

**UNIVERSITE DE LILLE  
FACULTE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE – ILIS  
CERFEP**

**MASTER INGENIERIE DE LA SANTE  
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

**Mémoire de Master 2**

**L'UNITE TRANSVERSALE DE TERRITOIRE EN EDUCATION  
THERAPEUTIQUE AU SEIN D'UN GHT : QUELLE  
PERTINENCE ?**

**LILLE, Septembre 2018 – Septembre 2019**

**Hélène LHEUREUX-BIANCHI**

**Directeur de mémoire / Tuteur pédagogique : Nathalie ASSEZ**

**Président du jury : François PUISIEUX**

**Tuteur professionnel : Pascale ROBE**

**Date de soutenance : 4 Octobre 2019**

**Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé – ILIS  
42 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS**

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels du Groupement Hospitalier de Territoire du Hainaut Cambrésis interviewés dans le cadre de ce travail de recherche, pour leur accueil chaleureux et le temps qu'ils m'ont consacré.

Je remercie particulièrement Pascale Lannoy, directrice des soins au Centre Hospitalier de Valenciennes pour son aide et son implication dans la mise en relation avec l'ensemble des professionnels, ainsi que pour l'intérêt porté à cette étude.

Je remercie également :

- Nathalie Assez, ma directrice de mémoire et tutrice pédagogique, praticien hospitalier au SAMU du Nord et Docteur d'Université en santé publique, qui a été à mes côtés tout au long de mon parcours d'enquête et d'écriture.
- Laurence Delattre, ma tutrice professionnelle, cadre de santé au Centre Hospitalier de Valenciennes, qui m'a guidée et accompagnée tout au long de mon stage d'enquête.
- Pascale Robe, cadre de Pôle et coordinatrice institutionnelle de l'Unité Transversale en Education Thérapeutique au Centre Hospitalier de Dunkerque, qui m'a énormément soutenu durant les 2 années de Master.
- Catherine et Valérie, mes collègues de travail qui ont été d'un soutien formidable et d'une autonomie exemplaire durant mes périodes de cours et de stage de Master.
- L'ensemble de mes collègues de la promotion 2017-2019 du Master de Coordination de Trajectoires de santé pour leur soutien et leur bienveillance.

Enfin, un grand merci à Vincent, mon mari, et à ma petite Manon pour leur soutien durant ces 2 années intenses rythmées par le Master.

## SOMMAIRE

### I. INTRODUCTION GENERALE

### II. INTRODUCTION THEORIQUE

1. Le développement de l'ETP
2. La naissance des UTEP en France
3. La création des GHT en réponse aux inégalités territoriales d'accès en santé, notamment en ETP

### III. METHODOLOGIE

1. Type d'étude
2. Objectifs de l'étude
3. Critères de jugement
4. Périmètre de l'étude
5. Population cible
6. Déroulement de l'étude
7. Analyse statistique
8. Durée de l'étude

### IV. RESULTATS

1. Caractéristiques en ETP des établissements répondants
2. Profil des répondants
3. L'UTEP au sein d'un établissement de santé : représentations, composition et missions
4. L'UTEP de territoire au sein du GHT : composition de l'équipe et missions
5. Les freins perçus par les professionnels face à une UTEP de territoire
6. Les conditions de réussite d'une UTEP de territoire
7. Recueil des besoins en ETP des établissements sans UTEP

### V. DISCUSSION

1. Discussion des résultats
2. Les limites de l'étude
3. Transférabilité de l'étude

### VI. CONCLUSION

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CHT** : Communauté Hospitalière de Territoire

**CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

**COFIL** : Comité de Pilotage

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

**EPST** : Etablissement Public de Santé de Territoire

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**FIR** : Fonds d'Intervention Régional

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique

**HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

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

**LMSS** : Loi de Modernisation du Système de Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PNS** : Plan National d'éducation pour la Santé

**PQVMC** : Plan pour l'amélioration de la Qualité de Vie des personnes atteintes de Maladies Chroniques

**SREPS** : Schémas Régionaux en Education Pour la Santé

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**UTEP** : Unité Transversale en Education thérapeutique du Patient

## I. INTRODUCTION GENERALE

En France, environ 20 millions de personnes sont concernées par une maladie chronique. Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de l'espérance de vie engendrée par les progrès de la médecine, ce chiffre va continuer de progresser [1].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les maladies chroniques comme « des affections de longue durée qui en générale, évoluent lentement » [2] ; l'Agence Régionale de Santé (ARS) quant à elle, ajoute la notion de « retentissement sur la vie quotidienne pouvant générer des incapacités, voire des complications graves » [3].

L'essor de la maladie chronique a imposé une nouvelle forme de médecine, une médecine de l'accompagnement qui s'oppose à une médecine réparatrice et puissante face à la maladie aiguë. Mais cette médecine qui guérit, va révéler une relative impuissance face aux situations chroniques. « Une médecine plus humaniste va alors naître s'attachant aux valeurs psychologiques, environnementales et sociales de la personne malade et à celle de ses proches » [4]. Le patient devient l'acteur principal dans la gestion de sa maladie, guidé et accompagné par les soignants, qui s'appuient sur ses besoins et ses ressources pour faciliter l'adaptation du quotidien et favoriser une observance thérapeutique limitant la survenue de complications. On parle alors d'Education Thérapeutique du Patient (ETP).

Aujourd'hui l'ETP occupe une place prépondérante dans la prise en charge de la maladie chronique, améliorant de 50% l'observance thérapeutique et la survenue de complications mais surtout, son approche humaniste améliorant la qualité de vie et l'autonomie du patient [5].

La pratique de l'ETP a été officiellement reconnue et encadrée par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009 [6]. Cependant face aux exigences réglementaires et à sa rémunération peu attractive, l'ETP s'est développée grâce à des unités ressources, appelées Unités Transversales en Education du Patient (UTEP), dans les établissements ayant les ressources suffisantes ou ayant reçu un soutien logistique des ARS. De ce fait, la mise en œuvre de programmes éducatifs s'est limitée à quelques établissements, induisant une inégalité d'accès des patients à l'offre éducative sur l'ensemble des territoires [7].

Initiée par la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016, la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dont l'objectif était de favoriser l'égalité d'accès à des soins de qualité sur un territoire, représente dès lors une opportunité pour améliorer le développement de programmes ETP et favoriser l'accès à

un plus grand nombre de malades chroniques [8-9]. Cet accès suppose de mettre en place une démarche commune au sein des GHT, dont découle un certain nombre de mesures décrites par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), notamment l'identification d'un centre de ressources en ETP de type UTEP au sein de chaque GHT, sujet sur lequel porte ce mémoire [10].

Particulièrement novateur, ce concept *d'UTEP de territoire au sein d'un GHT* n'a pas encore fait l'objet, à ma connaissance, d'étude de pertinence ou de faisabilité. Dans un contexte de territorialisation impulsée par la législation, il est important de s'attarder sur cette nouvelle organisation des UTEP et de l'ETP qui se profile sur le territoire et d'engager une réflexion quant à la pertinence de ce type de structure qui suscite plusieurs interrogations : les établissements de santé ne disposant pas d'offre éducative au sein des GHT ont-ils réellement des besoins auxquels une UTEP de territoire pourrait répondre ? Si oui, quels sont leurs besoins prioritaires pour développer l'offre éducative ? Comment ce projet d'UTEP de territoire est-il perçu par les professionnels ?

Après quelques années d'expériences en tant que coordinatrice d'UTEP et grâce aux liens tissés entre les UTEP régionales des Hauts-de-France, l'hypothèse selon laquelle, les établissements ne disposant pas d'offres éducatives ont des besoins d'accompagnement méthodologique et des besoins de formation en ETP peut être émise.

Afin d'y répondre, une étude exploratoire, non interventionnelle, multicentrique, qualitative par entretiens semi-directifs a été menée auprès de professionnels exerçant dans les établissements de santé du GHT Hainaut Cambrésis, GHT particulièrement investi dans la transition vers une culture territoriale de santé.

L'objectif principal de cette étude était ainsi d'évaluer la pertinence d'une UTEP de territoire en procédant au recueil et à l'analyse, auprès des professionnels investis en ETP et représentants de la direction des soins des établissements du GHT, des besoins en ETP et des représentations d'une telle structure.

Une première partie théorique portera sur l'émergence et l'évolution de l'ETP dans la maladie chronique au sein des établissements de santé et des GHT.

Puis, une seconde partie développera la méthodologie de recherche utilisée lors de l'étude, avant de présenter les résultats dans une troisième partie.

Enfin, la dernière partie s'intéressera à l'analyse et à la discussion des résultats obtenus.

## II. INTRODUCTION THEORIQUE

### 1. Le développement de l'ETP

La naissance de l'ETP remonte à 1922, année du premier traitement d'un enfant diabétique par l'insuline. Le diabète insulino-dépendant, jusque-là maladie aiguë et mortelle, devenait une maladie chronique. « Le patient et/ou son entourage allait devoir apprendre à injecter l'insuline, mesurer le sucre et l'acétone dans les urines, peser son alimentation, connaître les équivalences glucidiques, [...] » [11].

Mais ce n'est qu'en 1998 que l'ETP est officiellement définie par l'OMS dans un rapport qui constitue encore aujourd'hui le texte de référence. L'ETP y est définie comme « visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial; ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [12]. En France la même année, le HCSP renforce la nécessité de développer activement l'ETP face à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, de l'apparition d'inégalités en santé et de la baisse de la démographie médicale.

Dès lors, plusieurs mesures significatives vont favoriser l'essor de l'ETP et encadrer sa pratique [13-14] :

- en 1999, l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé (ANAES qui deviendra par la loi du 13 août 2004 la Haute Autorité de Santé HAS) demande aux établissements de santé de mettre en place des actions d'éducation adaptées à la maladie et aux besoins des patients,
- en 2001, le Plan National d'éducation pour la Santé (PNS) et sa déclinaison en Schémas Régionaux en Education Pour la Santé (SREPS) identifient l'ETP comme un axe important de l'éducation en santé [15],
- l'article L. 1417-1 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé définit pour la première fois les objectifs d'une politique de prévention notamment en développant des actions d'éducation thérapeutique. De même, l'article L. 1417-4 fait état de la création de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) dont les missions sont « d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur

l'ensemble du territoire, en tant que mission de service public répondant à des normes quantitatives et qualitatives fixées par décret » [16],

- en 2005, l'ETP est intégrée comme référence dans le manuel d'accréditation des établissements de santé,
- le Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (PQVMC) contribue à l'élaboration de référentiels validés par l'HAS [17],
- l'article 84 de la loi HPST du 21 juillet 2009, offre un cadre légal à l'ETP et l'inscrit définitivement dans le parcours de soins des patients atteints de maladie chronique [6]. L'ETP y est définie comme un projet thérapeutique partagé et négocié entre le patient et le soignant dont l'objectif est de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. De cette loi sont issus les décrets d'application du 2 août 2010 et du 31 mai 2013 (abrogé ensuite par l'arrêté du 14 janvier 2015) relatifs aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP et aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP [18-23]. Les ARS sont alors chargées du maillage territorial de l'offre de soins : elles disposent du pouvoir d'autoriser et de financer les programmes par le Fonds d'Intervention Régional (FIR),
- plus récemment, la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 réaffirme le rôle des usagers comme acteurs des parcours de santé en favorisant leur autonomie, notamment par des démarches d'accompagnement et d'ETP [24].

L'évolution de la réglementation entourant la pratique de l'ETP au cours des dernières années a nécessité de structurer, d'organiser, de coordonner l'offre éducative au sein des établissements ou des réseaux, apparaissent alors les Unités Transversales en Education du Patient (UTEP).

## **2. La naissance des UTEP en France**

La mise en place des UTEP a d'abord été préconisée au niveau des établissements de santé. En effet, l'ETP y existait depuis plusieurs années, en particulier dans les services de soins comme la diabétologie, sous l'impulsion de professionnels dynamiques, persuadés du bienfondé de l'ETP. Cependant les établissements de santé ne pouvant à eux seuls assurer l'ensemble des prises en charge éducatives, les UTEP constituaient le point central d'une perspective de développement d'une coordination de l'ETP entre la ville et l'hôpital.

Dès lors, plusieurs textes recommandent la mise en place d'UTEP, notamment celui adopté en Juin 2005 par le conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) mentionnant qu'une des orientations de l'assurance maladie devait porter sur « la promotion de l'organisation de structures d'éducation thérapeutique au niveau des établissements de santé et au niveau des réseaux notamment » [25].

Un autre document fondateur, produit par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Franche-Comté la même année, vient renforcer la notion d'UTEP en recommandant de « favoriser dans l'avenir le développement de structures transversales, multi professionnelles et pluridisciplinaires ». Il préconise par ailleurs plusieurs grands principes d'organisation des UTEP dont le principe de transversalité au sein des structures mais également entre la ville et l'hôpital, le principe de territorialité permettant de développer des structures de proximité pour favoriser l'accessibilité, sans omettre **le principe d'une structure transversale par territoire de santé**. Les missions principales y sont également définies comme la coordination, la formation, les conseils méthodologiques, la veille documentaire et l'éducation du patient. Quant à la composition d'une UTEP, l'URCAM recommande un noyau dur minimal pour la coordination avec du temps médecin, infirmière et secrétaire [25].

En juin 2010, soit 5 ans plus tard, les UTEP sont de nouveau plébiscitées par M. Denis Jacquat, qui dans son rapport au Premier Ministre, déclare que « la création d'équipes transversales dédiées à l'éducation thérapeutique apparaît, notamment pour les établissements pivots, stratégique et devant être encouragée » [26].

Soutenues dès lors par les pouvoirs publics, les UTEP se sont développées au fur et à mesure des années, notamment sur la base des recommandations émises en 2005 par l'URCAM dans son cahier des charges. Cependant, certains établissements soutenus par les Agences Régionales Hospitalières (ARH qui deviendront par la suite les ARS), n'ont pas attendu les recommandations et les mesures administratives engendrées par les pouvoirs publics pour créer des unités transversales. La plus ancienne date de 1994 et se situe à Montpellier, avec dans un premier temps la création d'un Comité Hospitalier d'Education pour la santé, puis dans un second temps en 2000, la naissance de l'Unité Fonctionnelle de coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé, devenue UTEP en 2012 [27].

Ainsi, la mise en place des UTEP a permis le développement et la coordination de l'ETP dans plusieurs établissements de santé. Mais le mode de rémunération peu attractif, les procédures administratives exigées et la formation obligatoire des professionnels impliqués dans les programmes ont limité la mise en œuvre de l'ETP aux seuls établissements ayant les ressources suffisantes, entraînant une forte disparité de l'offre éducative au sein des territoires et une inégalité d'accès à l'ETP [7].

### **3. La création des GHT en réponse aux inégalités territoriales d'accès en santé, notamment en ETP**

Initiée par la loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016, la création des GHT, ayant pour vocation de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, d'améliorer l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, d'organiser des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques, ne fait que s'inscrire dans le prolongement des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) impulsées par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui entendait également lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins.

Les CHT favorisaient la coopération entre plusieurs établissements publics de santé, en leur permettant d'établir des conventions afin de mettre en œuvre sur un territoire défini, une gestion commune de certaines activités, voire de certaines compétences entre établissements partenaires. Compte tenu du caractère facultatif de ce dispositif, il connut peu de succès et fut abrogé par la loi du 26 janvier 2016 au profit des GHT. Ceux-ci doivent permettre de faire émerger des filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il revient dès lors aux établissements de santé et aux professionnels de se coordonner, de travailler ensemble, sans logique de concurrence, pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population à travers l'élaboration d'un projet médical partagé. La mise en œuvre de cette nouvelle organisation permet donc d'offrir « de meilleurs soins, au meilleur moment et au même endroit » [28].

En ETP, on constate que l'accès des patients aux programmes est inégal d'un territoire à un autre, voire au sein d'un même territoire. Or, l'ETP occupe une place importante dans la prévention des complications des maladies chroniques. La mise en place des GHT représente donc une opportunité pour améliorer le développement de programmes ETP et assurer l'accès à un plus grand nombre de malades chroniques.

Cet accès suppose de mettre en place une démarche commune au sein du GHT que le HCSP a décrit succinctement en 2017 dans son rapport, en identifiant la nécessité de :

- mutualiser les programmes d'ETP développés dans les établissements supports des GHT afin de les rendre disponibles dans les autres établissements ;
- prévoir la formation d'un nombre suffisant de professionnels de santé de façon à couvrir les besoins de la population d'un territoire ;
- assurer l'accès à des programmes d'ETP à tous les patients pris en charge dans le territoire ;
- assurer la diffusion, au sein du GHT, des programmes d'ETP accessibles aux patients dans les différentes maladies ;
- mettre en place les mécanismes administratifs qui permettent à des patients pris en charge dans des établissements ne disposant pas d'offre éducative adaptée, d'accéder à des programmes d'ETP spécifiques ;
- identifier les programmes d'ETP réalisés dans le secteur extrahospitalier ;
- **identifier un centre de ressources en ETP de type UTEP au sein de chaque GHT [9].**

Ainsi pour pallier aux inégalités territoriales d'accès à l'ETP, le HCSP préconise parmi ses recommandations, l'identification d'UTEP de territoire au sein des GHT.

Cependant avant d'appliquer cette recommandation, il convient d'évaluer la pertinence de ce type de structure, sujet principal de cette étude.

### III. METHODOLOGIE

#### 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, exploratoire, non interventionnelle, multicentrique, qualitative par entretiens.

Dans le cas précis de cette étude consacrée à un sujet innovant tel qu'une UTEP de territoire, sujet pour lequel il n'existe pas de données actuellement en France, l'entretien constitue l'instrument principal de collecte de données et implique par conséquent d'accorder de la valeur aux propos donnés par les professionnels interrogés, et de les considérer comme *dépositaires de l'expérience*.

En effet, l'entretien permet dans les études qualitatives d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés.

Ainsi comme le décrit parfaitement Blanchet et Gotman en 2015 « l'entretien, instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal, permet de produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ces discours de jugement, de valeur, ni d'appréciation normative quant à leur quantité ou leur niveau » [29].

#### 2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pertinence d'une UTEP de territoire au sein d'un GHT en procédant au recueil et à l'analyse des besoins en ETP des professionnels.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient :

1. Identifier les missions d'une UTEP de territoire en réponse aux besoins des professionnels de santé.
2. Identifier les leviers et les freins perçus par les professionnels de santé à la mise en place d'une UTEP de territoire.
3. Identifier les conditions de réussite à la mise en place d'une UTEP de territoire au sein d'un GHT.

#### 3. Critères de jugement

Le critère de jugement principal, à savoir la *pertinence* d'une UTEP de territoire, a été évalué à partir d'entretiens semi-directifs recensant et analysant les besoins en ETP des différents professionnels impliqués au sein des établissements du GHT.

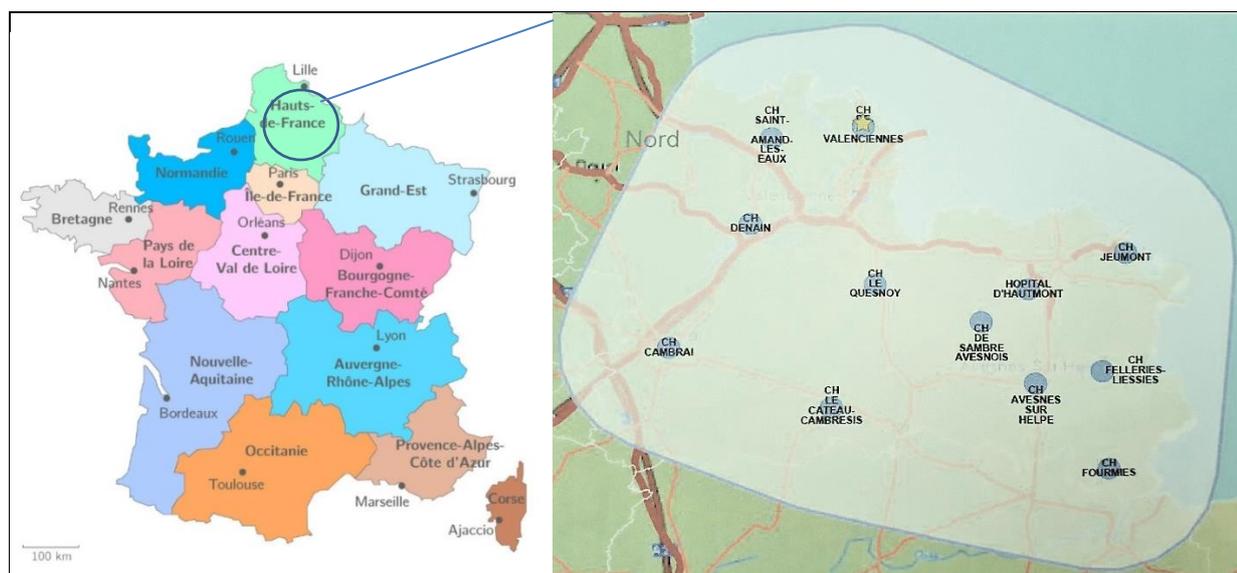
Les critères de jugements secondaires ont également été évalués à partir des entretiens semi-directifs :

1. *l'utilité* par l'identification des missions d'une UTEP de territoire,
2. *la perception* par l'analyse des leviers et des freins à la mise en place de ce type de structure,
3. *la valeur ajoutée*, par le recensement des conditions de réussite du projet.

#### 4. Périmètre de l'étude

L'étude a été conduite au sein du GHT Hainaut Cambrésis, l'un des plus importants en France, composé de 12 établissements publics de santé [Figure 1]. Le territoire du Hainaut-Cambrésis qui compte environ 800 000 habitants, situé dans la région des Hauts-de-France, présente des caractéristiques socioéconomiques et sanitaires parmi les plus défavorisées de France. Par ailleurs, le territoire est fortement impacté par les déserts médicaux qui rendent difficile l'accès à la médecine de ville.

Figure 1 : Territoire du GHT Hainaut-Cambrésis



Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hf-06.pdf> (consulté le 23 juillet 2019)

#### 5. Population cible

##### a. Critères d'inclusion

Le sujet de l'étude étant spécifique à l'ETP, notamment à la coordination inter-hospitalières des UTEP et à l'organisation territoriale des établissements engendrée par la création des GHT, la population cible devait avoir suffisamment de connaissances liées à

la pratique et à la coordination de l'ETP, ainsi qu'une vision territoriale à l'échelle d'un GHT.

Ainsi les critères d'inclusion des professionnels étaient les suivants :

- hommes et femmes âgés de plus de 18 ans,
- maîtriser la langue française,
- être volontaire pour participer à l'étude,
- être coordonnateur ou membre d'une UTEP ou d'une équipe transversale en ETP identifiée (pour les établissements ne disposant pas d'UTEP),
- être professionnel de santé référent en ETP ou ayant un projet de développement d'ETP,
- être membre du « COPIL ETP GHT »,
- être directeur de soins ou faisant fonction (cadre supérieur de santé).

#### **b. Critères de non inclusion**

S'agissant d'une étude exploratoire sur la pertinence d'une UTEP de territoire menée spécifiquement auprès des établissements de santé d'un GHT et face au temps limité pour le recueil des données (240 heures de stage) le choix a été fait de ne pas inclure les professionnels de la ville et les usagers mais de se concentrer uniquement sur les structures sanitaires.

Ainsi les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- patients,
- professionnels ne pratiquant pas l'ETP,
- professionnels n'ayant pas de projet en ETP,
- professionnels des établissements hors GHT,
- professionnels de ville,
- incapacité pour les professionnels du GHT de participer durant la période de l'étude,
- refus de participer à l'étude.

#### **c. Nombre de sujets nécessaire**

Afin de définir un échantillon suffisamment représentatif et apporter de la puissance à l'étude, 2 éléments ont été pris en considération : un minimum d'un professionnel par établissement d'accueil ainsi que le critère de « saturation » théorique.

Définie par Glaser et Strauss, la « saturation » renvoie à un jugement lié à l'analyse : il s'agit du moment où la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la conceptualisation du phénomène. Autrement dit, la « saturation » ne signifie pas que le sujet de la recherche est épuisé mais que sur certains points précis, l'information collectée devient redondante.

#### **d. Considérations éthiques**

La recherche effectuée visant à évaluer les modalités d'exercice des professionnels de santé et n'impliquant pas de recherche sur la personne humaine, n'est pas soumise à la Loi Jardé. De plus, les données recueillies lors des entretiens ne sont pas considérées comme personnelles, celles-ci ayant été rendues anonymes de manière à rendre impossible toute identification de la personne concernée lors des entretiens [30]. Cependant, conformément à l'article 13 de la section 2 du chapitre III du Règlement Européen de Protection des Données (RGPD), une information préalable a été réalisée auprès de la population cible comprenant notamment les finalités de traitement auquel sont destinées les données recueillies [31].

## **6. Déroulement de l'étude**

### **a. Processus d'inclusion**

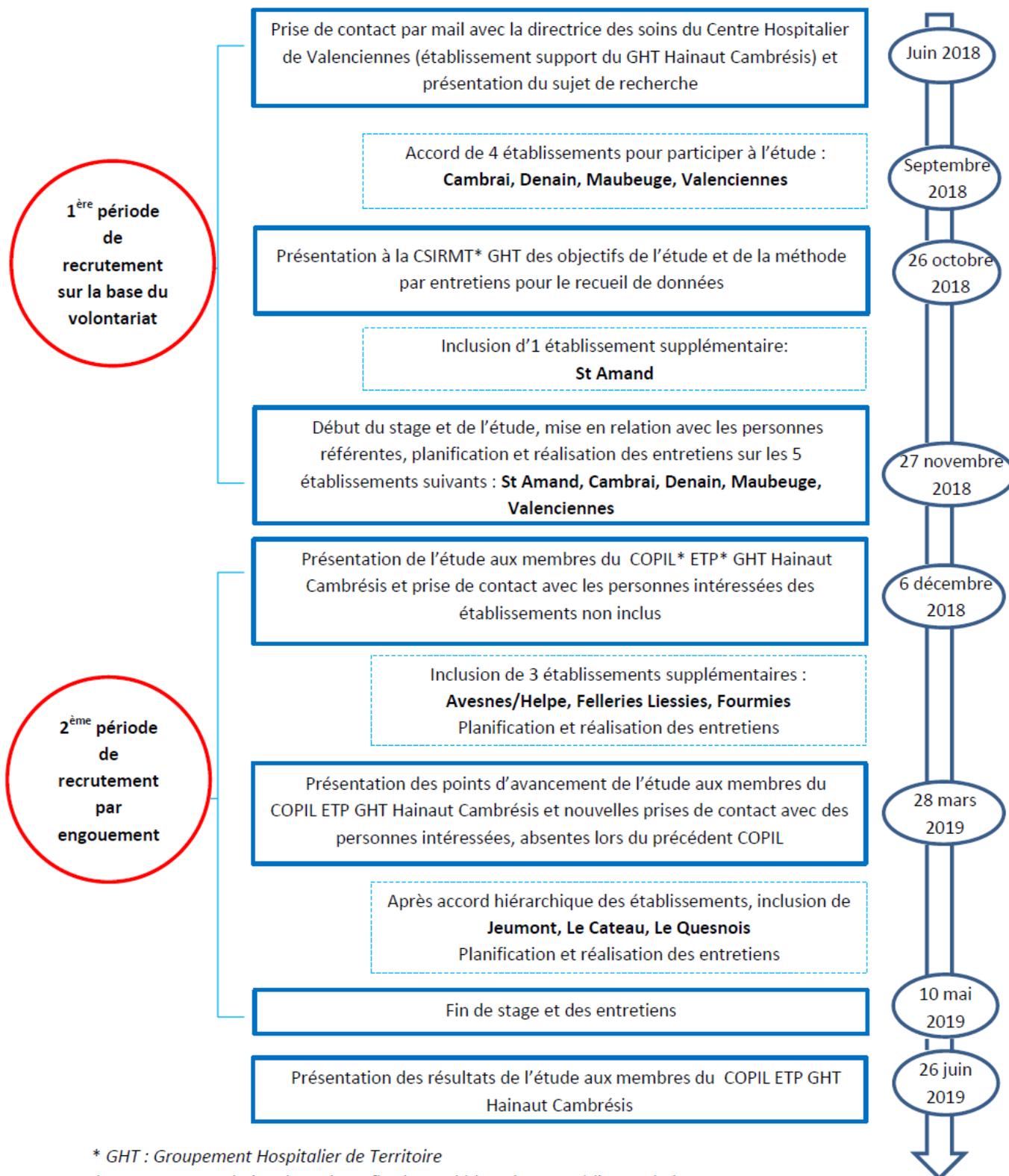
Un contact a d'abord été pris auprès de la directrice des soins de l'établissement support du GHT Hainaut Cambrésis qui a présenté le sujet de l'étude aux directeurs des soins du GHT : 5 établissements sur 12 avaient répondu favorablement à l'étude. Il s'agit de la 1<sup>ère</sup> période de recrutement basée sur le volontariat.

Une 2<sup>ème</sup> période de recrutement basée sur l'engouement est ensuite apparue. Au fur et à mesure des présentations, l'intérêt pour l'étude grandissait. Les inclusions se sont ainsi effectuées au fil de l'eau du 27 novembre 2018 au 26 avril 2019, passant de 4 établissements volontaires à 11 établissements [Figure 2].

L'identification des professionnels répondant aux critères d'inclusion s'est effectuée de différentes façons :

- lors de la CSIRMT GHT par l'intermédiaire des directeurs de soins,
- lors des « COPIL ETP GHT » avec les personnes présentes,
- par l'intermédiaire des coordonnateurs d'UTEP connaissant les professionnels référents en ETP sur le GHT.

Figure 2 : Déroulement de l'étude et processus d'inclusion



\* GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

\* CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique

\* COPIL : Comité de Pilotage

\* ETP : Education Thérapeutique du Patient

## b. Réalisation des entretiens

Le sujet de recherche étant vaste, l'entretien semi-directif a été plébiscité pour ne pas se disperser ou diverger du thème précis de la recherche. Ce type d'entretien n'est pas totalement ouvert comme l'entretien non directif, ni totalement fermé comme l'entretien directif.

Les thèmes abordés réfléchis à l'avance portaient sur :

- les représentations d'une UTEP au sein d'un établissement : ses missions, la composition de l'équipe,
- la connaissance des UTEP du GHT et le recours à celles-ci par les établissements,
- les représentations d'une UTEP de territoire : ses avantages et missions, la composition de l'équipe, ses freins, ses facteurs de réussite,
- les besoins en ETP des établissements du GHT.

L'ensemble des thèmes a été décliné en questions ouvertes, notifiées sur un guide d'entretien spécifique aux établissements avec ou sans UTEP (annexes I et II). Les questions n'ont pas été posées dans l'ordre envisagé par le guide, qui pour rappel ne constituait qu'un support, l'apparition des différents thèmes dépendant du déroulement de l'entretien.

Les professionnels correspondant aux critères d'inclusion ont été contactés par mail ou par téléphone durant une période de recrutement de 6 mois (du 26 octobre 2018 au 26 avril 2019) pour réaliser un entretien semi-directif, entretien non rémunéré, réalisé au sein de leur établissement. Celui-ci se voulait individuel pour permettre la spontanéité et la liberté des réponses. En effet, les entretiens de groupe peuvent parfois se révéler intimidant par la présence d'un membre hiérarchique ou par d'autres collègues. Cependant, face à la disponibilité limitée des professionnels ou à la crainte de certains professionnels de s'exprimer, 3 entretiens ont été menés en dyade (2 professionnels répondants), 2 en groupe (n'excédant pas 3 professionnels répondants) et 18 en individuel. Au total, 30 professionnels ont été interviewés et 23 entretiens ont été réalisés [Tableau 1].

Les entretiens, anonymes, d'une durée variant de 30 minutes pour le minimum à 1 heure 30 minutes pour le maximum, ont été enregistrés avec l'accord des participants ; dans le cas contraire, une prise de notes a été effectuée. Ainsi 13 entretiens ont été enregistrés contre 10 prises de notes, les entretiens de groupe ne facilitant pas les enregistrements et certains professionnels refusant tout enregistrement.

**Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens**

Etablissement	Nombre d'entretiens	Nombre de professionnels interrogés	Fonction des professionnels
A	1	1	Cadre
B	1	2	Cadre, diététicienne
C	2	2	médecin, cadre
D	1	1	cadre
E	6	6	Cadre Supérieur, médecins, psychologue, éducateur sportif, Infirmier, coordonnateur
F	1	1	Cadre
G	1	2	Infirmier, Cadre Supérieur
H	1	2	Infirmier, Cadre Supérieur
I	1	3	Cadres, diététicienne
J	1	3	Directeur des Soins, Infirmier, médecin
K	7	7	Directeur des soins, Cadre, médecin, pharmacien
<b>Nombre total d'entretiens menés</b>			<b>(n=23)</b>
Nombre total d'entretiens individuels			18
Nombre total d'entretiens collectifs			5
<b>Nombre total de professionnels interrogés</b>			<b>30</b>

## 7. Analyse statistique

### a. Retranscription des entretiens

Les entretiens enregistrés ont intégralement été retranscrits en respectant l'anonymat, de manière littérale (*verbatim*) ce qui signifie que la forme du discours n'a pas été retouchée, modifiée, avant d'être effacés pour garantir la protection des données personnelles.

A l'issue de la retranscription, une première analyse dite *verticale* a été réalisée. Cette analyse s'est déroulée en 2 temps : une 1<sup>ère</sup> lecture a permis de se remémorer l'entretien, une 2<sup>ème</sup> lecture a permis de synthétiser les idées majeures sans pour autant constituer une étape d'analyse. Retrouver les idées, les axes majeurs de l'entretien était alors plus facile.

### b. L'analyse horizontale

L'analyse horizontale est réalisée lors d'une 3<sup>ème</sup> lecture. Cette lecture détaillée consiste à extraire les expressions, les mots révélateurs, à saisir le sens des propos tenus. Certains appelleront cette étape : la *codification* [29].

L'intégralité de l'entretien est explorée pour extraire les éléments centraux, appelés également *étiquettes* ou *codes*, permettant de comprendre le sens des propos tenus. Les *étiquettes* sont nommées à partir du *verbatim*; dans le cas où aucun terme extrait du

verbatim ne pouvait correspondre au contenu trop vaste, un nom a été attribué, entraînant un risque d'interprétation des propos tenus par les professionnels lors des entretiens. Par exemple, l'étiquette intitulée « Principe de convergence et d'intégration » a été attribuée (sans que ce terme soit nommé par les professionnels) pour regrouper les éléments relatifs à la création d'un réseau, de liens entre les établissements, la mise en place d'objectifs communs et l'intégration des professionnels de 1<sup>er</sup> recours [résultats page 30]. Le travail de codage a été réalisé pour chacun des entretiens en utilisant une couleur de surlignage différente par *étiquette*. Au fur et à mesure le phénomène de saturation défini précédemment est apparu, les entretiens n'apportant plus d'éléments nouveaux.

### c. Emergence des axes d'analyse

Afin d'éviter les biais d'analyse, la récurrence des réponses a été comptabilisée par établissements et non par professionnels pour ne pas léser les établissements ayant peu de professionnels répondant aux critères d'inclusion. A l'issue du travail de codage, certaines étiquettes plus évocatrices que d'autres dans la mesure où elles répondaient davantage à la problématique, ont constitué les axes majeurs qui seront développés.

## 8. Durée de l'étude

Le recrutement a duré 6 mois : du 26 octobre 2018 au 26 avril 2019.

La période d'entretiens a duré 7 mois : du 26 octobre 2018 au 10 mai 2019.

La participation des répondants a duré 30 minutes à 1,5 heure.

L'analyse statistique des données a été effectuée en 1 mois pour ce qui concerne l'analyse intermédiaire avec restitution des 1ers résultats au COPIL ETP GHT le 25 juin 2019 et en 3 mois pour l'analyse finale avec remise du mémoire de recherche le 4 septembre 2019 pour la soutenance le 4 octobre 2019.

La totalité de l'étude a duré 11 mois : du 26 octobre 2018 au 4 septembre 2019.

## IV. RESULTATS

### 1. Caractéristiques en ETP des établissements répondeurs

L'étude a été menée au sein de 11 établissements du GHT Hainaut-Cambrésis. La majorité des établissements (n=6) ne disposait pas d'UTEP ou d'équipe transversale avec du temps dédié mais dispensait des programmes ETP autorisés par l'ARS.

**Tableau 2: Caractéristiques en éducation thérapeutique des établissements**

Caractéristiques des établissements de santé	(n=11)
Pas d'équipe transversale ou UTEP (pas de temps dédié), programmes ETP autorisés	6
Equipe transversale ou UTEP avec temps dédié, programmes ETP autorisés	3
Pas d'équipe transversale ou UTEP, pas de programme ETP autorisé	2

### 2. Profil des répondants

Au total, 30 professionnels au profil différent ont participé à l'étude [Tableau 3]. La majorité des répondants étaient cadres de santé (n=10) dont 5 sont coordonnateurs d'UTEP à temps partagé, suivis de médecins (n=5) et de directeurs de soins ou cadres supérieurs de santé (n=5) puis des infirmiers (n=4).

**Tableau 3: Profil des professionnels répondants**

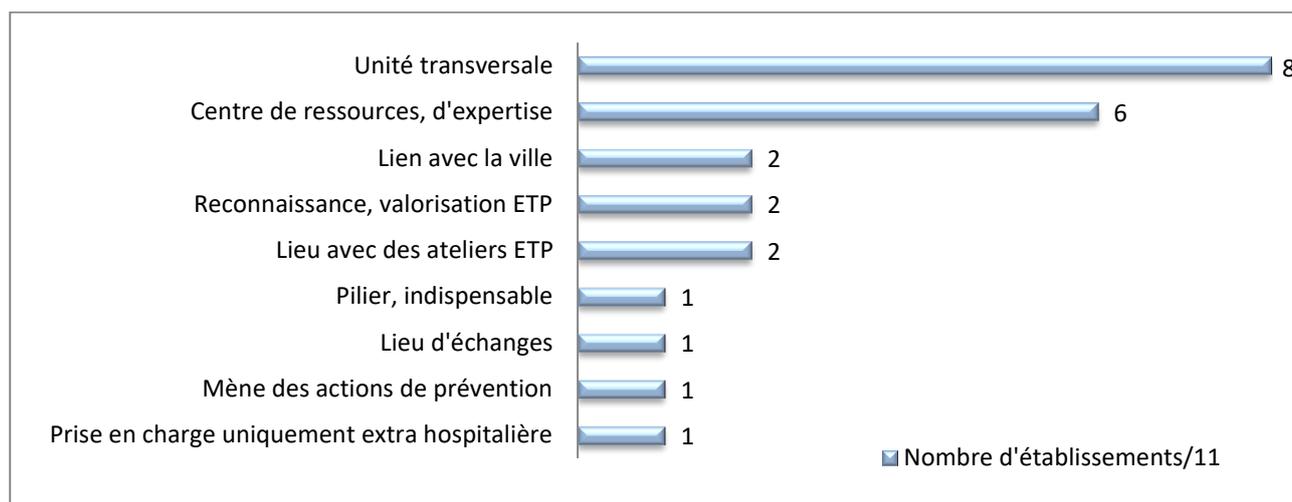
Sexe	n=30
Hommes	1
Femmes	29
Age	
26 à 60 ans	30
Fonction des professionnels	
Cadres de santé (dont 5 coordonnateurs UTEP)	10
Médecins	5
Directeurs des soins/cadres supérieurs de santé	5
Infirmiers	4
Diététiciens	2
Psychologues	2
Professeur d'activité physique	1
Pharmacien	1

### 3. L'UTEP au sein d'un établissement de santé : représentations, composition et missions

#### a. Les représentations d'une UTEP

Pour les professionnels interviewés, une UTEP représente avant tout une unité transversale (n=8), un lieu d'expertise et de ressources (n=6).

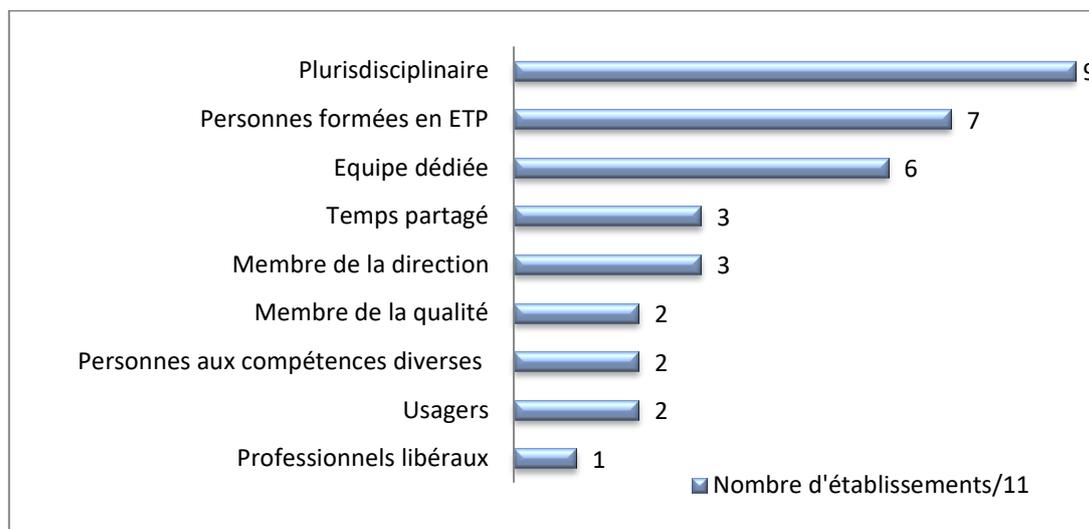
Figure 3 : Représentations d'une UTEP au sein d'un établissement



#### b. La composition d'une UTEP

Globalement, pour les professionnels interviewés, une UTEP est composée d'une équipe dédiée (n=6), pluridisciplinaire (n=9), incluant des personnes formées en ETP qu'elles soient coordonnateurs ou intervenants au sein des programmes (n=7).

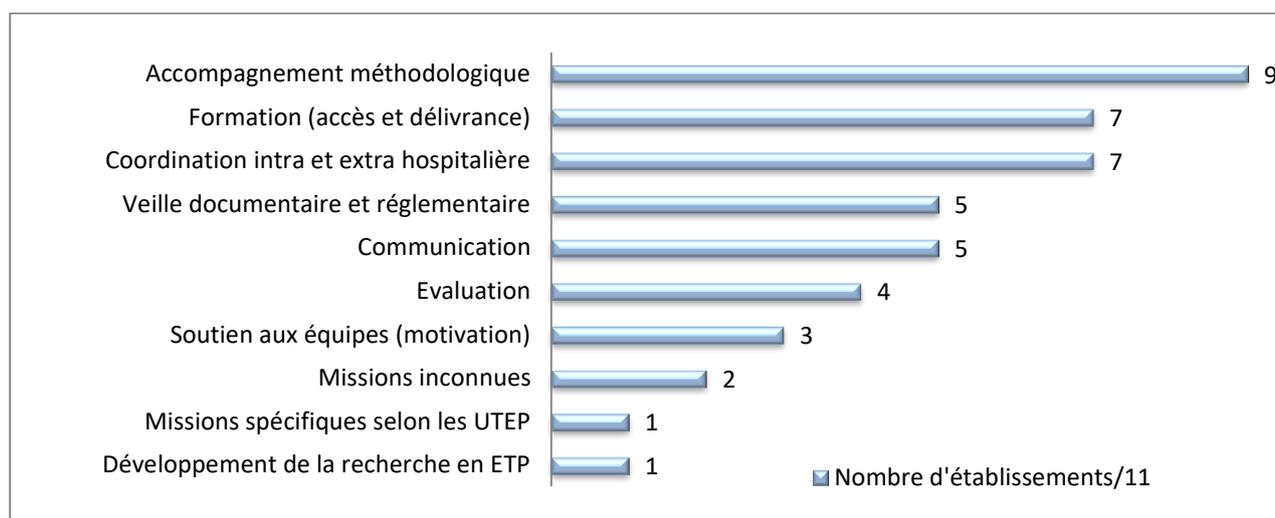
Figure 4 : Composition d'une UTEP au sein d'un établissement



### c. Les missions d'une UTEP

Les missions citées lors des entretiens ont été classées par *étiquettes* selon leur récurrence par établissements. Il en ressort 3 missions majeures d'une UTEP : l'accompagnement méthodologique (n=9), la coordination intra et extra hospitalière (n=7) et la formation (n=7) [figure 5].

Figure 5 : Missions d'une UTEP au sein d'un établissement



#### \* **Accompagnement méthodologique** (n=9)

- aide méthodologique dans l'écriture et le montage de dossier (n=9) :

« *Accompagner pour conseiller, aider à la réalisation d'un programme, tout en respectant les demandes et les contraintes de l'ARS* » ; « *rassurer les professionnels face au côté administratif* » ; « *Accompagner les équipes dans le montage de projet car nous on sait faire sur le terrain mais on n'a pas forcément la méthodologie de projet.* »,

- aide dans les évaluations annuelles, quadriennales (n=7) :

« *Un soutien logistique dans les rapports d'activités, démarches auprès de l'ARS* ».

#### \* **Coordination intra et extra hospitalière** (n=7)

- coordonner (n=5) :

« *coordonner et harmoniser l'ETP sur l'établissement* »,

- développer des partenariats (n=2) :

« *participer au maillage territorial* » ; « *développement de partenariat* » ; « *articuler la collaboration de l'offre en ETP avec les différents acteurs de santé du territoire* »,

- recenser les programmes existants (n=1) :

« *Assurer une connaissance vis-à-vis de l'existant et de ce qui pourrait être développé dans le cadre des maladies chroniques* ».

**\* Formation (n=7)**

« Délivrer des formations en ETP » ; « faciliter l'accès à la formation » ; « assurer le suivi des formations face aux changements dans les équipes ».

**d. Connaissance et recours des UTEP au sein du GHT Hainaut Cambrésis**

La question de la connaissance et du recours aux UTEP du GHT a uniquement été posée aux professionnels des établissements n'en disposant pas (à savoir 8 établissements) et ce, afin d'éviter un biais d'analyse. Globalement, les UTEP du GHT sont connues des professionnels référents en ETP mais sont peu sollicitées. Sur les 8 établissements interrogés, 6 ont déclaré connaître les UTEP du GHT mais ne pas y avoir eu recours.

Les raisons évoquées lors des entretiens quant à l'absence de recours aux UTEP existantes sont :

- l'habitude de travailler seul :

« Avant les réunions du groupe du travail du GHT, chacun avait tendance un peu à travailler dans son coin. »,

- ne pas savoir à qui s'adresser pour ne pas créer de conflits :

« On ne sait pas toujours vers qui se tourner pour ne pas froisser ni l'un ni l'autre. »,

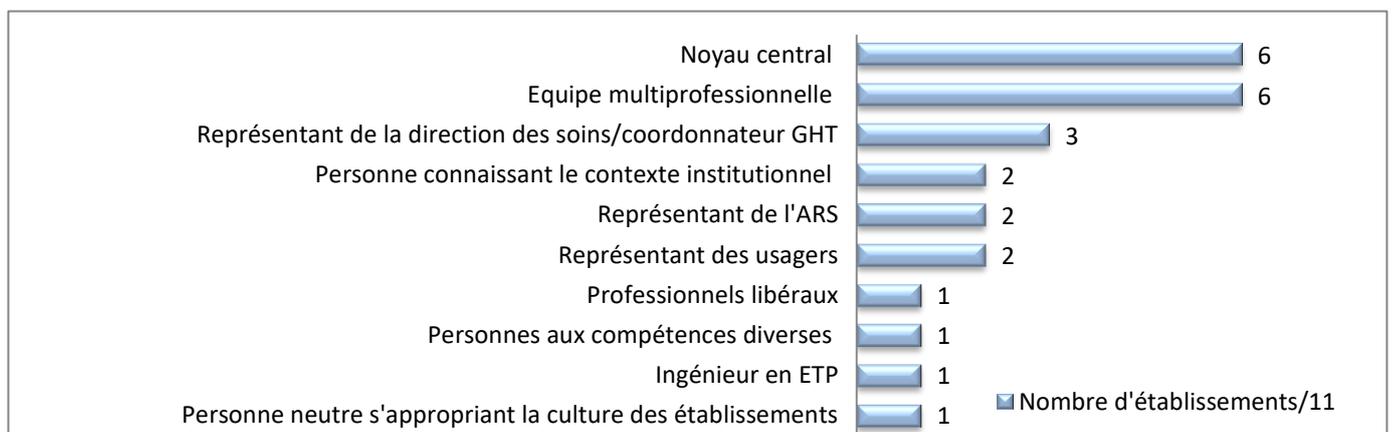
- l'absence de programmes ETP dans l'établissement.

**4. L'UTEP de territoire au sein du GHT : composition de l'équipe et missions**

**a. Composition d'une UTEP de territoire**

L'UTEP de territoire se veut majoritairement multiprofessionnelle avec un noyau central composé de médecins et de coordinateurs des UTEP de proximité (n=6).

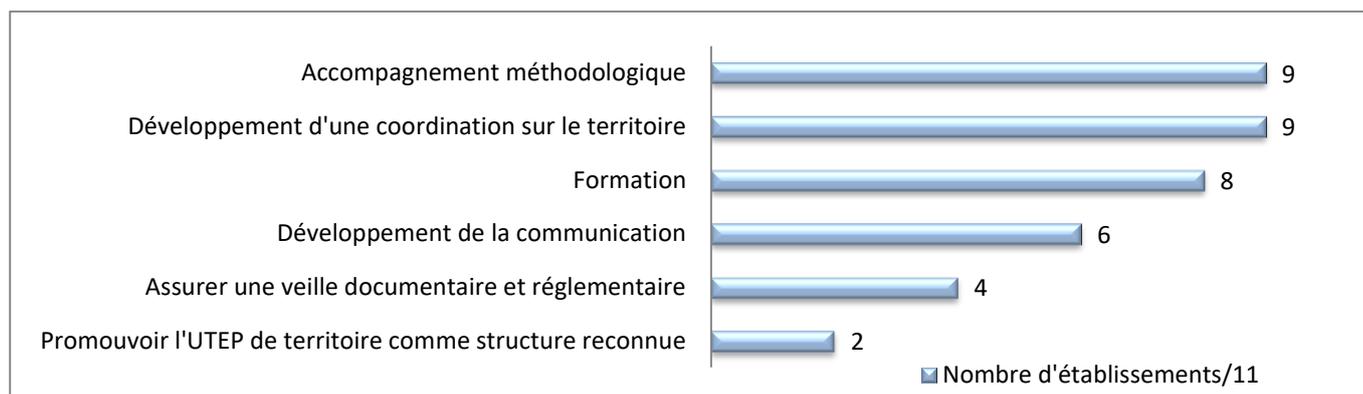
**Figure 6 : Composition d'une UTEP de territoire**



## b. Missions d'une UTEP de territoire

Les missions d'une UTEP de territoire au sein d'un GHT sont perçues par les professionnels comme identiques à celles d'une UTEP au sein d'un établissement avec 3 thématiques émergentes : l'accompagnement méthodologique (n=9), le développement d'une coordination sur le territoire (n=9) et la formation (n=8) [figure 7].

Figure 7 : Missions d'une UTEP de territoire



### \* **Accompagnement méthodologique au développement de programmes ETP (n=9)**

- aide méthodologique dans la conception de dossier à déposer à l'ARS (n=7) :  
« développer des programmes d'ETP dans les établissements qui ne supporteraient peut-être pas la charge d'une UTEP » ; « lever les freins pour les établissements isolés et qui n'ont pas forcément les moyens et les ressources pour mettre en place des programmes en proposant un accompagnement » ; « proposer un accompagnement méthodologique et même rédactionnel pour les dossiers de demande d'autorisation c'est un gros travail, ça ne fait qu'une ligne sur le papier mais en terme de temps c'est long. »,

- promouvoir le partage d'expériences :

« mettre en place des forums, des rencontres entre professionnels des différents recours » ; « favoriser la connaissance des établissements entre eux, créer du lien ».

### \* **Développement d'une coordination et d'une mutualisation sur le territoire (n=9)**

- mettre en place des passerelles entre établissements, une articulation entre les programmes (n=7) :

« qu'un diagnostic soit réalisé dans un établissement, que pour des raisons de proximité les ateliers soient réalisés dans un autre établissement » ; « créer des filières inter-établissements » ,

- répondre aux besoins sur le territoire en favorisant le développement de programmes (n=4) :

« éviter les zones blanches en ETP, permettre à la population d'accéder à des programmes ETP quel que soit son lieu de résidence au sein du territoire » ; « dupliquer certains programmes qui fonctionnent bien ou faire émerger des programmes ETP GHT »,

- créer une complémentarité avec les professionnels de 1er recours (n=4) :

« ouvrir l'UTEP de territoire sur le 1<sup>er</sup> recours, la ville » ; « articuler les offres éducatives entre les établissements et la ville aussi »,

- mutualiser les ressources humaines pour pallier si besoin le manque de certaines spécialités et faciliter la mobilité des professionnels (n=5) :

« recenser les différents professionnels pour mutualiser les ressources si un établissement manque d'un professionnel » ; « professionnels formés à l'ETP, qui pourraient venir renforcer les équipes ponctuellement mais pas les remplacer ».

#### \* **Formation** (n=8)

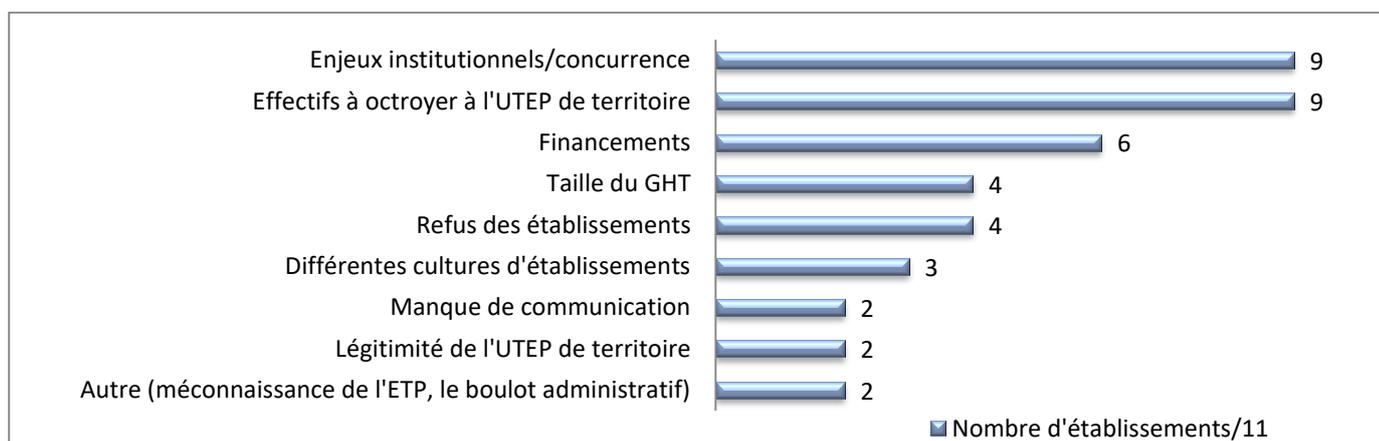
« créer et dispenser une formation ETP commune au sein du GHT permettant d'harmoniser les pratiques, d'avoir un langage commun et de diminuer les coûts de formation » (n=5) ; « proposer des formations de mise à jour des connaissances en ETP, renforçant les formations initiales » (n=2).

Lors de 2 entretiens, les personnes interrogées n'avaient pas d'idées sur les missions d'une UTEP de territoire.

### 5. Les freins perçus par les professionnels face à une UTEP de territoire

Trois catégories de freins face à une UTEP de territoire ont été mises en avant à partir du *verbatim* : les enjeux institutionnels des établissements (n=9), les effectifs à octroyer à l'UTEP de territoire (n=9) et le financement de cette structure (n=6) [Figure 8].

Figure 8 : Freins exprimés à une UTEP de territoire



**\* Enjeux institutionnels (n=9)**

- l'influence de certaines structures sur d'autres et les enjeux de pouvoir (n=4) :  
*« La peur des petits établissements d'être phagocytés par les gros » ; « enjeux de pouvoir des certains établissements » ,*
- concurrence entre les établissements sur les programmes dispensés, sur le recrutement des patients en ETP, peur de perte de file active de patients (n=4) :  
*« des établissements qui peuvent avoir une activité entre guillemets concurrentielle » ; « des établissements qui auraient peur de perdre leurs activités, leurs patients, c'est toute la problématique des GHT » ; « la peur d'une perte d'activité en ETP et des files actives » ,*
- peur de la disparition des UTEP déjà en place au profit d'une UTEP de territoire (n=3) :  
*« la peur d'une perte de l'UTEP sur l'établissement si le financement de l'UTEP est décentralisé sur le GHT » ; « la perte de qualité pour les programmes en place dans les établissements ayant une UTEP ou une équipe transversale ; l'UTEP de territoire au détriment des UTEP dans les établissements » ; « s'il n'y a plus de coordinateur UTEP dans les établissements, ça risque d'entraîner un arrêt des programmes; il est important de maintenir les coordonnateurs sur les structures qui ont connaissance du contexte institutionnel et de la politique de l'établissement » ,*
- peur du changement (n=1) :  
*« une période d'incertitudes pour les établissements de santé et il y a des craintes, qui sont ou non fondées, de perdre des choses » ,*
- volonté institutionnelle de chaque établissement (n=2) :  
*« je pense que s'il y a un frein il se trouvera au niveau des stratégies institutionnelles » .*

**\* Effectifs à octroyer pour l'UTEP de territoire (n=9)**

- difficultés pour dédier du personnel, détacher du temps (médical et paramédical) avec des effectifs parfois en souffrance, difficultés pour remplacer le personnel qui sera dédié à l'UTEP de territoire face aux effectifs restreints :  
*« comment dédier les effectifs, prendre du personnel là et les mettre là et quand le personnel n'est pas là, par qui on remplace ? » ; « l'effectif médical qui est en grande souffrance, si on veut développer quelque chose en ETP il nous faut des professionnels » ; « la difficulté pour octroyer du temps supplémentaire pour faire vivre l'UTEP de territoire sans léser notre UTEP sur l'établissement » ; « le temps alloué pour les membres de l'UTEP de territoire, en plus de leur mission dans leur établissement » .*

**\* Financements (n=6)**

- coût d'une UTEP de territoire et la redistribution des crédits :

*« À qui et comment vont être attribués les crédits FIR ? » ; « la redistribution des budgets entre établissements ».*

**\* Taille du GHT (n=4)**

- l'étendue du territoire du GHT et le nombre important d'établissements :

*« La grandeur du GHT, on a un gros GHT c'est compliqué. » ; « L'articulation des passerelles entre programmes semble difficile face à l'étendue du GHT. » ; « On est sur un grand territoire, il y a un temps de déplacement à prévoir. » ; « maintenir les UTEP de proximité face à la grandeur du GHT ».*

**\* Refus (n=4)**

- « les établissements qui ne veulent pas »,

- les établissements qui ne font pas de l'ETP une priorité :

*« La volonté de certains établissements pour qui ce n'est pas la priorité »,*

- les professionnels pour qui l'UTEP de territoire ne pourra pas favoriser le développement de l'offre ETP sur le territoire et qui refusent de s'impliquer dans le projet :

*« Pour moi ça ne pourra pas aider, les compétences on n'arrivera pas à les trouver plus facilement. » ; « La volonté de ceux qui pratiquent l'ETP, je parle des équipes, à travailler ensemble avec d'autres équipes, c'est compliqué parce qu'ils ont monté leur programme par rapport à ce qu'il était capable de faire en fonction de leurs moyens, de leur population, de plein de choses qui leur sont propres, ils ne veulent pas qu'on leur impose quoique ce soit ».*

**\* Différentes cultures d'établissements (n=3)**

- absence de vision de territoire :

*« On n'a pas une vision de territoire, ici on a un peu cette vision mais ce n'est pas le cas de tous les établissements. » ; « Ils sont propres aux GHT, on ne sait pas où on va et cela nécessite de réfléchir en territoire. »,*

- cultures d'établissements différentes, ayant un passé, une histoire :

*« Cela dépend de la culture des établissements et du contexte institutionnel. » ; « Il y a un fonctionnement très différent des hôpitaux, des pathologies différentes, une culture différente des hôpitaux. » ; « Il ne faut pas oublier qu'il est difficile d'accepter une personne venant de l'extérieur, d'un autre établissement pour dire il faut faire ça, alors que cette personne ne maîtrise pas le contexte institutionnel. »*

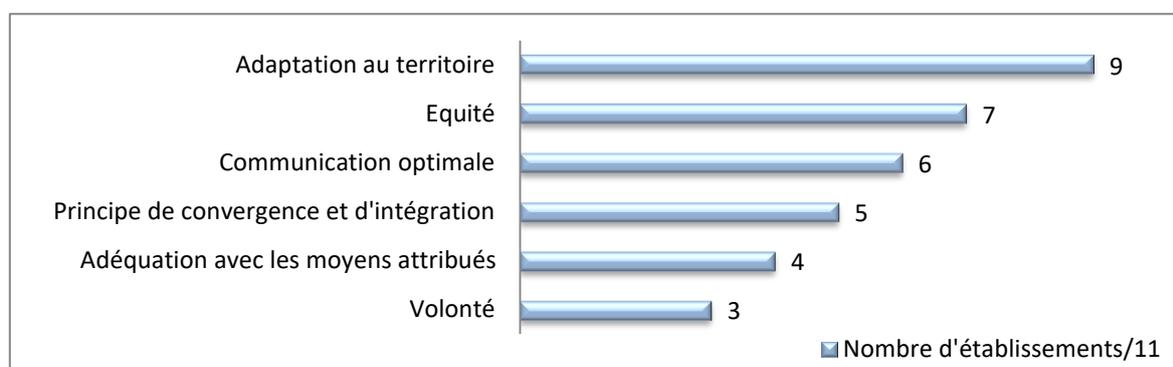
### \* **Légitimité de l'UTEP de territoire** (n=2)

« *Strate supplémentaire : quel intérêt d'une UTEP de territoire ? Les UTEP de proximité déjà en place sont à privilégier* » ; « *Cela ne doit pas se substituer aux équipes de proximité et aux UTEP en place* » ; « *On ajoute un « maillage » supplémentaire, une multiplication des intervenants et des correspondants* » ; « *Quelle est la légitimité du dispositif : à quoi sert-elle ? Et celle des membres de l'UTEP de territoire ?* ».

## 6. Les conditions de réussite d'une UTEP de territoire

Les principales conditions de réussite citées lors des entretiens sont l'adaptation de l'UTEP au territoire (n=9), l'équité (n=7) et l'optimisation de la communication entre les établissements (n=6) [Figure 9].

**Figure 9 : Conditions de réussite d'une UTEP de territoire**



### \* **Adaptation au territoire** (n=9)

- maintien des UTEP de proximité ou des référents ETP dans les établissements qui ont connaissance du contexte institutionnel (n=4) :

« *Une UTEP de territoire qui ne soit pas au détriment des UTEP de proximité déjà en place qui accompagnent au long court les équipes.* » ; « *Un représentant local de l'établissement qui assure le développement du programme dans la structure avec les praticiens qu'il connaît parce que si tout est délocalisé, s'il n'y a plus de coordinateur UTEP dans les établissements, ça risque d'entraîner un arrêt des programmes ; il est important de maintenir les coordonnateurs sur les structures qui ont connaissance du contexte institutionnel et de la politique de l'établissement.* »,

- maintien des programmes en place et des files actives dans les établissements (n=4) :

« *maintenir les programmes existants : il ne faut pas déshabiller l'un, pour habiller l'autre* »,

- mobilité de l'équipe de l'UTEP de territoire (Equipe mobile) (n=3) :

*« Une équipe mobile pour se rendre dans les établissements en demande. » ; « Une équipe mobile parce qu'on méconnaît les UTEP dans les hôpitaux mais pas les équipes mobiles, on sait facilement les identifier ».*

**\* Equité (n=7)**

- l'absence de rapports de force ni de concurrence entre les établissements (n=3) :

*« Que chaque établissement soit respecté, qu'il n'y ait pas un rapport de force entre eux » ; « qu'on n'est pas en concurrence »,*

- possibilité pour tous les établissements de participer (n=2) :

*« Que tout le monde puisse apporter quelque chose y compris les plus petits établissements »,*

- répartition équitable des budgets en lien avec l'ETP (n=2) :

*« Une répartition équitable des crédits FIR »,*

- maintien de l'identité des structures et de la population accueillie (n=2) :

*« Que chacun puisse garder son identité ».*

**\* Communication optimale (n=6)**

*« Une bonne communication, parler et s'écouter. » ; « Créer du réseau, communiquer sur les objectifs de l'UTEP, qu'il y ait des rencontres et des interactions ».*

**\* Principe de convergence et d'intégration (n=5)**

- avoir des objectifs communs en ETP (n=3) et un langage commun (n=1) :

*« Arriver à quelque chose où tous les établissements puissent se sentir impliqués et trouvent leur place dans la dynamique du GHT »,*

- intégration des professionnels de 1<sup>er</sup> recours (n=1) :

*« Qu'il y ait des acteurs de la ville, des interconnexions parce que là ça reste des parcours dans les hôpitaux, ce n'est pas la réalité du patient ».*

**\* Adéquation avec les moyens attribués (n=4)**

- effectif en adéquation avec les missions de l'UTEP :

*« Qu'il y ait du temps détaché pour répondre aux besoins, actuellement l'ETP, on ne peut pas faire plus avec les moyens que l'on a actuellement. » ; « Des moyens pour pouvoir dégager du temps pour les coordonnateurs de cette unité qui auront à gérer l'unité de leur structure également »,*

- financements en adéquation avec les missions :

*« Une adéquation entre les missions de l'UTEP de territoire et les financements octroyés par l'ARS ».*

**\* Volonté (n=3)**

- dynamique institutionnelle des différents établissements, une volonté des directions et des professionnels à travailler ensemble :

*« Qu'il y ait une volonté des directeurs de soins et des directeurs d'établissements sur ce développement. » ; « Qu'il y ait une volonté des professionnels. » ; « Que les équipes acceptent de travailler ensemble et qu'elle accepte ce passage d'une structure sur une autre. »*,

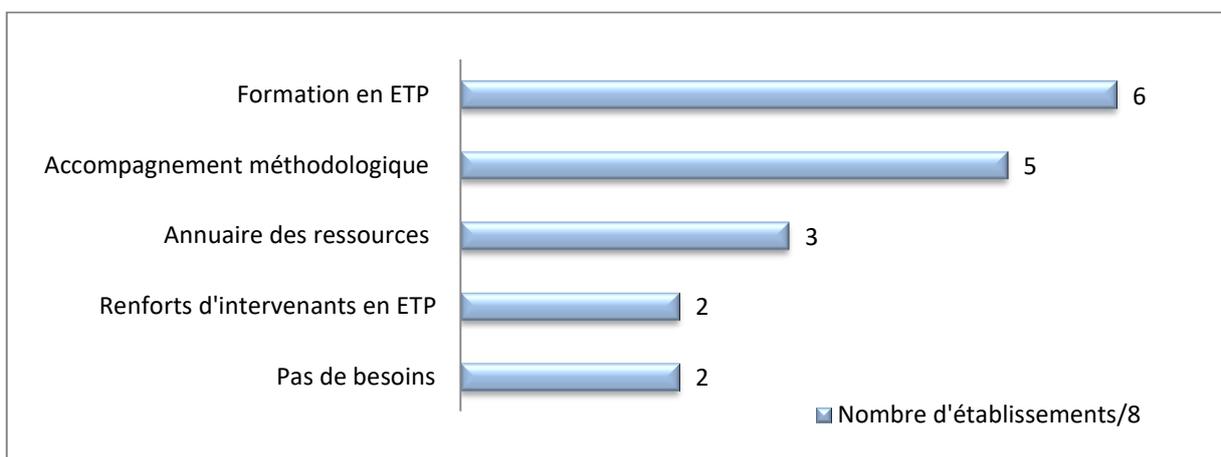
- liberté pour les professionnels et les établissements d'accepter ou de refuser les services de l'UTEP de territoire :

*« Que chacun soit libre de s'engager dans la démarche d'une UTEP de territoire » ; « Que les établissements ne soient pas forcés d'accepter les services de l'UTEP ».*

## 7. Recueil des besoins en ETP des établissements sans UTEP

Le recueil des besoins en ETP a uniquement été effectué dans les établissements ne disposant pas d'UTEP ou d'équipe transversale avec du temps dédié où les besoins sont les plus importants. Il ressort des entretiens deux besoins prioritaires : l'accompagnement méthodologique (n=5) et la formation en ETP (n=6). De plus, la communication entre établissements du GHT reste insuffisante et doit se poursuivre, notamment savoir qui contacter et trouver facilement les coordonnées.

**Figure 10 : Besoins en ETP des établissements sans UTEP**



**\* Formation (n=6)**

- besoin en formation initiale en ETP pour les professionnels des établissements (n=4) :

*« On aurait besoin de former le personnel. » ; « Nos difficultés c'est effectivement quand il y a un membre de l'équipe qui s'en va et qu'on accueille quelqu'un de nouveau qui n'est pas formé ».*

**\* Accompagnement méthodologique (n=5)**

- aide méthodologique pour la rédaction des programmes :

« *J'ai des besoins par rapport à la méthodologie notamment dans la réécriture du programme que l'on a actuellement* » ; « *aide pour la rédaction des programmes car pas de temps dédié* »,

- aide méthodologique pour les demandes d'autorisation :

« *une aide pour remplir les demandes d'autorisation de programme* » ; « *une aide pour le travail en amont, de l'écriture de la demande d'autorisation* »,

- aide dans la mise en place de programmes déjà écrits, testés et transposables dans d'autres établissements en fonction de la demande et de la population :

« *Duplication de programmes, programmes déjà créés et testés pour mise en place dans l'établissement comme par exemple sur le parkinson, le diabète, la rhumatologie,...* ».

**\* Annuaire des ressources (n=3)**

- savoir qui contacter :

« *Déjà de savoir quelle UTEP contacter : Maubeuge, Cambrai ou Valenciennes ?* »,

- avoir des contacts :

« *Avoir des contacts pour pouvoir répondre à des questions concrètes* » ; « *On aurait besoin d'un petit livret avec les ressources c'est-à-dire les différentes UTEP sur notre GHT avec les coordonnées téléphoniques, qui fait quoi et qui contacter* ».

**\* Renfort d'intervenants en ETP (n=2)**

- renforcer ponctuellement les équipes en intervenants soit par manque de personnel formé, soit par manque de spécialités dans l'établissement :

« *Avoir des moyens humains pour renforcer les équipes ETP et développer de nouveaux programmes.* » ; « *Renforcer partiellement l'équipe, pas en totalité, en intervenants soit par manque de personnel formé, soit par manque de spécialités dans l'établissement comme une diététicienne, une APA (professeur d'activité physique adaptée), un psychologue par exemple* ».

## V. DISCUSSION

A ce stade de discussion des résultats, il est important de préciser que s'agissant d'une étude exploratoire et innovante, les résultats obtenus n'ont pu être comparés à d'autres, aucune autre étude pour le moment n'ayant porté sur ce sujet.

### 1. Discussion des résultats

Dans un 1<sup>er</sup> temps, l'étude des représentations d'une UTEP au sein d'un établissement était un point de départ indispensable pour avoir un langage commun avant même de parler d'une UTEP de territoire. Pour la majorité des répondants, l'UTEP est une unité transversale de ressources et d'expertise avec des missions d'accompagnement méthodologique, de formation, de coordination intra et extra hospitalières. Ces missions sont globalement identiques à celles émises par l'URCAM, qui préconise des missions de coordination, formation, conseil méthodologique, documentation et d'éducation du patient [25]. Il est cependant intéressant de noter quelques *missions spécifiques* selon les établissements, compte tenu de leurs ressources et du nombre de programmes qui y sont dispensés, comme « *la préparation des dossiers pour les équipes, la gestion de la salle d'éducation thérapeutique et de la salle d'activité physique [...], une spécificité ici je pense propre à l'UTEP, la convocation des patients ainsi que la rédaction et l'envoi des courriers au médecin traitant pour chaque programme* ». C'est ce qu'avait déjà constaté Florence Chauvin, chargée de mission à l'AFDET, en 2012 lors d'une enquête portant sur 24 unités transversales d'ETP à l'hôpital [27]. Elle avait mis en évidence que s'il était admis que les missions générales des UTEP faisaient consensus, il existait différents types d'UTEP, avec des objectifs opérationnels et des organisations variables, adaptés aux besoins locaux et compatibles avec les capacités et ressources des établissements de santé. Elle distinguait ainsi 3 types d'UTEP aux différentes fonctions : l'UTEP *ressource uniquement*, l'UTEP *ressource associée à une activité d'éducation thérapeutique auprès des patients*, l'*activité d'éducation thérapeutique auprès des patients uniquement*. Ainsi les représentations d'une UTEP peuvent varier d'un établissement à un autre, mais également d'une personne à une autre et être influencées par le mode de fonctionnement des UTEP ou équipes transversales déjà en place dans certains établissements. Il conviendra par conséquent, d'établir une harmonisation de ces représentations pour développer une UTEP de territoire.

Concernant la composition de l'équipe, les réponses sont globalement identiques d'un professionnel interrogé à un autre, pour qui, il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire dédiée

et formée en ETP, avec des professionnels ayant des temps partagés. Les résultats obtenus sont également similaires aux recommandations d'organisation et au cahier des charges de l'URCAM qui stipule que « *l'équipe devra être composée de différents professionnels formés à l'ETP ; le noyau dur minimal pour la coordination est un temps médecin, infirmier et secrétaire ; l'équipe sera étoffée en fonction de l'importance de l'activité prévue et de l'existant dans les services : diététicienne, psychologue, kinésithérapeute,...* » [25].

Si l'on effectue dans un 2<sup>ème</sup> temps le parallèle avec les représentations d'une UTEP de territoire à travers ses missions et la composition de l'équipe, on retrouve quasiment les mêmes résultats émergents, mais portés à une échelle territoriale. Ainsi l'UTEP de territoire se veut majoritairement composée d'une équipe pluridisciplinaire avec un noyau central (médecin et coordinateurs des UTEP de proximité).

Quant aux missions d'une UTEP de territoire, elles sont similaires à celles d'une UTEP au sein d'un établissement :

- l'accompagnement méthodologique pour favoriser le développement de programmes ETP dans les établissements qui n'ont pas forcément les moyens et les ressources pour y parvenir,
- la formation avec l'objectif de « développer une formation commune au sein du GHT permettant d'harmoniser les pratiques et de diminuer les coûts de formation »,
- la coordination et la mutualisation mais cette fois, territoriale, avec la mise en place de passerelles entre établissements : « *Qu'un diagnostic (i.e. bilan éducatif) soit réalisé dans un établissement, que pour des raisons de proximité les ateliers soient réalisés dans un autre établissement.* »,
- l'orientation des patients vers des programmes existants,
- ou encore la duplication de programmes qui fonctionnent bien pour couvrir plus largement le territoire [résultats page 24].

Le GHT représente ici une opportunité pour développer, voire sauvegarder l'activité d'ETP au niveau territorial : « *Une UTEP de territoire pour éviter les zones blanches en ETP, permettre à la population d'accéder à des programmes quel que soit son lieu de résidence au sein du territoire* ». Les professionnels se projettent alors dans une logique de territoire allant bien au-delà du périmètre unique de leur établissement. Certains professionnels ajoutent à cette logique de territoire la complémentarité avec le 1<sup>er</sup> recours, faciliter l'accès à l'ETP à toute personne malade chronique sur un territoire ne pouvant s'effectuer sans l'intégration des professionnels de la ville : « *Qu'il y ait des acteurs de la ville, des*

*interconnexions parce que là ça reste des parcours dans les hôpitaux, ce n'est pas la réalité du patient* ». En effet si les GHT ont pour objectif d'assurer une égalité d'accès aux soins, leur but n'est pas de concentrer les moyens mais de répondre aux besoins de santé, ce qui implique une collaboration entre la ville et l'hôpital. Le HCSP, dans son rapport du 13 Mars 2017, incite d'ailleurs les établissements à la prise en compte de la médecine de ville, insuffisamment reconnue, dans la gouvernance des GHT [32]. Le document précise qu'une « simple cohabitation des établissements publics avec la médecine de ville sans projets partagés aboutirait à une mise en concurrence probablement néfaste pour l'offre de soins. Ainsi une UTEP dite territoriale ne peut se créer uniquement sur la base de parcours hospitalo-centrés mais doit intégrer la médecine de ville qui est un partenaire incontournable ».

Les besoins prioritaires en ETP, en particulier venant des établissements ne disposant pas d'UTEP, sont corrélés aux réponses des professionnels quant aux missions prédominantes d'une UTEP de territoire, à savoir des besoins d'accompagnement méthodologique, de formation en ETP et d'optimisation de la communication entre les professionnels des différents établissements du GHT. Les missions d'une UTEP de territoire seraient une réponse aux besoins exprimés par les professionnels, validant ainsi le critère de *pertinence*. Toutefois, ce critère ne peut faire abstraction des besoins exprimés par les patients. En effet, la pertinence correspond à la mesure selon laquelle les objectifs de l'action correspondent aux attentes des bénéficiaires et aux besoins du territoire. Autrement dit, un projet ou une structure trouve sa pertinence dans la mesure où il répond aux problèmes identifiés ou aux besoins réels. Dans le cas présent d'une UTEP de territoire, il conviendrait de compléter l'étude en interrogeant les patients afin d'identifier leurs besoins.

Cependant, aussi simple et aussi belle que puisse paraître l'idée de mettre en place cette structure territoriale, plusieurs freins exprimés par les professionnels nous renvoient à la réalité du terrain. Ainsi par exemple, même si les UTEP existantes sont connues et identifiées par la majorité des professionnels du GHT, probablement en raison de la création depuis 2 ans d'un « COPIL ETP GHT » fédérant les coordonnateurs des UTEP et les référents en ETP de chaque établissement volontaire, celles-ci sont finalement très peu sollicitées. Les principales raisons évoquées par les professionnels portent sur une habitude à travailler seul : « *Avant les réunions du groupe de travail du GHT, chacun avait tendance un peu à travailler dans son coin.* », et sur la crainte de créer des tensions entre les UTEP existantes : « *On ne sait pas toujours vers qui se tourner pour ne pas froisser ni*

*l'un ni l'autre.* » [résultats page 22]. En explorant davantage ces raisons évoquées, d'autres freins perçus par les professionnels face à une UTEP de territoire ont émergé lors des entretiens, dont 3 principaux étiquetés *enjeux institutionnels* des établissements, *effectifs* et *financement à octroyer à l'UTEP de territoire*. Nous noterons que plusieurs professionnels sont restés évasifs quant à certains freins, notamment ceux concernant les enjeux institutionnels, ne souhaitant pas s'exprimer davantage, peut-être par crainte ou par une maîtrise insuffisante du sujet.

On retrouve dans les *enjeux institutionnels* plusieurs éléments attirés à la notion de *pouvoir*, de *concurrence* avec une crainte des « *petits établissements d'être phagocytés par les gros* », la crainte d'une perte d'identité et d'activité des établissements de petite taille qui se sentent en concurrence avec les établissements plus grands [résultats page 25]. Ces craintes exprimées ne sont pas spécifiques à une UTEP de territoire mais sont propres au GHT comme le verbalise ce professionnel : « *Un des freins serait des établissements qui auraient peur de perdre leurs activités, leurs patients, c'est toute la problématique des GHT* ». On se rend compte dès lors de la dualité chez les professionnels entre 2 logiques : la logique d'établissement qu'ils ont toujours connu et la logique de territoire impulsée par les GHT qu'ils ne connaissent pas, entraînant le passage d'une stratégie de compétition à celle de coopération que l'on appelle la *coopétition*. Selon Dagnino, les établissements peinent à mener à bien cette stratégie de coopération car la dimension de compétition reste dominante [33]. Un autre obstacle à cette stratégie est, selon lui, le manque d'incitation financière à la coopération.

La notion de *financement* est par ailleurs apparue lors des entretiens comme un autre frein potentiel à une UTEP de territoire, avec la question du coût d'une telle structure mais aussi la redistribution des éventuels crédits attribués par l'ARS à sa coordination. De nouveau, on se retrouve dans une logique d'établissements avec une redistribution des crédits et non dans une logique de territoire qui se verrait attribuer une enveloppe globale pour la coordination de l'ETP sur le GHT. Il en est de même concernant le 3<sup>ème</sup> frein identifié portant sur les effectifs à octroyer pour une UTEP de territoire et notamment sur la difficulté pour certains établissements de détacher du personnel au vue des effectifs parfois en souffrance. Se pose ici la question de la mutualisation des moyens, des compétences et la mobilité sur le territoire des professionnels. Les professionnels sont-ils prêts à cette mutualisation ? Sont-ils prêts à être mobile au sein des GHT parfois très étendus ? Les établissements sont-ils en capacité de mutualiser leurs ressources ? Dans un système sanitaire tendu, en pleine « mouvance », dans un contexte grandissant de pénurie de professionnels de santé et de déserts médicaux, quelles ressources finalement

restent-ils aux établissements et aux organisations pour mutualiser leurs moyens malgré la mise en place des GHT sensé pallier ces difficultés ?

Pour Raphaël Briot, la constitution des GHT telle qu'elle a été réalisée ne répond pas à « une logique de sécurité et d'efficacité sur les territoires ». Selon lui, « la technocratie comptaible et le lobbying politique » l'ont emporté face aux particularités géographiques et aux besoins de la population, aboutissant à des GHT géographiquement « incohérents » et à l'absence de réel projet médical commun, principale cause de nombreux conflits qui surgissent dans les hôpitaux. Il est donc impératif dans l'état actuel des GHT, de repenser l'organisation territoriale des soins en redéfinissant les territoires, des territoires « géographiquement logiques » [35].

C'est dans cette optique de repenser l'organisation territoriale des soins que les auteurs du rapport final de la Stratégie de Transformation du Système de Santé proposent, au titre de la mesure n°8, la transformation des GHT en Etablissements Publics de Santé de Territoire (EPST) [36]. Afin d'éviter les *mille-feuilles* administratifs et faciliter les mutualisations de compétences, ces établissements bénéficieront « d'une gouvernance médicale et administrative unifiée, d'une solidarité financière [...]. La création de ce nouvel objet juridique permettra de procéder à des simplifications significatives de fonctionnement des établissements de santé ». L'EPST sera davantage responsabilisé sur la mise en œuvre de la gradation des soins, notamment sur le 1<sup>er</sup> niveau de gradation que constitue l'organisation de l'offre de proximité. Ainsi, l'autorisation des activités de soins s'effectuera à l'échelle de ce nouvel établissement qui définira ensuite les implantations sur les différents sites de façon graduée.

Des impacts conséquents sont attendus sur certains métiers et certaines fonctions comme le corps de direction : le représentant légal de l'établissement sera ainsi chargé de qualifier son organisation interne et de reconfigurer les directions des sites en véritables directions déléguées. Il s'agira également de faire évoluer la logique de pôles au profit de filières territoriales dont la pertinence fera l'objet d'une attention particulière pour « dépasser une logique de spécialités et véritablement répondre à l'expérience des parcours des patients pour des mêmes familles de pathologies. »

Les bénéfices attendus de la création de ces EPST sont :

- « des filières de prise en charge graduée au sein desquelles le rôle de chaque professionnel est défini collectivement et adapté aux spécificités du territoire,
- une organisation hospitalière évitant les redondances et une concurrence stérile entre établissements publics, mais assurant une présence territoriale de proximité adaptée,

- des ressources médicales rares mieux réparties et utilisées,
- une simplification de la gouvernance interne et au sein des actuels GHT.

En outre, ce projet pourra conduire à adapter certains périmètres actuels des GHT, en particulier un petit nombre dont la taille est trop importante, pour qu'une telle organisation intégrée soit bénéfique à la population » [36].

Face à ces transformations qui se profilent, apparaît la crainte majeure pour les professionnels de voir disparaître une partie de leur activité, notamment la disparition des UTEP existantes, dites de proximité, au profit d'une UTEP de territoire. Les UTEP existantes craignent ainsi une perte de qualité des programmes ETP dans les établissements car ils auraient moins de temps disponible pour accompagner les équipes in situ. Ces craintes sont partagées par les équipes intervenantes en ETP pour qui l'UTEP est indispensable au bon déroulement de l'ETP et les aide dans leur pratique. Sans compter que si les UTEP de proximité disparaissaient au profit d'une UTEP de territoire, l'équipe territoriale devrait s'approprier la culture de chaque établissement. Les établissements ont tous un passé, une historique des relations entre établissements d'un même territoire, qu'il faut prendre en compte dans la mise en place d'une nouvelle organisation, comme en témoigne ce professionnel : *« Il y a un fonctionnement très différent des hôpitaux, des pathologies différentes, une culture différente des hôpitaux; il ne faut pas oublier qu'il est difficile d'accepter une personne venant de l'extérieur, d'un autre établissement pour dire il faut faire ça, alors que cette personne ne maîtrise pas le contexte institutionnel. »* [résultat page 27].

Découlent de l'ensemble des freins exprimés, les conditions de réussite d'une UTEP de territoire, qui se veulent basées sur un modèle *gagnant-gagnant* et qui peuvent se résumer de la manière suivante : une UTEP de territoire assimilée à un centre de ressources et d'expertise, acteur territorial de poids face aux autorités compétentes, qui ne soit pas au détriment des UTEP de proximité ni au détriment de l'activité éducative en place, composée d'une équipe mobile comprenant au minimum un coordonnateur de chaque UTEP de proximité et un médecin, dont les missions seraient d'accompagner le développement de l'ETP dans les établissements en demande et de créer du réseau entre les établissements et les acteurs locaux du 1<sup>er</sup> recours. Mais surtout, une des conditions de réussite essentielle à ce projet repose sur l'accompagnement des professionnels au changement de culture qu'impliquent les GHT, la culture de territoire. Vanessa Durand s'est intéressée aux facteurs de réussite des GHT un an après leur mise en place et

notamment sur l'évolution des modes de management nécessaire pour appréhender une culture territoriale et acculturer les professionnels [34]. S'inspirant du secteur hospitalier privé qui poursuit depuis plusieurs années sa mutation vers une organisation de ses établissements en pôle territoriaux, Vanessa Durand a mis en évidence plusieurs facteurs de réussite pour accompagner les professionnels au changement. L'un d'eux porte sur l'adoption d'un style de management de proximité, plus *horizontal*, facilitateur pour potentialiser l'engagement de chaque professionnel et construire une représentation partagée plutôt qu'imposer : « le manager doit appliquer une attitude fédératrice notamment pour accompagner les organisations dans l'effacement de certaines frontières ». Ce nouveau style de management est parfois difficile s'agissant de « passer d'un management fondé sur le contrôle hiérarchique à un mode fédérateur », mais celui-ci joue un rôle important dans le maillage entre des acteurs qui travaillent à distance et vise à développer des univers psychologiquement sécurisants pour faciliter la coopération. Cette coopération ne sera pleinement efficace que si elle s'inscrit dans la construction de projets communs et en multipliant les échanges entre les professionnels des établissements notamment pour rappeler les enjeux, faire émerger des besoins ou encore faciliter la connaissance des acteurs entre eux à l'aide de partage d'expériences ou d'échanges de pratique par exemple. Ainsi l'accompagnement des professionnels vers la culture de territoire implique d'une part, des relations humaines basées sur le dialogue, la communication, l'accompagnement, et d'autre part, du temps pour permettre le caractère progressif du changement.

## 2. Les limites de l'étude

Une des limites de cette étude porte sur le risque d'interprétation des propos recueillis lors des entretiens. Classer, répertorier les éléments émergents passe pour une part infime par l'interprétation, même si la plus grande objectivité a été observée. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une des limites des études qualitatives.

Une autre limite concerne la population cible, les professionnels du 1<sup>er</sup> recours et les représentants des usagers. Ceux-ci n'ont pas été inclus dans l'étude face au temps relativement court de 240 heures de stage pour aller à la rencontre des professionnels des 11 établissements, face à la distance géographique des établissements entre eux et face aux réajustements permanents du nombre d'inclusions au fil de l'eau. Cependant, il aurait été intéressant d'inclure ce public à l'étude, l'UTEP de territoire ayant pour vocation de faciliter l'accès à l'ETP à toute personne atteinte d'une maladie chronique, quel que soit

son lieu de résidence. Etudier la pertinence d'une telle structure territoriale ne peut être uniquement effectuée auprès des professionnels des établissements de santé d'un GHT mais s'ouvrir vers les professionnels de ville ainsi que vers les patients.

Enfin la dernière limite identifiée concerne la réalisation des entretiens. Ceux-ci étaient initialement individuels pour permettre une libre expression des participants mais à plusieurs reprises, ces entretiens se sont effectués collectivement, probablement pour optimiser le temps restreint qu'ont les professionnels, mais limitant peut-être ainsi la teneur des propos émis, s'apparentant parfois de près ou de loin à de la « censure ». Une information plus précise quant au déroulement des entretiens, en l'occurrence individuel, aurait permis de lever toute ambiguïté.

### **3. Transférabilité de l'étude**

Les résultats de cette étude ne correspondent pas aux critères de *validité externe* dans le sens où cette étude ne porte que sur un petit échantillon de professionnels et sur un territoire ayant des caractéristiques sociodémographiques précises. Néanmoins, les résultats concernant les missions, la composition, les freins et les conditions de réussite d'une UTEP territoriale sont extrapolables à d'autres GHT. Seuls quelques éléments peuvent éventuellement différer d'un GHT à un autre, compte tenu de l'hétérogénéité de ceux-ci, tant en superficie qu'en nombre d'établissements.

Cette 1<sup>ère</sup> étude peut servir de base à d'autres études, notamment de faisabilité pour la mise en place de ce type de structure (annexe III).

## VI. CONCLUSION

Les inégalités territoriales d'accès aux soins ne sont plus à démontrer, notamment l'accès aux programmes d'ETP, programmes qui se sont davantage déployés dans les établissements de santé ayant les ressources nécessaires pour créer des UTEP.

La mise en place d'UTEP de territoire dans un contexte de territorialisation, impulsé par la création des GHT, représente une réelle opportunité pour améliorer le développement de programmes dans les établissements ne disposant pas des ressources nécessaires pour y parvenir, et en assurer l'accès à un plus grand nombre de personnes atteintes de maladie chronique. Mais avant toute mise en place de ce type de structure, il convenait d'en étudier la pertinence. Les établissements de santé ont-ils des besoins auxquels une UTEP de territoire pourrait répondre ? Si oui, quels sont leurs besoins prioritaires ?

Ainsi nous faisons l'hypothèse qu'une UTEP de territoire au sein d'un GHT pouvait réduire les inégalités d'accès à l'ETP en répondant aux besoins des établissements n'ayant pas les ressources suffisantes pour développer des programmes. L'objectif principal de cette étude exploratoire, qualitative, multicentrique au sein d'un GHT, était donc de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse en procédant au recueil et à l'analyse des besoins en ETP des professionnels du GHT.

Les résultats ont montré qu'il existe, notamment pour les établissements ayant peu de ressources en ETP et situés dans des territoires isolés, des besoins prioritaires d'accompagnement méthodologique, de formation en ETP et de partages d'expériences entre professionnels. Pour ces établissements, la pertinence d'une UTEP de territoire est clairement démontrée. Cependant, il est intéressant de prendre en considération la crainte des établissements disposant déjà d'une UTEP de voir disparaître leur structure transversale au profit d'une UTEP de territoire et pour qui la pertinence de ce type de structure est relative.

Il conviendra dans l'avenir de tenir compte de ces résultats et d'envisager la territorialisation des ressources en ETP en accompagnant les professionnels dans une logique de territoire, logique amenée à évoluer face au déploiement probable des EPST.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] POUYAT J. 20 millions de Français auraient une maladie chronique. Publié le 24/01/2018, mis à jour le 05/02/2018  
<https://www.lanutrition.fr/20-millions-de-francais-auraient-une-maladie-chronique> (consulté le 24/07/2019)
- [2] Définition de la maladie chronique selon l'OMS  
[https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/) (consulté le 24/07/2019)
- [3] Définition de la maladie chronique selon l'ARS  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf) (consulté le 24/07/2019)
- [4] A. GOLAY, G. LAGGER, A. GIORDAN. Comment motive le patient à changer ? Paris, Editions Maloine, Education du patient, 2010 : XIII
- [5] A. GOLAY, G. LAGGER, A. GIORDAN. Comment motive le patient à changer ? Paris, Editions Maloine, Education du patient, 2010 : XII
- [6] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84, Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)  
[https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article\\_84i](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_84i) (consulté le 12 juillet 2019)
- [7] HAUT CONSEIL de la SANTE PUBLIQUE. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé ». Paris, Collection *Rapport*, 13 mars 2017 : 22
- [8] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> (consulté le 12 juillet 2019)
- [9] HAUT CONSEIL de la SANTE PUBLIQUE. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé ». Paris, Collection *Rapport*, 13 mars 2017 : 3
- [10] HAUT CONSEIL de la SANTE PUBLIQUE. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé ». Paris, Collection *Rapport*, 13 mars 2017 : 34
- [11] A.GRIMALDI. L'histoire de l'éducation thérapeutique du patient par le Professeur. Paris, Elsevier, 3 juillet 2017  
<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/lhistoire-de-leducation-therapeutique-du-patient-par-le-professeur-a.grimaldi> (consulté le 24 juillet 2019)
- [12] RAPPORT DE L'OMS-EUROPE. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease. Publié en 1996 et traduit en français en 1998.  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/145296/E93849.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf) (consulté le 12 juillet 2019)

- [13] B. GRENIER, F. BOURDILLON, R. GAGNAYRE. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. Santé Publique 4/2007 (Vol. 19) : 238-292  
[www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-283.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-4-page-283.htm) (consulté le 12 juillet 2019)
- [14] V SZYMCZAK, P DEFIEF. Contexte politique et juridique de l'éducation du patient. Centre de ressources et de formation à l'éducation du patient, Septembre 2016.
- [15] Plan national d'éducation pour la santé, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'Etat à la santé et aux Handicapés, Janvier 2001.  
<http://www.reseau-asteria.fr/Documents/pneps2001.pdf> (consulté le 12 juillet 2019)
- [16] Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé  
[https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article\\_79](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/2002-303/jo/article_79) (consulté le 12 juillet 2019)
- [17] Plan pour l'Amélioration de la Qualité de Vie des personnes atteintes de Maladies Chroniques (PQVMC) 2007-2011  
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf) (consulté le 12 juillet 2019)
- [18] Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000022666174&dateTexte=20190616> (consulté le 12 juillet 2019)
- [19] Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581\\_du\\_patient](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581_du_patient) (consulté le 12 juillet 2019)
- [20] Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&categorieLien=id> (consulté le 12 juillet 2019)
- [21] Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664592&categorieLien=id> (consulté le 12 juillet 2019)
- [22] Décret n°2010-1031 du 31 août 2010 relatif aux programmes d'apprentissage et pris en application de l'article L. 1161-5 du code de la santé publique  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022778936&categorieLien=id> (consulté le 12 juillet 2019)
- [23] 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 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030135866&categorieLien=id> (consulté le 12 juillet 2019)

[24] Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

[25] PRIGENT A., LÉBOUBE G. Unités transversales d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : recommandations d'organisation et cahier des charges. Franche-Comté, URCAM, décembre 2005.

[26] JACQUAT D. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. Rapport au premier ministre, juin 2010. <http://ipcem.org/img/ouvrages/JACQUAT.pdf> (consulté le 12 juillet 2019)

[27] CHAUVIN F. Unités transversales d'éducation thérapeutique à l'hôpital, résultats de l'enquête menée par l'Afdet. Santé Education n°01- Octobre-Novembre-Décembre 2013

[28] BARBOT J-M., ROSSIGNOL J.GHT et GRH : mettre en œuvre une GRH médicale et non médicale de territoire. Bordeaux, LEH Edition, 2017, 275 pages

[29] KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M. Les recherches qualitatives en santé. Paris, Edition Armand Colin, Collection U, 2016 : 86-87 ; 171-179

[30] Définition des données à caractère personnel <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/une-donnee-caractere-personnel-cest-quoi> (consulté le 24 juillet 2019)

[31] CHAPITRE III - Droits de la personne concernée, Section 2 - Information et accès aux données à caractère personnel, Article 13 - Informations à fournir lorsque des données à caractère personnel sont collectées auprès de la personne concernée <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees/chapitre3#Article13> (consulté le 24 juillet 2019)

[32] HAUT CONSEIL de la SANTE PUBLIQUE. Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique « Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé ». Paris, Collection *Rapport*, 13 mars 2017 : 37

[33] BLOCH M-A., HENAUT L. Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Paris, Edition Dunod, 2014 : 163-165

[34] DURAND V. Un an après, les facteurs de réussite des GHT. Gestion hospitalières, n° 571, décembre 2017. <http://gestions-hospitalieres.fr/an-apres-facteurs-de-reussite-ght> (consulté le 10 juin 2019)

[35] BRIOT R. Les GHT sont-ils en panne ? Où en sommes-nous deux ans après leur création ? Avenir Hospitalier n°10, Juin 2018.  
<http://www.avenir-hospitalier.fr/images/AH10/AH10-GHT.pdf> (consulté le 20 août 2019)

[36] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé, Rapport final, Repenser l'organisation territoriale des soins. Paris, 18 septembre 2018 : 18-20.  
[https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18\\_masante2022\\_rapport\\_organisation\\_territoriale.pdf](https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-09/2018-09-18_masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf) (consulté le 21/08/2019)

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	1
SOMMAIRE .....	2
LISTE DES ABREVIATIONS .....	3
I. INTRODUCTION GENERALE .....	4
II. INTRODUCTION THEORIQUE.....	6
1. Le développement de l'ETP .....	6
2. La naissance des UTEP en France .....	7
3. La création des GHT en réponse aux inégalités territoriales d'accès en santé, notamment en ETP.....	9
III. METHODOLOGIE.....	11
1. Type d'étude .....	11
2. Objectifs de l'étude .....	11
3. Critères de jugement.....	11
4. Périmètre de l'étude .....	12
5. Population cible.....	12
a. Critères d'inclusion .....	12
b. Critères de non inclusion .....	13
c. Nombre de sujets nécessaire .....	13
d. Considérations éthiques .....	14
6. Déroulement de l'étude .....	14
a. Processus d'inclusion .....	14
b. Réalisation des entretiens .....	16
7. Analyse statistique .....	17
a. Retranscription des entretiens .....	17
b. L'analyse horizontale .....	17
c. Emergence des axes d'analyse .....	18
8. Durée de l'étude.....	18
IV. RESULTATS.....	19
1. Caractéristiques en ETP des établissements répondeurs .....	19
2. Profil des répondants .....	19
3. L'UTEP au sein d'un établissement de santé : représentations, composition et missions .....	20
a. Les représentations d'une UTEP .....	20

b.	La composition d'une UTEP .....	20
c.	Les missions d'une UTEP.....	21
d.	Connaissance et recours des UTEP au sein du GHT Hainaut Cambrésis .....	22
4.	L'UTEP de territoire au sein du GHT : composition de l'équipe et missions .....	22
a.	Composition d'une UTEP de territoire .....	22
b.	Missions d'une UTEP de territoire .....	23
5.	Les freins perçus par les professionnels face à une UTEP de territoire.....	24
6.	Les conditions de réussite d'une UTEP de territoire .....	27
7.	Recueil des besoins en ETP des établissements sans UTEP .....	29
V.	DISCUSSION .....	31
1.	Discussion des résultats .....	31
2.	Les limites de l'étude .....	37
3.	Transférabilité de l'étude.....	38
VI.	CONCLUSION .....	39
	BIBLIOGRAPHIE .....	40
	TABLE DES MATIERES.....	44
	TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	46
	ANNEXE I .....	47
	ANNEXE II .....	48
	ANNEXE III .....	49

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Territoire du GHT Hainaut-Cambrésis .....	12
Figure 2 : Déroulement de l'étude et processus d'inclusion .....	15
Figure 3 : Représentations d'une UTEP au sein d'un établissement .....	20
Figure 4 : Composition d'une UTEP au sein d'un établissement .....	20
Figure 5 : Missions d'une UTEP au sein d'un établissement .....	21
Figure 6 : Composition d'une UTEP de territoire.....	22
Figure 7 : Missions d'une UTEP de territoire.....	23
Figure 8 : Freins exprimés à une UTEP de territoire.....	24
Figure 9 : Conditions de réussite d'une UTEP de territoire .....	27
Figure 10 : Besoins en ETP des établissements sans UTEP .....	29
Tableau 1 : Caractéristiques des entretiens.....	17
Tableau 2: Caractéristiques en éducation thérapeutique des établissements .....	19
Tableau 3: Profil des professionnels répondants .....	19

## ANNEXE I

### Guide d'entretien pour les professionnels des établissements disposant d'une UTEP

THEMATIQUES	QUESTIONS
<b><u>L'UTEP au sein de l'établissement</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Représentation</li><li>• Missions</li><li>• Composition</li><li>• Avantages pour l'établissement</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Que représente une UTEP pour vous?</li><li>2. Quelles sont ses missions ?</li><li>3. Qui compose une UTEP ?</li><li>4. Quels sont les avantages pour vous d'une UTEP au sein de votre établissement ?</li></ol>
<b><u>L'UTEP de territoire</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Raison du projet</li><li>• Origine du projet</li><li>• Soutien</li></ul> <b><u>Avantages d'une UTEP de territoire</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Etablissement</li><li>• GHT</li><li>• Personnes résidants sur le territoire</li></ul> <b><u>Freins d'une UTEP de territoire</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Etablissement</li><li>• GHT</li></ul> <b><u>Mise en œuvre</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Missions</li><li>• Composition</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Pourquoi avoir entamé une réflexion sur la mise en place d'une UTEP de territoire ?</li><li>6. Qui est à l'origine de la démarche entreprise ?</li><li>7. Avez-vous connaissance d'un type de structure identique en France ?</li><li>8. Quels sont les avantages d'une UTEP de territoire ?</li><li>9. Quels seraient les freins au développement d'une UTEP de territoire pour les établissements du GHT ?</li><li>10. Selon vous, quelles seraient les missions d'une UTEP de territoire ?</li><li>11. Quels seraient les membres de cette UTEP ?</li></ol>
<b><u>Faisabilité</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conditions de réussite</li><li>• Connaissance des besoins en ETP des professionnels du GHT</li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>12. Quelles sont selon vous les conditions de réussite à la mise en place d'une UTEP de territoire ?</li></ol>

## ANNEXE II

### Guide d'entretien pour les professionnels des établissements ne disposant pas d'une UTEP

THEMATIQUES	QUESTIONS
<p><b><u>L'UTEP</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentation</li> <li>• Missions</li> <li>• Composition</li> </ul> <p><b><u>Les UTEP existantes</u></b></p>	<p>13. Que représente une UTEP pour vous?</p> <p>14. Quelles sont ses missions ?</p> <p>15. Qui la compose ?</p> <p>16. Avez-vous connaissance d'Utep sur le territoire du GHT ? Si oui lesquelles ?</p> <p>17. Avez-vous eu recours à ces Utep ?</p>
<p><b><u>L'UTEP de territoire</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentation</li> <li>• Missions</li> <li>• Composition</li> </ul> <p><b><u>Avantages d'une UTEP de territoire</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement</li> <li>• GHT</li> <li>• Personnes résidants sur le territoire</li> </ul> <p><b><u>Freins d'une UTEP de territoire</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement</li> <li>• GHT</li> </ul> <p><b><u>Mise en œuvre</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions de réussite</li> </ul>	<p>18. Quelles sont vos représentations d'une Utep de territoire ?</p> <p>19. Selon vous, quelles seraient les missions d'une UTEP de territoire ?</p> <p>20. Quels seraient les membres de cette UTEP ?</p> <p>21. Quels seraient les avantages d'une UTEP de territoire pour les établissements du GHT ?</p> <p>22. Quels seraient les freins au développement d'une UTEP de territoire ?</p> <p>23. Quelles sont selon vous les conditions de réussite à la mise en place d'une UTEP de territoire ?</p>
<p><b><u>L'ETP au sein de l'établissement</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Projet ETP</li> <li>• Besoins</li> </ul>	<p>24. Quel type de programme voudriez-vous mettre en place dans l'établissement ?</p> <p>25. Quelles difficultés rencontrez-vous pour le développement de ce ou de ces programmes ?</p> <p>26. Comment une UTEP de territoire pourrait vous aider dans la mise en place de nouveaux programmes ? quels sont vos besoins ?</p>

## ANNEXE III

### L'UTEP de territoire au sein d'un GHT : diagramme de Gantt

Tâches	Prédécesseurs	Durée (jours)	Début	Fin	oct.-18	nov.-18	déc.-18	janv.-19	févr.-19	mars-19	avr.-19	mai-19	juin-19	juil.-19	S2 2019	S1 2020	S2 2020	S1 2021
<b>PHASE D'EMERGENCE (mémoire)</b>																		
1	Présentation du projet aux DSI GHT	1	23/10/2018	23/10/2018	▲													
2	Identification et mise en relation avec acteurs concernés au sein du GHT	1	60	23/10/2018	30/11/2018	■												
3	Présentation du projet au COPIE ETP GHT	1,2	1	05/12/2018	05/12/2018		■											
4	Elaboration d'un guide d'entretien	15	05/11/2018	23/11/2018		■												
5	Entretiens avec acteurs identifiés	2,4	30	27/11/2018	10/05/2019		■											
6	Analyse des données	3,4,5	242	27/11/2018	21/06/2019		■											
7	Présentation des résultats aux DSI GHT	6	1	18/06/2019	18/06/2019													
8	Présentation des résultats au COPIE ETP GHT	7	1	27/06/2019	27/06/2019								▲					
<b>ETUDE DE FAISABILITE</b>																		
9	Analyse des risques et des contraintes	6	122	01/09/2019	30/12/2019										■			
10	Analyse fonctionnelle	9	122	01/09/2019	30/12/2019										■			
11	Budget prévisionnel	6,9,10	122	01/09/2019	30/12/2019										■			
12	Organigramme technique (scénarii)	6,9,10,11	122	01/09/2019	30/12/2019										■			
13	Rédaction cahier des charges fonctionnel	9,10,11,12	60	01/11/2019	30/12/2019										■			
14	Présentation aux DSI GHT et instances	13	1	05/01/2020	05/01/2020											▲		
<b>PHASE DE CONCEPTION</b>																		
15	Création d'un organigramme de tâches (locaux, équipe, budget)	13	5	janv.-20	janv.-20													
16	Rédaction des fiches de tâches	15	90	janv.-20	mars-20													
17	Réalisation d'un échéancier	15	90	janv.-20	mars-20													
18	Détermination indicateurs d'atteinte des objectifs	15,16,17	90	janv.-20	mars-20													
19	Rédaction c. des charges opérationnel	5,16,17,18	60	févr.-20	mars-20													
20	Présentation aux DSI GHT et instances	19	1	avr-20	avr-20													▲
<b>MISE EN ŒUVRE</b>																		
21	Mise en œuvre des tâches	19	365	avr-20	avr.-21													
22	Suivi de l'échéancier	17	365	avr-20	avr.-21													
23	Suivi des indicateurs	18	365	avr-20	avr.-21													
24	Présentation des missions aux équipes des établissements du GHT	21	365	avr-20	avr.-21													
<b>EVALUATION</b>																		
25	Efficacité (réponse réelle aux besoins)	6,23	30	mars-21	avr.-21													
26	Impact (du projet sur bénéficiaires)	23	30	mars-21	avr.-21													
27	Efficience (coût, qualité)	23	30	mars-21	avr.-21													
28	Présentation aux DSI GHT et instances	25,26,27	1	avr.-21	avr.-21													▲
29	Pérénisation	25,26,27																▲

## **L'UNITE TRANSVERSALE DE TERRITOIRE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE AU SEIN D'UN GHT : QUELLE PERTINENCE ?**

**Résumé :** Un des enjeux des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) créés par la loi de modernisation de notre système de santé est de permettre à tout patient ayant une maladie chronique d'accéder sur un territoire à un programme d'éducation thérapeutique (ETP). Pour y parvenir, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) recommande la mise en place de mesures dont une consiste à identifier une Unité Transversale en Education thérapeutique (UTEPT) au sein de chaque GHT. Cette étude exploratoire, qualitative, multicentrique, réalisée au sein du GHT Hainaut Cambrésis a permis d'évaluer la pertinence d'une UTEPT de territoire en procédant à un recueil des besoins en ETP de chaque établissement, à l'aide d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de directeurs de soins et de professionnels de santé investis en ETP. Deux besoins prioritaires, émanant principalement des établissements n'ayant pas d'UTEPT, ont émergés : la formation en ETP des professionnels et l'accompagnement méthodologique. Cette étude apporte ainsi une plus-value à la mise en place de type de structure auprès des directeurs d'établissements de santé en confortant les recommandations du HCSP tout en précisant les missions prioritaires d'une UTEPT de territoire dont l'objectif principal demeure un accès équitable à un programme ETP pour toute personne atteinte d'une maladie chronique.

**Mots clés :** Groupement Hospitalier de Territoire, Education Thérapeutique, Unité Transversale en Education thérapeutique du Patient, territoire, pertinence, besoins.

## **THE TRANSVERSE UNIT OF A TERRITORIAL IN THERAPEUTIC EDUCATION WITHIN A GHT : WHAT RELEVANCE ?**

**Abstract:** One of challenges of the Territorial Hospital Groups (GHT) created by the law on modernization of our healthcare system is to allow any patient with a chronic disease to access a therapeutic education program (ETP) in a territory. To achieve this, the High Council for Public Health (HCSP) recommends the implementation of measures which one of them is to identify a Transverse Unit in Therapeutic Education (UTEPT) within each GHT. This exploratory, qualitative, multicenter study, carried out within the GHT Hainaut Cambresis has enabled to assess the relevance of a territorial UTEPT by compiling each institution's ETP needs, using semi-structured interviews with nursing directors and health professionals committed in ETP. Two priority needs raised, emanating mainly from institution without UTEPT: training of professionals in ETP and methodological support. no UTEPT within their institution to develop the educational activity. This study brings added value to the establishment of kind of structure with the directors of health institutions by reinforcing the recommendations of the HCSP while specifying the priority missions of a territorial UTEPT whose main purpose remains a fair access to a therapeutic education program for anyone with a chronic disease.

**Key words:** Territorial Hospital Groups, therapeutic education, Transverse Unit in Therapeutic Education, territory, relevance, needs.