ETP dans leurs activités. Certains réseaux de santé préexistants à la loi HPST ont pu s'appuyer sur leur mode d'organisation pour porter efficacement des programmes d'ETP en premier recours.

b) Les programmes en « multisites »

Les programmes en « multisites » constituent également un modèle efficace. Une structure assure le portage et la coordination, et des professionnels de plusieurs sites différents mettent en place localement les ateliers. Cette organisation permet de mutualiser les missions de coordination et de soulager un nombre important de professionnels libéraux de ces tâches.

c) L'incubateur de programme

Certains structures ressources (DAC en Bretagne ou URPS en Hauts-de-France), en accord avec leur ARS, proposent un portage temporaire du programme, le temps que les professionnels libéraux s'emparent du dispositif. Ensuite, le portage peut être transféré à la structure locale (MSP, association...). Cette organisation peut rassurer les professionnels pour lancer la dynamique de départ.

f.2- Une question de financement

a) Les crédits d'amorçage ou crédits starter

Comme il l'a été décrit plus haut dans l'enquête, plusieurs ARS proposent des crédits d'amorçage ou crédits starter permettant de valoriser financièrement le travail, la conception et la mise en place d'un programme.

b) La formation

L'ARS Bourgogne-Franche-Comté finance la formation des professionnels libéraux, ce qui contribue à encourager le développement de l'ETP en ville.

d) Les équipes mobiles

Pour aller vers les patients, au plus près de leur lieu de vie, une solution proposée est la constitution d'équipes mobiles d'ETP. Le déplacement de l'équipe d'ETP se fait dans une structure de soins de premiers recours (exemple : <https://www.poletpna.fr/equipes-mobiles>) ou à domicile (exemple : <https://etpadom86.wixsite.com/monsite/l-%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-innovante>). Ces équipes mobiles peuvent être portées par des associations ou structures dédiées à cette mission ou par des établissements de santé.

e) L'organisation de l'offre d'ETP

Pour éviter une redondance et une concurrence de l'offre d'ETP entre la ville et l'hôpital, l'ARS Hauts-de-France a organisé l'offre d'ETP selon plusieurs niveaux dans le cadre initial du schéma régional d'organisation des soins :

- Premier recours : il concerne les professionnels de santé libéraux en ville. L'ETP à ce niveau est destinée aux pathologies « simples » et courantes rencontrées en ville.
- Deuxième recours : les réseaux de santé. Ce niveau d'ETP s'adresse aux pathologies chroniques complexes ou aux cas de polyopathologies.
- Troisième recours : il implique les établissements de santé et est réservé à l'ETP pour les pathologies chroniques sévères nécessitant un plateau technique spécialisé ou pour les maladies rares.

Cette organisation structurée permet une clarté pour tous les acteurs et favorise un travail complémentaire dans la prise en charge des patients.

c) Le dispositif ASALEE

L'implication des infirmières ASALEE est un levier prometteur pour le développement des programmes d'ETP en ville, en vue d'une utilisation efficace des ressources allouées. Les missions dévolues aux infirmières ASALEE peuvent être mobilisées de manière cohérente avec la proposition d'un programme d'ETP, notamment en ce qui concerne le lien avec les patients, le recrutement, la motivation et le suivi.

f.3- Une question de soutien

Les différents dispositifs de soutien aux intervenants présents dans les régions et soutenus par les ARS représentent des leviers pour les acteurs de l'ETP.

La quasi-totalité des structures ressources en ETP proposent un accompagnement méthodologique gratuit pour les équipes afin d'élaborer et de déclarer leurs programmes d'ETP. Ces structures d'appui possèdent des antennes ou relais au plus près des acteurs permettant d'accompagner le programme et de l'insérer dans le territoire.

Il existe également d'autres types d'outils de soutien :

- L'établissement d'un répertoire permettant de s'identifier mutuellement, (Espace Pro – ETP Grand Est www.etp-grandest.org) de connaître les professionnels formés et intéressés par l'animation des programmes, de se renseigner

sur les programmes disponibles localement, est un levier important.

- Les temps d'échanges. De nombreuses structures d'appui proposent des séminaires, réunions autour de l'ETP permettant de soutenir la motivation et le développement des compétences.
- Les outils numériques de coordination. En Bourgogne-Franche-Comté, l'ARS finance l'outil nuvee.fr. Nuvee est une plateforme numérique d'e-ETP, d'e-prévention et d'e-formation. Elle se positionne comme un outil de suivi englobant des parcours d'éducation thérapeutique des patients et des aidants, des parcours de prévention, ainsi que des formations destinées aux acteurs. La spécificité de Nuvee réside dans sa capacité à élaborer des parcours numériques variés, axés sur la prévention, l'ETP et la formation professionnelle.

f.4- Une question de format

a) Les programmes pluripathologiques

Pour certains acteurs des territoires peu habités, il peut s'avérer compliqué de recruter et réunir un groupe de patients d'une même pathologie et d'atteindre le seuil de 25 ou 50 patients minimum par an demandé par certaines ARS. La proposition d'élaborer un programme pluripathologiques permet de réunir plusieurs patients ayant différentes pathologies chroniques autour de points communs (facteurs de risques, vécu de la chronicité de la maladie, compétences psychosociales...). Cela représente des avantages logistiques, de communication, de recrutement et de coordination.

b) L'e-ETP

L'ETP en visioconférence s'est fortement développée ces dernières années. Sans forcément s'appuyer sur les professionnels de premier recours, cette solution permet de répondre aux difficultés de déplacements et de mobilisation des patients.

IV- Les pistes de développement

A- Évolution réglementaire

a.1- Le rôle des CPTS

De nombreux répondants ont estimé que l'échelon de la CPTS était pertinent pour développer et coordonner un programme d'ETP. Certaines ARS ont permis aux CPTS de porter des programmes. Un tel portage permettrait une mutualisation des ressources de communication et de coordination plus pertinente qu'au niveau d'une MSP. Cette nouvelle action serait en cohérence avec les missions des CPTS sur les parcours de soins et la coordination ville-hôpital.

a.2- La place du médecin

La démographie médicale va encore être faible pendant de nombreuses années. Le lien avec le médecin traitant est indispensable, mais la présence

obligatoire d'un médecin formé dans l'équipe est questionnée par plusieurs répondants. Dans cette optique, la désignation d'un médecin référent, qui ne serait pas nécessairement un membre actif de l'équipe, pourrait offrir une souplesse supplémentaire très bénéfique. Cette figure pourrait jouer un rôle clé dans la coordination et le soutien des équipes, sans imposer de contraintes structurelles rigides.

a.3- Les modalités de financement

La majorité des répondants demandent une augmentation du financement notamment pour le temps d'élaboration et de coordination des programmes.

La mise en place par certaines ARS d'un crédit starter ou d'amorçage semble être un levier important pour permettre à des équipes de se lancer. Cette approche a pour but de stimuler la création de programmes d'ETP.

Une expérimentation d'indemnisation des frais de transport pour l'ETP pourrait être mise en place et évaluée.

Certains professionnels libéraux expriment le besoin d'organiser des activités hors programme et de recevoir une rémunération à l'atelier.

Une autre proposition avait été faite par Jean-François d'Ivernois et Rémi Gagnayre : l'idée était d'inverser le rapport de l'offre et de la demande en favorisant la demande. Il s'agissait de fournir aux personnes en ALD un carnet à souche (tickets). Ce carnet leur permettant de bénéficier de plusieurs séances d'éducation. Un système similaire existait déjà pour les femmes enceintes, qui disposaient d'un carnet à souche leur permettant d'accéder

à des séances d'éducation à la périnatalité, avec un nombre de séances déterminé chaque année par les autorités sanitaires. Inverser le rapport de sollicitation pourrait être un levier important pour le développement de l'ETP. Dans le processus d'autonomisation, de responsabilisation, et surtout dans l'estimation des besoins par les patients eux-mêmes, cette forme de carnet à souche, qui octroie du temps pour l'éducation, pourrait être repensée. Il pourrait y avoir des formules (sous forme d'un package) qui associent une activité d'éducation avec d'autres services sociaux (aides domestiques, portage de repas soutien administratif...), permettant ainsi un financement plus global entendu où plusieurs sources de financement pourraient être associées. Ainsi, il serait également pertinent de réfléchir à la manière dont les communes pourraient contribuer à ce financement, notamment si elles perçoivent un bénéfice en termes de maintien à domicile et de qualité de vie dans la commune.

a.4- Les autres acteurs de l'ETP

Il est important de clarifier et d'homogénéiser les rôles et missions des infirmières ASALEE et IPA dans les programmes d'ETP. La complémentarité et la mutualisation pouvant être extraites des différents dispositifs représentent autant de leviers pour l'ETP.

B- Portage et réflexion sur l'organisation du territoire

b.1- Un portage intermédiaire

Des professionnels libéraux peuvent être motivés pour animer des ateliers d'ETP mais ne sont pas adossés à une structure le permettant ou le souhaitant. Certaines structures pourraient se proposer comme porteur intermédiaire. C'est le cas dans certaines régions avec une URPS, un DAC ou le programme ET3P de la MSA. Ces structures peuvent véritablement aider les équipes de soins primaires à se concentrer sur l'éducatif et les besoins des patients, en déléguant les aspects administratifs et financiers.

Un autre format permettrait de répondre à la demande des professionnels hospitaliers souhai-

tant « externaliser » leurs programmes d'ETP en ville. Dans ce cadre, l'hôpital pourrait initier le programme et les séances de suivi se dérouleraient en ville (MSP, hôpital local, association...). Ce projet soulève des questions relatives au financement et à l'établissement de conventions.

Aussi, le déploiement des équipes mobiles d'ETP permettrait de couvrir des territoires où les professionnels de santé sont peu nombreux et peu disponibles pour ce type d'activité.

b.2- Une organisation de l'offre d'ETP

Certains répondants tentent d'organiser une offre d'ETP à plusieurs niveaux. C'est l'exemple de l'URPS médecins libéraux en région Haut-de-France qui propose trois niveaux de recours et d'orientation des patients en fonction de la complexité de pathologies

- L'ETP de premier recours : par les professionnels de santé libéraux en ville pour les pathologies simples et courantes rencontrées en ville.
- L'ETP de deuxième recours : par les réseaux de santé pour les pathologies chroniques complexes ou aux cas de polyopathologies.
- L'ETP de troisième recours : par les établissements de santé pour les pathologies chroniques

sévères nécessitant un plateau technique spécialisé ou pour les maladies rares.

Plusieurs modèles similaires sont proposés dans la littérature. Par exemple, du niveau 1 (ETP isolé du médecin), niveau 2 (deux professionnels de premier recours), niveau 3 (équipe pluridisciplinaire de premier recours) et niveau 4 (structure coordonnée) [15].

L'élaboration d'une nouvelle offre d'ETP doit se réfléchir en même temps que le parcours de soin de la ou les pathologies concernées [16].

■ C- Format et thèmes de l'ETP

La mise en place de programmes pluripathologiques facilite l'organisation, la coordination et le recrutement sur des territoires moins peuplés [8] [11].

La mise à disposition de programmes clé en main, à l'instar de celui proposé par la MSA, peut être une solution pour certaines équipes. Ainsi, les professionnels sont toujours effecteurs ou opérateurs de l'ETP, tout en étant formés et accompagnés. Cela a pour avantage de réduire le temps consacré à la coordination, à l'analyse et à la conception des programmes, tâches qui sont souvent perçues comme chronophage.

En parallèle du développement de l'ETP en premier recours, il est important de promouvoir l'ETP à distance (e-ETP) pour mieux desservir les zones isolées, dans le but de réduire la nécessité de déplacements pour les patients, souvent entravés par les coûts et les difficultés de transport. Il est essentiel de rendre les programmes accessibles à des populations éloignées, en diversifiant les outils numériques disponibles. Il est également avantageux de promouvoir l'ETP en combinant des séances en présentiel et à distance.

■ D- Formation

Trois pistes peuvent être envisagées :

- Développer la place de l'ETP dans les formations initiales pour contribuer à la culture de l'ETP chez les professionnels de santé
- Fractionner la formation de 40 h en différents modules allégeant le temps et le financement demandé aux professionnels

- Aider au financement et à l'indemnisation de la formation pour les professionnels de santé libéraux.

■ E- Rencontres et expérimentation

L'organisation de rencontres entre les équipes de premier recours et la valorisation des programmes existants pour stimuler les projets et développer les compétences est une piste de développement qui s'appuie sur le partage entre professionnels. Ces réunions d'acteurs du premier recours pour

chercher et expérimenter des modèles et formats différents qui partent et prennent en compte la réalité du terrain paraissent essentiels pour mettre en place les conditions de réussite d'une ETP en soins de premier recours.

V- Conclusion

L'ETP s'est développée historiquement au sein de l'hôpital. Depuis une quinzaine d'année maintenant, son développement s'opère particulièrement dans les soins de proximité. Les modalités et le contexte de son déploiement sont étroitement liés aux évolutions de l'exercice des soins de premier recours. En effet, la massification des nouvelles formes d'exercice coordonné sur le territoire français ont permis aux professionnels de ville de penser et mettre en place une ETP complémentaire de celle déjà proposée à l'hôpital.

Désormais, l'enjeu de proposer une ETP accessible au plus grand nombre est immense. C'est dans cette optique que cette enquête veut comprendre le paysage actuel de l'ETP dans les soins de proximité et proposer aux acteurs de l'ETP et aux ARS des perspectives crédibles de développement.

Pour ce faire, 4 grands leviers ont pu être identifiés : le portage, le financement, le soutien ou encore le format de l'ETP. Ces 4 leviers ont permis de dresser des recommandations selon 5 axes.

Axe 1 : une évolution règlementaire, permettant de repenser le rôle des CPTS, de la place du médecin traitant au sein d'une équipe ETP, ainsi que des modalités de financement de l'ETP.

Axe 2 : une réorganisation du portage et de l'offre en ETP disponible sur les territoires, permettant que l'ensemble des acteurs trouvent leur place dans le paysage de l'ETP.

Axe 3 : un soutien aux programmes pluripathologiques et aux programmes qui se déclinent en format visioconférence, permettant de mutualiser certaines séances et toucher le plus grand nombre de patients.

Axe 4 : un déploiement repensé de l'ETP en formation initiale et continue permettant de développer une culture commune tout en prenant en compte la faisabilité de la mise en place d'une telle formation pour les professionnels de ville.

Axe 5 : la mise en place de rencontres entre les équipes et d'interconnaissances des programmes permettant de valoriser les programmes existants, de nourrir la créativité et de soutenir les innovations dans le domaine de l'ETP de proximité.

5 axes de développement dont les équipes et les ARS peuvent s'inspirer pour penser, proposer et déployer l'ETP dans les soins de proximité dans les années à venir

VI- Sélection bibliographique

- [1] Claude Jaffiol, Pierre Corvol, Gérard Reach (et al.), **L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine**, *Académie nationale de médecine*, 2013, 23 p.
- [2] Pierre-Yves Traynard, Rémi Gagnayre, **Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire**, *Maloine*, 2013, 311 p.
- [3] Brigitte Sandrin-Berthon, Claude Attali, Cécile Fournier, **L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours**, *HCSP*, 2009-11, 36 p.
- [4] Denis Jacquat, Alain Morin, **Éducation thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne**, *Assemblée nationale*, 2010-06, 65 p.
- [5] Cécile Fournier, Jacques Cittee, Hélène Brugerolles (et al.), **Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations**, *Santé publique*, vol. 30 n° 3, 2018-05, pp. 307-311
- [6] Geneviève Vaillant, A. Amhis, A. Denis (et al.), **Éducation thérapeutique des patients en milieu rural : expérience de l'unité mobile du réseau de santé de Haute-Côte-d'Or: Therapeutic patient education in rural area: Experience from the educational mobile unit in Haute-Côte-d'Or**, *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 5 n° 5, 2011-10, pp. 540-544
- [7] F. Masse, **Évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique en maison de santé pluridisciplinaire en Martinique**, *Diabète & métabolism*, vol. 42 n° 1, 2016-03, p. A79
- [8] Cyril Crozet, Nadia Boudrai-Mihoubi, Mariane Alphonse (et al.), **Expérimentation d'un modèle d'éducation thérapeutique pour patients polypathologiques dans les maisons de santé pluriprofessionnelles**, *Éducation thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, vol. 9 n° 1, 2017-06, 11 p.

- [9] Philip Bohme, Danielle Durain-Siefert, Irène Contal (et al.), **Éducation thérapeutique et suivi du patient diabétique de type 2 par un réseau de ville : comparaison avec un service de diabétologie**, *Éducation thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, vol. 2 n° 1, 2010-06, pp. 7-14
- [10] Claire Mounier-Vehier, P. Bocquet, P. Marboeuf (et al.), **Apport d'un réseau de santé dans la prise en charge des maladies cardiovasculaires : HTA Vasc, une innovation dans la région Nord-Pas-de-Calais**, *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, vol. 100 n° 11, pp 947-954, 2007
- [11] Anthony Legobien, Hubert Martin, Véronique Bontemps (et al.), **Co-construction d'un dispositif d'ETP mono et polypathologique dans un centre municipal de santé**, *Santé publique*, vol. 35 n° 4, 2023-07, pp. 405-416
- [12] **Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)**, HCSP, 2015-12, 43 p.
- [13] DAILLET Louise, SAUGERON Benoît, SONNIER Pierre, **Les structures ressources en éducation thérapeutique du patient des régions de France**, *CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur*, 2021-02, 24 p.
- [14] DE LA TRIBONNIERE Xavier, AIT EL MAHJOUR Brigitte, PUECH SAMSON Isabelle (et al.), **Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité**, *Éducation thérapeutique du patient - Therapeutic patient Education*, vol. 11 n°1, 2019-06, 12 p.
- [15] Philip Böhme, AS Lerman, P. Matte P et al.), **Vers une organisation coordonnée de l'éducation thérapeutique pour les personnes vivant avec un diabète ? : « Organisons le système de soins pour qu'on puisse y faire de l'ETP, dans la mesure où celle-ci apparaît comme une nécessité »**, *Médecine des maladies métaboliques*, vol. 12 n° 2, 2018-03-01, pp. 194-203
- [16] Camille Astier, Anaïs Tanguy, Hélène Denoual, **Coordination territoriale et éducation thérapeutique du patient : l'expérience du territoire de démocratie sanitaire de Lorient-Quimperlé pour améliorer la prise en charge des lombalgies chroniques**, *Éducation thérapeutique du patient-Therapeutic patient education*, vol. 16 n° 1, 11 p.

VII- Annexes

■ Guide d'entretien pour les ARS

Enquête sur le développement de l'Éducation Thérapeutique dans les soins de premier recours

Cette enquête est pilotée par le CRES PACA à la suite d'une demande de l'ARS PACA.

L'objectif est de recueillir les initiatives des centres de ressources /dispositifs d'appuis en France et des ARS de toutes les régions pour développer l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en soin de premier recours.

1 - Informations générales :

- Qu'en est-il de l'ETP en soins de 1^{er} recours dans votre région ? (En termes de promotion/ développement/ actions/communication).
- Quelles sont les principales stratégies actuellement en place pour promouvoir l'ETP auprès des professionnels de santé des soins de premier recours ?
- Quel est le pourcentage de programmes ETP en soins de premier recours ? Quel est le pourcentage de programmes financés en soins de premier recours ?
- Quel est le nombre de patients auxquels ces programmes ont bénéficié ?

2 - Soutien institutionnel et financier :

- Quel financement proposez-vous pour les programmes ETP organisés en soin de premier recours dans votre région ?

3 - Difficultés et points forts :

- Selon vous, quelles sont les principales difficultés ou points forts dans le déploiement de l'ETP en ville rencontrés par les professionnels des soins de premier recours ?
- Selon vous, de quoi ont besoin les professionnels des soins de premier recours pour s'investir davantage dans la promotion de l'ETP ?

4 - Projets de votre structure :

- L'ARS prévoit-elle de développer de nouvelles initiatives ou de renforcer les existantes pour promouvoir l'ETP en soins de premier recours ? (nouvelles stratégies)
- Si oui, pourriez-vous partager quelques informations sur ces projets ?

■ Guide d'entretien pour les centres de ressources, dispositifs d'appui et UTEP

Enquête sur le développement de l'Éducation Thérapeutique dans les soins de premier recours

Cette enquête est pilotée par le CRES PACA à la suite d'une demande de l'ARS PACA.

L'objectif est de recueillir les initiatives des centres de ressources /dispositifs d'appuis en France et des ARS de toutes les régions pour développer l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en soin de premier recours.

1 - Informations générales :

- Qu'en est-il de l'ETP en soins de 1^{er} recours dans votre région ? (En termes de promotion/ développement/ actions/communication).
- Quelles sont les principales actions que vous mettez en place pour développer l'ETP en ville ?
- Qu'est-ce que les autres acteurs font pour développer l'ETP en ville ? (Autres acteurs et partenaires et ARS)
- Êtes-vous sollicités par les professionnels libéraux au niveau de l'ETP ?
- Comment accompagnez-vous les professionnels de santé libéraux dans le champ de l'ETP ?

2 - Soutien institutionnel et financier :

- Comment l'ARS soutient l'ETP dans les soins de premier recours dans votre région ?
- Bénéficiez-vous de subventions spécifiques pour mener des actions ?

3 - Freins et leviers :

- Identifiez-vous des leviers à renforcer et des freins à lever pour développer l'Éducation Thérapeutique dans les soins de premier recours ?
- Selon vous, de quoi ont besoin les professionnels de santé libéraux pour s'investir davantage dans le développement de l'ETP ?

4 - Projets de votre structure :

- Avez-vous des projets ou actions que vous souhaitez développer dans les mois à venir pour développer l'ETP en ville ? Si oui, pourriez-vous partager quelques informations sur ces projets ?

■ Guide d'entretien pour la MSA

Enquête sur le développement de l'Éducation Thérapeutique dans les soins de premier recours

Cette enquête est pilotée par le CRES PACA suite à la demande de l'ARS PACA.

L'objectif est de recueillir les initiatives des centres de ressources /dispositifs d'appuis en France et des ARS de toutes les régions pour développer l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) en soin de premier recours.

1 - Informations générales :

- Comment est né ce projet (ETP3P) ? Qu'elle en a été la genèse ? Comment évolue-t-il depuis ces dernières années ?
- Concrètement, comment s'organise son déploiement ? Quelles sont les stratégies que vous avez mises en place pour déployer votre programme en soins de premier recours ? (En termes de promotion/ développement/ actions/communication).
- Proposez-vous des séances de suivi ou de renforcement ? Comment cela se passe pour les patients à l'issue du cycle ?
- Recevez-vous des demandes spontanées des professionnels pour la mise en œuvre de ce projet ?
- Comment accompagnez-vous les professionnels de santé libéraux pour la mise en place de ce programme ?
- Quel est le nombre de structures d'exercice coordonnées qui déploient ce programme chaque année ? Qu'elle est la fille active de patients annuelle ?

2 - Soutien financier :

- Que comprend la subvention que vous allouez aux structures ? (Formation, coordination, etc.) ? Le montant est-il toujours de 1800 euros pour 1 cycle de 5 ateliers (1 BEP, 3 séances et 1 évaluation) ?
- Combien de fois par an cette subvention peut-elle être versée à une même structure ? Les structures peuvent-elles envisager de mettre en place plusieurs cycles dans l'année ?

3 - Freins et leviers :

- Quels sont les leviers à renforcer et les freins à lever pour le déploiement de ce programme et le développement de l'Éducation Thérapeutique en général dans les soins de premier recours ?
- Selon vous, de quoi ont besoin les professionnels de santé libéraux pour s'investir davantage dans le développement de l'ETP en soins de premier recours ?

4 - Projets :

- Comment souhaitez-vous faire évoluer ce projet dans les mois et années à venir ?
- Souhaitez-vous l'étendre à d'autres pathologies chroniques ?



BIB BOP Retrouvez plus de références bibliographiques sur <https://www.bib-bop.org/>
Base de données en éducation et promotion de la santé



ETP

www.oscarsante.org

MON-ETP.FR

TROUVER LE PROGRAMME
PROCHE DE CHEZ MOI

www.mon-etp.fr

**LE CENTRE DE RESSOURCES
EN ÉDUCATION DU PATIENT**

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Le développement de l'ETP de proximité

Janvier 2025

