

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 9 juillet 2012  
Par M. Henri Prévost**

---

**L'entretien personnalisé en pharmacie dans le cadre de  
l'éducation thérapeutique du patient**

---

**Membres du jury :**

**Président :**

M. le Professeur Daniel Vion, Professeur des Universités, Droit et Déontologie Pharmaceutique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille II.

**Assesseur(s) :**

M. le Professeur Thierry Dine, Professeur des Universités, Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de Lille II.

**Membre(s) extérieur(s) :**

Madame le Docteur Sylvie Dufour-Tissot, titulaire du certificat d'aptitude à l'administration des entreprises de l'Institut de Préparation aux Affaires, Pharmacien titulaire à Lille.



## Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE  
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64



Université Lille 2  
Droit et Santé

### Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Christian SERGHERAERT
Vice- présidents :	Madame Stéphanie DAMAREY Professeur Marie-Hélène FOSSE-GOMEZ Professeur Régis MATRAN Professeur Salem KACET Professeur Paul FRIMAT Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE Professeur Patrick PELAYO Madame Claire DAVAL Madame Irène LAUTIER Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Rémy PAMART
Secrétaire général :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

### Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1 <sup>er</sup> assesseur :	Professeur Damien CUNY
Assesseurs :	Mme Nadine ROGER Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs :	Monsieur André GENY

### Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	EI Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mlle	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques

Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Générale
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	VION	Daniel	Droit et déontologie pharmaceutique

### Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie et Virologie Cliniques
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GAMOT	André	Chimie Analytique
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LHERMITTE	Michel	Toxicologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)
M.	BONTE	Jean-Paul	Chimie Analytique et (ICPAL)

### Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Générale
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BOUTILLON	Christophe	Chimie Organique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique

M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mlle	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLAMENT	Marie-Pierre	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Melle	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOFFARD	Anne	Virologie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Melle	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVÁ	Frank	Pharmacie Galénique
Mme	POMMERY	Nicole	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Melle	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
Mme	VITSE	Annie	Parasitologie
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

### Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie

Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Clinique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

### Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

### Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

### Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

### Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	CREN	Yves	Information Médicale - Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques - Pharmacie virtuelle

### AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique



Université Lille Nord de France  
Pôle de Recherche  
et d'Enseignement Supérieur



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

## ***Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille***

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX  
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64  
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## REMERCIEMENTS

### **A monsieur le Professeur Daniel Vion**

*Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.  
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce sujet,  
et de m'avoir guidé tout au long de ce travail.  
Je vous remercie pour vos enseignements tout au long de mes études  
et plus encore pour le soutien que vous m'avez apporté lors de ce travail de thèse.*

### **A monsieur le Professeur Thierry Dine**

*Vous avez bien voulu vous intéresser à cette thèse.  
Vous avez accepté d'y apporter votre expertise.  
Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury.  
Je vous en remercie et vous suis très reconnaissant.*

### **A madame le Docteur Sylvie Dufour-Tissot**

*Vous m'avez accueilli.  
Vous m'avez fait partager vos connaissances et votre pratique de la pharmacie d'officine.  
Vous m'avez guidé et soutenu pendant ma formation et dans mon travail de santé publique.  
Vous m'avez sensibilisé à l'intérêt de la mission d'accompagnement des patients par les  
entretiens en pharmacie. Ceci a motivé mon intérêt pour l'éducation thérapeutique et m'a  
permis de bâtir mon projet de thèse.  
Pour tout cela, pour votre confiance, votre disponibilité et votre engagement, je vous remercie  
et vous suis extrêmement reconnaissant pour la conviction que vous m'avez donné pour ma  
future profession.*

### **A monsieur le Docteur Bruno Champion**

*Vous vous êtes intéressé à mon travail  
Vous avez apporté des réponses à mes interrogations et m'avez accordé votre aide  
Je vous suis très reconnaissant de l'attention que vous avez portée à mon travail de thèse.*

*Je remercie particulièrement **madame Elisabeth Lehu** pour les précieux éléments qu'elle m'a  
apportés et pour le temps qu'elle a bien voulu accorder au travail de relecture de cette thèse.*

## SOMMAIRE

Introduction : .....	10
Les buts de l'éducation du patient.....	11
Compétences à développer par l'éducation thérapeutique.....	15
Formation des soignants.....	17
I. Partie 1 :L'ETP dans la loi HPST, de l'établissement à la réalisation .....	18
A. Articles de la loi HPST & décrets d'application.....	18
Article 36 : acteurs et rôle de premier recours.....	20
Article 38 : nouvelles missions du pharmacien d'officine .....	21
Article 51 : Relatif au protocole de coopération entre les professionnels de santé autorisés par l'ARS après avis conforme de la HAS .....	22
Article 84 : programme d'éducation thérapeutique du patient .....	29
B. Propositions de mise en place du texte.....	38
Rapport Rioli : enjeux ; politique de santé ; territoire.....	38
Rapport du haut conseil de la santé publique : « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours ».....	40
Loi de financement de la sécurité sociale 2012.....	41
Le rapport IGAS du 29 juin 2011 .....	41
C. Recommandations de la HAS en matière d'ETP .....	42
Les compétences d'autosoins.....	43
Les compétences d'adaptation .....	43
Le diagnostic éducatif .....	47
Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage .....	47
Planifier les séances d'ETP collectives ou individuelles.....	48
Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP.....	50
D. Les missions de l'ARS en matière d'ETP.....	53
Modalités pratiques d'un programme d'ETP : cahier des charges ;.....	53
Entretien à l'ARS du Nord Pas-de-Calais .....	54
Schema Regional d'offre de Soins : 1 jan 2012.....	55
Stratégie du SROS.....	56
Le SROS dans les autres régions.....	64
E. Différentes stratégies utilisées pour établir un programme d'ETP: .....	65
Le diagnostic éducatif : .....	69
La négociation d'objectifs :.....	73
L'intervention éducative .....	75
L'évaluation des résultats .....	85

II. Partie 2 : Mise en place de l'Education Thérapeutique en pharmacie .....	90
A. Présentation d'un programme d'ETP dans son application pratique .....	90
Programmes d'éducation thérapeutique dans les différents cadres : hôpital, MSP/PSP, parcours de proximité .....	90
Cadre de l'action au sein des réseaux de santé : .....	92
Programme PEGASE : .....	93
Programme de la plateforme Prévert.....	95
Programme de la Sepulveda Epliepsy Education & Programme MOSES .....	96
Programme national d'ETP de EDUSANTE destiné aux patients épileptiques .....	97
Réseau insuffisance respiratoire de Lorraine (RIR).....	98
Programme ARSIMED de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-métropole .....	98
Programme SOPHIA.....	99
Les Centres d'Examen de Santé (CES) .....	100
B. Définition des éléments dont dispose une pharmacie d'officine, pour participer à un programme d'ETP, illustrés par le travail de santé publique et l'étude de cas sur le thème du glaucome (Lille-II : 2011).....	101
Rôle du pharmacien.....	101
Observation de 1 <sup>er</sup> recours pour l'accompagnement/ l'apprentissage du patient dans une maladie chronique.....	102
Adhésion du patient à la prise en charge .....	105
Objectifs d'apprentissage pour la compréhension de la maladie .....	107
Contrôle de la bonne observance du traitement.....	110
Soutien du malade face aux maladies chroniques .....	116
C. Evolution de la pratique à envisager : .....	118
Evolution présentée dans les propositions du rapport IGAS du 29 juin 2011 : .....	118
Mission interprofessionnelle : .....	120
Exemples d'évolution dans les réseaux de santé.....	123
D. Difficultés de coordination des objectifs entre les intervenants et problème de disponibilité des acteurs des programmes.....	127
Au plan institutionnel.....	127
Au niveau de la caisse d'Assurance Maladie .....	129
Au plan des acteurs de soins.....	132
L'évolution de la rémunération.....	134
E. Formation : agrément, DU d'Education Thérapeutique. ....	136
L'INPES.....	136
Dans le cadre du PPS.....	150
Au niveau de l'IPCEM.....	152
La formation initiale de l'Université Paris Descartes.....	152
Le DUEP diplôme universitaire en éducation du patient. ....	153
Rappel du décret sur le DPC .....	155
Conclusion.....	156
Annexes : .....	159
Bibliographie.....	178

## Introduction :

If we want more evidence-based practice,  
we need more practice-based evidence.  
Lawrence W. Green

L'OMS définit l'éducation thérapeutique du patient (ETP) de la façon suivante:

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

Parmi toutes les maladies chroniques, le diabète est celle pour laquelle l'éducation thérapeutique du patient est la plus développée, formalisée et évaluée. Dans d'autres spécialités, des expériences d'éducation des patients ont mis en évidence une amélioration de leur qualité de vie et une meilleure prévention des accidents aigus et de leurs complications. En ce sens, Il sera abordé dans cette thèse les bénéfices apportés grâce à des entretiens réguliers en pharmacie avec les patients pris en charge dans le cadre d'un glaucome chronique au regard de la bonne utilisation de collyres anti-glaucomeux. Ces observations seront tirées du travail de santé publique de la faculté des sciences pharmaceutiques et biologiques de Lille réalisé lors du stage de professionnalisation en 2011.<sup>1, 2, 3</sup>

Vivre avec une maladie chronique, une fois un traitement institué, nécessite de la part du patient un ensemble d'aménagements qui relèvent de la connaissance de sa maladie et des compétences d'auto-observation, d'auto-surveillance et d'auto-adaptation du traitement. Ainsi le sujet, habituellement passif dans une situation de maladie aiguë, est confronté, dans le cas d'une maladie chronique, à la nécessité de tenir tôt ou tard un rôle actif permanent. Ce changement de statut va, en miroir, obliger le soignant médecin ou paramédical à modifier ses attitudes le plus souvent directives et paternalistes en situation aiguë, vers la recherche d'une relation de partenariat en situation de maladie chronique.

L'éducation thérapeutique est un processus d'accompagnement du patient, où la participation et la coopération active de celui-ci est primordiale, et qui s'inscrit dans la durée.<sup>4</sup>

De ce fait, l'éducation est intégrée dans la démarche qualité fondée sur une approche interdisciplinaire et pluri-professionnelle des soins éducatifs.<sup>5, 6</sup>

Cette nouvelle dimension relationnelle ne change en rien la responsabilité médicale dans le sens où elle relève toujours du pacte de confiance. Au contraire, elle cherche à clarifier constamment les intentions et les rôles que chacun est amené à tenir. Il faut éviter de transférer au patient la responsabilité d'une modification de son état de santé résultant d'un

---

<sup>1</sup> H. Prévost. « Les glaucomes : prise en charge thérapeutique, observance, étude de cas » Travail de santé publique pour la validation du stage de professionnalisation de pharmacie. al. S.Dufour-Tissot, 2011.

<sup>2</sup> D. Bailly, « observance thérapeutique des personnes âgées et application au traitement local du glaucome chronique à angle ouvert. » thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, 2009.

<sup>3</sup> M. Boczeck-Lawson, « La prise en charge thérapeutique du glaucome » thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, 2010.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la santé. Education thérapeutique du patient, 1998.

<sup>5</sup> Haut Comité de la Santé publique. La Santé en France 2002.

<sup>6</sup> D. Combret « l'éducation thérapeutique nutritionnelle : vers un modèle coopératif » Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire en éducation du patient, 2004.

incident, de ses difficultés à réaliser au mieux son traitement, voire d'une évolution naturelle de la maladie. Une telle attitude culpabilisante irait à l'encontre même de la notion de partenariat et de ses finalités éducatives pour le patient.<sup>7</sup>

On retiendra que soigner et éduquer une personne, atteinte d'une maladie chronique, sont deux activités liées et indispensables.

Plusieurs sources sont identifiées à l'origine de l'éducation thérapeutique :<sup>8</sup>

Les progrès de la médecine permettent de vivre plus longtemps avec une maladie, en contrepartie de soins à réaliser par les patients eux-mêmes.

L'accroissement du nombre de patients porteurs d'une affection qui rend impossible une prise en charge individuelle de tous les instants ; une délégation de compétence est devenue nécessaire.

La notion selon laquelle tout être est capable d'autonomie et d'autodétermination ; cette position philosophique du sujet rend à chacun sa possibilité d'être dans sa singularité ; elle lui octroie des droits en tant que malade et lui confère des capacités de décision.

La notion même de santé envisagée comme un bien de nature complexe, qui conduit de plus en plus de patients à se positionner comme des « producteur de santé » opérant des choix thérapeutiques qu'ils estiment dorénavant leur revenir.

L'éducation thérapeutique doit être comprise comme un apprentissage à des compétences décisionnelles, techniques et sociales dans le but de rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé.

La simplification apparente du traitement des maladies chroniques masque une complexification de toutes les données qu'un patient est obligé de prendre en compte et de maîtriser : alimentation, activité physique, techniques d'injection, mise en œuvre de soins souvent très spécialisés, protocoles de surveillance, rôle des émotions, procédures de sécurité en cas d'incidents, effets secondaires des traitements. On conçoit que la simple information, fusse-t-elle éclairée, ne peut pas suffire à l'engager dans un tel traitement ni à le rassurer.

L'information médicale relève en général du souci légitime des soignants de dire l'état exact des données disponibles. Mais, le plus souvent centrée sur leurs propres activités et leurs références, l'information médicale prend peu en compte les représentations de santé des patients et n'est pas très efficace pour faire acquérir un savoir faire.

## **Les buts de l'éducation du patient**

L'éducation thérapeutique cherche, en premier lieu, à établir un accord sur le rôle de chacun. Cette étape est fondamentale pour authentifier l'engagement mutuel à réaliser de nouveaux apprentissages et à assurer de nouveaux rôles. Face à l'impossibilité de guérir, en l'état actuel des connaissances médicales, elle est la seule vraie alternative à un état de fait (vivre au quotidien avec un traitement imparfait et complexe installé dans la chronicité) qui peut s'avérer trop difficile à supporter. A partir de cette entente, on peut planifier ensemble les étapes d'acquisition de nouvelles compétences. La notion de compétences d'un patient veut mettre en évidence la multiplicité des comportements (affectifs, cognitifs et psychomoteurs) nécessaire pour résoudre des situations ou problèmes généralement considérés comme complexes. La mise en œuvre d'une compétence engendre en permanence des difficultés (risques de jugement, degré de certitude, confrontation à l'erreur) qui renvoient toujours à

---

<sup>7</sup> Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre question de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encycl Med Chir, Paris, Elsevier, 1996, 18p.

<sup>8</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. p4.

l'accompagnement et à la possibilité d'un recours médical. Ceci souligne que cet apprentissage doit être supporté par un dispositif spécifique d'accès aux soins. Cette activité participe donc aux enjeux actuels portant sur les modifications du système de santé. Une part de l'apprentissage peut consister, pour le patient, à percevoir des signes, provenant de son corps, inconnus, ignorés ou déjà interprétés et d'en comprendre le sens afin d'élaborer une sémiologie personnelle. L'objectif est de prévenir des incidents voire des accidents et d'améliorer la communication patient-soignant sur les perceptions de la clinique du patient. Des études en ce sens sont menées pour valider cette notion de patient-sentinelle.<sup>9</sup>

Un des objectifs de l'éducation thérapeutique est de mettre au jour et de corriger, tout au long du suivi, la non-observance. Cette dernière représente un phénomène fréquent, concernant en fait plus d'un patient sur deux, touchant tous les aspects du traitement, ayant potentiellement des conséquences graves, contribuant à l'augmentation des dépenses de santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans un rapport publié en 2003, déclare que résoudre ce problème permettrait d'améliorer davantage l'efficacité des soins en général que n'importe quel progrès médical.<sup>10</sup>

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé.<sup>11</sup>

La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.<sup>12</sup>

L'association Europa Donna soutient l'information des patientes sur les risques de récurrence en cas de non-observance du traitement adjuvant de prévention des récurrences pour le cancer du sein hormonodépendant. Dans cette optique l'observance du traitement de prévention des récurrences est essentielle.

L'observance est la correspondance existant entre le comportement d'une personne et les recommandations concernant un traitement préventif ou curatif. Le degré d'observance aura plusieurs conséquences.<sup>13</sup>

Bonne observance	Efficacité thérapeutique	Limitation des risques iatrogènes	Bonne gestion des coûts	Limitation des interactions médicamenteuses	Résultats d'essais cliniques interprétables
Mauvaise observance	Inefficacité thérapeutique	Majoration des risques iatrogènes	Inutilité des dépenses	Risque d'interactions médicamenteuses	Résultats erronés d'essais cliniques

Les constats sur une meilleure observance des études ASUR (Etude multicentrique de l'asthme aiguë aux urgences) 1998-2003 montrent une amélioration de la prise en charge médicale des asthmatiques dans les services d'urgences, une diminution du recours aux urgences et une diminution des hospitalisations.<sup>14</sup>

Un dispositif d'éducation thérapeutique structuré doit s'assurer d'une stratégie de recrutement des patients, des méthodes et des typologies éducatives proposées, des outils pédagogiques et éducatifs utilisés et des moyens logistiques à mettre en œuvre. Faute de quoi la pérennité,

<sup>9</sup> C. Crozet, Analyse du développement des perceptions sensorielles chez les patients diabétiques sentinelles : une voie nouvelle pour l'éducation thérapeutique. Thèse de science de l'éducation, université Paris 5, 2007.

<sup>10</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. p.71.

<sup>11</sup> World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004

<sup>12</sup> World Health Organization. Skills for health. Genève : 2003.

<sup>13</sup> Formation continue Form'UTIP, éducation thérapeutique du patient, application chez un patient asthmatique, 2011.

<sup>14</sup> S. Salmeron, ASUR-ASUR 2, vers une standardisation de la prise en charge de l'asthme aiguë aux urgences. Revue Mal Respir 2005 : 22 ; p4S30-4S31.

la légitimité, le financement risquent d'en être problématique. Une stratégie de recrutement des patients insuffisante peut mener à l'échec d'un programme doté des outils pédagogiques les plus élaborés. Il a été constaté, lors de la huitième journée francophone d'éducation des asthmatiques, que chez les patients asthmatiques, des actions conjuguées des campagnes de communication, des efforts de l'industrie pharmaceutique vers des dispositifs d'inhalation ergonomiques (dont la galénique contribue à optimiser l'observance), des actions d'informations développées par les associations de patients comme les rencontres annuelles des Etats Généraux de l'Asthme ont permis des avancées dans la prise en charge de l'asthme.<sup>15</sup>

Le plan asthme 2002-2005 prévoit une meilleure information des patients pour prévenir les complications chez les patients asthmatiques et incite entre autre sur une possible baisse des coûts de santé en terme d'hospitalisation par ce travail de prévention.<sup>16</sup>

Il s'appuie notamment sur une étude du CREDES (centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé) de février 2000.<sup>17</sup>

Les études menées sur la prise en charge de l'asthme, pour ces apports en terme d'éducation des patients, montrent que cette prise en charge a été plus efficace :<sup>18</sup>

- Sur la diminution des hospitalisations

- Sur la diminution des symptômes

- Sur la diminution de l'absentéisme

- Sur la qualité de vie

Ce que certains points clés ont facilité :

- L'auto surveillance

- Le plan d'action écrit

- La supervision médicale

La circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé précise le cadre des services de santé, dont la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. Par-delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé.<sup>19</sup>

L'ANAES (remplacée par la haute autorité de santé ou HAS en 2004) publie des recommandations pour l'éducation des patients en 2002. La circulaire du 12 avril 2002 s'appuyant sur le plan asthme 2002-2005 définit l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé.<sup>20</sup>

Ces étapes concourent à l'établissement d'une éducation thérapeutique structurée, avec des objectifs et des stratégies d'action définies par la loi.

En 2005 la réorganisation du système de santé apporte la DRDR (dotation régionale des réseaux) qui établit un mode de financement URCAM/ARH pour l'éducation thérapeutique ambulatoire. Cette réorganisation va permettre une instauration globale de programmes d'éducation au sein des réseaux de soins.<sup>21</sup>

---

<sup>15</sup> M. Sanmiguel, Y. Magar, Ecoles de l'asthme : état des lieux. 8<sup>ème</sup> journée francophone d'éducation des asthmatiques, Nantes 2004.

<sup>16</sup> P. Godard, CHU Montpellier, J. Boudot, M. Vacarie, J. Ameille, hôpital Raymond Poincaré, P. Duroux, CNMRT, M. Tunon de Lara, CHU Bordeaux, F. De Blay, CHU Strasbourg, D.Vervloet, hôpital Sainte Marguerite, P. Scheinmann, Hôpital Necker, P. Carré, CH Tours, et al., Prévention et prise en charge de l'asthme. Programme d'action proposé par le ministre délégué à la santé, B. Kouchner, 2002. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/asthme.pdf>

<sup>17</sup> S. Dumesnil, B. Crestin, L. Com-Ruelle, L'asthme en France selon les stades de sévérité, CREDES ; 1290 : fev 2000.

<sup>18</sup> P.G. Gibson, et al, Self management Education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library. June 2005.

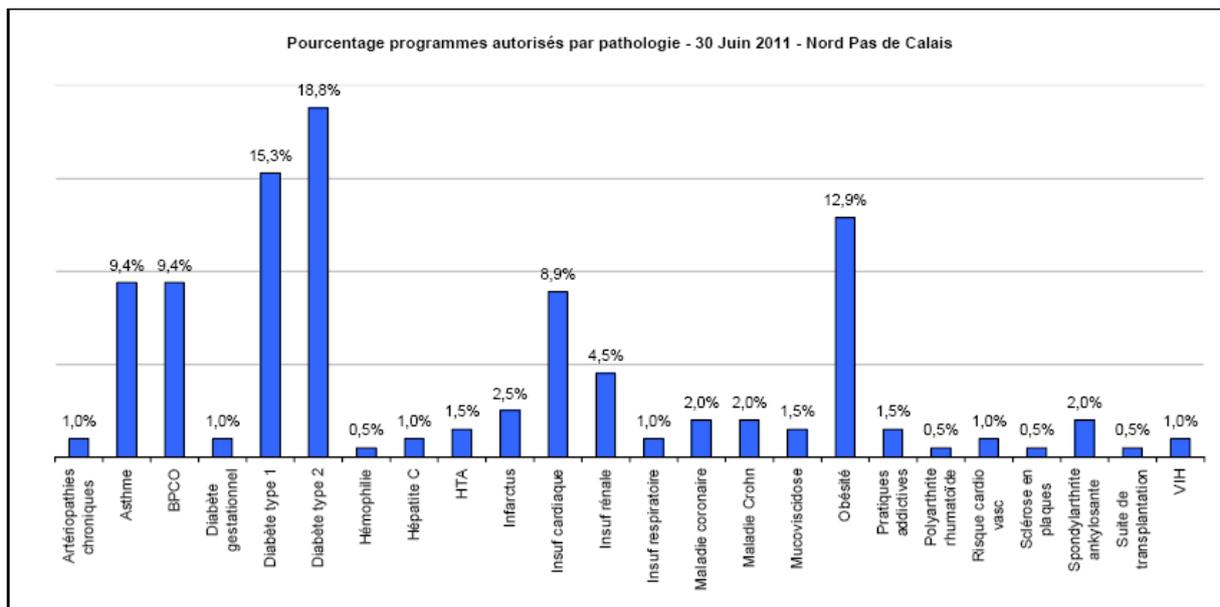
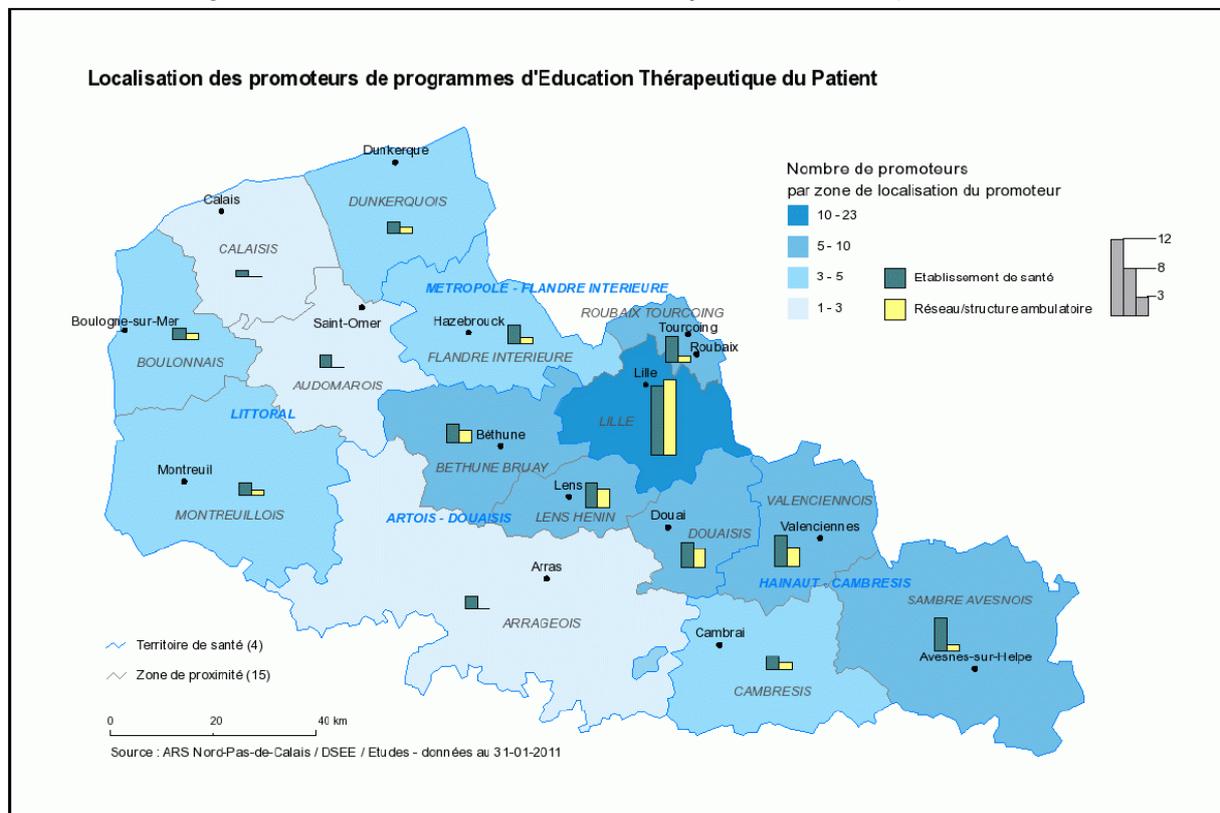
<sup>19</sup> Circulaire DGS n°2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé.

<sup>20</sup> Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002, <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-18/a0181729.htm>

<sup>21</sup> F. Martin, M. Ducret, F. DaSilva, Facteurs prédictifs de l'efficacité de l'éducation des asthmatiques. Communication lors de la 9<sup>ème</sup> journée francophone d'éducation des asthmatiques, Marseille 2005.

Ces modèles apportent les bases de travail pour établir les axes d'action dans les territoires en matière d'ETP. Ces axes sont mis en place, pour le Nord Pas-de-Calais, par le schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 (SROS 3g) avec l'ARH, puis par le schéma régional d'organisation des soins 2012-2016 (SROS) avec l'ARS.<sup>22</sup>

Les figures suivantes représentent la répartition, dans le territoire et selon la pathologie concernée, des programmes d'ETP. Suivant la campagne d'autorisation après examen du cahier des charges, 298 demandes d'ETP ont été reçues dont 71 depuis novembre 2010.



A noter que suivant ce graphique de l'ARS NPdC, aucun programme autorisé traitant du glaucome chronique n'est recensé.

<sup>22</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Troisième génération Nord Pas-de-Calais, Agence Régionale de l'Hospitalisation, 2006. <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/SROS.83494.0.html>

Il faudra ensuite considérer le guide méthodologique de la HAS émis en juin 2007, les propositions du rapport du député Denis Jacquat et les recommandations de la société française de santé publique en juin 2008, qui vont permettre l'établissement du projet de loi hôpital, patient, santé et territoires (HPST) en matière d'éducation thérapeutique. Cette étape va permettre d'intégrer l'ensemble des acteurs de santé dans le parcours de soins, et de pouvoir les impliquer de fait dans les programmes d'éducation des patients. Un autre élément à prendre en compte sera le dossier de l'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) de J.Foucaud et J.A.Bury de 2010 qui apporte une aide méthodologique.<sup>23</sup> J'aborderai ces éléments en détails dans les différentes parties de cette thèse.

## **Compétences à développer par l'éducation thérapeutique.**

Afin de montrer ce qui peut être envisagé en pratique, des exemples empruntés à la diabétologie illustrent les différents compétences que chaque patient peut être amené à acquérir.

Compétences d'auto-observation :

Tout patient doit pouvoir reconnaître et interpréter des « signes » : hypoglycémie, hyperglycémie, existence de plaies, lésions cutanées, caractérisation de douleurs, mesures de la glycémie, tension artérielle, modification de certains signaux (diminution de la sensibilité en cas de neuropathie par exemple).

Nombre de ces signes et leur perception même sont souvent propres à chacun ce qui aboutit à définir avec le patient son « catalogue sémiologique ». Cet apprentissage du corps va permettre de remplir des objectifs d'éducation thérapeutique cités précédemment. Ce regard sur soi-même est une aide primordiale pour assurer sa propre sécurité et pour la conservation de l'estime de soi. Il vise à rendre le patient « autovigilant », capable d'apprécier, de décrire, les modifications de son état et de distinguer les signes d'alerte. En ce sens, il devient ce que nous appelons un « patient sentinelle ». Un usage social de la maladie peut s'observer dans un rôle de recentrage sur ce qui est important pour le patient et son environnement. Cela va définir de nouveaux projets de vie, renouer avec des potentialités, au profit d'un apprentissage au service d'un dépassement de la maladie.<sup>24</sup>

La maladie est une opportunité d'apprentissage et un obstacle en même temps. Une application possible dans le champ de l'éducation thérapeutique est de concevoir, dans les programmes, des activités permettant aux patients de lire différemment leur environnement. Tel est l'un des buts de l'introduction des activités artistiques dans l'éducation thérapeutique.<sup>25</sup>

Compétences de raisonnement et de décisions :

Le nombre de problèmes quotidiens à résoudre est impressionnant (choix d'une insuline, prise en compte de l'alimentation, précaution en cas d'activité physique, planification d'un amaigrissement, soins corporels en cas de lésion cutanée, décalages horaires, oublis de traitement, gestion d'incidents hypo ou hyperglycémiques...). Leur résolution ne peut être acquise uniquement par l'application de protocoles systématiques tant la variabilité individuelle et contextuelle est grande. Il faut donc s'appuyer sur un entraînement au raisonnement réalisé de façon progressive, individualisée, continue, itérative. La prise en compte de l'expérience du patient est un élément majeur de cet apprentissage qui vise à

---

<sup>23</sup> Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010: p412.

<sup>24</sup> M.Morin, Parcours de santé, Paris, Armand Colin, 2004, P.147-151.

<sup>25</sup> P.Paul, R.Gagnayre, le Rôle de l'art dans les éducations en santé. Interface et transdisciplinarité. Paris, ed.L'Harmattan, 2008.

l'aider à optimiser ses propres procédures. Dans un article, monsieur Stéphane Jacquemet pose la question : le patient peut-il apprendre à devenir un malade chronique ?<sup>26</sup>

L'article décrit que l'apprentissage du patient se fonde sur l'élaboration d'un référentiel de vécu ce qui constitue son « être en santé » en évitant de créer une attente d'un apprentissage normé émanant d'un groupe de soignants.<sup>27</sup>

C'est à ces conditions que des compétences de décisions peuvent être réellement opératoires.

Compétence d'autosoins :

Réaliser une injection d'insuline, utiliser des appareils d'auto-surveillance glycémique, tensionnelle, planifier la prise de médicaments parfois nombreux, assurer les premiers gestes de pansements, corriger un malaise hypoglycémique, ne s'improvise pas. Seule la participation à des ateliers pratiques d'entraînement à ces gestes peut aider à surmonter les peurs, lever les croyances et aboutir à une dextérité permettant d'atténuer leurs contraintes. Toutes ces compétences concourent à l'efficacité du traitement. Elles doivent être régulièrement évaluées tant par le patient lui-même (carnet de bord d'auto-surveillance, checklist d'auto évaluation...) que par les soignants.<sup>28</sup>

L'engagement dans le projet de soins et la mise en place de nouveaux comportements vont requérir une prise de conscience et une motivation de la part du patient. Cela suppose un travail de maturation psychique qui peut être illustré selon le modèle « trans-théorique » décrit par Prochaska et Di Clemente.<sup>29</sup>

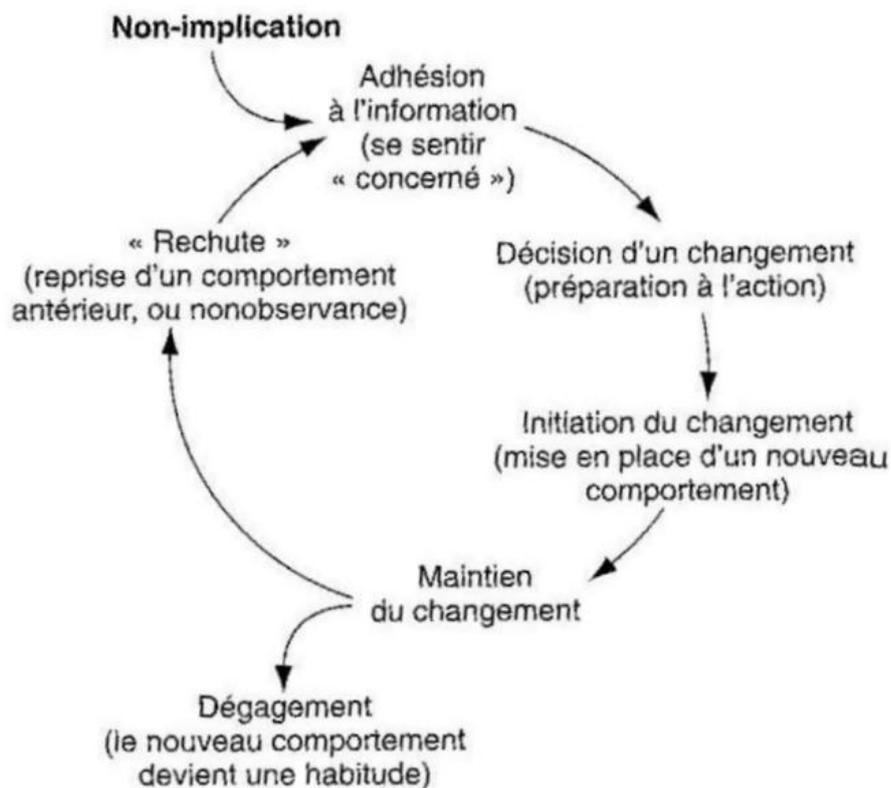


Fig. modèle de la porte tournante d'après Prochaska et Di Clemente.<sup>30</sup>

<sup>26</sup> S. Jacquemet, « Le patient peut-il apprendre à devenir un malade chronique ? », bulletin d'éducation du patient, 17,3, sept.1998, p66-69.

<sup>27</sup> P.Paul, « Histoires de vie et transdisciplinarité dans la médecine et dans l'éducation à la santé ». Chemin de formation, n°6, oct 2003, p.168-180.

<sup>28</sup> Gagnayre R, Traynard PY. L'éducation thérapeutique de la théorie... In 1 Grimaldi (ed.). Traité de diabétologie, Paris, Flammarion Medecine-Sciences, 2005, p.445-454.

<sup>29</sup> Health behavior and health education : theory, research, and practice. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, editors 4<sup>th</sup> ed, 2008. p 108.

<sup>30</sup> Prochaska J.O., Velicer W.F., The transtheoretical model of health behaviour change. Am J. Health Promot 1997; 12: p38-48.

## Formation des soignants

Pour réussir ce défi d'aider le patient à maintenir l'ensemble de ces compétences, il est nécessaire que les soignants puissent également se former à ce rôle d'éducateur en santé des patients. Cette formation s'appuie sur :

- Une maîtrise et une bonne connaissance de la pathologie et des différentes options thérapeutiques possibles : l'éducation thérapeutique peut aboutir à des négociations de solutions transitoires qui ne sont pas toujours en totale conformité avec des recommandations officielles, à des prises de risque parfois nécessaires pour accompagner un patient ; seul un soignant compétent dans la pathologie en cause et coordonné avec les autres acteurs peut s'engager sur de telles options.
- Une bonne compréhension de ce que peut signifier vivre avec une maladie chronique : il faut, pour cela, s'affranchir d'une vision du stade aigu de la maladie telle qu'elle est souvent enseignée.
- Une connaissance des théories de l'apprentissage, des conditions qui le favorisent et des techniques pédagogiques efficaces.
- Des capacités d'analyse de ses propres pratiques professionnelles : cette prise de distance est indispensable pour laisser le patient prendre sa place : à ce titre on ne peut que souligner le rôle essentiel des soignants intervenant au domicile des patients : au delà de leurs simples tâches de soins, ils assument une place centrale dans le dispositif de maintien de l'éducation des patients.

Ainsi, depuis trente ans, les études et les expériences conduites dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient ont permis d'affirmer son importance. La détermination des compétences pour le patient ainsi que la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique structurés et accessibles au plus grand nombre seront probablement les exigences minimales pour la reconnaissance financière de cette activité d'éducation. C'est à cette condition que l'éducation thérapeutique sera durablement intégrée dans le système de soins.<sup>31</sup>

Pour le pharmacien d'officine, développer, dans son activité, la participation à l'éducation thérapeutique auprès des patients est une opportunité à saisir parmi les nouvelles missions prévues par la loi HPST, ce qui marque l'évolution de sa profession et répond aux enjeux actuels de santé. Il sera tenté dans cette thèse de développer toutes ces notions.

---

<sup>31</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. p.4-7.

## I. Partie 1 : L'ETP dans la loi HPST, de l'établissement à la réalisation

### A. Articles de la loi HPST & décrets d'application

Préalablement à la loi HPST<sup>32</sup>, une note de la Société Française de Santé Publique a formulé, en juin 2008, 10 recommandations en matière d'ETP qui ont pu servir de référence à l'établissement de la loi.<sup>33</sup>

Ensuite un rapport du collectif inter-associatif sur la santé (CISS), présidé par Christian Saout, à l'attention de la Ministre de la santé « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » a émis 24 recommandations en matière d'ETP.<sup>34</sup> (Annexe 1)

Ce rapport traite du rôle de l'ARS (Agence régionale de Santé) et des différentes modalités organisationnelles de l'éducation thérapeutique, en suivant le guide méthodologique de la HAS de Juin 2007 « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » en vue de l'élaboration de la loi HPST.

Un autre rapport du député Denis Jacquat, de 2010, à l'attention du premier ministre « Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne. » traite, autour de 19 propositions, de l'importance d'une éducation thérapeutique en ambulatoire qui doit être mieux financée, il traite également des formations nécessaires et du rôle central que doit jouer le médecin traitant. Ce rapport précise que les pharmaciens « ont toute leur place dans le développement et la mise en œuvre des programmes d'ETP », ils peuvent « participer à la conception et à l'animation d'ateliers relatifs aux traitements pouvant se dérouler à l'officine »<sup>35</sup>

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient ou ETP est définie comme suit :

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

« Elle constitue un processus continu d'apprentissage et de soutien psychosocial permettant au patient une meilleure gestion de la maladie et de son traitement au quotidien »<sup>36</sup>

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

La définition commune standardisée, utilisée en santé publique au sein de l'Union européenne s'appuie sur le rapport de l'OMS-Europe.<sup>37</sup>

Ainsi définie, l'ETP comprend des activités organisées liées à la maladie et à son traitement:<sup>38</sup>

Activité de sensibilisation

Activité d'information

Activité d'apprentissage de la gestion de la maladie

Activité de soutien psychosocial.

<sup>32</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>33</sup> F. Bourdillon, JF. Collin, « dix recommandations pour le développement de programmes d'Education Thérapeutique du Patient en France » Note de la Société Française de Santé Publique, juin 2008. <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf>

<sup>34</sup> Saout C., Charbonnel B., Bertrand D., Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport à l'attention de Madame la Ministre de la Santé, de la jeunesse, des Sports et de la Vie associative, août 2008. p51-52.

<sup>35</sup> D. Jacquat, Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne, juin 2010

<sup>36</sup> Pollet C., généralité sur l'éducation thérapeutique du patient, Pharmacien EPSM Armentières.

<sup>37</sup> Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS, juin 2007

<sup>38</sup> éducation thérapeutique du patient concept et application, Form'UTIP formation continue, novembre 2011.

Selon Jean-philippe Assal, professeur de médecine à la faculté de médecine de l'université de Genève, responsable de la Division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques, différents types d'éducation thérapeutique du patient ont été établis selon différents points de vue en prévention de la santé, mais ils ont souvent été arbitrairement structurés et peu enseignés. Il y a un besoin évident de programmes d'éducation de qualité avec un objectif thérapeutique. Les patients font trop souvent face à leur maladie par eux-mêmes et les acteurs en prévention de la santé devraient utiliser l'éducation des patients pour rendre les efforts des patients plus efficaces.<sup>39</sup>

Ce qui distingue l'éducation de l'information est la nature et le sens des connaissances que le patient s'approprie. En ce sens, l'éducation thérapeutique vise à aider le sujet patient à devenir le premier acteur de ses soins. Il va non seulement acquérir des compétences spécifiques mais aussi apprendre à maintenir un projet de vie, à le construire ou à le reconstruire. Il est alors un véritable partenaire thérapeutique.<sup>40</sup>

L'éducation thérapeutique du patient pour être efficace doit répondre à des critères de qualité et pour cela suivre une démarche structurée. Elle comprend principalement 4 étapes dans sa mise en oeuvre :<sup>41</sup>

1. Le diagnostic éducatif
2. La négociation d'objectifs
3. L'intervention éducative
4. L'évaluation des résultats

Les éléments d'un programme d'ETP sont développés en Partie 1D afin d'illustrer, conformément aux recommandations, les objectifs des programmes d'ETP. Les décrets et circulaires s'appliquant aux réseaux de santé sont évoqués en deuxième partie.

Une lettre d'information, de juin 2011, du service documentation de L'EHESP (l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), référence les ordonnances, décrets, arrêtés, circulaires de la loi HPST.<sup>42</sup>

Il faut également considérer la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi traite notamment des conditions pour l'organisation de SISA, sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.

Ainsi que la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, notamment l'article 74 relatif au mode de rémunération pour les nouvelles missions qui précise la réalisation de la convention entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles. L'arrêté du 4 mai 2012 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, paru au Journal Officiel du 6 mai 2012, décrit les éléments de cette convention.

Les décrets, liés à la mise en place de la loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, sont décrits à la suite des différents articles qu'ils concernent.

---

<sup>39</sup> Assal, J-Ph. et al. *Patient education. New trends in patient education. 2000* International Congress Series 1076, Elsevier, Amsterdam, 1995.

<sup>40</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. 5p.

<sup>41</sup> Centre d'Education du Patient asbl, Godinne Belgium, 2009 ; adapté de d'Ivernois J-F. et Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, ed Vigot, Paris, 1995.

<sup>42</sup> Loi HPST : dossier documentaire, service documentation EHESP, 12 avril 2011.

## **Article 36 : acteurs et rôle de premier recours**

**Art. L. 1411-11** L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;

2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;

3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

4° L'éducation pour la santé. « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

**Art. L. 1411-12.** Les soins de second recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11. »

L'Article L. 4130-1 précise les missions du médecin généraliste de premier recours. Le quatrième alinéa encourage la coopération entre professionnels de santé : veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

Selon une enquête Ipsos auprès de 863 pharmaciens d'officine, 78% d'entre eux souhaitent développer les « soins de premier recours » dans le cadre de leurs activités de pharmacien d'officine et 94% des titulaires interrogés considèrent que ces soins font partie de leur activité quotidienne (Annexe 2). Si la notion des soins de premier recours est majoritairement intégrés par la profession, il en va différemment du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Créé par le loi de financement de la Sécurité Sociale en 2007, suivant le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), l'enquête montre que le FIQCS n'est connu que de 14% des pharmaciens.

Pour Jacques Chevallet, directeur de Pierre Fabre Santé « en formant les professionnels de santé, en accompagnant les patients et en étant partenaires d'actions de santé publique, nous ne sommes pas dans le cadre des programmes d'ETP, mais nous pouvons ainsi accompagner la reconnaissance du rôle du pharmacien ». <sup>43</sup>

<sup>43</sup> « Les soins de premier recours : des fonctions assumées désormais codifiées », communication réalisée en partenariat avec le quotidien du pharmacien, Ipsos, laboratoires Pierre Fabre. Le quotidien du pharmacien, n°2856, 9 juin 2011.

## **Article 38 : nouvelles missions du pharmacien d'officine**

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

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

2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

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

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

5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

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

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

8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. »

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]

L'article 38 de la loi HPST est celui qui définit les nouvelles missions du pharmacien. Le cinquième alinéa introduit la possibilité pour le pharmacien de participer à l'éducation thérapeutique dans ces missions et renvoie à l'article 84 de la loi HPST.

On note que l'alinéa 7 recourt nécessairement à un protocole de coopération pour que le pharmacien puisse assurer le rôle de pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins. Le pharmacien correspondant est susceptible, selon le protocole établi, de pouvoir par exemple renouveler la prescription du médecin. Le rapport IGAS (inspection générale des affaires sociales) de juin 2011 soulève le point de la lourdeur de la démarche de coopération pour des acteurs de terrain.

Le Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants définit les missions du pharmacien correspondant.

Ce décret précise qu'un bilan de médication comprend : l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole.

Les détails concernant le bilan de médication et sur la rémunération prévue pour les nouvelles missions sont abordés dans les chapitres : « évolutions présentées dans les propositions du rapport IGAS du 29 juin 2011 » et « L'évolution de la rémunération » que l'on retrouve en partie 2D.

**Article 51 : Relatif au protocole de coopération entre les professionnels de santé autorisés par l'ARS après avis conforme de la HAS**

**Art.L. 4011-1.-**Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1 (relatif aux conditions légales d'exercice), les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

**Art.L. 4011-2.-**Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé des protocoles de coopération. L'agence vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional puis les soumettent à la Haute Autorité de Santé. Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. Le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de Santé. La Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté. Il informe la Haute Autorité de Santé de sa décision. Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

(Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. Annexe 1)

**Art.L. 4011-3.-**Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé. L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation. Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé. L'agence régionale de santé peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé.

Avant l'établissement de la loi HPST plusieurs phases d'expérimentation ont eu lieu. L'article 131 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a donné une base légale à la mise en oeuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé ainsi qu'aux possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé.

Le rapport Berland publié en octobre 2003 sur les transferts d'activités entre professionnels de santé vise un transfert des tâches et des compétences afin que les médecins en zones déficitaires optimisent leur temps médical. L'objectif présenté étant de trouver des réponses aux difficultés de démographie médicale.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> Y. Berland, rapport de la mission « transfert de tâches et de compétences », octobre 2003, <http://www.sante.gouv.fr>

De nombreuses expérimentations ont été réalisées sous l'égide de l'observatoire de la démographie des professions de santé (ONDPS) présidée par le Professeur Yvon Berland. Elles ont concerné notamment la prise en charge de patients diabétiques ou de patients suivis dans des centres d'hémodialyse. Les enjeux que présentent une telle coopération pourront répondre :

- Aux besoins croissants de prise en charge sanitaire liés au développement du nombre de patients atteints de maladies chroniques ;
- A l'évolution défavorable de la démographie médicale ;
- Aux progrès technologiques médicaux qui facilitent l'émergence de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé (DMP, DP) ;
- A la nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ;
- A l'aspiration des professionnels à faire évoluer leurs activités et leurs compétences.

Un rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour l'ONDPS a évalué en juin 2006 les résultats du dispositif ASALEE dans les Deux-Sèvres visant la prévention et le dépistage de certains cancers avec l'expérimentation des protocoles de coopérations pour le développement de la prévention ajoutée à l'offre de soins. Le rapport indique que le dispositif permet de produire de la qualité en santé et de développer des soins de prévention, d'éducation, d'accompagnement. Le dispositif ASALEE permet de bénéficier d'une médecine de santé publique de proximité, professionnalisée, structurée et reproductible. Cette expérimentation a permis au travers de son évaluation de fournir des données utiles pour mesurer les enjeux et les freins d'une mise en place d'un protocole de coopération.<sup>45</sup>

En avril 2008, les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) regroupant les conclusions des travaux de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) ont montré des inégalités d'accès aux soins et la nécessité d'une réforme indispensable de l'offre de soins de premiers recours notamment en organisant la coopération et la coordination entre les professionnels de santé, ceci d'autant plus à la sortie des établissements de santé ou des cliniques pour une coopération avec les médecins généralistes. Ces états généraux signalent la nécessité d'une définition protocolée des modes de collaboration entre professionnels de santé ce qui est pris en compte par l'établissement de l'article 51 de la loi HPST.<sup>46</sup>

En terme de répartition des infirmiers libéraux, on note que depuis 2009, suite à un accord entre les syndicats infirmiers et la CNAM (caisse nationale d'Assurance Maladie), un dispositif freine les installations d'infirmiers libéraux en zones bien desservies pour ainsi inciter les installations d'infirmiers libéraux en zones sous-dotées.

La coordination des soins apparaît au troisième alinéa de l'article L6111-1 du Code de la santé publique, avant même les références à la santé publique et à l'éthique. Gilles Poutout, directeur adjoint, délégué à la prospective de l'ARS d'Ile-de-France, indique, suivant l'article L1411-11 du Code de la santé publique : « les professionnels de santé, dont les médecins traitants[...] concourent à l'offre de soin, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et les services de santé, sociaux et médico-sociaux ». Ainsi, le Code renvoie les partenaires à la coopération mais ne précise pas la manière de coopérer.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> C. Cases, rapport IRDES pour l'ONDPS: comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, Juin 2006

<sup>46</sup> A. Podeur, Y Berland, Etats généraux de l'organisation de la santé : Synthèse des travaux des 2 journées nationales, 8 février et 9 avril 2008.

<sup>47</sup> G.Poutout, ARS Ile-de-France, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

L'arrêté du 31 décembre 2009, (Annexe 3) précise notamment les pièces requises à adresser au directeur général de l'ARS dans la procédure d'application d'un protocole de coopération. Les pièces suivantes sont à adresser au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- 1° Nom, prénom et adresse personnelle ;
- 2° Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ;
- 3° Déclaration des professionnels attestant de leur engagement mutuel d'adhésion à un protocole ;
- 4° Arrêté autorisant l'application d'un protocole ;
- 5° Fonctions exercées et lieu d'exercice ;
- 6° Déclaration sur l'honneur certifiant que l'intéressé respecte les obligations relatives à l'exercice de sa profession ;
- 7° Pour le professionnel en exercice libéral : l'attestation de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré ont vocation à être effectuées ;  
Pour le professionnel en exercice salarié : un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique ;
- 8° Accord de l'employeur en cas d'exercice salarié ;
- 9° Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu, acquises dans le champ du projet de protocole présenté.

L'arrêté du 28 mars 2012 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé apporte des modifications qui sont décrites dans la circulaire n°DGOS/2012/RHSS/190 du 9 mai 2012.

L'arrêté propose l'emploi de nouveaux supports :

- Une lettre d'intention et un modèle type de protocole à compléter par les professionnels de santé.
- Un mode d'emploi explicitant la démarche pas à pas et des fiches pratiques disponibles sur le site de la HAS.<sup>48</sup>(Annexe 4: fiche projet de protocole de coopération)

L'agence régionale de santé est le guichet unique pour les professionnels de santé dans la procédure applicable aux protocoles de coopération, comme l'indique le tableau page 26.

L'ARS s'assure de la recevabilité des protocoles de coopération. Elle vérifie que les protocoles de coopération soumis par les professionnels de santé concernés, au sens de l'article L.4011-2 du code de la santé publique (créé par l'art.51 de la loi HPST), répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional avant de les transmettre à la HAS.<sup>49</sup>

La HAS va évaluer le protocole de coopération suivant des critères décrits dans la grille d'évaluation présenté en page 25. Elle rend un avis favorable ou défavorable et cet avis s'il est favorable permet ensuite à l'ARS d'autoriser la mise en œuvre du protocole de coopération.

---

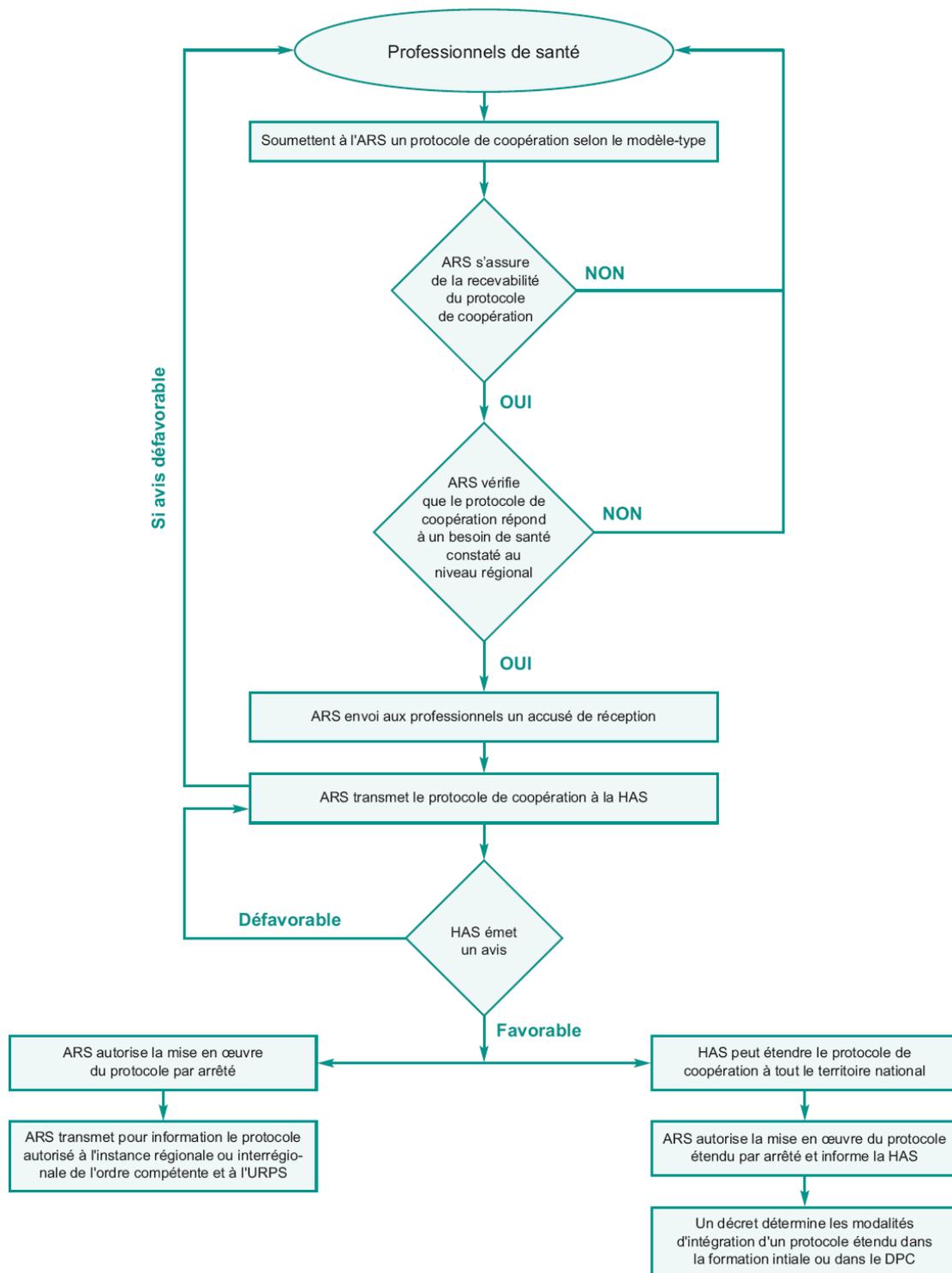
<sup>48</sup> Disponible sur; [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)

<sup>49</sup> Guide méthodologique tome 2 élaboration d'un protocole de coopération, coopération entre les professionnels de santé, HAS, Juillet 2010.

<b>Grille d'évaluation d'un protocole de coopération</b>			
<b>Recevabilité du protocole de coopération (réalisée par l'ARS) (art. L. 4011-1 du code de la santé publique)</b>		<b>O*</b>	<b>N</b>
1	Les professions de santé concernées sont inscrites au code de la santé publique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Les professionnels de santé à l'origine de la création du protocole de coopération sont identifiés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Les actes de soins ou activités transférés d'un professionnel de santé à un autre ou la réorganisation des modes d'intervention de ces derniers auprès du patient, tels que mentionnés dans le protocole de coopération, sont dérogoires aux conditions légales d'exercice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Organisation de la coopération</b>		<b>S**</b>	<b>NS</b>
4	Les modalités prévues pour informer le patient et pour recueillir son consentement éclairé sont décrites dans le protocole de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Les objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération sont énoncés et présentent un intérêt pour l'ensemble des parties prenantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	La présentation des caractéristiques médicales et/ou sociales permet de connaître le profil des patients pris en charge dans le cadre du protocole de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	La formation théorique et la formation pratique, décrites dans le protocole de coopération, permettent au délégué de réaliser l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogoire aux conditions légales d'exercice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	L'expérience professionnelle souhaitée, dans la spécialité concernée, permet au délégué de réaliser l'acte(s) de soins ou à l'activité(s) dérogoire aux conditions légales d'exercice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	La description du processus de prise en charge du patient permet de comprendre l'articulation des professionnels de santé entre eux et d'identifier à quel moment les actes de soins ou activités dérogoires aux conditions légales d'exercice sont réalisés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	La nature de l'intervention du délégant permet de superviser de manière adéquate l'acte(s) de soins ou l'activité(s) dérogoire aux conditions légales d'exercice réalisé par le délégué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Démarche qualité et sécurité des soins</b>		<b>S</b>	<b>NS</b>
12	Les risques inhérents à ce transfert d'acte(s) de soins ou d'activité(s) dérogoire aux conditions légales d'exercice sont identifiés et maîtrisés par les professionnels de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	La procédure de gestion des évènements indésirables permet de prévenir les risques liés à la prise en charge du patient dans le cadre de ce protocole de coopération.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Les modalités d'analyse des pratiques professionnelles prévues dans le cadre du protocole de coopération sont adaptées à la nouvelle prise en charge du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Indicateurs pour le suivi du protocole de coopération</b>		<b>S</b>	<b>NS</b>
15	Les professionnels de santé sont en capacité de recueillir les données nécessaires pour suivre les indicateurs retenus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'avis décidé par le collège de la HAS est une étape importante du processus de création du protocole. On relève suivant cette grille des critères notables décrits dans le protocole :

- La description des modalités d'information du patient et de recueil de son consentement ;
- La description des objectifs poursuivis à travers le protocole de coopération ;
- La description de la formation permettant de réaliser l'acte de soins ou l'activité dérogoire aux conditions légales d'exercice ;
- La description des risques inhérents à ce transfert d'activité et de leur maîtrise.



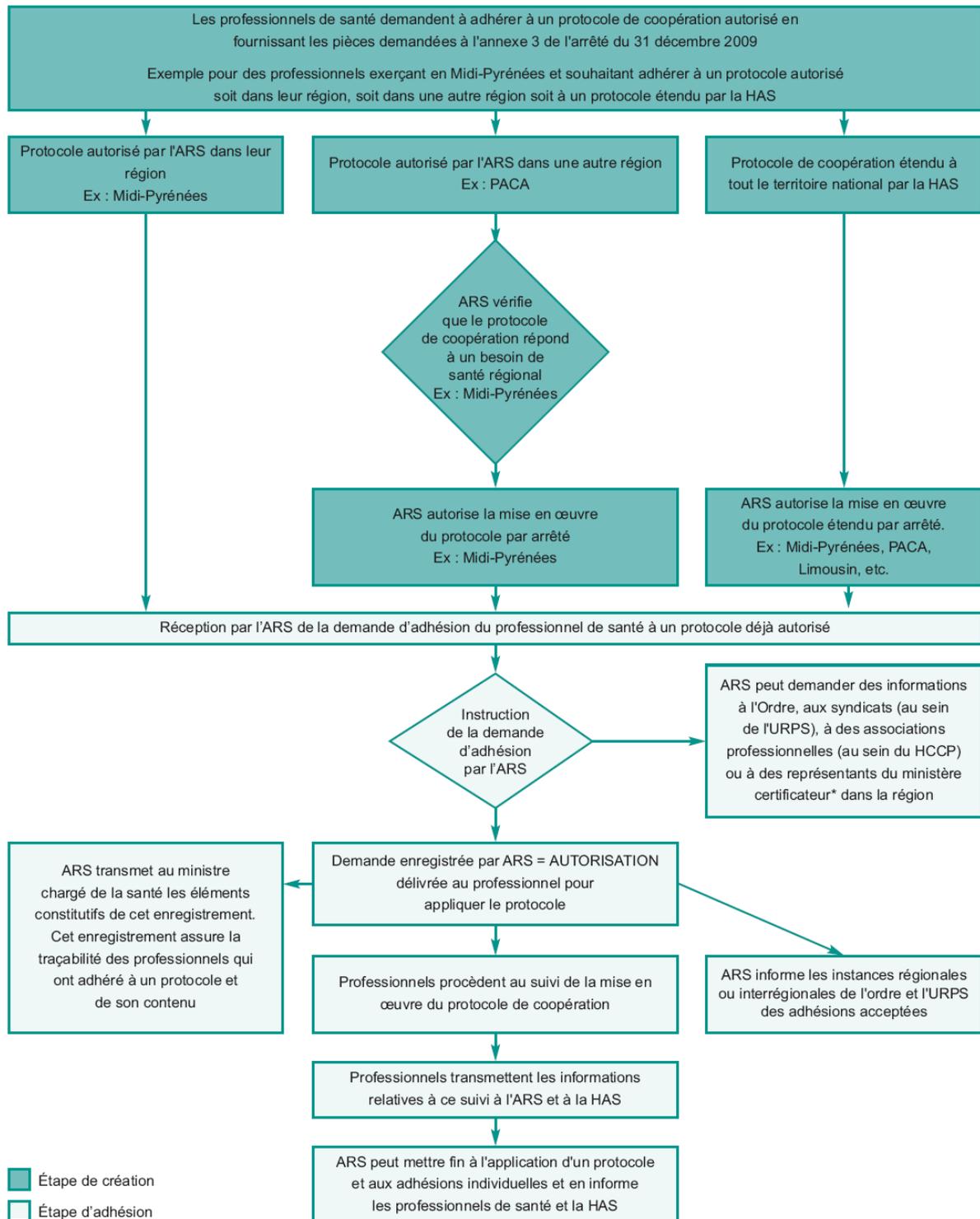
Processus global de création d'un protocole de coopération suivant le guide méthodologique de la HAS

En application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, « la Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national ».

La HAS a décidé qu'elle étendra un protocole de coopération à tout le territoire national au vu des résultats des indicateurs après au moins une année de mise en œuvre.

Dans ce cas, pour la profession considérée, tous les professionnels de santé nouvellement diplômés, pourront mettre en œuvre la nouvelle pratique. Pour ceux qui sont en exercice, les nouvelles pratiques seront acquises, dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Ainsi, les protocoles de coopération, créés à l'initiative des professionnels de santé, autorisés par l'ARS après avis conforme de la HAS, contribuent à faire émerger de nouvelles compétences et à faire évoluer les métiers.

Il est possible d'adhérer à un protocole de coopération autorisé suivant le processus suivant :



Processus d'adhésion d'un professionnel de santé à un protocole de coopération autorisé suivant le guide méthodologique de la HAS

Le processus conduisant la HAS à émettre un avis conforme sur un protocole de coopération transmis par l'ARS comprend 4 étapes :

- Recevabilité du protocole de coopération (réalisée par l'ARS) ;
- Consultation de l'ensemble des parties et en particulier des instances ordinales des professions de santé concernées ;
- Instruction du protocole de coopération par un groupe d'expertise ;
- Délibération du Collège de la HAS sur le protocole de coopération qui émet un avis.

Un décret définit les missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé prévu par l'article 51 de la loi HPST :

**Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants**

**Missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine**

**Art.R. 5125-33-5.**

**I. — En application du 7° de l'article L. 5125-1-1-A du CSP, (Article 38 de la loi HPST codifié à l'article L.5125-1-1 A) le patient peut désigner un pharmacien d'officine correspondant, titulaire ou adjoint ou pharmacien gérant d'une pharmacie d'officine avec l'accord de ce pharmacien, pour mettre en œuvre un protocole prévu à l'article L. 4011-1.**

**II. — Dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole.**

**Ce protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée. La durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois.**

**La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit.**

**Le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien. Un bilan de médication comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées.**

**Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au médecin prescripteur. Cette transmission est à réaliser sans préjudice des dispositions de l'article R. 5121-170.**

**Le pharmacien mentionne le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance. En cas d'ajustement de la posologie, le pharmacien précise sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Le pharmacien indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée.**

**Il informe le médecin prescripteur de l'ajustement de la posologie.**

**Le dossier pharmaceutique du patient, mentionné à l'article R. 161-58-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il existe, prend en compte tous ces éléments. »**

Ce décret définit la réalisation d'un bilan de médication à communiquer au médecin prescripteur dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du code de santé publique ou CSP (art 51 de la loi HPST) par le pharmacien désigné comme correspondant. Le patient peut désigner un pharmacien d'officine pour mettre en œuvre ce protocole.

Certains prescripteurs voient dans les renouvellements de prescriptions déterminés par protocole un risque de voir réduire les consultations de leurs patients. En outre, la question de la rémunération des pharmaciens pour ces missions n'est pas réglée.

Le site du ministère de la santé propose une fiche pédagogique de la coordination et y donne un exemple type à titre d'illustration. Dans le cadre du suivi à domicile d'un patient atteint de pathologie cancéreuse, une infirmière pourra évaluer les données cliniques et biologiques du patient, adapter les prescriptions si besoin, par exemple reporter une cure de chimiothérapie, mais aussi adresser le patient à l'hôpital en cas de dégradation de l'état clinique du patient.<sup>50</sup>

<sup>50</sup> coopération entre les professionnels de santé, fiche HPST, 2010, ministère de la santé et des sports. <http://www.sante.gouv.fr>

## **Article 84 : programme d'éducation thérapeutique du patient**

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

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

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

**Art.L. 1161-2.-**Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

**Art.L. 1161-3.-**Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

**Art.L. 1161-5.-**Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L.1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

**Art.L. 1161-6.-**Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont définies par décret en Conseil d'Etat.

En dehors des décrets et arrêtés se rapportant à cet article, il faut noter deux autres éléments :

L'article L. 5311-1 du code de santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :  
L'agence est également chargée du contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées en application de l'article L. 1161-5. Pour ces programmes d'apprentissage, il n'y a pas de cahier des charges à soumettre à l'ARS, cependant l'ARS est chargée d'effectuer un contrôle du respect des dispositions des autorisations délivrées par l'ANSM<sup>51</sup>.

Selon l'article L. 1162-1 : Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles L. 1161-2 et L. 1161-5.

Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes l'ETP

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

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

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

**Art.R. 1161-4-I.** La demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, mentionnée à l'article L. 1161-2, est adressée, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort territorial de laquelle le programme d'éducation thérapeutique est destiné à être mis en œuvre.

Lorsque le programme relève de la compétence territoriale de plusieurs agences régionales de santé, la demande est transmise au directeur général de l'une d'entre elles. Le directeur de l'agence régionale de santé qui prend la décision en informe les autres agences. Ce dossier comprend des informations relatives :

- 1° Aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ;
- 2° Aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme ;
- 3° A la population concernée par le programme ;
- 4° Aux sources prévisionnelles de financement.

La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

II. Le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce dans un délai de deux mois à compter de la présentation d'une demande complète. L'autorisation est réputée acquise au terme de ce délai.

III. L'autorisation est valable pour une durée de quatre ans.

**Art.R. 1161-5-I.** Pour délivrer l'autorisation mentionnée à l'article R. 1161-4, le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure que la demande d'autorisation répond aux exigences suivantes :

- 1° Le programme est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 ;
- 2° Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées ;
- 3° La coordination du programme répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3.

**Art.R. 1161-6.** Toutes modifications portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3, sur les objectifs du programme ou la source de financement du programme sont subordonnées à une autorisation préalable après avoir été notifiées au directeur général de l'agence régionale de santé par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

<sup>51</sup> Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

**Art.D. 1161-1.** L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du présent code.

Elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels.

Les membres des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article L. 1161-2 et à l'article L. 1161-3.

**Art.D. 1161-2.**-Pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels mentionnés à l'article D. 1161-1 disposent des compétences suivantes :

1° Compétences relationnelles ;

2° Compétences pédagogiques et d'animation ;

3° Compétences méthodologiques et organisationnelles ;

4° Compétences biomédicales et de soins.

Le référentiel déclinant ces compétences et les conditions nécessaires à leur acquisition sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé. »

#### Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP

Article 2 : L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

Annexe : compétences requises pour dispenser l'ETP :

Il est recommandé que les formations permettant l'acquisition des compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les contenus et objectifs pédagogiques définis par l'Organisation mondiale de la santé dans ses recommandations «Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques » (recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, bureau régional pour l'Europe, 1998).

Quinze compétences sont définies par les recommandations de l'OMS pour permettre la conduite des séances ou temps d'éducation thérapeutique

- compétences relationnelles (domaine I) ;
- compétences pédagogiques et d'animation (domaine II) ;
- compétences méthodologiques et organisationnelles (domaine III) ;
- compétences biomédicales et de soins (domaine IV).

Les compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique peuvent être partagées au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Le tableau ci-dessous liste les compétences OMS (no 1 à 15),

Compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique	Domaine associé			
	I	II	III	IV
<b>A. - Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient, y compris les attentes non verbalisées</b>				
- « 5. Identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients »		X	X	
<b>B. - Adapter son comportement et sa pratique professionnelle au patient et à son entourage</b>				
- « 1. Adapter son comportement professionnel aux patients et à leur maladie (aiguë/chronique) »	X			
- « 2. Adapter son comportement professionnel aux patients, à leurs familles et à leurs proches »	X			
- « 3. Adapter en permanence ses rôle et actions avec le rôle et les actions des équipes de soins et d'éducation avec lesquelles il travaille »			X	
<b>C. - Communiquer et développer des relations avec le patient afin de le soutenir dans l'expression de ses besoins de santé</b>				
- « 4. Communiquer de manière empathique avec les patients »	X	X		
- « 6. Prendre en considération l'état émotionnel des patients, leur vécu et leurs représentations de la maladie et de son traitement »	X	X		
<b>D. - Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient</b>				
- « 7. Aider les patients à apprendre »		X		
- « 8.a) Apprendre aux patients à gérer leur traitement »				X
- « 8.b) Apprendre aux patients à utiliser les ressources sanitaires, sociales et économiques disponibles »		X		
- « 9. Aider les patients à gérer leur mode de vie »		X	X	
- « 12. Tenir compte dans l'éducation thérapeutique du patient des dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales de la prise en charge à long terme »	X		X	
<b>E. - Utiliser les outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie</b>				
- « 10. Choisir des outils adaptés à chaque patient »		X	X	
- « 11. Utiliser ces outils et les intégrer dans la prise en charge des patients et dans leur propre processus apprentissage »		X	X	
<b>F. - Evaluer la démarche éducative et ses effets, et apporter en conséquence des ajustements</b>				
- « 13. Evaluer l'éducation du patient et ses effets thérapeutiques (cliniques, biologiques, psychologiques, pédagogiques, sociaux, économiques) et apporter les ajustements indiqués »		X		X
- « 14. Evaluer et améliorer de façon périodique la performance pédagogique des soignants »			X	
<b>G. - Adapter la démarche éducative aux situations interférant dans la gestion normale de la maladie</b>				
- « 15. Eduquer et conseiller les patients quant à la gestion des crises et aux facteurs qui interfèrent avec la gestion normale de leur maladie »				X

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.  
Les articles se réfèrent aux annexes 1 et 2 de l'arrêté.

L'annexe 1 décrit le cahier des charges:

- Les programmes d'ETP mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée.
- Un programme doit être mis en oeuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.
- Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin. Un intervenant au moins doit justifier des compétences en éducation thérapeutique
- Le programme concerne, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.
- Le programme s'appuie sur des données disponibles fournies relatives à son efficacité potentielle.
- Les objectifs du programme sont définis,
- La population cible est définie,
- Le programme décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.
- Il existe un dossier d'éducation thérapeutique
- Le programme décrit une procédure permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés en commun avec le patient.
- Les sources prévisionnelles de financement sont précisées.
- Des procédures de coordination, entre les intervenants au sein du programme et du parcours de soins du patient, sont décrites.
- Avec l'accord du patient, le médecin traitant, s'il n'est pas lui-même intervenant au sein du programme, est informé de l'entrée de son patient dans le programme et est rendu destinataire d'informations régulières sur son déroulement et sur l'évaluation individuelle.
- La procédure d'information du patient concernant le programme est décrite.
- Le consentement du patient est recueilli lors de son entrée dans le programme.
- Le patient est informé de la possibilité de sortir du programme à tout moment et sans préjudice d'aucune nature.
- Une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme est prévue.
- Une évaluation quadriennale du programme est prévue en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis *a priori*.

L'annexe 2 définit un intitulé de demande d'autorisation :

Il est également rappelé selon les articles L.1161-1 et L.1161-4 les restrictions vis-à-vis de toute entreprise exploitant un médicament.

### L'équipe

Le coordonnateur du programme :

Nom :

Adresse professionnelle :

Fonction :

Organisme d'appartenance (en préciser le statut juridique) :

Eventuelles formations et/ou expériences en éducation thérapeutique du patient :

Fournir, en annexe, pour chaque membre de l'équipe, ces mêmes informations ainsi que, pour le(s) membre(s) de l'équipe ayant des compétences en éducation thérapeutique, la photocopie du ou des documents en attestant.

L'équipe comporte-t-elle un ou plusieurs patients intervenant dans la mise en oeuvre du programme ?

Oui  Non

Structure accueillant le programme :

Nom :

Adresse :

Statut juridique :

Horaires d'ouverture :

Si le programme comporte plus d'une structure d'accueil, fournir en annexe, pour chaque structure, ces mêmes informations.

Si le programme concerne plus d'une région, fournir en annexe, pour chaque région, l'ensemble des informations relatives à la rubrique « l'équipe ».

Rappel. – Conformément aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique : « [...]Dans le cadre des programmes (d'éducation thérapeutique), [...]tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit[...]

Les programmes (d'éducation thérapeutique), [...]ne peuvent être ni élaborés ni mis en oeuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé[...] »

Le programme

Intitulé :

.....  
.....

S'agit-il d'un programme opérationnel avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ?

Oui  Non

Si oui, depuis quelle année ?

S'agit-il d'un programme opérationnel après la publication de la loi du 21 juillet 2009 ?

Oui  Non

Pour les programmes dont le coordonnateur est un médecin ou un autre professionnel de santé :

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

Oui  Non

Si oui, avec quelle association ?

Cette association participera-t-elle au déroulement du programme ?

Oui  Non

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

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

Oui  Non

Si oui, avec quelle équipe ?

.....  
.....

Cette équipe médicale participera-t-elle au déroulement du programme ?

Oui  Non

A quel(s) problème(s) de santé le programme s'adresse-t-il :

Au moins une des 30 affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30), l'asthme ou une ou plusieurs maladies rares.

Une priorité régionale. Préciser :

.....  
.....

Autre. Préciser :

.....  
.....

Si possible, quelle est l'estimation du nombre de bénéficiaires potentiels du programme ?

.....  
.....

Le programme d'éducation thérapeutique est-il couplé avec une action d'accompagnement au sens de

l'article L. 1161-3 ?

Oui  Non

Joindre en annexe une description du programme en deux pages maximum, en veillant à ce que

l'ensemble des éléments de l'encadré « Le programme » du cahier des charges y figure.

La coordination

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

.....  
.....

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

.....  
.....

L'éthique, la confidentialité et la déontologie

Joindre en annexe une copie des documents d'information et de consentement du patient lors de son entrée dans le programme.

Décrire succinctement selon quelles modalités la confidentialité des données (y compris informatisées, le cas échéant) concernant le patient est assurée et selon quelles modalités son consentement pour l'entrée dans le programme et son consentement pour la transmission des données le concernant seront recueillis.

.....  
.....

Le cas échéant, l'exploitation des données individuelles donnera-t-elle lieu à une demande d'autorisation auprès de la CNIL ?

Oui  Non

Joindre en annexe une copie de charte d'engagement de confidentialité que devront signer les intervenants.

Joindre en annexe une copie de la charte de déontologie qui sera conclue entre les intervenants.

L'évaluation du programme

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quel(s) critère(s) sera réalisée l'auto-évaluation annuelle du programme.

.....  
.....

Décrire succinctement selon quelles modalités et sur quel(s) critère(s) sera réalisée l'évaluation quadriennale du programme.

.....  
.....

La transparence

Lister les éventuelles sources de financement du programme en précisant, pour chaque source, le montant du financement.

.....  
.....

Une circulaire, établie en octobre 2010, par le professeur Didier Houssin et monsieur Dominique Libault, respectivement directeur général de la santé et directeur de la sécurité sociale, définit certaines conditions d'autorisation d'un programme d'ETP. Le coordonnateur doit adresser le dossier de demande complet, par pli recommandé, avec demande d'avis de réception au directeur général de l'ARS (DGARS).

Le DGARS dispose d'un délai de 1 mois pour statuer sur le caractère complet du dossier, il peut demander, par lettre recommandée avec avis de réception, les pièces manquantes, il peut délivrer l'accusé de réception qui atteste la recevabilité du dossier. Sans réponse du DGARS dans ce délai, le dossier est réputé complet. Le DGARS dispose d'un délai de 2 mois à compter de l'accusé de réception qui atteste la recevabilité du dossier pour accorder ou refuser l'autorisation demandée. Sans réponse du DARS dans ce délai l'autorisation est réputée acquise, le silence gardé valant acceptation de la demande. L'autorisation est valable 4 ans et peut être renouvelée par le DGARS sur demande du titulaire de l'autorisation au plus tard 6 mois avant la date d'expiration de l'autorisation. Sans demande de renouvellement dans ce délai, une nouvelle demande d'autorisation doit être constituée. Le DGARS porte une attention particulière aux modalités d'accès des populations précarisées, vulnérables, isolées, en milieu rural, en milieu carcéral.

Un programme qui n'a pas été mis en œuvre dans les 12 mois consécutifs à son autorisation et un programme qui n'est pas mis en œuvre pendant six mois consécutifs depuis sa dernière mise en œuvre devient caduc. Le DGARS a la possibilité de procéder au retrait de l'autorisation. Le titulaire de l'autorisation dispose d'un délai de 30 jours pour répondre aux griefs formulés et se mettre en conformité avec les obligations auxquelles doit répondre le programme. Sans mise en conformité au-delà de ce délai le retrait est effectif.

En outre, il appartient aux ARS, sur la base des financements qui leurs sont octroyés, de financer les programmes d'ETP.

La circulaire N°DGOS/R1/DSS/2010/177 DU 31 mai 2010 relative à la campagne tarifaire 2010 des établissements de santé précise que les dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) financent des actions d'ETP développées en établissement de santé pour une prise en charge ambulatoire. En ambulatoire il s'agit principalement du FIQCS qui finance et permet de développer l'ETP dans les soins de premiers recours, et du FNPEIS qui financent des expérimentations d'ETP pour le premier recours, pour les réseaux et pour les établissements.

L'article L.1434-6 du CSP précise que les fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Une source de financement complémentaire est possible pour une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament.

L'article 84 de la loi HPST n'exclut pas cette possibilité car les restrictions concernent seulement l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'ETP et non ses sources de financement. Si un programme s'applique dans plusieurs régions, un financement peut être sollicité auprès de chacune des ARS.

Le Décret n°2010-1031 du 31 août 2010 relatif aux programmes d'apprentissage décrit les conditions d'autorisation. Les programmes d'apprentissage ont pour objet d'améliorer la prise en charge médicale du patient et le bon usage du médicament. Ils sont destinés à favoriser et à suivre l'appropriation de gestes techniques réalisés par le patient lui-même. Ils peuvent être mis en place à la demande de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Le programme d'apprentissage est composé d'éléments qui peuvent revêtir la forme de documents, supports ou actions.

**Art. R. 1161-12.** L'autorisation du programme d'apprentissage porte sur les éléments du programme, sur les modalités de sa mise en œuvre, ainsi que sur le choix de l'opérateur.

Elle est subordonnée aux conditions suivantes :

- 1° L'existence d'un bénéfice pour un patient atteint d'une pathologie dont le traitement médicamenteux nécessite des gestes techniques, notamment lorsqu'il s'agit d'un traitement chronique ;
- 2° L'adéquation du programme à ce qu'exige l'apprentissage du geste technique, eu égard à la durée de ce programme et aux moyens mis en œuvre ;
- 3° Le caractère pédagogique et non promotionnel du programme ;
- 4° Le respect des dispositions des articles R. 1161-10, R. 1161-11, R. 1161-13 et R. 1161-14 ;
- 5° L'engagement à respecter les conditions relatives à l'opérateur telles que définies à l'article R. 1161-24.

**Art. R. 1161-15.** La demande d'autorisation mentionnée à l'article L. 1161-5 est adressée par l'entreprise exploitant le médicament au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Elle mentionne :

- 1° Le nom et l'adresse du demandeur de l'autorisation et, le cas échéant, ceux du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ;
- 2° Le nom du médicament, ainsi que sa dénomination commune internationale, et le nom du programme.

**Art. R. 1161-16.** La demande est accompagnée d'un dossier comprenant :

- 1° Le résumé des caractéristiques du produit ainsi que sa notice ;
- 2° Le nom et l'adresse du siège social de l'opérateur choisi ;
- 3° L'ensemble des éléments composant le programme ;
- 4° Les modalités de la mise en œuvre du programme ;
- 5° Le nombre de patients concernés estimés par l'entreprise exploitant le médicament ;
- 6° Le bilan de suivi mentionné à l'article R. 1161-25, en cas de demande de renouvellement d'autorisation ;
- 7° L'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés de création du traitement de données à caractère personnel visé au 6° de l'article R. 1161-24 en application de l'article 25 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**Art. R. 1161-17. I.** Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé se prononce sur la demande d'autorisation après avis d'une ou plusieurs associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et concernées par la pathologie ainsi qu'après avis de la commission chargée du contrôle de la publicité et de la diffusion de recommandations sur le bon usage des médicaments.

**Art. R. 1161-22. —** Le programme est conduit par un opérateur, choisi et conventionné à cet effet par l'entreprise exploitant le médicament.

**Art. R. 1161-23. —** L'entreprise informe les médecins de l'existence de programmes d'apprentissage. Le médecin prescripteur du traitement peut proposer à ses patients susceptibles de bénéficier de ce programme d'y participer.

En cas d'accord du patient, le formulaire de recueil de son consentement écrit est adressé par le médecin prescripteur aux professionnels de santé employés par l'opérateur. Une copie de ce formulaire est conservée par le patient.

Au-delà du strict cadre réglementaire relatif aux modalités d'obtention de l'autorisation, le décret relatif aux programmes d'apprentissage traduit d'une part la volonté de garantir l'indépendance des opérateurs chargés de la mise en œuvre du programme et d'autre part la volonté de garantir le respect des droits du patient participant à ce programme.<sup>52</sup>

<sup>52</sup> A. Vidal. - Revue Droit et santé, n° 38, 2010/11, pp. 543-545

## **B. Propositions de mise en place du texte**

### **Rapport Rioli : enjeux ; politique de santé ; territoire.**

Ce rapport, établi en juillet 2009 juste après la parution de la loi HPST, devait permettre aux organisations professionnelles (UNPF, FSPF, USPO, APR, APLUS, CNGPO, UDGPO, ANEPF) de défendre un projet cohérent voulu par l'ensemble de la profession pour répondre aux attentes des pharmaciens. Il présente un certain nombre de propositions au plan professionnel et économique. L'ordre national des pharmaciens a également participé au groupe de travail avec la participation de Jean-charles Tellier, Jérôme Parésys-Barbier, Norbert Scagliola respectivement pour les sections A, D et E de l'Ordre des pharmaciens.

Selon le rapport Rioli, les articles 36 et 38 de la loi HPST introduisent une plus grande implication de l'officine dans le parcours de soins et appellent des changements dans sa structure et dans son fonctionnement. L'officine étant une entreprise, elle est contrainte de trouver un équilibre économique satisfaisant notamment en permettant une évolution de son mode de rémunération.

Un entretien pharmaceutique se structure autour du premier risque pathologique lorsque le diagnostic médical ne semble pas nécessaire. Par exemple : soutien dans le sevrage tabagique, conseil et délivrance de médicaments à prescription facultative, contrôle de la tension, de la glycémie, conseil d'amélioration de l'indice de masse corporelle, utilisation de test bactériologique, conseil de phytothérapie. L'acte pharmaceutique doit être accompagné d'une trace écrite.

L'entretien pharmaceutique est un outil efficace pour contrôler l'observance du patient et l'initier à l'éducation thérapeutique, elle doit être proposée à toute personne ayant une maladie chronique. Le pharmacien intervient aussi dans le contrôle du mésusage du médicament et la lutte contre la iatrogénie.

Le pharmacien « correspondant » sur demande du médecin, peut suivre un patient asthmatique, hypertendu, hypercholestérolémique. Il peut renouveler une ordonnance et adapter une posologie en accord avec le médecin traitant. Le contact avec le médecin traitant, la modification d'une posologie, l'opinion pharmaceutique sont ainsi valorisés et pourraient devenir des actes reconnus.

Le pharmacien peut s'impliquer dans le processus de retour du patient à domicile et dans la coordination de sa prise en charge pluridisciplinaire. Le rôle du pharmacien doit être renforcé dans la pharmacovigilance (prévue à l'article 5121-170 du code de santé publique) par une déclaration informatique, la démarche de déclaration serait rendue ainsi plus pratique.

L'organisation de l'officine est historiquement basée sur la dispensation du médicament. L'évolution du mode de rémunération du pharmacien est devenue une nécessité afin de rester cohérent avec un exercice comprenant des actes identifiés et des nouvelles missions.

Une rémunération mixte pourra comprendre :

La marge sur le produit médicament

Un honoraire sur les actes et missions identifiées dans un cadre conventionnel

Une rémunération sur les prestations de services additionnels

Il s'agit également de matérialiser un acte pharmaceutique dans le parcours de soins afin que le pharmacien soit valorisé comme un professionnel de santé de proximité.

La profession dans sa mission de dispensation repose sur la relation avec le patient et sur les conditions dans lesquelles le pharmacien pourra demain répondre à la demande du public comme acteur essentiel de la chaîne des soins. La profession doit faire des propositions concrètes conciliant la réservation du capital aux titulaires d'officines avec les besoins d'évolution de l'offre globale en soins pharmaceutiques. L'évolution du métier, la possibilité pour les jeunes pharmaciens de devenir propriétaire de leur entreprise notamment en

prévision des départs en retraite et anticiper les nouvelles attentes des patients devront guider ces propositions. Dans le cadre des évolutions pour l'acquisition de pharmacie un projet de décret permettant la création de holdings de pharmacie avait été annoncé par le ministre de la Santé.

Les pharmacies doivent être réparties sur tout le territoire pour garantir un maillage optimal et une dispensation à domicile disponible lorsqu'elle s'impose afin d'assurer leur missions au plus proche des patients. Cette répartition est l'occasion d'interpréter les conditions posées à l'article L.5125-3 du CSP régissant les transferts de pharmacie suivant une seule logique : l'intérêt du patient. Or, face à une population de plus en plus âgée et polymédiquée, peu mobile, la proximité géographique et tout moyen de dispensation au plus près des patients sont incontournables. Cette notion de « population résidente » prend une valeur plus grande dans l'évolution des besoins des patients.

La valorisation des actes et des missions est nécessaire afin que l'entreprise officinale puisse en assumer la charge économique sans déséquilibrer ses comptes financiers et son résultat, garant de sa survie et de la préservation du maillage géographique. Selon la FSPF en 2009, 33% des officines sont en situation de « survie » à cause d'un endettement et d'une trésorerie négative.

Pour le cas particulier du médicament non-remboursable il semble possible d'élaborer avec les assureurs du régime complémentaire une charte de prise en charge de l'honoraire conseil associé à la dispensation du médicament pour la médication familiale. La convention signée le 4 juin 2009 entre le collectif national de groupement de pharmacie d'officine (CNGPO) et l'assureur AGF-ALLIANZ permet de renforcer le rôle de conseil du pharmacien pour plus de 1000 médicaments à prescription médicale facultative et non vignettés rencontrés au cours de 43 situations de conseil à l'officine. L'acte de conseil pharmaceutique clairement identifié par la remise d'une fiche conseil écrite et d'une facture conseil à adresser à la complémentaire santé est valorisé à hauteur de 5 euros HT dans la limite de 4 conseils par an et par assuré.

Le rapport Rioli évoque plus particulièrement le rôle de l'éducation thérapeutique. Il y est expliqué qu'améliorer l'observance et assurer une efficacité accrue des traitements dans le suivi des patients chroniques à la pharmacie apportera des économies non négligeables au régime général. Ces éléments vont être valorisés par l'éducation thérapeutique qui permettra à la profession d'évoluer vers un mode d'exercice plus efficace. La rémunération à l'honoraire, forfaitaire ou à l'acte, est nécessaire car elle entre dans le champ de la politique d'amélioration de la santé publique. Sans financement, une telle démarche d'accompagnement est vouée à l'échec. Dans un environnement où le réseau ne peut plus assumer cette évolution sur ses seuls fonds propres, car l'économie des entreprises concernées s'est fortement dégradée, la mise en place d'une telle démarche non financée aurait également un effet délétère sur la viabilité de ces entreprises, sur le maillage optimal et sur la prise en charge complète des patients.

En vue de cette éducation thérapeutique il est nécessaire de promouvoir la coopération entre professionnels de santé (dans laquelle le pharmacien apporte une expertise des traitements médicamenteux) auprès de l'ensemble des acteurs de soins.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> M. Rioli et al, Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins, juillet 2009.

## **Rapport du haut conseil de la santé publique : « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours »**

Dans un rapport du haut conseil de la santé publique (HCSP), les recommandations professionnelles et institutionnelles préconisent une éducation thérapeutique « intégrée aux soins ». Les membres du groupe de travail ont souhaité s'accorder sur le sens donné à cette expression, percevant l'importance de ne pas envisager l'éducation thérapeutique sous le seul angle de « programme ». En effet, le terme « programme » évoque un processus limité dans le temps, dont le contenu est précisé à l'avance. Cette approche programmatique paraissait au groupe de travail a priori insuffisante pour appréhender une éducation thérapeutique intégrée aux soins. Si les professionnels auditionnés dans ce rapport du HCSP se réjouissent de l'intérêt porté par les institutions à l'éducation thérapeutique et de la publication de recommandations dans ce domaine, ils en déplorent la complexité et l'inadéquation aux modes d'exercice des soignants de premier recours. C'est ce qu'ont signalé au groupe de travail, les médecins généralistes enseignants. Les programmes structurés tels que décrits dans le guide méthodologique de la HAS et de l'INPES semblent peu compatibles avec la pratique de ville. Ces recommandations leurs paraissent avoir été inspirées par les nombreuses expériences hospitalières et ne pas prendre en considération l'éducation thérapeutique que pratiquent au quotidien les soignants de proximité.<sup>54</sup>

Martial Fraysse, conseiller ordinal de la section A et membre du groupe de travail sur l'ETP au ministère de la Santé, précise dans une interview : « Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont à distinguer des actions d'éducation thérapeutique intégrées dans les soins de premier recours ».<sup>55</sup>

Gilles Poutout, directeur adjoint, délégué à la prospective de l'ARS d'Ile-de-France, indique, dans un colloque en mai 2011, que dans chaque région, trois types d'acteurs participent à la coordination en plus de l'ARS : les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les maisons de santé pluriprofessionnelles. L'ARS définit un projet régional de santé (PRS) qui intègre la totalité de ses composantes : le schéma régional de l'organisation des soins SROS, le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) et le Schéma régional de prévention (SRP). Ensuite, l'ARS établit des CPOM<sup>56</sup> pour les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les services de santé financés par l'ARS. En général, les services de santé sont régis sur le mode du conventionnement avec l'Assurance Maladie. La loi HPST n'est donc pas aussi cohérente que ce que l'on affirme : il existe un cloisonnement rigide entre ce qui relève de l'Etat et ce qui relève de l'Assurance Maladie. Par exemple, lorsqu'un directeur d'ARS passe un contrat avec un réseau, il peut distribuer, dans la limite d'un montant déterminé, certains financements pour des rémunérations dérogatoires ou spécifiques, mais il n'a pas le pouvoir d'intervenir sur le mode de rémunération conventionnelle des médecins libéraux.<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> B. Sandrin-Berthon, C. Attali, R. Bataillon, HCSP, et C. Fournier, INPES, et R. Bresson, P. Gross, endocrinologie CH Douai, et G. Leboube, URCAM Franche-Comté, et C. Depauw, B. Saugeron, URMEC Nord-Pas-de-Calais, et C. Dreux, président du CESPARM, et L. Clément, directrice du réseau Prévention vasculaire Artois (Prévert), et E. Drahi, médecin coordonnateur du réseau Diabète Orléans Loiret (Diabolo), et B. Satger, médecin coordonnateur du réseau ville-hôpital pathologies vasculaires de Grenoble (Granted), et Christian Saout, président du CISS pour la Commission maladies chroniques relatif à l'éducation thérapeutique du patient. Rapport du haut conseil de la santé publique : « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours », novembre 2009.

<sup>55</sup> C. Fallet, des programmes gagnants à suivre, quotidien du pharmacien, n°2841, 30 mai 2011.

<sup>56</sup> Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

<sup>57</sup> G. Poutout, ARS Ile-de-France, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

## **Loi de financement de la sécurité sociale 2012.**

L'article 65 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 modifie certaines dispositions :

- Il modifie la Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 - art.40
- Il crée l'article Article L1435-8 du Code de la santé publique (Section 5 :Fonds d'intervention régional).

Le Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé, pris pour l'application de l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement pour la sécurité sociale pour 2012, est abordé dans le chapitre « Au niveau de la caisse d'assurance maladie » en partie 2D.

L'article 74 (Article L162-16-1 du code de la sécurité sociale), de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, concerne les pharmaciens et traite des moyens de rémunérations pour des actes relatifs aux nouvelles missions. Les termes de ces rémunérations sont à établir par convention avec l'assurance maladie.

L'article 146 (Article L426-1 du code des assurances), de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, traite de fonds de garantie pour la responsabilité civile des professionnels de santé. Cet article s'appuie sur le rapport de monsieur Gilles Johanet selon lequel il est nécessaire de définir un dispositif assurantiel robuste, mettant fin à l'inquiétude des professionnels de santé libéraux, mais aussi capable d'absorber la hausse probable du nombre de réclamations. Dans l'étude de juillet 2010 réalisée pour ce rapport aucun sinistre de responsabilité civile médicale impliquant un pharmacien n'a été relevé.<sup>58</sup>

Suivant cet article L426-1, une contribution forfaitaire annuelle à la charge des professionnels de santé couvre l'intégralité des charges pour le « fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et mentionnés à l'article L.1142-1 du code de la santé publique[...] ». En outre, « [...]Son montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'économie entre 15 € et 25 € par an. Ce montant peut être modulé en fonction de la profession exercée. ».

Cet article marque une évolution dans la responsabilité civile médicale, mais son impact dans une plus grande coopération entre les professionnels de santé notamment concernant leurs inquiétudes ne peut pas être évaluée actuellement.

## **Le rapport IGAS du 29 juin 2011**

Concernant les nouvelles missions du pharmacien d'officine, Le rapport IGAS pointe la nécessité pour le pharmacien de mener des entretiens d'accompagnement avec les patients chroniques et de définir des protocoles de dépistage des pathologies. Ces nouveaux services dès lors qu'ils contribuent effectivement à améliorer le suivi des patients, seraient rémunérés à l'acte et pris en charge comme les actes des autres professionnels de santé. La dispensation du médicament resterait la fonction essentielle des pharmacies d'officine.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Responsabilite\\_Civile\\_Medicale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Responsabilite_Civile_Medicale.pdf) Rapport Johanet

<sup>59</sup> Journal de l'ordre national des pharmaciens, « L'IGAS entreprend de renforcer l'exercice professionnel des officinaux », n°206, septembre 2011, p2.

## C. Recommandations de la HAS en matière d'ETP

La HAS a établi des recommandations au travers d'un guide méthodologique en Juin 2007 permettant notamment de structurer un programme d'éducation thérapeutique. Ces recommandations précisent les éléments suivants :<sup>60</sup>

Un programme structuré d'ETP est mis en oeuvre dans un contexte donné et pour une période donnée de la manière suivante :<sup>61</sup>

- C'est un cadre de référence pour la mise en oeuvre du programme personnalisé de chaque patient.
- Il définit dans un contexte donné Qui fait Quoi, Pour qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en oeuvre et évaluer une éducation thérapeutique ?
- Il est spécifique d'une maladie chronique ou peut concerner des situations de polyopathologies.
- Divers formats de programme d'ETP peuvent être définis.
- Un programme structuré d'ETP ne doit pas être une succession d'actes, ni un moyen de standardisation de la prise en charge auquel tout patient ayant une maladie chronique devrait se soumettre.

Quels que soient les initiateurs, tout programme d'ETP doit :

- Etre rédigé par un groupe multidisciplinaire comprenant des usagers ;
- Etre scientifiquement fondé à partir des données disponibles ;
- Mobiliser différentes disciplines en déterminant les finalités, les méthodes, l'évaluation de l'ETP ;
- Respecter les critères de qualité d'une ETP structurée ;
- Etre centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée ;
- S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;
- Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- Etre un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; faire partie de la prise en charge à long terme ;
- Etre réalisé par des professionnels de santé formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques ;
- Etre construit sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ; s'appuyer sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient ;
- Etre défini en termes d'activité et de contenu, et être organisé dans le temps :
  - Séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte
  - Utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- Etre multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ;
- Inclure une évaluation individuelle de l'ETP.

<sup>60</sup> Recommandations, Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser, HAS, Juin 2007

<sup>61</sup> Recommandations, Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique, HAS, Juin 2007

Le cahier des charges pour l'élaboration d'un programme d'ETP comporte les éléments suivants :

- Les buts du programme d'éducation thérapeutique ;
- La population concernée : stades de la maladie, âge, existence de polyopathologies ;
- Les compétences d'autosoins à acquérir par le patient, les compétences dites de sécurité, les compétences d'adaptation ;
- Le contenu des séances d'éducation thérapeutique ;
- Les professionnels de santé concernés et les autres intervenants ;
- Les modalités de coordination de tous les professionnels impliqués ;
- La planification et l'organisation des offres d'ETP et des séances d'ETP ;
- Les modalités d'évaluation individuelle des acquisitions et des changements.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte les compétences d'autosoins et les compétences d'adaptation, tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP que dans la négociation des compétences à acquérir.<sup>62</sup>

### **Les compétences d'autosoins**

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure ;
- Adapter des doses de médicaments, initier un autotraitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins ;
- Mettre en oeuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique) ;
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

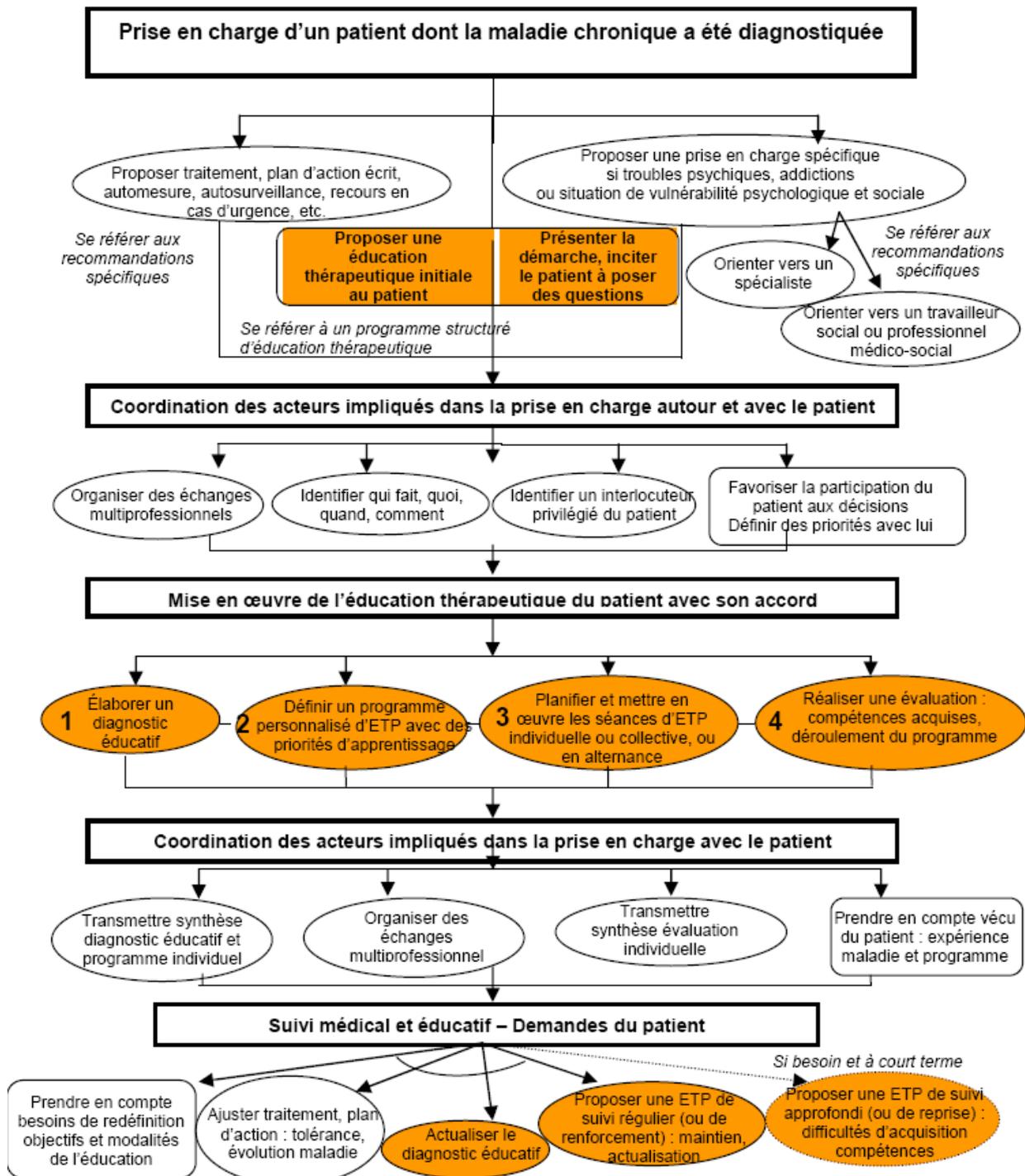
### **Les compétences d'adaptation**

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

---

<sup>62</sup> Recommandations, Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation, HAS, Juin 2007.

Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Les étapes en orange sont spécifiques de la démarche d'ETP.



En suivant ces recommandations, la première étape consiste à présenter et proposer l'offre d'ETP. Tout professionnel de santé (selon la liste du Code de la santé publique), impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique, peut informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une éducation thérapeutique en tenant compte des ressources locales.

La capacité de proposer une éducation thérapeutique au patient, suivant l'art L-1161-2 du CSP (art 84 de la loi HPST), est dévolu au médecin prescripteur et donne lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

La revue Prescrire, dans le numéro de janvier 2011, appelle les soignants à une analyse critique des programmes d'éducation thérapeutique qui seront proposés et les invite, ainsi que les patients, à signaler tout programme qui paraîtrait douteux ou inapproprié.<sup>63</sup>

La démarche suivie pour cette première étape est la suivante.

- Expliquer au patient les buts de l'ETP et ses bénéfices pour lui, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.
- Présenter des exemples de déroulement de programme d'ETP.
- Le renseigner sur l'accès à des séances dans son environnement proche.
- L'encourager à poser des questions.
- Lui remettre un document écrit d'information pour compléter l'information orale, lui permettre de s'y reporter, et prendre la décision de s'engager ou de refuser ou de différer l'offre d'éducation thérapeutique. (À titre d'illustration, se reporter à la brochure "Mieux vivre avec votre asthme. L'éducation thérapeutique pour bien gérer votre asthme au quotidien". Paris : HAS ; 2007)
- Faire le lien avec les professionnels de santé qui mettent en oeuvre l'ETP dans le cas où le professionnel de santé qui propose l'ETP n'est pas celui qui la met en oeuvre.



source : <http://www.has-sante.fr>

Toute rencontre du patient avec un professionnel de santé, notamment avec celui qui a initié l'ETP, est une occasion d'aborder avec le patient le vécu de sa maladie et de sa gestion, et de s'assurer du maintien des compétences en particulier de celles de sécurité.

L'ETP est mise en oeuvre par des professionnels de santé formés à la démarche d'ETP, aux techniques de communication et aux techniques pédagogiques qui permettent d'aider le patient à acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation, au travail en équipe et à la coordination des actions.

---

<sup>63</sup> "Éducation thérapeutique : profiter du meilleur, éviter le pire" Rev Prescrire 2011 ; 31, 327: p61

### Encadré 1. Liste non exhaustive des compétences nécessaires aux professionnels de santé pour mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient de manière multidisciplinaire

**Compétences relationnelles :** Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient, tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.

**Compétences pédagogiques et d'animation :** Choisir et utiliser de manière adéquate des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, prendre en compte les besoins et la diversité des patients lors des séances d'ETP.

**Compétences méthodologiques et organisationnelles :** Planifier les étapes de la démarche d'ETP (conception et organisation d'un programme individuel d'ETP négocié avec le patient, mise en œuvre et évaluation), recourir à des modalités de coordination des actions entre les services et les professionnels de santé, de manière continue et dans la durée.

**Compétences biomédicales et de soins :** Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.

Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS, Juin 2007<sup>64</sup>

Les recommandations de la HAS définissent l'offre d'éducation thérapeutique comme suit : Une offre d'ETP s'adapte en termes de moyens et de durée aux besoins d'éducation du patient. Elle comprend :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation pour identifier les besoins et les attentes du patient, formuler avec lui les compétences à acquérir et les priorités d'apprentissage ;
- des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou en alternance pour l'acquisition des compétences d'autosoins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation, et leur maintien ;
- une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, des changements mis en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne et du déroulement du programme individualisé ;
- une coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique autour et avec le patient.

Les offres d'ETP sont qualifiées selon trois types :

- Une offre d'éducation thérapeutique initiale : vise un objectif ;
- Une offre d'éducation thérapeutique de suivi régulier (renforcement) : consolide et actualise les compétences du patient ;
- Une offre d'éducation thérapeutique de suivi approfondi (reprise) : en cas de difficultés dans l'apprentissage, de non-atteinte des compétences choisies, de modifications de l'état de santé du patient.

<sup>64</sup> Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS, Juin 2007

Les recommandations définissent les 4 étapes de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique comme suit :

### **Le diagnostic éducatif**

Le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir en tenant compte des priorités du patient.

Identifier ce que le patient sait et croit savoir sur sa manière de gérer sa maladie

Evaluer les savoirs-faire du patient : comment se soigne t-il ? comment utilise-t-il les médicaments d'une manière générale ?

Identifier ses besoins, ses attentes, ses croyances, ses peurs

Déterminer avec le patient les facteurs limitant et facilitant l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins, et leur utilisation dans la vie quotidienne.

Préciser avec le patient sa demande par rapport à sa perception et à sa compréhension de l'ETP.

Favoriser l'implication du patient, soutenir sa motivation. Rechercher avec le patient les modalités de gestion personnelle de sa maladie.

### **Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage**

Formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. Négocier avec lui les compétences d'adaptation et d'autosoins, afin de planifier un programme individuel. Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

Se référer à un programme d'ETP structuré s'il existe,

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

matrice de compétences développées en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre

Cette matrice de compétences a été émise par Ivernois et Gagnayre dans leur article dans la revue du haut conseil de la santé publique « Actualité et dossier en santé publique » (adsp) en septembre 2001. Leur conclusion admet qu'un consensus est maintenant atteint en Europe sur la nécessité d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les soins, cependant, dans chaque pays, les modalités de cette intégration et de son financement restent à résoudre. <sup>65</sup>

### **Planifier les séances d'ETP collectives ou individuelles**

Sélectionner les contenus à proposer lors de séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.

La démarche d'ETP repose de manière fondamentale sur la relation de soin, et accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

Les techniques de communication centrées sur le patient permettent en utilisant l'écoute active, l'empathie, une attitude encourageante :

- de poser des questions adaptées, et d'écouter activement les réponses du patient ;
- d'aider le patient à s'exprimer plus facilement ;
- de prendre des décisions en commun ;
- de faire face aux émotions du patient ;
- de s'assurer de la compréhension mutuelle des conclusions de la rencontre ;
- de parvenir à une décision prise en commun.

Des techniques comme l'entretien motivationnel utilisé soit au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif de la proposition d'une offre d'ETP, soit au cours du suivi éducatif et du suivi médical, favorisent la communication et la relation entre le professionnel de santé et le patient. Elles permettent au patient d'énoncer ses choix et ses préférences, elles permettent d'initier un changement chez le patient, et de soutenir sa motivation et celle de ses proches au fil du temps.

Ressources	Exemples
<b>Techniques de communication centrées sur le patient</b>	Écoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps
<b>Techniques pédagogiques</b>	Exposé interactif, étude de cas, table-ronde, remue-méninges, simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, travaux pratiques, atelier, simulations de gestes et de techniques, activités sportives, jeu de rôle, témoignage documentaire, technique du photolangage®
<b>Outils</b>	Affiche, classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc.

Exemple d'outil pour faciliter les entretiens :

Guide d'entretien pour faciliter le recueil d'informations lors de l'élaboration du diagnostic éducatif : principales dimensions du diagnostic éducatif adaptées par d'Ivernois et Gagnayre (2004) d'après le modèle de Green et Kreuter

- Le guide d'entretien peut comporter des questions ouvertes et fermées selon le niveau et la précision des informations recherchées. Les *items* listés sous chaque dimension doivent être adaptés à chaque maladie chronique.

<sup>65</sup> JF. d'Ivernois, R. Gagnayre, Actualité et dossiers en santé publique, n°36, sept 2001.

- Ce guide ne doit pas être utilisé comme un questionnaire auto-administré, mais comme un support structuré pour le dialogue avec le patient.
- Dimension biomédicale de la maladie : qu'est-ce qu'il (elle) a ?
- Ancienneté de la maladie, son évolution, sa sévérité ou gravité.
- Problèmes de santé annexes et importants pour le patient.
- Fréquence et motifs des hospitalisations.
- Dimension socioprofessionnelle : qu'est-ce qu'il (elle) fait ?
- Vie quotidienne, loisirs.
- Profession, activité.
- Hygiène de vie.
- Environnement social et familial.
- Dimension cognitive : qu'est-ce qu'il (elle) sait sur sa maladie ? Comment se représente-t-il (elle) la maladie, les traitements, les conséquences pour lui (elle) et ses proches ? Que croit-il (elle) ?
- Connaissances antérieures sur la maladie.
- Croyances, représentations, conceptions.
- Mécanismes de la maladie.
- Facteurs déclenchant les crises.
- Rôle et mode d'action des médicaments.
- Efficacité des traitements.
- Utilité de l'éducation.
- Dimension psycho-affective : qui est-il (elle) ?
- Stade dans le processus d'acceptation de la maladie (choc initial, déni, révolte, marchandage, dépression, acceptation).
- Situation de stress.
- Réactions face à une crise.
- Attitudes.
- Projets de vie du patient : quel est son projet ?
- Repérage du projet initial.
- Repérage de la réceptivité du patient à la démarche éducative.
- Présentation de la possibilité de réalisation du projet par l'éducation thérapeutique.
- Conditions de dialogue et techniques de communication favorisant un climat de confiance entre le patient et le professionnel (adapté de l'Agence de santé publique du Canada.)
- Confidentialité de l'entretien.
- Aménagement des locaux.
- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie.
- Temps d'expression suffisamment long du patient, et éventuellement de son entourage.
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient.
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti du patient, et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier.
- Progressivité dans la délivrance des informations sur les modalités de mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique.
- Clarté et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour personnes venant de pays étrangers (recours à un interprète).
- Information et accord du patient pour la transmission d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans la stratégie de soins.

## **Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP**

Mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient: acquisition de compétences, vécu de la maladie au quotidien, autodétermination.

Faire le point avec le patient et développer ses compétences d'auto-évaluation

La HAS précise que réaliser l'éducation thérapeutique requiert une compétence en ETP :

Soit par un professionnel de santé lui-même s'il est formé à l'ETP

soit par une équipe multiprofessionnelle formée à l'ETP,

D'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de son entourage ou des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP : psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adaptée.

L'intervention de patients dans les séances collectives d'éducation thérapeutique peut être complémentaire de l'intervention des professionnels de santé.

La HAS émet également certaines recommandations ayant trait à la coordination des différents acteurs impliqués dans la prise en charge autour du patient.

- Partager des informations pour assurer la cohérence de l'ETP et sa continuité
- Permettre à d'autres professionnels d'intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient

La coordination est réalisée à partir :

- De l'évaluation des compétences acquises par le patient, de ses besoins et de son expérience
- De la gestion de la maladie
- De l'évaluation du déroulement des séances
- Du souhait du patient de redéfinir les objectifs et les modalités de l'éducation
- De l'utilisation effective du plan d'action en cas d'événement aigu ou de symptômes
- De l'évolution de la maladie, des traitements
- D'une nouvelle phase de développement de la personne, de changements survenus dans la vie professionnelle, familiale, affective et dans l'état de santé du patient.

Une coordination doit être mise en oeuvre pour une cohérence des interventions de soins et des activités d'ETP, selon des objectifs et des modalités définies de mise en oeuvre (tableau ci-contre).

<p>Objectifs de la coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge, autour et avec le patient, et modalités de mise en oeuvre.</p> <p>Définir en commun les différents aspects de la prise en charge du patient dans le cadre de son projet d'ETP, afin de répondre de manière adaptée aux besoins, aux attentes, aux difficultés et aux problèmes identifiés, en tenant compte des ressources de la personne :</p> <p>Des échanges multiprofessionnels doivent être organisés en tenant compte des possibilités locales.</p>
<p>Faciliter la participation du patient et de ses proches à la définition, à la mise en oeuvre des interventions d'ETP et à l'évaluation de leur déroulement et de leurs effets :</p> <p>L'expression des attentes du patient, de ses préférences, de son avis, doit être favorisée après lui avoir délivré une information compréhensible et adaptée sur les modalités pratiques de la mise en oeuvre de l'ETP, sur la coordination des interventions et l'évaluation du programme.</p> <p>La participation du patient aux décisions qui le concernent (négociation des buts et des modalités de mise en oeuvre de l'ETP, redéfinition après en avoir fait l'expérience) doit être favorisée en utilisant une démarche d'aide au choix ou de révélation de ses préférences.</p> <p>La participation de l'entourage à la démarche d'éducation thérapeutique, si le patient souhaite être aidé pour la gestion de sa maladie et si l'entourage l'accepte, peut aider le patient à gagner en autonomie.</p>
<p>Programmer, organiser les activités d'ETP :</p> <p>La programmation et l'organisation des interventions consistent à les répartir dans le temps, et à en attribuer la réalisation aux intervenants.</p> <p>Le choix des priorités, la concertation sur la mise en oeuvre du programme éducatif et l'évaluation des résultats peuvent être facilités par l'utilisation d'un outil de planification prévisionnelle des interventions.</p>
<p>Présenter au patient les modalités de coordination mise en place, et envisager avec lui la place qu'il souhaite et peut y prendre :</p> <p>Un « professionnel ressource » parmi les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge sert d'interlocuteur privilégié du patient et de ses proches : il s'assure de la compréhension par le patient et ses proches des buts de la prise en charge ; donne des informations, apprécie le niveau de participation du patient et de ses proches ; il s'assure de la cohérence de la planification des séances d'ETP par rapport aux compétences et aux priorités d'apprentissages négociées avec le patient ; veille à la mise en oeuvre régulière de l'évaluation des compétences acquises par le patient, du déroulement et de la pertinence du programme ; s'assure de la qualité des échanges multiprofessionnels qui aboutissent à la coordination des activités et du suivi selon les modalités définies par l'équipe.</p>
<p>Partager des informations pour assurer la cohérence des interventions d'ETP et leur continuité :</p> <p>Une synthèse du diagnostic éducatif et du programme individuel, ainsi que les évaluations individuelles des compétences acquises et du déroulement du programme sont transmises aux acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, avec l'accord du patient.</p> <p>Les différents acteurs concernés doivent faire preuve de discernement au moment du partage des informations, en transmettant les informations utiles et pertinentes, avec l'accord du patient. La liste de questions ci-dessous peut les y aider :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si je transmets de l'information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?</li><li>• Avec quelle retombée positive espérée ?</li><li>• Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?</li><li>• L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?</li><li>• Le patient à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ?</li><li>• Puis-je me passer de son accord ? Comment va-t-il l'interpréter ?</li><li>• Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?</li><li>• En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?</li></ul>

Le patient doit bénéficier d'une synthèse des données le concernant, à chaque étape de la mise en oeuvre de l'ETP. Cette synthèse concerne en particulier la stratégie thérapeutique incluant l'éducation thérapeutique.

Le dossier du patient doit porter la trace écrite des actions des professionnels de santé intervenant dans l'ETP, en particulier des synthèses du diagnostic éducatif initial et actualisé, des interventions réalisées, de l'évaluation individuelle de l'ETP et des décisions prises avec le patient. Chaque professionnel de santé intervenant dans l'ETP doit pouvoir prendre connaissance de ces informations, et les enrichir dans le but de favoriser la continuité des soins. (modèle des principales rubriques d'un dossier d'éducation thérapeutique : annexe 5)

Quel que soit le lieu de réalisation de l'ETP et les professionnels impliqués, les modalités de mise en oeuvre d'un programme d'ETP exigent le même niveau de critères de qualité.

Une ETP de qualité doit :

- Etre centrée sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée ;
- Etre scientifiquement fondée (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel), et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge ;
- Concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux ;
- Etre un processus permanent, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;
- Etre réalisée par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, au travail en équipe et à la coordination des actions.
- S'appuyer sur une évaluation des besoins subjectifs et objectifs, de l'environnement du patient (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ; se construire avec le patient, et impliquer autant que possible les proches du patient ;
- S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son souhait de participer ou non au programme, son style et rythme d'apprentissage ;
- Etre définie en termes d'activité et de contenu, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :
  - Utilisation de techniques de communication centrées sur le patient ;
  - Séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant) ;
  - Accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie ;
  - Utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes, avec l'expérience personnelle de chaque patient ;
  - Etre multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ;
  - Inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

## **D. Les missions de l'ARS en matière d'ETP**

### **Modalités pratiques d'un programme d'ETP : cahier des charges :**

L'article 84 de la loi HPST ainsi que les décrets d'applications qui s'inscrivent dans sa mise en place décrivent les conditions d'autorisation d'un programme d'ETP. La HAS a émis une grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS. Cette grille décrit des objectifs sous forme de critères requis dans le cahier des charges et constitue un outil d'aide pour développer une demande d'autorisation d'un programme d'ETP.<sup>66</sup>(Annexe 6)

- Le profil des intervenants doit être adapté à la spécificité des contenus des séances d'ETP.
- Les compétences relationnelles, pédagogiques, méthodologiques et organisationnelles sont acquises ainsi qu'une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignement théorique et pratique.
- L'ETP répond à un besoin et concerne une des trente ALD.
- Les objectifs spécifiques et les critères d'efficacité du programme sont définis.
- La méthode pour prendre en compte les besoins, les attentes et l'expérience des patients est décrite.
- Les recommandations de bonnes pratiques utilisées, en référence pour élaborer le programme d'ETP sont mentionnées et actualisées si besoin.
- Les modalités d'accès du patient au programme d'ETP sont décrites : proposition par un professionnel de santé, accès direct. La place du médecin traitant est notamment précisée.  
Ce dernier point, soumis à l'avis de l'ARS, suscite la réflexion ; Selon l'article L.1161-2, la proposition d'un programme d'ETP est réservée au médecin prescripteur. La proposition par un professionnel de santé d'accès du patient au programme d'ETP engage donc le médecin prescripteur et le professionnel de santé dans une coopération vers un transfert d'activité dérogatoire aux conditions légales d'exercice. Dans une demande d'autorisation d'un programme d'ETP, l'ARS s'attache au respect de ce critère. Pour une efficacité et une faisabilité de ces modalités d'accès du patient à l'ETP, répondant aux besoins de la région, l'avis rendu par l'ARS peut être utile à l'équipe éducative pour élaborer un cahier des charges valide.
- Selon les recommandations, il est précisé qu'un patient est en droit de ne pas accepter un programme d'ETP qui lui serait proposé.
- Les étapes de planification de la démarche éducative sont décrites et portent notamment sur l'élaboration du diagnostic éducatif aboutissant à l'élaboration d'un programme d'ETP personnalisé.
- Toutes les sources de financements et leurs montants sont décrites.
- Les modalités de mise en commun et de partage des informations ainsi que les modalités de coordination et de prise de décision au sein de l'équipe sont décrites.
- La charte de déontologie (droits et devoirs) entre les intervenants est prévue. Elle peut être jointe au dossier, au minimum les principaux éléments constitutifs sont décrits.
- Les critères de l'organisation prévisionnelle d'une autoévaluation annuelle du déroulement du programme sont décrits.

Dans l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP, il est indiqué que le programme concerne, sauf exception, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional. L'étude de santé publique réalisée pendant le stage de professionnalisation traitant du glaucome concerne une pathologie qui ne figure pas dans la liste des trente ALD prévues pour les programmes d'ETP. Cependant, il est possible d'élaborer un programme d'ETP pour une pathologie lorsqu'elle est considérée comme prioritaire au niveau régional.

---

<sup>66</sup> grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation d'un programme d'ETP, HAS, 21 juillet 2010.

**Entretien à l'ARS du Nord Pas-de-Calais : Compte-rendu de l'entretien avec Monsieur Bruno Champion, pharmacien inspecteur de santé publique, chargé de mission thématique, direction de la stratégie, des études et de l'évaluation de l'ARS du NPdC, et Madame Elisabeth Lehu responsable du service soins de prévention, département offre de soins de 1<sup>er</sup> recours, direction de l'offre de soins de l'ARS NPdC réalisé le 13/10/11 :**<sup>67</sup>

Différents éléments ont été relevés :

Traitant de l'article 38 de la loi HPST ; Il est nécessaire d'établir un protocole de coopération ou d'adhérer à un protocole de coopération existant qui sera soumis à l'autorisation de l'ARS, pour qu'un pharmacien donné puisse être pharmacien correspondant. Un médecin donné le désigne et définit ses rôles. Le protocole, défini par les deux collaborateurs, est établi pour un patient donné et est transmis à l'ARS. Il y a une réticence des médecins à l'utilité de tels processus, mais le rôle du pharmacien correspondant est pertinent dans une zone sous-dotée. Un critère principal de recevabilité est la réponse à un besoin de santé. Le pharmacien correspondant peut effectuer le bilan des thérapeutiques, le renouvellement des ordonnances, revoir les posologies et l'inscrire sur l'ordonnance en y joignant une copie du bilan pour informer le médecin dans le cadre prévu par le protocole de coopération.

Dans un programme d'ETP, le pharmacien intègre une équipe interprofessionnelle et pluridisciplinaire où est nécessairement présent un médecin. Un pharmacien peut être coordinateur d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Le cahier des charges du programme d'ETP est soumis à l'ARS pour l'autorisation du programme. Le changement de coordinateur d'un programme d'ETP autorisé est une démarche soumise à l'autorisation de l'ARS. Ces autorisations sont différentes de celle requise pour un pharmacien correspondant dans un protocole de coopération.

Concernant la formation : Tout professionnel de santé doit suivre une formation de 40h en ETP pour intervenir dans un programme d'ETP. Ces compétences, à acquérir par ce professionnel de santé, sont décrites dans le décret et l'arrêté du 2 août 2010.<sup>68</sup> La formation initiale n'est pas encore en place, le développement professionnel continu va permettre la formation en ETP des professionnels de santé.

L'éducation thérapeutique, qu'elle soit initiale ou de renforcement, n'est pas un traitement ponctuel. L'ETP se prolonge tout au long de la prise en charge du patient. Au sein de l'équipe, le diagnostic éducatif est partagé. Il présente une dimension biomédicale et une autre psycho-affective. Il faut observer les freins et les leviers chez le patient et l'accompagner dans son investissement, pour le programme, pour prévenir un abandon des objectifs ou un échappement au programme. Une réunion de coordination avec les détails des interventions des différents acteurs (Infirmier, médecin, pharmacien, kinésithérapeute) est réalisée aux différentes étapes de l'éducation. Les compétences visées par le diagnostic éducatif portent sur : les compétences d'autosoins (automesure glycémique, pompe à insuline...), les compétences d'adaptation (objectif psycho-social, prise du traitement sans altérer sa qualité de vie), les compétences de sécurité (reconnaître les signes annonciateurs de crise). Le programme se composera de 4 à 6 ateliers et d'un suivi éducatif. Pour ce type de mission la rémunération s'effectue par forfait trimestriel ou semestriel et l'ARS vérifie ce qui justifie un financement (objectifs réalisés et un nombre suffisant de patients pris en charge).

---

<sup>67</sup> B. Champion, E. Lehu, Compte-rendu d'entretien à l'ARS Nord Pas-de-Calais, 13 oct 2011.

<sup>68</sup> Décret n°2010-906 et arrêté du 2 août 2010 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Les propositions du rapport IGAS RM2011-090P du 29 juin 2011 proposent que, parmi les nouveaux services du pharmacien, ses missions pourraient s'étendre au dépistage en officine, suivant une notion de repérage, pour des pathologies tel que le diabète, l'HTA, la BPCO en suivant les protocoles de dépistages établis par la HAS.<sup>69</sup> Ce rapport évoque une cohérence avec un suivi adapté dans la chaîne de soin. Un dépistage doit se prolonger d'un avis médical et n'a pas d'utilité seul. L'observation de facteurs de risque et le suivi de protocole de dépistage amènent le pharmacien à orienter ou pas la personne vers la consultation du médecin et non à établir un diagnostic. Il est nécessaire de bien établir les signes d'alerte que le pharmacien observe lors de son conseil, l'incitant à suggérer une consultation médicale, et de les différencier des éléments d'établissement d'un diagnostic propre au médecin.<sup>70</sup>

Un acteur de santé peut intégrer un programme autorisé sur avis coordonné du coordinateur et des différents acteurs du programme. Une déclaration est soumise à l'ARS pour un changement de coordinateur, un changement conséquent des objectifs du programme ou en cas de modification des sources de financement.

### **Schema Regional d'offre de Soins : 1 jan 2012**

Le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) s'inscrit dans le cadre global du projet régional de santé (PRS), et en déclinaison du plan stratégique régional de santé (PSRS). Le PSRS détermine quatre leviers d'action :

1<sup>er</sup> levier : développer et promouvoir une meilleure connaissance des facteurs de risque et des pathologiques : le 3<sup>ème</sup> axe de ce 1<sup>er</sup> levier consiste à développer les programmes d'éducation à la santé.

2<sup>ème</sup> levier : continuer à agir de façon concertée sur les déterminants de santé (sociaux, comportementaux, environnementaux, ...)

3<sup>ème</sup> levier : favoriser un recours plus précoce aux soins : Le 2<sup>ème</sup> axe de ce 3<sup>ème</sup> levier consiste à associer les réseaux à la détection précoce des pathologies ; et le 3<sup>ème</sup> axe consiste à développer les fonctions de prise en charge précoce des soins de 1<sup>er</sup> recours et insiste sur le rôle des professionnels de santé de premier recours.

4<sup>ème</sup> levier : mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés : les axes 1, 2 et 4 de ce 4<sup>ème</sup> levier consistent à intégrer les parcours dans le cadre de l'application régionale des plans nationaux, à développer un système d'information de santé qui favorise la coordination des soins et à améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers. Ils visent à instaurer une ETP coordonnée dans les parcours de soins.

Comme le prévoit le décret n° 2010-348 du 31 mars 2010, La CRSA rend un avis. Celui-ci est positif pour l'inscription comme objectif central du Plan Stratégique de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, tant au sein de la région qu'entre la région Nord-Pas-de-Calais et le territoire national. Le modèle explicatif exposé par l'ARS décliné en quatre leviers d'action paraît pertinent.<sup>71</sup>

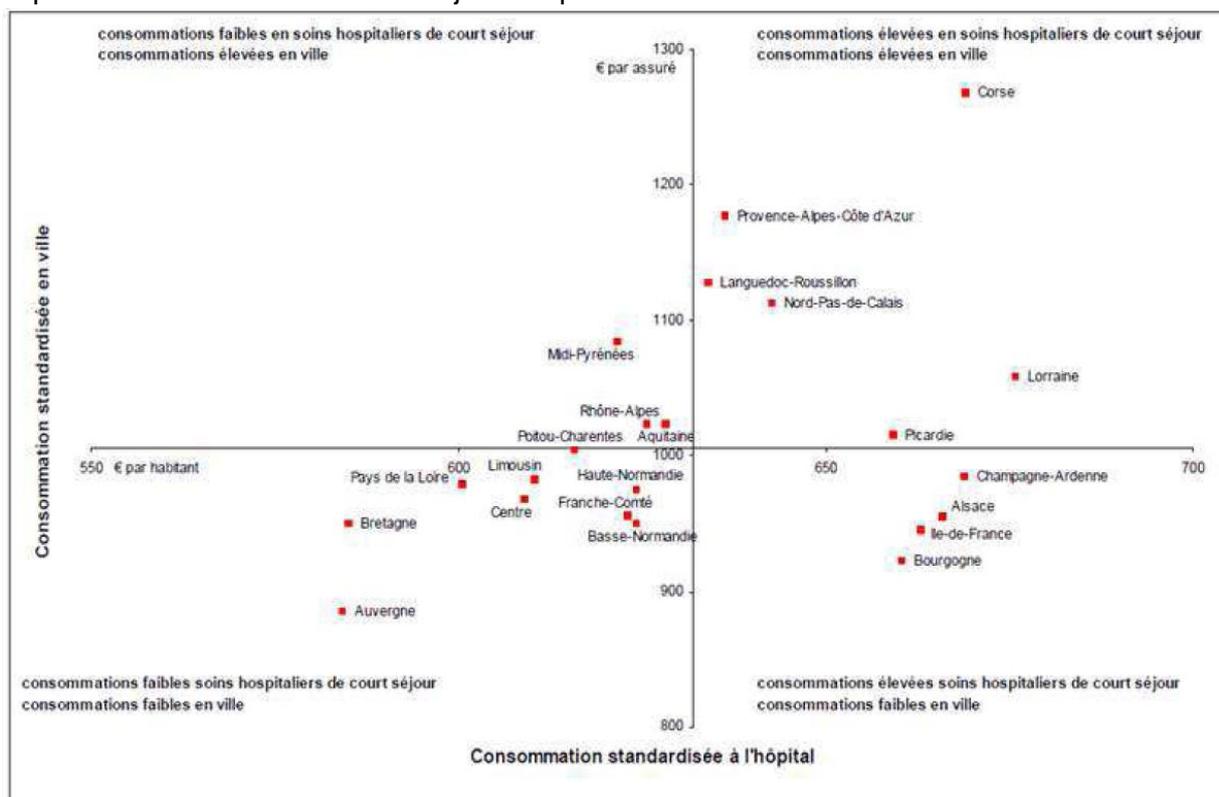
---

<sup>69</sup> Bras, A. Kiour, B. Maquart, A. Morin, Rapport IGAS RM2011-090P : pharmacies d'officine ; rémunération, missions, réseaux, Juin 2011.

<sup>70</sup> C. Micas, Le quotidien du pharmacien, N° 2855, p3, 5 septembre 2011

<sup>71</sup> Avis de la Conférence Régionale De la Santé Et de l'Autonomie du Nord Pas-de-Calais Sur le Projet Régional De Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé Adopté le 6 décembre 2011.

La région Nord pas de calais présente une consommation de soins élevée. Elle est la quatrième en consommation la plus élevée en soins de ville, et la huitième en consommation la plus élevée en soins de court séjour hospitalier.



## Stratégie du SROS

L'amélioration des dispositifs de dépistage va contribuer à une augmentation du recours aux soins et conduira à une prise en charge plus précoce des patients, avant que leurs effets ne se ressentent sur la santé des populations. L'évolution de l'ONDAM inscrit une nouvelle contrainte au SROS-PRS d'être un outil de rationalisation de l'offre globale de soins.

Le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 du Nord pas-de-Calais vise à mobiliser l'offre de soins, l'offre médico-sociale sur la prévention et les acteurs associatifs de proximité. Ses pistes d'actions sont :

- Contractualiser des objectifs de prévention dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- S'appuyer sur les URPS pour développer des actions de prévention auprès des professionnels de santé.
- Favoriser les actions de prévention au sein des Maisons et Pôles de Santé Pluriprofessionnels.(MSP et PSP) (cf. Article L.6323-3 ; Article L.6123-4 ; Article L.6112-2; Article L.1434-6 et L.1434-7 ;(art 118 de la loi HPST) Article L1435-3 et Article L1435-4)

**Article L1435-4 :** L'agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.[...]

Dans les nouveaux objectifs du PRS pour le rôle de 1<sup>er</sup> recours, les MSP et PSP intègrent le pharmacien dans leurs projets. Ces dispositifs de coordination doivent permettre d'assurer, par exemple après une sortie hospitalière, une prise en charge des patients par les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours. Une réunion de coordination peut être prévue à cette fin, pouvant se dérouler avant la sortie hospitalière du patient.

On note aussi que parallèlement au SROS, le Schéma Régional de Prévention (SRP) et le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) reconnaissent pour le PRS l'enjeu d'une approche pluridisciplinaire des professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours.

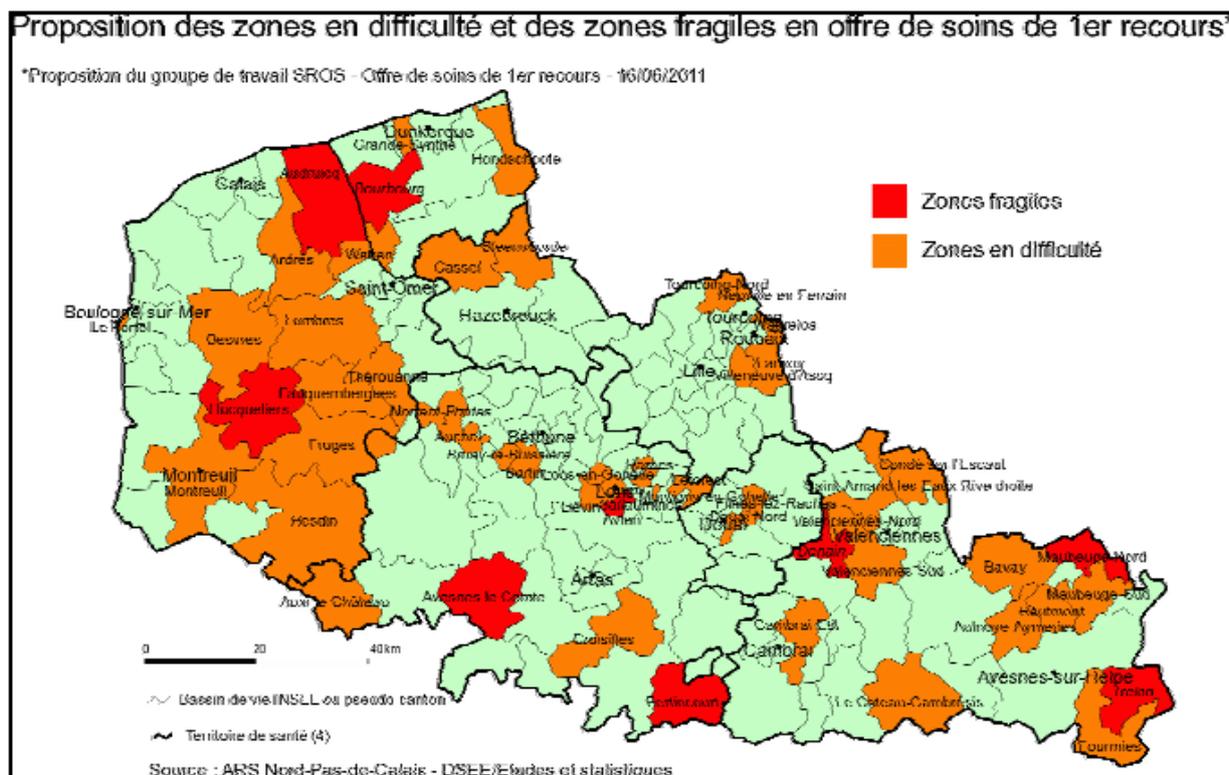
Pour répondre aux objectifs du PSRS, notamment favoriser un recours plus précoce aux soins et organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés, différentes actions à mener définissent les axes stratégiques du SROS. Ses actions sont définies au sein d'objectifs opérationnels:

Les objectifs opérationnels, cités ici, vont se concentrer sur les thèmes de l'ETP et du pharmacien d'officine.<sup>72</sup>

Objectif opérationnel 1 : Maintenir l'offre et attirer de nouveaux professionnels de santé dans les zones en difficulté.

Action 1 : définir les zones prioritaires de 1<sup>er</sup> recours

Les zones concernées sont les zones fragiles selon l'article L.1434-7, et les zones en difficulté selon la définition de l'ARS nécessitant d'être confortées sur le plan démographique.



<sup>72</sup> Schéma Régional de l'offre de soins, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.

Objectif opérationnel 2 : Garantir un accès de proximité et de qualité au pharmacien d'officine.

Les pharmaciens sont des professionnels très présents dans la dynamique de maillage territorial, qui voient en France près de 4 millions de patients chaque jour. La pharmacie est un lieu de vie et de santé. Garantir un accès de proximité se décline en différentes actions.

Action 10 : Expérimenter un nouveau niveau d'analyse territoriale

L'unité territoriale prise en compte pour l'implantation des officines pharmaceutiques est aujourd'hui communale et diffère de celle prise en compte pour les autres professionnels de santé de 1er recours, à savoir le bassin de vie INSEE ou le pseudo-canton.

Cette différence d'analyse en matière de répartition géographique pose des difficultés, particulièrement pour les officines en milieu rural, lorsque les professionnels se regroupent au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle. Il serait utile d'envisager un niveau d'analyse qui soit cohérent avec le territoire de projet de soins de 1er recours. Une concertation doit s'engager avec les représentants de la profession, afin de proposer au Ministère une expérimentation.

Action 11 : Ajuster au mieux la desserte pharmaceutique

Le maillage territorial des officines de pharmacie est satisfaisant et ne nécessite que des ajustements :

- Rattachement des quelques communes non desservies
- Une étude actualisée des flux de population sera menée pour l'ensemble des communes de la région. Ainsi, dans les communes au sein desquelles aucune pharmacie n'est ouverte, il s'agira de confirmer le rattachement ou la possibilité de deux nouvelles autorisations d'exploitations dans le Pas-de-Calais.
- Faciliter et encourager le regroupement d'officines dans les zones suréquipées : (au moins 3 officines excédentaires)

Action 12 : Favoriser l'implication des pharmaciens d'officine dans les soins de premier recours:

La loi HPST a consacré le rôle du pharmacien dans les soins de 1er recours. Afin de soutenir l'engagement de la profession dans ses nouvelles missions, il est proposé :

D'associer systématiquement les pharmaciens d'officine dans les réflexions autour des projets de santé des maisons et pôles de santé.

De faciliter le déploiement du dispositif « pharmacien correspondant » particulièrement dans les maisons et pôles de santé en fonctionnement.

De promouvoir la formation à l'Education Thérapeutique du Patient auprès des pharmaciens d'officine.

Indicateurs de suivi :

- Taux de programmes d'ETP faisant intervenir les compétences d'un pharmacien.
- Nombre de projets de maisons et pôles de santé dans lesquels sont associés des pharmaciens d'officine.

Objectif opérationnel 6 : Structurer l'offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les territoires

Action 36 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP

La coordination territoriale de l'ETP, sur chaque zone de proximité, a pour rôle de :

Accompagner les équipes pluridisciplinaires de proximité dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes d'ETP ;

Promouvoir et valoriser l'offre d'ETP ;

Former les professionnels de santé à l'ETP ;

Favoriser la coordination des acteurs dans la gestion des parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, en accordant une priorité d'intervention vers ceux en situation médicalement complexe et/ou en difficulté sociale.

### Action 37 : Déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de 1er recours

Le développement des programmes d'ETP dans les soins de 1er recours ne pourra se faire qu'en impliquant fortement le médecin traitant. Il doit pouvoir sensibiliser et accompagner son patient dans son parcours d'ETP. Il doit bénéficier d'un retour par rapport aux objectifs fixés afin de s'investir dans le suivi éducatif de son patient. Il doit pouvoir être associé à la conception et/ou l'animation d'un programme. Pour ce faire, le médecin traitant doit bénéficier au minimum d'une formation-sensibilisation lui permettant de bien comprendre ce qu'est (et ce que n'est pas) l'ETP, afin de l'intégrer au long cours dans sa relation individuelle avec le patient. Afin d'organiser l'ETP dans les soins de 1er recours, quelques grands principes d'intervention doivent être respectés :

La proximité / l'accessibilité des programmes aux patients grâce à une offre d'ETP de 1er recours proche de chez eux et dans un lieu propice (maison / pôle de santé, cabinet médical de groupe, centre social, salle municipale, ...)

La pluridisciplinarité dans la mise en oeuvre du programme : depuis le recrutement jusqu'au suivi des patients en passant par le bilan éducatif partagé et les séances d'ETP. Il s'agit bien d'une équipe d'éducateurs soignants en charge de l'ETP, tous les professionnels de 1er recours (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, diététiciens, pharmaciens, médecins généralistes, ...) étant au même niveau sans aucune hiérarchie ;

La coordination des professionnels de santé avec le médecin traitant comme pivot;

Un outil de partage avec, pour objectif, la mise en place d'un dossier éducatif répondant à des principes communs pour son contenu, partagé par les professionnels de santé (ville / réseaux / établissements) et détenu par le patient ;

Une rémunération adéquate dans le cadre de financements pérennes. En effet, la rémunération à l'acte n'est pas compatible avec le déploiement de l'ETP dans les soins de 1er recours ;

La possibilité d'orienter un patient vers un programme d'ETP par tout professionnel de santé, quelque soit sa catégorie.

### Action 39 : Hiérarchiser l'offre en éducation thérapeutique

L'offre d'ETP se doit d'être hiérarchisée et envisagée selon 3 niveaux selon la gravité de la pathologie dans une logique de complémentarité :

Une offre d'ETP en ville de 1ère intention et de proximité. Elle est dispensée par les professionnels de premier recours (dont les pharmaciens) et s'adresse aux personnes atteintes de maladies chroniques non compliquées et relativement stabilisées (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).

Une offre d'ETP de 2ème intention, dispensée par les équipes de coordination des réseaux de santé ou des structures intermédiaires pour les malades chroniques complexes (pluripathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

Une offre d'ETP à l'hôpital, pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2ème et 3ème recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1er niveau).

### Objectif opérationnel 8 : Favoriser l'amélioration des pratiques et l'amélioration des prises en charge

#### Action 50 : Promouvoir le Développement Professionnel Continu (DPC)

La Formation Médicale Continue (FMC) est devenue une obligation légale pour les médecins depuis l'ordonnance du 24 avril 1996. Elle a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances (amélioration des connaissances acquises en formation initiale, acquisition de connaissances nouvelles) et l'amélioration de la qualité des soins. La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie introduit le concept de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

L'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle au regard de recommandations professionnelles définies à partir d'une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de

Santé (HAS). Elle inclut, en sus, la mise en oeuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'EPP est une obligation légale pour tous les médecins depuis le 1er juillet 2005.

La loi HPST prévoit la substitution par le Développement Professionnel Continu (DPC) de la FMC et de l'EPP. Le DPC se présente comme un programme personnel d'apprentissage qui s'inscrit dans une continuité de la formation initiale à la formation continue. Il concernera les médecins, les professionnels paramédicaux, les pharmaciens, les chirurgiens dentistes, les sages-femmes.

Les attentes exprimées dans le PRS pour les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours devront pouvoir trouver des réponses en terme de formation ou d'évolution des pratiques (par exemple : en matière de dépistage, de prise en charge des addictions, des questions de handicap...).

#### Action 51: Développer les protocoles de coopération interprofessionnelle

L'article 51 de la loi HPST définit les règles de coopération entre professionnels de santé. Cette coopération, dérogoratoire aux conditions légales d'exercice, s'incarne concrètement dans un protocole de coopération. Celui-ci précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. Ce protocole de coopération est autorisé par le Directeur général de l'ARS après contrôle de sa recevabilité et avis conforme de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les enjeux de coopération entre professionnels de santé sont de favoriser :

La prise en charge des patients reposant sur une coordination entre tous les intervenants ;

L'évolution de l'exercice professionnel ;

Le gain de temps médical pour permettre aux professions médicales de centrer leur activité sur des missions d'expertise.

L'Agence mènera une politique volontariste pour promouvoir et accompagner le développement de protocoles de coopération auprès des professionnels de santé du Nord-Pas-de-Calais.

#### Action 52 : Développer un centre de ressources et de compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP)

Ses principales missions seront de :

- Construire des outils et référentiels indispensables à la qualité de la coordination ;
- Mettre à disposition des acteurs des ressources documentaires
- Accompagner les coordonnateurs de programmes dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes ;
- Accompagner au plan régional la qualité des formations (en lien avec le référentiel de compétences en ETP en cours d'élaboration par l'INPES) ;
- Venir en appui aux patients experts et aux associations de patients ;
- Promouvoir, valoriser l'éducation du patient et participer à des travaux de recherche.

#### Action 58 : Améliorer la formation des professionnels de santé en matière d'ETP :

Disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins :

Mettre en place un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP que ce soit pour les actions de sensibilisation, les formations de niveau I et II et les diplômes d'enseignement supérieur.

Proposer, au plan régional, une offre de formation structurée en fonction des différents niveaux de formation attendus pour les acteurs de l'ETP ; une réflexion devra être engagée sur la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) dans le champ de l'ETP, en lien avec l'Université.

Indicateurs de suivi :

- Date de diffusion de l'annuaire de l'offre de formation en ETP ; délai de mise en place de la VAE dans le domaine de l'ETP ;
- Prôner les formations en pluridisciplinarité pour une réelle valeur ajoutée et leur intégration dans le cadre du développement personnel continu (DPC), normalement à caractère mono-professionnel, devra faire l'objet d'adaptations spécifiques. Par ailleurs, il convient

également d'associer, à ces formations, les représentants des patients, voire de mettre en place des formations dédiées aux représentants de patients.

- Former les professionnels de santé de 1er recours à l'ETP
- Une formation à minima de niveau 1 doit être proposée dans toutes les formations initiales des professionnels paramédicaux, dès le 2ème cycle pour les médecins généralistes. Dans le cadre de la formation continue, il peut être envisagé 3 niveaux de formation : une sensibilisation, une formation de niveau I (40h) pour les professionnels mettant en oeuvre l'ETP, une formation de niveau 2 (80 h) pour les professionnels coordonnateurs de programme.

Action 65 : Définir une stratégie de couverture thématique régionale rationnelle des réseaux de santé

Les extensions envisagées doivent être préparées avec les acteurs locaux, afin de créer une dynamique territoriale accompagnant les acteurs de terrain pour faire émerger des actions de coordination en faveur des patients diabétiques, ou de soutenir celle préexistante. Exemple : travail entrepris sur Lens-Henin et sur l'Arrageois pour le diabète, ou deux plateformes de santé (Prév'art et PSD), le financement FIQCS se fera par l'intermédiaire des réseaux existants.

Action 66 : Recentrer l'action des réseaux de santé sur la coordination du parcours de santé

Poursuivre la démarche d'harmonisation entre les réseaux d'une même thématique. La démarche initiée, ces dernières années, sur 3 thématiques (Diabète et Risque Cardiovasculaire, Gérontologie et maladie d'Alzheimer, Soins palliatifs) a conduit à l'élaboration d'outils communs, dont certains ont été généralisés à l'ensemble des réseaux de la thématique donnée. Elle doit être poursuivie, notamment afin de redéfinir certains critères d'inclusion des patients, la notion de patients complexes, les modalités de sortie du réseau, le contenu du Plan Personnalisé de Santé (PPS).

Mettre en place au sein des réseaux de santé, un programme personnalisé de santé (PPS) harmonisé. Les directives nationales issues de la circulaire du 2 mars 2007 (DHOS/03/CNAM/2007/88), relative à l'évaluation des réseaux de santé, précisent clairement que seuls les réseaux mettant en place un PPS sont considérés répondre favorablement à la définition d'un « réseau de santé ». Suivant les constats de l'IGAS, pour un renforcement du pilotage national et régional, le PPS est la formalisation du parcours de santé avec les acteurs du domicile et le garant de la mise en oeuvre d'une vraie coordination autour du patient.

Un travail de formalisation du PPS devra être réalisé.

Un travail d'harmonisation entre les différents PPS, par thématique, et inter thématique est également nécessaire.

Dans le diagnostic de l'offre ambulatoire du SROS de janvier 2012 pour le PRS 2012-2016, l'ARS NPdC signale deux éléments dans les soins de premiers recours des pharmaciens d'officine :

Le Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens n'est pas encore optimal et la profession est confrontée à l'absence de formation continue adaptée aux nouvelles missions,

La rémunération des nouvelles missions pour lesquelles les négociations entre l'assurance maladie et les organisations professionnelles pour la convention sur la rémunération sont fixées le 28 mars 2012 et la rémunération doit encore prendre un certain temps pour sa réalisation.

Au regard de ces constats, l'ARS propose :

D'inclure systématiquement les pharmaciens d'officine dans les réflexions autour des projets de santé des maisons, pôles et centres de santé pluriprofessionnels.

De faciliter, dans un premier temps, le déploiement du dispositif du pharmacien correspondant en priorité, dans les maisons, pôles et centres de santé en fonctionnement, par une promotion adaptée auprès des pharmaciens d'officine, médecins libéraux et patients. De promouvoir plus généralement, dans un second temps, le dispositif du pharmacien correspondant auprès des pharmaciens d'officine, des médecins libéraux et des usagers.

De mener une réflexion commune intégrant l'ensemble des acteurs autour de protocoles de coopération type.

De permettre aux pharmaciens en formation initiale et à ceux en exercice, au travers de la formation continue, de participer à l'éducation thérapeutique du patient.<sup>73</sup>

La mise en place de l'ETP répond au 4<sup>ème</sup> levier d'actions prioritaires du Plan Stratégique Régional de Santé : organiser mieux la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés.

Les URPS, la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé, les réseaux de santé, les établissements de santé, les associations de patients et les régimes d'assurance maladie concourent à la mobilisation sur le champ de l'éducation thérapeutique. La répartition dans les territoires de l'ETP en ambulatoire et dans le secteur hospitalier pour le diabète de type 2 témoigne des besoins de cette mobilisation (Annexe 7 et Annexe 8).

Pour le secteur hospitalier, l'offre de soins apparaît très liée à la démographie médicale en particulier hospitalière. Si l'on constate une progression incontestable du nombre d'endocrinologues hospitaliers (+ 50%), celle-ci présente toujours une répartition inégale entre les territoires de santé. C'est dans le Hainaut que cette répartition est la plus inégale et que le ratio population par praticien hospitalier est le plus élevé.

C'est aussi dans ce territoire de santé que le ratio patients diabétiques traités par rapport à la population protégée est le plus élevé. Cette inégalité d'accès à un spécialiste en endocrinologie est encore accentuée par le fait que les spécialistes libéraux sont installés dans la métropole lilloise et dans les grandes villes en périphérie.

Le SROS émet différentes orientations pour 2012.

- Réflexion sur le renforcement de la démographie médicale dans les zones déficitaires
- Expérimenter l'idée d'équipes mobiles de diabétologie composées d'une infirmière et d'une diététicienne spécialement formées rattachées à une coordination régionale et qui interviendraient à la demande des services et des établissements non spécialisés voire dans les établissements médicosociaux.
- Renforcer la prévention primaire avec l'ensemble des acteurs concernés, renforcer le dépistage précoce.
- Prioriser l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables
- Favoriser en particulier le dépistage du diabète gestationnel et le suivi des femmes (jusqu'à 18% des grossesses sont concernées)
- Développer et coordonner les actions d'éducation thérapeutique; bien différencier dans l'éducation thérapeutique, l'éducation technique du patient et son accompagnement dans le changement
- Renforcer la coordination des acteurs ville/hôpital pour la gestion des parcours de soins complexes: bien définir les missions de chacun entre ce qui doit revenir à la diabétologie hospitalière, à la diabétologie libérale, aux services de médecine non spécialisée et aux médecins traitants

---

<sup>73</sup> Schéma Régional de l'offre de soins, volet ambulatoire diagnostic de l'offre ambulatoire annexe pharmacie, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.

L'ARS NPdC, dans le SROS 2012, a développée, en annexe, un volet spécifique aux objectifs d'ETP qui regroupe les points relatifs à l'ETP présents dans les différents objectifs opérationnels du SROS.<sup>74</sup>

#### Objectif opérationnel 1: créer des instances de suivi du dispositif d'ETP de des compétences en ETP

- Mise en place d'un comité thématique maladies chroniques piloté par l'ARS
- Développer un centre régional de ressources et de compétences en ETP( outils référentiels, ressources documentaires, accompagner les coordonnateurs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes, accompagner la qualité des formations en lien avec les référentiels de l'INPES, participer à l'évaluation des pratiques des équipes pluriprofessionnelle et encourager les échanges de pratiques, assurer un appui aux associations de patients, promouvoir l'ETP et participer aux travaux de recherche). Ce centre au travers d'un Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) fixera avec l'ARS les moyens qui lui sont alloués.

#### Objectif opérationnel 2: disposer d'une offre de formation suffisante suivant les référentiels et les besoins

- Mettre en place un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP(sensibilisation, formation niveau 1 et 2 et diplômes d'enseignement supérieur).
- Proposer une offre de formation structurée pour les acteurs d'ETP :
- niveau 1 : 40h soignant-éducateur ; niveau 2 : 80h coordonnateur de programme ; DU ET ; master 1 et 2 en Education Thérapeutique ; réflexion avec l'université sur la validation des acquis d'expérience(VAE).
- Garantir la qualité des formations (liens entre le centre régional de ressources et de compétences et l'INPES)
- Former les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours à l'ETP
- Une formation a minima de niveau 1 doit être proposée dans toutes les formations initiales des professionnels paramédicaux, dès le 2<sup>ème</sup> cycle pour les médecins généralistes. (intégration de l'ETP dans la formation initiale des infirmiers depuis 2009, ergothérapeutes depuis 2010, pédicures podologues à partir de 2012, référentiels en cours pour les kinésithérapeutes et les orthophonistes, les URPS pourraient déployer la formation de niveau 1 dans la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu).
- Les principes de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux participant à ces formations, et le principe de l'absence de participation des laboratoires pharmaceutiques au dispositif de formation sont retenus.

#### Objectif opérationnel 3: structurer l'offre d'ETP sur les territoires

- Suivre les priorités du PRS afin de réduire les inégalités de santé.
- Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP (accompagner les équipes pluridisciplinaires de proximité, promouvoir et valoriser l'offre d'ETP, financement : FIQCS(fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) dans le cadre des forfaits dérogatoires versés aux réseaux, FNPEIS, mission d'intérêt général ETP)
- Déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de premier recours (implication du médecin traitant. On note que dans l'objectif d'action 37 du SROS, un principe à respecter est une rémunération adéquate dans le cadre de financements pérennes. En effet, la rémunération à l'acte n'est pas compatible avec le déploiement de forfait dans le cadre de l'ETP.)
- Hiérarchiser l'offre en éducation thérapeutique en fonction de 3 niveaux d'offres d'ETP selon la pathologie et sa gravité. Le futur dossier médical partagé devra contenir un volet ETP intégrant l'ensemble du parcours éducatif du patient.
- Réguler l'offre d'ETP selon le nombre de patients atteints d'une pathologie, la répartition en fonction de la pathologie et les motifs de refus d'autorisation des programmes. On retrouve ici les critères de nombre de malades et sévérité de la pathologie qui avaient été établis par le SROS 3<sup>ème</sup> g 2006-2011.<sup>75</sup>

Les pharmaciens d'officine constituent un relais incontournable en matière d'éducation thérapeutique du patient notamment sur le thème du médicament. Le déploiement de l'ETP pour les pharmaciens doit passer par :

- Le développement de l'information sur l'ETP auprès de l'ensemble des pharmaciens
- Une formation à l'ETP qui doit être la plus pluridisciplinaire possible, pour le décloisonnement entre professionnels de santé de premier recours ;
- Le développement d'une "culture" du parcours de soins du patient chez le pharmacien ;
- L'intégration dans la coordination territoriale de l'ETP ;
- Une évolution des locaux de la pharmacie permettant de disposer de zones ou d'espaces de confidentialité mieux formalisés.

<sup>74</sup> Schéma Régional de l'offre de soins, annexe Education Thérapeutique du Patient, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.

<sup>75</sup> C. Labalette, P. Buttet, AC. Marchand, DDESET, Education thérapeutique du patient dans les SROS 3, INPES, 2007.

## Le SROS dans les autres régions

Le SROS réalisé pour le Plan Stratégique Régional de Santé de l'Aquitaine par l'ARS Aquitaine, présente comme objectif spécifique « Parcours de santé » articulé avec les soins de premiers recours, la prévention et le médico-social d'optimiser l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique du patient. Il attribue aux établissements de santé le caractère d'interlocuteur privilégié.

Les soins de premiers recours reposent sur les professionnels de santé libéraux, dont les médecins traitants qui assurent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ainsi que la coordination de soins. Ils contribuent aux actions d'éducation pour la santé et à l'implication du patient en tant qu'acteur de sa santé. Si besoin, ils orientent les patients vers un programme d'éducation thérapeutique et assurent la pérennisation des acquis des patients. Les médecins traitants peuvent s'appuyer sur les ex-hôpitaux locaux ; des consultations avancées sont organisés à chaque fois que cela est possible. Les professionnels de santé des établissements de santé facilitent les missions de médecins traitants en restant des interlocuteurs privilégiés, accessibles et en veillant à la transmission rapide des informations médicales après toute hospitalisation.<sup>76</sup>

Dans une stratégie d'action transversale, concernant le plan stratégique régional de santé, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie dans la région Centre souhaite des objectifs pour valoriser, anticiper et accompagner les besoins en professionnels et en compétences nouvelles, et encourager les nouvelles formes de coopération.<sup>77</sup>

Au niveau du PSRS PACA, l'accent est porté sur une offre de soin dense mais inégalement répartie. On observe que le plan stratégique prévoit un objectif pour améliorer la qualité de vie, prévenir les complications et recommande des efforts supplémentaires pour prévenir les maladies chroniques lorsqu'elles sont fortement liées à des comportements et pour les dépister à un stade précoce. Un effort est également fait pour mieux prendre en charge les maladies chroniques, notamment en rendant le patient acteur de sa prise en charge par une éducation thérapeutique adaptée. L'intégration de programmes d'éducation thérapeutique dans les projets de santé des maisons, pôles et centres de santé sera encouragée. Dans de nombreux cas, l'éducation thérapeutique devra être préférentiellement ambulatoire.<sup>78</sup>

Le PRS du Pays-de-Loire marque des objectifs axés sur le caractère pluriprofessionnel pour l'amélioration de l'accompagnement et l'évolution des pratiques de l'offre de premier recours. Le regroupement pluriprofessionnel des professionnels de santé au sein de maisons de santé ou de pôles de santé sera développé dès lors qu'il est porté par les professionnels eux-mêmes. Ce regroupement apporte une réponse à une série de préoccupations notamment mettre en oeuvre un programme d'éducation thérapeutique avec l'appui technique et méthodologique d'une part des professionnels spécialistes des maladies chroniques et d'autre part des professionnels en méthodologie d'éducation thérapeutique tels que l'IREPS(Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) dans la région.

---

<sup>76</sup> Schéma Régional de l'offre de soins, ARS Aquitaine, PRS Aquitaine 2012-2016.

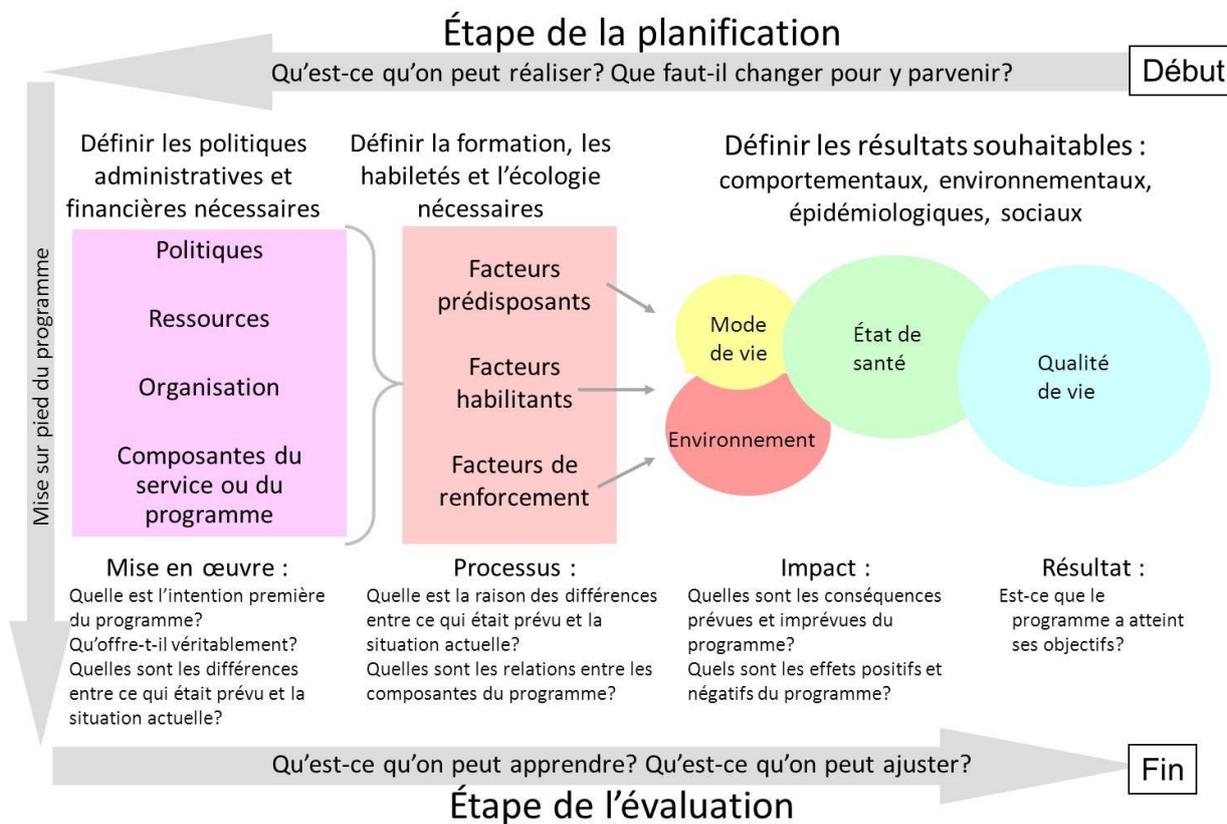
<sup>77</sup> conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Avis relatif au plan stratégique régional de santé, Région Centre 12 avril 2011.

<sup>78</sup> Document préparatoire du Plan Stratégique Régional de Santé, ARS Provence Alpes Côte d'Azur, 24 octobre 2011.

## E. Différentes stratégies utilisées pour établir un programme d'ETP:

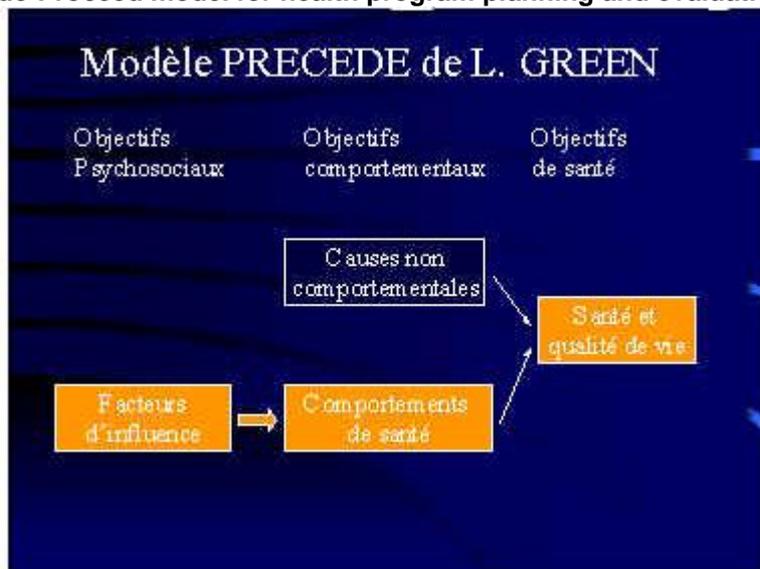
Comme il a été évoqué précédemment, l'ETP n'est pas un enseignement sur une information théorique mais plutôt un apprentissage pour un changement de comportement. Plusieurs modèles permettent de définir la relation qui s'établit entre le soignant et le patient atteint d'une affection chronique.

Modèle d'élaboration d'un enseignement d'éducation thérapeutique du patient :



Adaption de : L. Green, <http://www.lgreen.net/precede.htm>. Site consulté en mai 2009.

### The Precede-Proceed model for health program planning and evaluation L. Green



Centre d'Education du Patient asbl, Godinne Belgium, 2009 ; adapté de d'Ivernois J-F. et Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, ed Vigot, Paris, 1995.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Centre d'Education du Patient asbl, [cep\\_godinne@skynet.be](mailto:cep_godinne@skynet.be)

Modèle d'éducation de J.Bury (1986)	
Logique d'enseignement	Logique d'apprentissage
Savoir objet, théorique	Savoir action, pratique
Transmission de savoir	Acquérir des compétences
Enseigné-enseignant	Educateurs, apprenants, équipes
Commun à tous	Commun et spécifique
Par thème et matières	Contenu coordonné
Objectifs définis par l'enseignant	Objectifs définis par l'apprenant et l'éducateur
Améliorer l'efficacité de l'éducation et la compliance du patient	Apprendre au patient à comprendre son comportement

Ces modèles mettent en évidence les objectifs de l'éducation thérapeutique pour la prévention de la non-observance.

Le modèle du Professeur Jacques Bury différencie l'éducation par l'enseignement de l'éducation par l'apprentissage. L'apprentissage étant le schéma privilégié en éducation thérapeutique on y relève la décision commune des objectifs par l'apprenant et l'éducateur. Cet élément est utile dans la définition d'une alliance thérapeutique dans la relation soignant-soigné.<sup>80</sup>

Dans tous les cas, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi, ni désiré qui annonce la perspective de menaces, parfois vitales, et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne à sa nouvelle condition.<sup>81</sup>

Les études menées sur l'alliance thérapeutique, notamment en thérapie cognitivo-comportementale<sup>82</sup>, montrent que l'alliance thérapeutique émerge au sein du travail collaboratif, où patient et thérapeute proposent ensemble un déploiement de compétences pour aider le patient à résoudre ses problèmes ce qui pourrait se retrouver dans la prise en charge de patients atteints de maladie chronique.

Les trois composantes selon le modèle de Bordin sont :

Les buts : explicités dans le contrat thérapeutique avant le début du traitement

Les tâches : par exemple , auto-mesure glycémique, instillation de collyre.

Le lien : prise de responsabilité partagée entre le patient et le thérapeute.<sup>83</sup>

Les limites de l'alliance thérapeutique développent des types de relations autoritaires où la réalisation des objectifs échappent à la relation patient-soignant. L'alliance thérapeutique va permettre, pour la relation patient-soignant, de progresser de façon constructive sur les objectifs communs, de s'accorder entre l'équipe et le patient sur les modalités de mise en œuvre des séances et la réalisation des objectifs. Cette alliance sera donc recherchée dans une logique d'apprentissage et de fait en éducation thérapeutique. Des objectifs d'éducation doivent prendre en compte la relation patient-soignant pour permettre l'adaptation des patients à un nouveau comportement.<sup>84</sup>

<sup>80</sup> Education thérapeutique du patient concept et application, Form'UTIP, formation continue, p15, 2011.

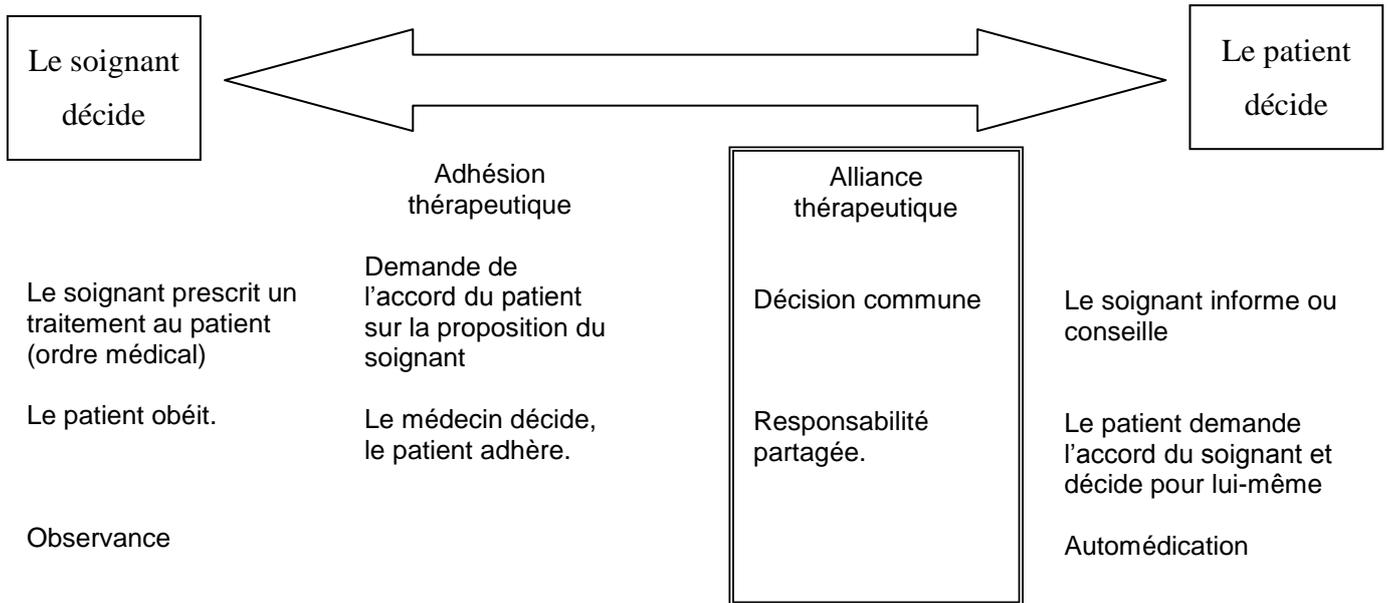
<sup>81</sup> A. Lacroix, JP. Assal, L'Education thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003.

<sup>82</sup> S.Cheval et al, « l'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale, » annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 167, n°5, juin 2009, p347-354.

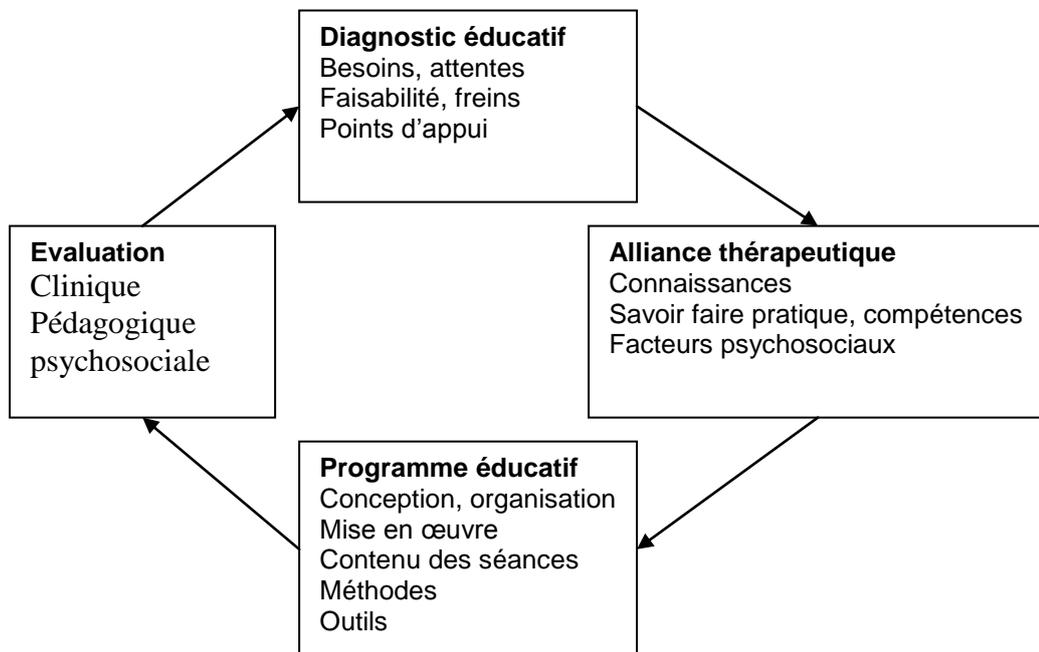
<sup>83</sup> B.Lavanchy, dir de thèse M.Habib, « l'alliance thérapeutique à l'hôpital de jour de l'élan retrouvé », thèse pour le diplôme de docteur en médecine, université Paris-Descartes, nov2010.

<sup>84</sup> Education thérapeutique du patient concept et application, Form'UTIP, formation continue, p16, 2011.

## Les types de relations médecin-patient



Modèle de adapté de J.F. D'Ivernois, R. Gagnayre, 1991



Démarche éducative basée sur les besoins<sup>85</sup>

<sup>85</sup> C. Bezel CH Le Vigan, E. Jobard CH Saint-Brieucb, S. Berthe-Simonelli CH Bégard, D. Feldmann CHU Nantes, L. Robelet-Spiesser CHU Angers, J. Rouprêt-Serzec Robert Debré AHP, éducation thérapeutique : table ronde, hopipharm Nantes 2011.

Selon le Professeur André Grimaldi il y a cinq modes de relation soignant/soigné :

- Le registre paternaliste : face à la maladie, le médecin assure un tutorat parental pour les besoins du malade.
- La relation dite « moderne » : le médecin adopte une stratégie de traitement de l'organe malade pour une efficacité thérapeutique ou économique (« Pour cette maladie, combien vaut la T2A? »)
- La relation de réponse dépersonnalisée : Le patient est tenté d'objectiver la prestation et de décider seul de s'autodéterminer dans sa prise en charge.
- La relation de post-modernité relativiste : Deux expertises, profane et scientifique, se rencontrent et débouchent sur la confusion des positions où des différentes valeurs peuvent être confondues.
- La relation d'alliance thérapeutique : partage entre médecin et patient autour de la rencontre d'une souffrance et d'une compétence.<sup>86</sup>

Au niveau biomédical, la capacité d'identifier la maladie est une sorte de victoire qui va permettre de prescrire le traitement adéquat. Il y a toujours un risque de dérive à penser et à vouloir à la place du patient. C'est peut-être à ce moment-là que peut se jouer pour le patient sa possibilité d'entrer dans un travail de deuil de la perte de son état antérieur ou, au contraire, dans le refus de sa nouvelle réalité.

Des travaux menés, par la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques à l'hôpital cantonal universitaire de Genève, ont montré l'écart entre le langage des médecins et la compréhension des patients.

L'étude menée sur le pied diabétique montre que 50% des patients interrogés comprennent le sens de douze termes médicaux, alors que 28% des patients croient les comprendre mais le sens qu'ils leurs attribuent est différent. Ces différences entraînent des interprétations, de ces termes médicaux, éloignées de la réalité. Les termes mal interprétés par les patients, sont, en outre, attribuées aux propos de leur médecin.

La deuxième étude porte sur huit termes relatifs à l'œil chez les patients diabétiques. Le terme rétine est inconnu ou situé en dehors de l'œil par 50% des patients. Cette méconnaissance des patients peut avoir des conséquences néfastes au niveau de la prévention et du traitement précoce de la rétinopathie diabétique.

La connaissance des conceptions renseigne sur la manière qu'a le sujet de concevoir les choses et sur les moyens de compréhension dont il dispose.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> A. Grimaldi, chef de service diabétologie à la Pitié-Sapétrière, conférence du 6 novembre 2008, journée de l'Ordre des pharmaciens.

<sup>87</sup> Lacroix A, Assal JP. L'Education thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003. p25.

Un programme d'Education Thérapeutique du Patient, hors du champ spécifique de la pathologie qu'il concerne, se compose principalement des quatre éléments suivants:

- Le diagnostic éducatif
- La négociation d'objectifs
- L'intervention éducative
- L'évaluation des résultats

### **Le diagnostic éducatif :**

A l'occasion d'une rencontre avec un patient atteint d'une maladie chronique, tout praticien qui envisage qu'une intervention éducative serait pertinente pour l'aider, va se poser au moins deux questions (dans ce cadre, le médecin est prescripteur d'une action d'éducation) :

- « Comment ce patient adopte et/ou adapte-t-il ses comportements de santé ? » ;
- « Quels sont les repères utiles à prendre en compte pour organiser une intervention visant à l'aider à apprendre comment changer, améliorer ou maintenir ses comportements ? »

Cette compréhension des comportements du patient va dans un premier temps demander un recueil d'informations (description des acquis, capacité et possibilité éducative du patient) suivant quatre impératifs.

Favoriser chez le patient l'expression du vécu de sa maladie et des difficultés d'adaptation de son traitement dans sa vie quotidienne ;

Recueillir des informations précises pour prévoir des activités d'éducation correspondant à la réalité de vie du patient (stratégies d'éducation adaptatives) ;

Respecter un temps « d'explication de texte », d'information sur la démarche pédagogique envisagée, on constate souvent qu'il suffit que le soignant explique ce qu'il va faire, ce qu'il cherche, ce dont il a besoin, afin de mieux comprendre le patient, pour que ce dernier lui donne les éléments clés ;

Retrouver les facteurs décrits par les modèles théoriques auxquels il est possible de se référer pour comprendre les comportements de santé du patient.

L'un des premier modèle de prévention, le Health Belief Model, a fait l'objet de plusieurs reprises et remaniements mais permet de s'intéresser à la perspective du patient. On retient dans ce modèle quatre postulats :<sup>88</sup>

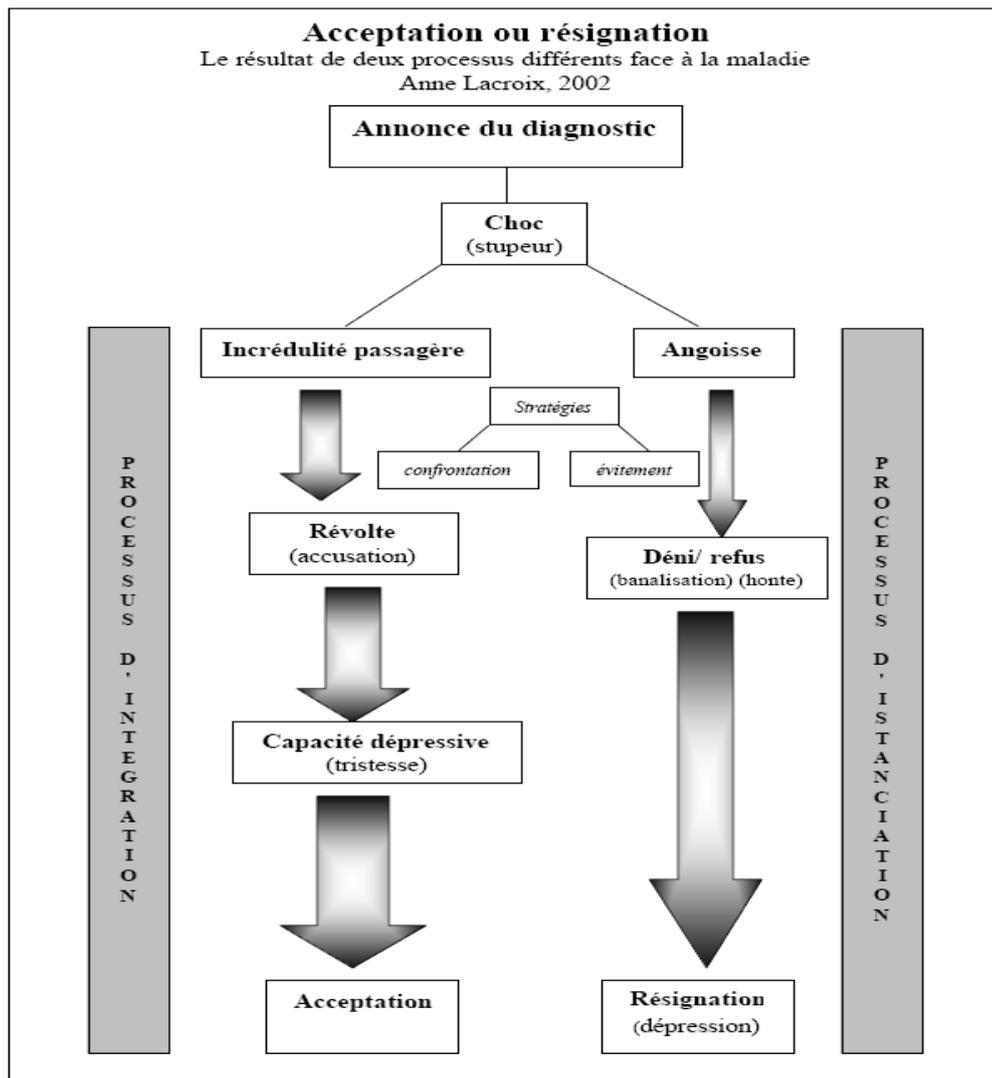
**Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :**

- **Etre persuadé qu'il est bien atteint par la maladie.**
- **Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui.**
- **Penser que suivre son traitement aura un effet bénéfique.**
- **Penser que les bienfaits du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrées par ce traitement.**

Devant la confrontation ou l'annonce de la perte de l'état de santé antérieur, le déroulement de l'état psychique du patient est présenté selon les soignants par un modèle presque stéréotypé de « stades d'acceptation ». Deux processus différents y sont décrits, le processus d'intégration et le processus de distanciation.<sup>89</sup>

<sup>88</sup> I. Rosenstock, J.V. Strecher, M. Becker: Social learning and the Health Belief Model, Health educ. Quart. Vol 15, (2), p83-175, 1988.

<sup>89</sup> Lacroix A, Assal JP. L'Education thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003. p25.



On distingue dans ce modèle la capacité dépressive décrite par Pierre Fédida, où le sujet atteint va développer un repli dépressif dynamique, dépressivité qui est inhérente à la vie psychique. Cet état psychique se caractérise par une sorte de nostalgie du vécu qui va se différencier d'un état dépressif inerte, rencontré dans le processus de distanciation par le déni, où se révèle une impuissance du sujet devant les conséquences de la maladie qu'il refuse d'accepter.<sup>90</sup>

Le modèle intégratif en psychologie de la santé décrit par Bruchon-Schweiter décrit un nécessaire ajustement par « coping ». Devant le processus d'évitement rencontré à l'annonce du diagnostic, il y a une difficulté du patient à opérer ces ajustements. Le soignant va ici aider le patient par l'écoute et l'accompagnement à s'adapter à un nouvel environnement sans impliquer une remise en cause de son état psychique.<sup>91</sup>

<sup>90</sup> Fédida P., Des bienfaits de la dépression. Paris, Odile Jacob, 2001.

<sup>91</sup> Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé, Koleck M., Bruchon-Schweitzer M. université Victor-Segalen Bordeaux2, Bourgeois M.L. IPSO, CH Charles-Perrens Bordeaux, ed Elsevier SAS, 2003.

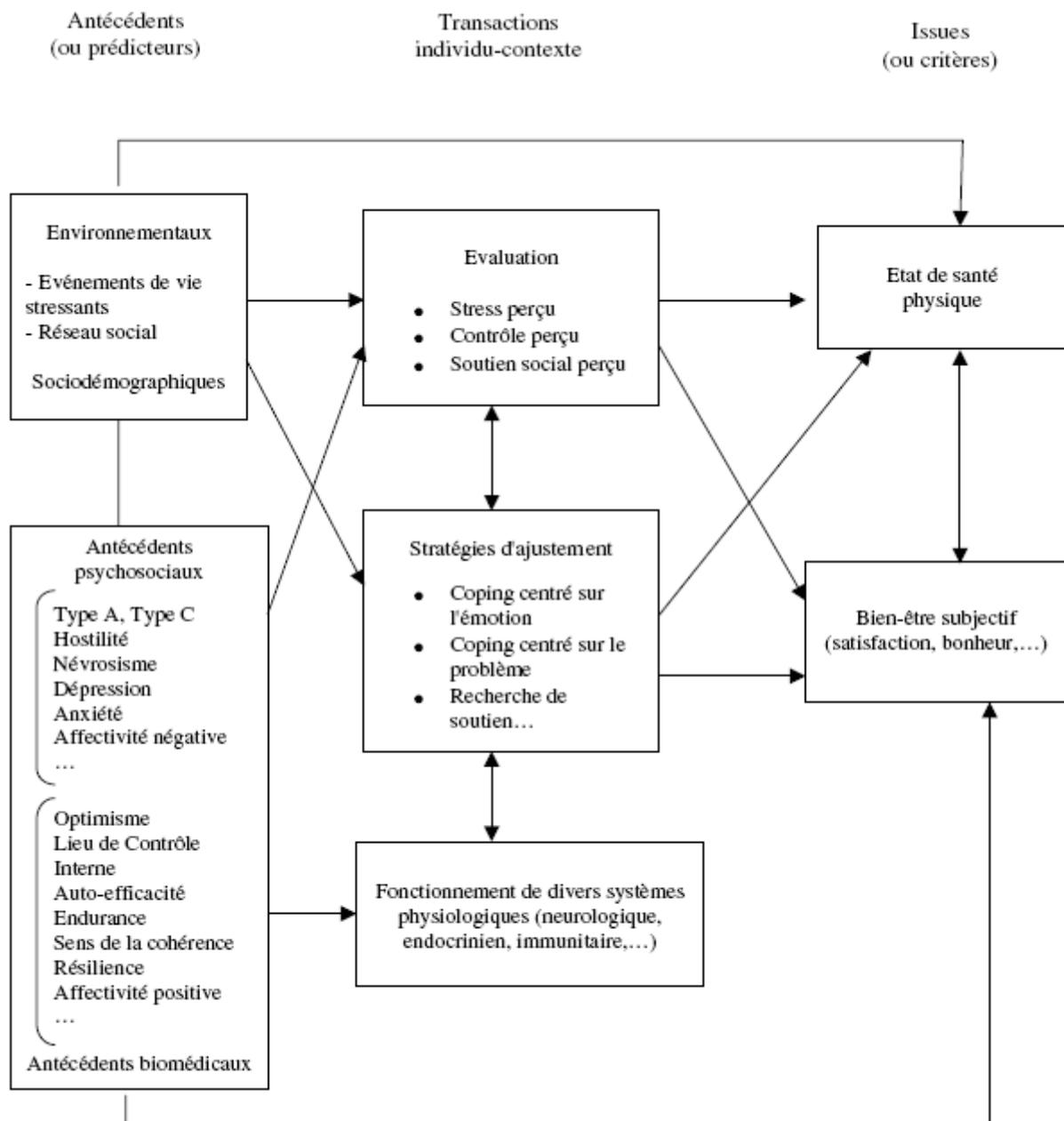


Fig. 1. Un modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, in Fisher) [3].

Face à la réaction d'évitement et au blocage, le risque d'aggravation et de complication invalidante est plus important. La confiance, l'espoir de succès thérapeutique, la crainte de complication sont autant de facteurs qui nécessitent une formation des patients et la mise en place d'une éducation thérapeutique structurée.

Les connaissances et les compétences d'adaptation du patient sont recherchées, d'abord pour aider à la bonne mise en place du plan d'action thérapeutique. Dans cette phase, un deuxième objectif réside dans l'élaboration d'un diagnostic éducatif. L'éducation du patient, qui devra permettre la participation active du malade ; la rigueur de l'apprentissage de certains gestes fait quotidiennement par l'individu comme le remplacement de poches de stomies ou l'entretien d'une trachéotomie sont autant de champs qui entrent dans les processus éducatifs auprès des patients.<sup>92</sup>

<sup>92</sup> Saout C., Charbonnel B., Bertrand D., Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport à l'attention de Madame la Ministre de la Santé, de la jeunesse, des Sports et de la Vie associative, août 2008. p35.

Aujourd'hui, un vaste arsenal de stratégies psychopédagogiques est mis en oeuvre, mobilisant aussi bien la pédagogie par objectifs, les théories de la motivation, les stratégies de « faire face » (ou de coping pour reprendre l'appellation anglo-saxonne).<sup>93</sup>

Dans la pratique, pour établir un diagnostic éducatif il faudra alors :

- Comprendre ce que le patient comprend et comment il vit avec son affection et son traitement.
- Evaluer ses capacités gestuelles, son degré de maîtrise des dispositifs techniques de surveillance et de traitement.
- Apprécier ses capacités de décision dans l'adaptation de son traitement, face aux incidents potentiels ;
- Retrouver dans les données médicales et biocliniques celles qui peuvent contribuer à définir des objectifs d'apprentissage ;
- Relever parmi les éléments de sa vie sociale, de son environnement, ceux qui soutiendront un apprentissage et ceux qui limiteront les actions possibles.

Il doit être ensuite possible de répondre aux questions suivantes :

Quel est le projet du patient témoignant d'une compréhension de sa situation de santé, susceptible de le motiver à apprendre et qui pourrait l'inciter à mettre en pratique les acquis de son éducation thérapeutique (la notion de motivation dans le projet est ici importante) ?

Quels sont les facteurs apparemment facilitants et limitants de son apprentissage, c'est-à-dire quelles sont ses potentialités à réussir les transformations utiles pour sa santé ?

Que doit apprendre le patient pour s'assurer une certaine sécurité tout en répondant à ses besoins spécifiques, et réaliser son projet ?

Exemple de question pour déterminer un diagnostic éducatif :<sup>94</sup>

Ce que le patient a comme maladie	A quel moment vous a-t-on parlé d'asthme ? Qu'avez-vous ressenti ? Avez-vous d'autre problème de santé ?
Ce que le patient fait	Avez-vous pris ou prenez-vous des dispositions particulière depuis que vous êtes asthmatique ? Quelles contraintes rencontrez-vous dans votre quotidien (en famille, au travail...) ? Quelles contraintes rencontrez-vous pour la pratique sportive ?
Ce que le patient sait	Que savez-vous de la maladie asthmatique ? Racontez moi comment se déroule une crise d'asthme ? Que savez-vous sur les différents traitements ? Qu'en pensez-vous ?
Ce que le patient vit	Comment vivez-vous avec votre asthme maintenant ? Certains patients ont du mal à prendre un traitement tous les jours. Qu'en pensez-vous ? Que pense votre entourage de votre asthme ?
Ce que le patient a comme projet	Qu'est-ce que vous aimeriez faire que votre asthme freinerait ? Qu'est ce que vous ne faites plus depuis que vous êtes asthmatique ? Qu'attendez-vous des séances du programme ?
Synthèse et conclusion : facteurs facilitants, facteurs limitants, observations.	

Tableau de détermination du diagnostic éducatif dans l'asthme :réseau asthme Loire Atlantique.

<sup>93</sup> E. Jouet, L. Flora, O. Las Vergnas, Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse, 2010, p21

<sup>94</sup> Formation continue Form'UTIP, éducation thérapeutique du patient, application chez un patient asthmatique, 2011, p58.

Ainsi on définit par un accord mutuel les compétences attendues par les soignants qui sont les plus pertinentes et les plus réalistes.

Dans la mesure où il ne peut pas y avoir d'éducation à l'insu d'une personne, il s'agit d'un engagement mutuel. Il faut aussi considérer dans cette relation éducative qu'un patient puisse devenir et être un expert de sa maladie. Le contrat d'éducation qui est passé avec le patient précise :

- Le rapport que l'on souhaite établir tout en définissant le rôle de chacun ;
- La part fondamentale de la participation active du patient dans son éducation et la gestion de son traitement ;
- Les expériences à conduire, ensemble, pour renforcer les compétences du patient et également celles du soignant dans son rôle d'éducateur avec le patient.<sup>95</sup>

### **La négociation d'objectifs :**

L'engagement d'apprentissage qui est amorcé avec le patient présentera des caractéristiques cognitives et émotionnelles mobilisées par le patient pour réaliser des soins quotidiens sur lui-même et sur une longue période. Deux hypothèses se posent, en premier lieu, le soignant peut interférer dans un apprentissage qui s'intéresse à la maladie, au corps, à la chronicité, au pronostic vital, qui se différencie, notamment dans son intention, d'un apprentissage aux finalités scolaires ou professionnelles. Ensuite si chaque maladie nécessite des soins spécifiques et des conduites particulières, il existe des invariants en terme d'apprentissage dans le champ des maladies chroniques avec la même connaissance de situation-problème.<sup>96</sup>

On les retrouve dans les exemples suivants :<sup>97</sup>

**Difficultés d'adaptation psychosociale liée à la maladie :**  
**Etre confronté au regard d'autrui sur sa différence.**  
**Voir apparaître des changements, voire des dysfonctionnements au sein du système familial.**  
**Ne plus se reconnaître dans la personne malade que l'on est devenue (changement de rôle social)**  
**Ne plus se reconnaître dans le regard renvoyé par autrui. (surprotection...)**  
**Ressentir des limites, les identifier, dans le meilleur des cas les accepter.**  
**S'interroger sur le sens de sa maladie, de sa vie et de sa place dans le monde.**  
**Etre confronté à consentir des renoncements, parfois essentiels.**  
**Se sentir exclu et/ou privé de capacité décisionnelle.**

Il n'est pas toujours aisé d'identifier ce qui constitue les spécificités d'un apprentissage du patient. Face aux résistances qui peuvent se présenter, l'intention est d'identifier quelques caractéristiques pour concevoir les interventions éducatives auprès du patient adaptées à son propre apprentissage, qui a « créé sa propre forme », en évitant un risque de confrontation et d'échec du contrat. En ce sens il peut être utile de redéfinir les objectifs à atteindre.<sup>98</sup>

La pratique d'activité physique s'intègre dans la prise en charge globale du patient obèse et dans une séquence thérapeutique : elle sera prioritaire chez un patient obèse après une perte de poids importante, mais peut apparaître relativement secondaire, dans un premier temps, pour un patient dont les troubles du comportement alimentaire et le contexte sont au premier

<sup>95</sup> Gagnayre R., Traynard P.Y., L'éducation thérapeutique du patient. Encycl Med Chir, Traité de médecine aKos, 16<sup>e</sup> numéro, oct.-nov.-dec., 2002 ; p7-p1027.

<sup>96</sup> Tardif J., Le transfert des apprentissages. Les éditions logiques, Québec, 1999. p86.

<sup>97</sup> I. Aujoulat, « Vers la définition de compétences transversales favorisant le processus d'adaptation psychosociale des patients à leur maladie » Paris, communication orale, DELF, 2004.

<sup>98</sup> P.Carré, A.Moisan, D.Poisson, L'Autoformation. Paris, PUF, « éducation et formation », 1997, p36-37.

plan. Il est indispensable d'expliquer, par exemple, à un patient obèse, qu'au niveau d'une pratique la plus envisageable, l'activité physique fait peu « maigrir », et que la perte de poids n'est pas l'objectif visé en première intention. Ou encore, à un patient ayant une dyslipidémie que l'effet attendu est la prévention des complications cardiovasculaires auxquelles il est exposé, plus qu'un abaissement du niveau de cholestérol-LDL. Ceci évitera que le patient se place dans une pratique inadaptée et qu'il soit déçu en n'atteignant pas un objectif irréaliste. L'activité physique comme objectif de santé est à déterminer avec le patient. Cet objectif sera un compromis entre l'idée initiale du patient, ce qui est médicalement envisageable de façon raisonnable, ce qui est possible compte tenu du contexte ainsi que les « antécédents » de pratiques sportives.

Différents objectifs sont envisageables et à réévaluer en fonction du suivi : maintien du poids, amélioration de la dyspnée d'effort, amélioration de l'HbA1c en cas de diabète. L'augmentation du niveau d'activité physique n'est pas l'objectif en soi, mais un moyen qui permettra d'atteindre un objectif de santé en association avec les autres axes de prise en charge de l'obésité. Il est important de déterminer des objectifs par « micro-objectifs » qui permettront une évolution par « petits pas » pour chaque patient.<sup>99</sup>

Un exemple d'objectif négocié avec le patient autour de l'asthme peut se présenter ainsi : Après avoir établi avec le patient comment il considère sa maladie et ce qu'il sait de sa maladie et de son traitement, il faut connaître ses attentes personnelles et lui proposer un objectif :<sup>100</sup>

Savoir comment réagir selon les différents besoins d'apprentissage des patients et pour assurer leur prise en charge, des objectifs spécifiques peuvent être aussi définis :

- Observance du traitement de fond

- Manipulation du dispositif d'inhalation

- Gérer les facteurs à l'origine de la crise (pollen, animaux, éviction des acariens...)

Cet objectif est par la suite contrôlé dans sa réalisation : pour éviter un échec et une révision d'un objectif inadéquat, incomplet ou insuffisant, cinq éléments sont à prendre en compte :

- Le caractère réalisable par le patient de l'objectif

- Le caractère mesurable de cette réalisation, (prise tous les jours...)

- Le caractère spécifique de l'objectif selon les besoins du patient

- Le caractère adéquat par rapport à la prescription (un succès de cet objectif n'assure pas la complète prise en charge. Il peut néanmoins constituer une étape intermédiaire)

- Le caractère daté du contrôle (la régularité et la fréquence mensuelle facilite l'adhésion)

Il est fondamental pour un praticien de bien connaître la pathologie pour pouvoir rassurer son patient et de ne pas transmettre des idées fausses. L'éducation des soignants peut se faire par le biais des études, de la formation médicale continue, de la lecture de journaux scientifiques. Une mauvaise adhésion des médecins, un refus des patients, une opacité des outils de formation vont former des obstacles aux « bonnes pratiques » d'éducation.<sup>101</sup>

Selon le modèle de D'Ivernois et Gagnayre, on distingue 2 types d'objectifs :

- Les objectifs de sécurité : ils concernent ce qui évite les accidents, ce qui retarde la survenue de complications. Ils sont fixés par le soignant et sont mis en place si nécessaire en plusieurs étapes pour être réalisés mais ces objectifs sont non négociables.

- Les objectifs spécifiques : améliorer sa situation, se sentir mieux. Ils sont fixés par le patient, adaptés à chaque patient et négociés de manière réaliste.

<sup>99</sup> JM. Oppert, P. Dalarun, Activité physique et traitement de l'obésité. In A. Basdevant, B. Guy-Grand (ed), Médecine de l'obésité. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2004. p222-227.

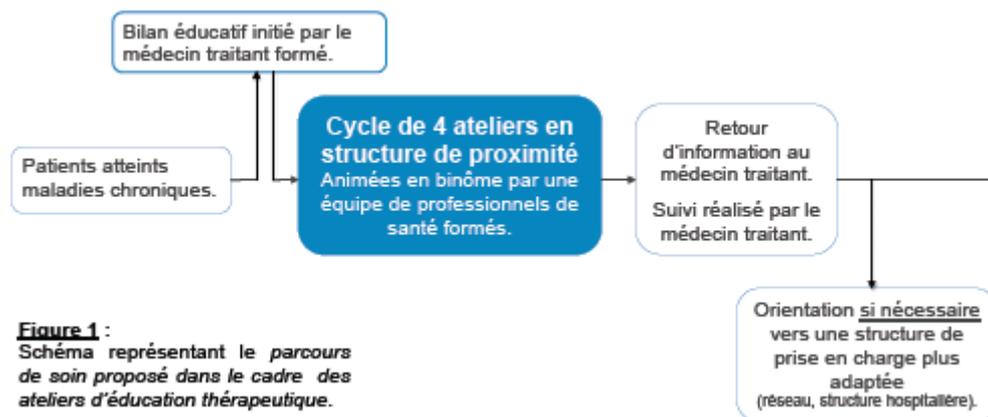
<sup>100</sup> Formation continue Form'UTIP, éducation thérapeutique du patient, application chez un patient asthmatique, 2011.

<sup>101</sup> MD. Cabana, CS. Rand, NR. Powe, AW. Wu, MH. Wilson, PA. Abboud, HR. Rubin, Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement. JAMA 1999 ; 282 : p1458-1465.

## L'intervention éducative

Le patient s'impliquera d'autant plus qu'il éprouve de l'intérêt et de la curiosité à l'égard de l'apprentissage proposé. S'il peut saisir ce qu'il peut en faire, si les nouveaux savoirs lui apportent un « plus » sur le plan de l'explication, de la prévision ou de l'action.<sup>102</sup>

Suivant les recommandations de la HAS, on pourra schématiser une modélisation des différentes étapes d'une éducation thérapeutique :



Benoît Saugeron, URPS médecins libéraux NPdC, modélisation des différentes étapes d'ETP

Pour que le problème de santé prenne du sens chez la personne, il faut qu'elle se sente concernée personnellement. Une approche fondée principalement sur l'information, la persuasion se heurte aux résistances du patient. On peut obtenir de meilleurs résultats en aidant le patient à faire émerger ses choix, préciser son projet de vie et se projeter dans le futur. Le patient peut alors mesurer le décalage entre son comportement actuel et son projet.

En pratique on s'appuie sur des outils qui stimulent les évocations et l'imaginaire :

Le photolangage ou photoexpression : le principe consiste à demander au patient de choisir parmi une série de photos celles qui constituent un danger et celles qui représentent à ses yeux la bonne santé. La notion de risque peut prendre son caractère virtuel pour devenir progressivement une menace tangible.<sup>103</sup>

Une série de photographies illustrant des situations à risque permettent au patient de préciser celles qui le concernent, d'en découvrir d'autres qu'il ne soupçonnait pas et de clarifier les liens entre ces facteurs et le déclenchement des symptômes.

On retrouve aussi d'autres méthodes comme l'utilisation de meta-plan ou les éléments positifs et négatifs sont notés sur des post-it, regroupés et dépouillés par l'animateur afin d'en discuter ensuite. Egalement la méthode des abaqués de Régnier où chaque participant émet une critique sur des affirmations concernant le traitement, ensuite les critiques sont développées et argumentées avec le groupe.

<sup>102</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS,2009.239p.

<sup>103</sup> I. Durack-Bown, P. Giral, JF D'Ivernois et al., Patients and physicians' perceptions and experience of hypercholesterolaemia: a qualitative study. Br J Gen Practice 2003; 53: p851-857.

On peut également s'appuyer sur des outils fondés sur des mises en situation : des études de cas. Le principe consiste à soumettre aux patients des cas-problèmes qui doivent permettre de s'entraîner à l'analyse et à l'interprétation des données. A partir d'une situation relativement complexe inspirée d'une situation réelle, les patients sont invités à confronter leurs idées, exercer leurs capacités d'analyse et de décision. Les problématiques qui sont traitées sont :

- La reconnaissance des facteurs ayant déclenchés une poussée ou une aggravation
- L'évaluation de la sévérité des situations
- Le choix des mesures thérapeutiques à mettre en œuvre

Des questions vont être formulés pour :

- Aider à l'analyse quand celle-ci est difficile ;
- Ou reformuler de manière structurée ce qui a déjà été proposé dans l'analyse directe.

Ex : Pierre a 52 ans, il est diabétique depuis 5 ans et prend des comprimés trois fois par jour. Il part au Japon en voyage d'affaire. Arrivé à l'hôtel, il s'aperçoit qu'il a oublié son lecteur de glycémie. Le soir, il est invité au restaurant où ses homologues japonais lui offrent un véritable repas de fête : dégustation de différents plats traditionnels servis avec du saké. Les repas copieux, les longues réunions, et les effets du décalage horaire, vont déboussoler Pierre. Il ne sait plus quand il doit prendre ses comprimés, et les avale quand il y pense. Après trois jours, il se sent fatigué, nauséux et s'inquiète de sa glycémie.

1. Quel est le problème de Pierre ?
2. Quels sont les risques encourus par Pierre ?
3. A quoi peut-on attribuer les symptômes de Pierre ?
4. Que faut-il faire lorsqu'on envisage un tel voyage ? <sup>104</sup>

Les études de cas permettent d'impliquer indirectement les patients ce qui favorise l'analyse et l'énoncé de conseils. <sup>105</sup>

Concernant l'apprentissage de gestes ou de techniques, la méthode courante consiste à recourir à une démonstration par une personne experte (connaissances des dispositifs et des notices d'utilisation). Pour le pharmacien, au-delà de l'explication détaillée des gestes et appareils, cela prend la forme par exemple d'une prise de rendez-vous avec le patient à la pharmacie (extemporané ou dans la journée selon les temps de prises) pour permettre au patient de prendre effectivement sa dose de médicament prescrit (nébuliseur, aérosol) ou pour l'utilisation d'un examen (appareil de glycémie) selon les bonnes pratiques avec l'assistance du pharmacien. La procédure consistant souvent à expliquer étape par étape le protocole décrit dans la notice, en contrôlant et en décrivant les étapes qui seraient mal comprises, tout en gardant à l'esprit que le patient doit développer sa technique de prise et qu'il ne faut pas se substituer à lui en lui administrant le médicament. Il sera nécessaire de donner plusieurs rendez-vous à des fins de contrôle et pour s'assurer de la complète autonomie de maîtrise de la technique par le patient.

La portée des apprentissages peut être renforcée si est proposé un travail d'éducation des différentes étapes. Il est possible d'utiliser une série de photos ou d'illustrations représentant chacune l'un des gestes de la technique à accomplir que le malade sera invité à classer dans le bon ordre en l'amenant à réfléchir à sa démarche. <sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés2ed Elsevier Masson SAS, 2009.247p.

<sup>105</sup> guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS, juin 2007

<sup>106</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés2ed Elsevier Masson SAS, 2009.249p.

## GÉRER SON TRAITEMENT ANTI-TNF $\alpha$ AU QUOTIDIEN

L'injection d'un anti-TNF $\alpha$  doit se faire selon une méthode soigneuse en respectant bien toutes les étapes.

NOUS VOUS PROPOSONS DE REMETTRE DANS L'ORDRE LES VIGNETTES SUIVANTES AFIN DE RESPECTER LES RÈGLES D'INJECTION.

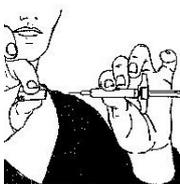


Illustration n°1

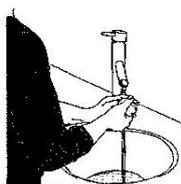


Illustration n°2

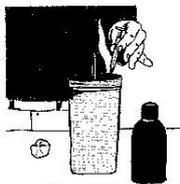


Illustration n°3

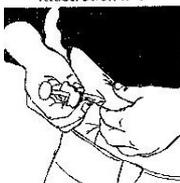


Illustration n°4



Illustration n°5



Illustration n°6



Illustration n°7

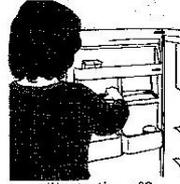


Illustration n°8

Dans quel ordre agiriez-vous ?

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Illustration n° \_\_\_\_\_

Programme ETP patients souffrant de polyarthrite rhumatoïde.

Cet outil peut s'adapter à la maîtrise de la technique d'instillation des collyres, ce qui sera évoqué dans la partie 2.

On peut définir pour ce type d'outil un schéma type des étapes d'une séquence éducative :<sup>107</sup>

Énoncer le type d'activité et l'objectif

Décrire le déroulement, préciser la consigne

Lancer l'activité en veillant à favoriser l'expression individuelle de chaque participant

Effectuer une synthèse et reformuler les idées du groupe en prenant en compte toutes les propositions

Conclure en apportant les messages-clés correspondant aux connaissances scientifiques ou aux pratiques à retenir.

Les études menées à la Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladie Chronique de l'hôpital universitaire de Genève montrent que les diverses situations-problèmes dans un travail de groupe ne doivent pas réduire les apprenants au simple rôle d'exécutant. Selon Philippe Meirieu, les interactions entre les individus par un investissement collectif vont favoriser la construction du savoir.<sup>108</sup>

<sup>107</sup> O. Baron-epel, D. Levin-zamir, C. Satran-argamana et al., A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. Patient Education and Counseling, 2004; 54: p213-219.

<sup>108</sup> A. Lacroix, JP. Assal, L'Éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003, p135.

Fiche technique :enseigner et former les malades Créer des activités qui favorisent l'apprentissage Definition : Dans un cours, on désigne par « activité des patients » un moment pendant lequel les patients sont confrontés à un problème clinique ou de la vie courante qu'ils doivent analyser et résoudre.		
Exemple d'activités	Opérations mentales engagées	Eléments opératoires évalués
Les patients manipulent, examinent, trient, choisissent, classent certains objets en catégories.		
Les patients manipulent, examinent un objet puis essayent de l'utiliser.		
Les patients répondent à une suggestion de l'enseignant. Ils exécutent un tâche particulière.		
Dans le cadre d'une activité « métaphorisée », l'enseignant demande aux patients quels liens pourraient exister avec leur propre réalité. Ils déchiffrent et tentent d'expliquer en quoi la tâche correspond à l'aspect de la maladie qui est à comprendre.		
L'enseignant propose de faire recréer et d'explicitier une situation-problème par les patients. La réalité de la maladie est analysée et peut être intégrée dans une séquence d'activité organisée par les patients.		
Avant l'activité : L'activité doit être obligatoirement précédée de consignes les plus précises possibles. L'expérience montre qu'elles ne le sont jamais assez. Suite à l'activité : le feed-back ou la mise en commun des résultats est un moment capital où l'enseignant favorise l'expression verbale des patients : l'enseignant les sollicite, les encourage, les écoute, et reformule leurs propos. Il renforce les bons résultats, il gère les erreurs.		

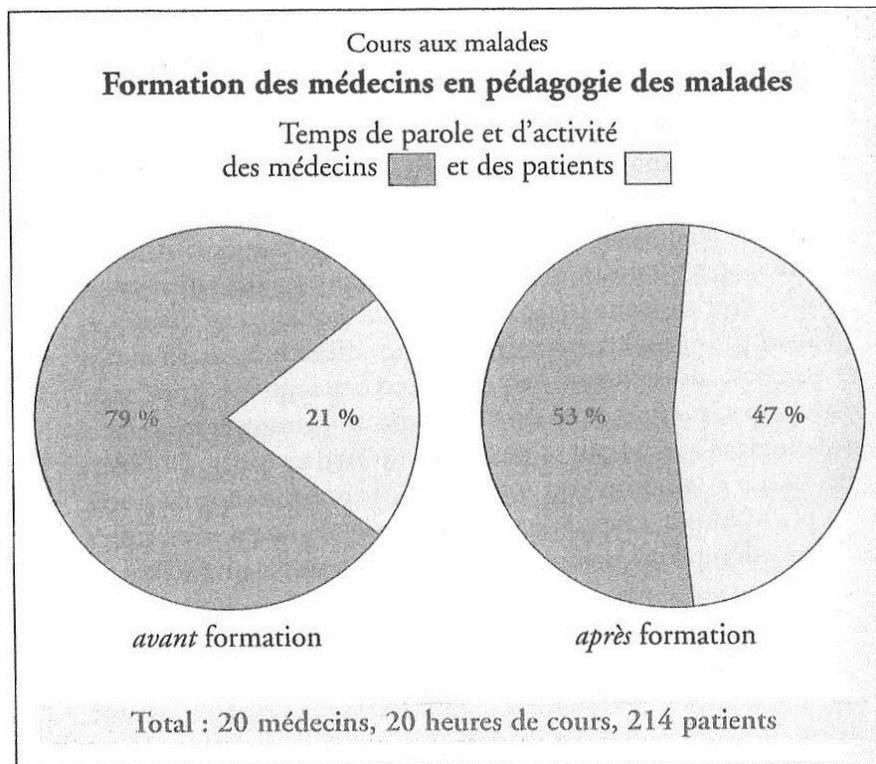
Anne Lacroix, Stéphane Jacquemet, Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, HU Genève.

Prescrire un médicament à un patient qui ne veut pas se soigner est inutile. De même les stratégies de changement comportemental ne seront pas assimilées et/ou réalisées si le patient n'a pas envie de changer.

L'éducation thérapeutique ne peut et ne doit pas se résumer à des savoirs. Les soignants doivent être disponibles pour s'adapter sans cesse aux patients, à leurs capacités et rythme d'apprentissage ; ils doivent repérer tout ce qui peut entraver l'acquisition de nouvelles compétences, en particulier ils doivent être sensibles à la charge émotionnelle que peut représenter la maladie chronique pour le patient.

Les images de cours enregistrés montrent au bout de peu de temps d'exposé magistral, certains patients paraissent absents et marquent des signes de fatigue et d'ennui. Les analyses des cours donnés par dix médecins, à dominante magistrale, montrent une parole occupée à 79% par les médecins. Suite à une formation pédagogique, les cours ont montré un partage presque égal du temps de parole avec 53% par les médecins et 47% par les patients. Pour favoriser la prise de parole des apprenants, le rôle du formateur consiste à intensifier les interactions des participants entre eux où peuvent se confronter des points de vue et des expériences différentes. Les formes de travail qui impliquent de telles interactions favorisent la décentration par la prise de conscience qu'il existe différents points de vue. <sup>109</sup>

<sup>109</sup> D. Noyé, J. Piveteau : Guide pratique du formateur, INSEP ed., Paris, 1987.



évolution de la pratique pédagogique par la formation : Noyé et Piveteau, 1987.

La motivation à changer de comportement est une balance motivationnelle composée de deux plateaux qui évolue dans le temps.<sup>110</sup>

Chacun d'entre nous peut être motivé pour faire quelque chose un jour et ne plus l'être le lendemain. Rollnick et Miller décrivent deux facteurs essentiels dans la motivation :<sup>111</sup>

L'importance que revêt pour soi le changement

La confiance en soi pour changer

Ces deux facteurs sont, eux-mêmes, constitués d'items : dans l'exemple du sevrage tabagique

Conscience que fumer est mauvais pour la santé

Conscience des risques de complication pour sa propre santé

Influences externes/internes

Avantage et renforcement à ne pas fumer

Inconvénient à l'arrêt du tabac

Attitude par rapport à l'arrêt du tabac

Confiance en soi générale

Confiance en soi dans le succès du sevrage

Attitude personnelle face au « faux-pas »

L'entretien motivationnel se propose d'agir sur ces paramètres afin d'aider le patient à avancer vers l'arrêt, plus rapidement que s'il le faisait seul. Pour réussir cet entretien il est nécessaire de connaître le degré de motivation qui peut être très varié d'un patient à l'autre lors d'une consultation de tabacologie. Ce degré de motivation peut être évalué en demandant au patient de coter sa motivation sur une échelle analogique (de 0 à 10). Des questionnaires de motivation ont également été développés comme l'échelle Q-MAT.<sup>112</sup>

<sup>110</sup> P. Dupont, Rôle du médecin généraliste chez l'ex-fumeur. Revue Prat 2003 ; 623 : p1083-1086.

<sup>111</sup> S. Rollnick, W.R. Miller. What is motivational interviewing? Behavior and Cognitive Psychotherapy 1995; 23 : p325-334.

<sup>112</sup> G. Lagrue, P. Légeron, P. Dupont. La motivation à l'arrêt du tabac : comment l'évaluer et la faire évoluer. Entretiens de Bichat 2001. Médecine, p46-48.

L'interrogatoire doit être complété par la demande faite au patient de ses motifs aux changements, le professeur Robert Molimard décrit chez les fumeurs une difficulté à connaître les fondements de leur propre motivation, les plus fréquemment cités étant : <sup>113</sup>

La santé : risque de maladies graves, sexualité, fertilité ;

L'intoxication de l'entourage ;

L'aspect physique : visage, dents, doigts, voix

La liberté retrouvée ;

Les finances

L'estime de soi

L'image sociale

Cet entretien est développé pour aider une personne à se motiver, à s'investir dans son parcours de soins, et non une technique pour motiver quelqu'un qui refuse tout changement excluant tout parcours de soins avancé par le soignant. L'inefficacité d'un argument tient à deux raisons :

Les arguments avancés ne sont pas toujours des motifs pertinents pour l'interlocuteur.

Devant l'hésitation à changer de comportement, il y a déjà présence d'arguments pour changer de comportement et des arguments contre ce changement.

Il est plus utile de rechercher avec empathie des réponses aux questions du patient que de lui apporter toujours d'avantage d'arguments. Il faut savoir manifester son désaccord devant un décision inadaptée, ne pas chercher à vaincre toute résistance au changement qui sera vécu comme une déconsidération par le patient, laisser le patient choisir son rythme sa méthode et la date de début de sa démarche pour lui laisser le contrôle de son sevrage. Il est utile au cours du sevrage de valoriser tout objectif atteint, de conseiller la gestion de l'anxiété, de mesurer l'importance des repas. L'entretien est plus facile en optant pour des questions ouvertes : « Parlez-moi de votre consommation de tabac » plutôt que « combien de cigarettes fumez-vous par jour ? ». Il est aussi utile de reformuler les propos du patient pour l'aider dans sa propre définition de sa démarche.

L'entretien motivationnel est un ensemble de pratiques proposées aux cliniciens pour aider les patients à modifier un comportement. Trois approches combinées au cours de tels entretiens sont à considérer.

- La collaboration qui implique un partenariat qui valorise l'expertise du patient. La confrontation visant à imposer une prise de conscience s'oppose à cette approche.
- L'évocation où les buts et les valeurs du patient sont sources de sa motivation et font l'objet de mise à jour selon ses propres perceptions
- L'autonomie où le patient a la capacité de faire un choix éclairé.

Quatre objectifs seront alors visés :

- Exprimer l'empathie témoignant de la compréhension du soignant pour le patient.
- Conduire une prise de conscience de la divergence entre un comportement actuel et les recommandations de santé, ainsi le patient mesure les bénéfices d'un objectif de changement.
- Prendre en compte les résistances, le soignant est confronté aux assises du comportement actuel qu'il ne faut pas ignorer ou dénigrer directement, au risque de dévaloriser tout type comportement sans distinction chez le patient.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle en accordant du crédit aux capacités du patient à surmonter des difficultés et à réussir son changement de comportement.<sup>114</sup>

---

<sup>113</sup> R. Molimard. La Fume. Paris, Sidès, 2003, p175.

<sup>114</sup> S. Rollnick et al. « Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation » InterEditions-Dunod, Paris, 2009, 247p.

Chez le patient lombalgique il existe des programmes adaptés appelés programmes de rééducation à l'effort (PRE). Leur durée est de 5 à 6 heures par jour pour une période de 3 à 6 semaines. L'objectif principal de ces programmes est de remettre ces patients en confiance afin qu'ils puissent reprendre leurs activités physiques et professionnelles. Les objectifs secondaires sont la restauration des capacités physiques, cardiovasculaires, psycho-comportementales. Le patient est averti que le but n'est pas de faire disparaître ou de diminuer la douleur mais d'apprendre à la gérer au quotidien. Il s'agit donc d'une démarche volontaire et active du patient. Ces programmes reposent sur une prise en charge pluridisciplinaire avec médecins, rééducateurs, ergothérapeutes, diététiciens, assistantes sociales, psychologues et en collaboration avec le médecin du travail. Une étude randomisée a montré que ces programmes ont des résultats équivalents à ceux de la chirurgie sur le taux de reprise du travail.<sup>115</sup>

Le praticien peut prendre la mesure de sa relation médecin-malade après une consultation pour améliorer l'alliance thérapeutique qu'il établit avec son patient. L'objectif est que le patient se sente compris dans le vécu qu'il a de sa maladie et qu'il soit attentif à l'aide que lui apporte son médecin :<sup>116</sup>

8 questions destinées au médecin pour améliorer l'alliance thérapeutique avec son patient diabétique.

Avez-vous pris un peu plus de temps, pendant votre consultation, pour écouter votre patient (même si le temps total n'a pas été plus long) ?
Avez-vous eu l'occasion de répondre à des questions de votre patient se rapportant à des interrogations d'ordre personnel (et non général) sur son diabète ?
Avez-vous cherché à connaître des particularités de la vie de votre patient, autres que les caractéristiques cliniques de son diabète ?
Avez-vous montré votre bonne volonté pour mieux comprendre votre patient ?
Avez-vous manifesté votre empathie à votre patient (partage émotionnel de ce qu'il ressent) ?
Avez-vous valorisé ce que votre patient avait (malgré tout) réussi à faire ?
Avez-vous fait des concessions à votre patient (contraintes thérapeutiques plus adaptées, hygiène de vie) ?
Avez-vous laissé au moins un choix au patient dans les objectifs fixés ?

Eduquer un patient, ce n'est pas lui prescrire un régime ou lui remettre une fiche de conseils. L'éducation apparaît comme le moyen de considérer le patient comme un sujet actif et non comme un individu standardisé.<sup>117</sup>

Pour permettre au patient de s'approprier des connaissances diététiques et de leur conférer un sens dans un projet de vie, l'éducateur doit s'interroger sur la capacité du patient à modifier son comportement sans effort. Aussi, l'éducateur ne doit pas solliciter le patient à attenter à l'intégrité de la personne, ni l'angoisser, ni lui retirer tout plaisir de manger, ni la priver d'autonomie, ni de liberté par des règles diététiques intransigeantes, injustifiées ou plus délétères que les conséquences liées à la maladie elle-même.<sup>118</sup>

<sup>115</sup> O. Rivero-Arias, H. Campbell, A. Gray, J. Fairbank, H. Frost, J. Wilson-MacDonald. Surgical stabilisation of the spine compared with a program of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: p1239-1244.

<sup>116</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.86p.

<sup>117</sup> N. Masseboeuf et al., Recommandation ALFEDIAM paramédical/ADLF : éducation diététique du diabétique de type 2, 2003.

<sup>118</sup> N. Masseboeuf, Diététicien : éducateur du patient et pédagogue de l'alimentation. Actes de la journée IPCEM, 2004, p32-36.

Le patient doit comprendre qu'il s'agit d'une compétence qu'il doit pouvoir mobiliser dans sa vie quotidienne. Les objectifs pédagogiques ne doivent pas être confondus avec les objectifs diététiques. Quelques exemples sont décrits dans le tableau suivant :<sup>119</sup>

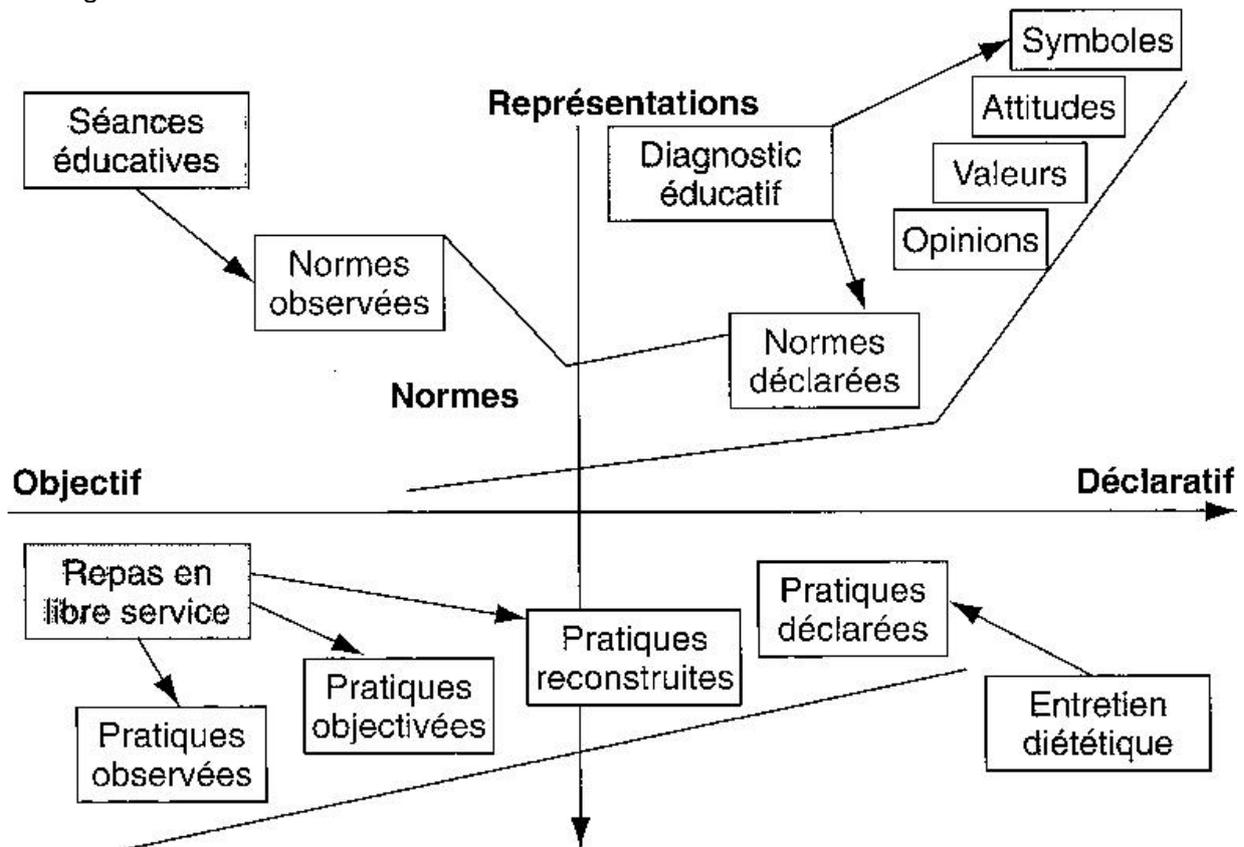
Patient	Caractéristiques alimentaires	Objectif diététique	Objectif pédagogique
Madame A. 52ans, secrétaire, enfants et petite-fille. Découvert diabète Type 2 IMC = 32 Conviviale.	N'a jamais fait de régime aime cuisiner les plats en sauce, aime charcuteries et fromages	Diminuer la quantité de graisses consommées	Etre capable de diminuer la quantité de matières grasses dans les recettes habituelles
Monsieur B. 68ans, retraité. Vit seul, fait du bricolage. Aggravation du diabète de type 2 (Hba1c = 11%) A perdu 7kg récemment. Traditionnel	Se fait à manger Mange à table, repas : plat et fromage. Ne grignote pas.	Maintenir l'alimentation habituelle sans la réduire	Etre capable de s'injecter une dose prescrite d'insuline lente au coucher
Monsieur C. 42ans, marié, 2enfants, gérant d'entreprise MCV dans la famille, poids normal. Anxieux.	Repas d'affaires le midi, rentre tard le soir, repas froid. Aime tout.	Manger de façon équilibrée	Etre capable de composer un repas équilibré à partir d'une carte de restaurant
Madame D.48ans,célibataire Artiste peintre, obèse (IMC = 40) toujours pressée	Pas d'horaire de repas sandwich le midi, se lève la nuit pour peindre	Reguler les prises alimentaires	Etre capable d'élaborer un sandwich adapté
Madame E. 33ans, Vendeuse dans un magasin de vêtement. Souhaite maigrir (IMC = 25) Exubérante	Consomme seulement des « allégés », pas de petit déjeuner, brasserie le midi, affamée le soir, mais dit qu'elle ne mange pas.	Utiliser les produits allégés à bon escient	Etre capable de déchiffrer la composition des aliments sur les étiquettes alimentaires.
Monsieur F. 63ans, marié retraité diabétique de type 1 depuis 30 ans(Hba1c=7,3%) Se sent faible. Déprimé.	Pèse les aliments. Pain 40g 3/J, féculent 100g/J, aucun dessert sucré, pas de boisson alcoolisée, refuse les invitations	Consommer un dessert sucré	Etre capable d'évaluer la quantité d'insuline rapide pour un dessert.

La HAS précise que ces acquisitions et capacité d'adaptation s'intègrent dans un ensemble plus large de compétences psychosociales. Ainsi, le diététicien pédagogue se réfère à des compétences bien particulières dans les rôles de révélateur, de facilitateur et de médiateur pour élaborer efficacement une stratégie nutritionnelle.<sup>120</sup>

<sup>119</sup> JF. D'Ivernois, R. Gagnayre. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Paris, Maloine, 2<sup>ème</sup> ed., 2003.

<sup>120</sup> N. Masseboeuf, Diététique et éducation thérapeutique : rôle du diététicien. Nutrition et facteurs de risque 2004 ; 2 : p21-25.

Stratégie nutritionnelle et niveaux de fait alimentaire :



Un autre exemple traitant des patients diabétiques présentant une neuropathie des membres inférieurs permet d'appréhender les difficultés de l'éducation thérapeutique. Ces patients ont un risque d'amputation en cas de blessure même minime. Il est donc indispensable que les patients sachent s'occuper de leurs pieds, se chauffer, éviter toute blessure.

Un enseignement classique n'est pas adapté à ce sujet où l'on veut transmettre un savoir-faire. La conduite d'un atelier va aider le patient dans son apprentissage, mais confronte le soignant à un modèle éducation différent des études et aux difficultés que l'on peut rencontrer dans l'animation d'un groupe de patients.

Différents objectifs visant à acquérir les bons gestes sont à transmettre :

- Savoir utiliser les bon ustensiles
- Apprendre à éviter les gestes blessants
- Savoir couper ses ongles
- Savoir traiter les callosités
- Eviter les bains de pied (qui favorisent la macération)
- Savoir traiter une mycose interdigitale.

Les outils pédagogiques seront les matériels liés aux soins : pinces, ciseaux, coupe-ongles, crème, sparadrap, des objets insolites (économe, papier à poncer abrasif). L'atelier permettant aux patients de discuter de leurs pratiques à partir de ces outils, et de les amener à corriger leurs erreurs.

- L'atelier se déroule autour d'une table permettant les échanges entre les patients
- L'objectif est de rendre le patient actif, l'animateur demande aux patients ce qu'ils utilisent et comment ils procèdent. Quels outils sont adéquats et pour quelles raisons.
- Permettre également les échanges entre les patients
- Répondre aux questions posées après que le groupe y ait réfléchi. L'animateur reformulera les questions et poussera le groupe à la réflexion
- Connaître les pratiques des patients pour les corriger

- Se servir des expériences vécues pour amener une réflexion du groupe et identifier les gestes à faire ou à ne pas faire.
- Faire la synthèse.

Les principales difficultés rencontrées sont :

- De limiter le nombre de messages à transmettre. Une accumulation d'informations conduit à perdre le message essentiel. Les questions des patients peuvent aussi pousser l'animateur à se disperser et l'éloigner du sujet.
- De ne pas prendre un rôle « d'enseignant ». Il faut capter la parole du patient, l'animateur doit parler moins que les patients.
- Faire parler l'ensemble des participants, certains patients sont hésitants pour s'exprimer en groupe et d'autres vont chercher à avoir toutes les réponses. L'animateur doit garder toujours en tête l'objectif pédagogique et recentrer les discussions pour l'ensemble du groupe.<sup>121</sup>

#### Différences pédagogiques selon le type de centration

	Méthode centrée sur le soignant	Méthode centrée sur le patient
Méthode	Frontale, verticale	Constructive
Objectifs	Identiques quels que soient les groupes	Limités, adaptés à chaque individu
Rythme	Celui de l'enseignant	Celui de l'apprenant
Savoir	Celui de l'enseignant : Savoir livresque « transmettre n'aide pas à apprendre »	Explorer le savoir de l'apprenant, le prendre en compte. Apprentissage du savoir basé sur l'expérience : Acquisition d'un savoir-faire
Langage	Celui de l'enseignant	Reprenant le langage de l'apprenant. Nécessité de confrontation sur le sens des mots « traduire pour être compris »
Contenu de l'enseignement	Le plus exhaustif possible	Adapté aux besoins individuels des apprenants. Doit être le plus concret possible, utiliser les métaphores
Rôle de l'enseignant	Apporte des connaissances, notion de hiérarchie	Guide l'apprenant. Stimuler sa capacité à savoir faire. « On apprend en faisant ». Echanger des savoirs. Aide à l'adoption d'une stratégie de résolution des problèmes. Evite les contre-attitudes médicales*. Saisit le moment opportun pour le changement de comportement. (*partie 2B adhésion au traitement)
L'erreur	Est corrigée sans explication	Est utilisée, analysée pour élaborer un nouveau savoir. On apprend au travers de l'erreur « travailler la cause de l'erreur »
Qualité de l'enseignant	Connaissance du thème	Connaissance du thème et animateur
Rôle du patient	Passif	Actif. Recherche d'interactivité. Il prend les décisions d'action thérapeutique.
Rapport patient/enseignant	Adulte/enfant	Adulte/adulte
Besoins de l'apprenant + ses difficultés	Non évalués	Evalués. Connaît les DAST (difficultés à suivre son traitement)
Personnalité de l'apprenant	Non prise en compte	Guider la méthode d'apprentissage selon la personnalité du patient
Evaluation	examen	Résultat d'un savoir-faire

<sup>121</sup> A. Grimaldi, S. Jacqueminet et al., Guide pratique du diabète, 3<sup>ème</sup> ed, Elsevier Masson, 2005, p271.

## L'évaluation des résultats

L'évaluation des acquis pédagogiques fait partie intégrante de l'acte d'éducation. Pour prouver l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique on peut montrer que :

- Les connaissances des patients ont progressé (au terme du programme ou à plus long terme)
- Les comportements de soins se sont améliorés (savoirs-faire)
- Les données cliniques ont évolué favorablement
- La qualité de vie associée à l'état de santé s'est améliorée

La seule évaluation des connaissances n'est pas suffisante, l'évaluation doit reposer sur des critères pertinents. Les acteurs de santé investis dans le programme d'éducation thérapeutique avec une bonne maîtrise du thème sont les mieux placés pour mener à bien l'évaluation.<sup>122</sup>

L'identification du stade de changement est importante car elle permet d'adapter le discours de soignant. Respecter la progression et le « non-changement » immédiat d'un patient est essentiel dans la prise en charge. Il faut pouvoir évaluer les apports visés par le programme pour prendre la mesure des avancées et des objectifs restants. Parfois, c'est seulement après plusieurs mois ou années, quand le contexte de vie devient plus favorable par exemple, qu'un patient évolue dans cette démarche.

### Stades de changement vis-à-vis du comportement d'activité physique

Stades de changement	Comportement activité physique	Conseils
Précontemplatifs	Ne fait pas d'activité physique actuellement N'a pas l'intention d'en faire prochainement	Préparer le mouvement « Sortir du fauteuil »
Contemplatifs	Ne fait pas d'activité physique actuellement A l'intention de démarrer prochainement	(Ré)organiser le mouvement « aider les premiers pas »
Actifs	Activité physique régulière depuis au moins 6 mois	Entretien le mouvement « Persévérer dans l'effort »

JM. Oppert, P. Dalarun Médecine de l'obésité, Flammarion Médecine-Sciences, 2004. p222-227.

Une fois les bénéfices possible de l'activité physique intégrés par le patient, il reste à comprendre les obstacles qui en limitent la pratique : « Aujourd'hui, qu'est ce qui vous empêche d'avoir une activité physique régulière ? ».

<sup>122</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.296p.

## Obstacles à la pratique d'une activité physique régulière et propositions de réponses <sup>123</sup>

Limitation de la capacité physique (douleurs articulaires, dyspnée d'effort, insuffisance respiratoire...)	Prend en compte cette limite (optimiser le traitement antalgique, éducation sur adaptation traitement antidiabétique pour éviter les hypoglycémies...), adapter l'activité, voir en quoi cette activité pourrait améliorer cette comorbidité.
Comorbidité invalidante	
Expérience antérieure négative	Relais adaptés.
Gêne du regard des autres	
Obstacle financier (adhésion, matériel)	Privilégier les activités de la vie quotidienne en individuel, ou les groupes organisés par les municipalités
Difficulté d'accès	
Manque de confiance en soi, manque d'estime de soi	« Choisissez une activité où vous êtes à l'aise, qui vous plaît ». Encourager la pratique douce, en évaluant les progrès (fatigue, essoufflement)
Manque de temps	« tout est utile ». Proposer des activités dans la vie quotidienne (marche, escaliers, limiter la sédentarité, activités de loisirs le week-end, vélo d'appartement devant l'émission de télévision préférée)
Absence de soutien de l'entourage	Importance des relais associatifs adaptés Expliquer à l'entourage l'importance de cette pratique, proposer une consultation avec l'entourage
Souhaite perdre du poids avant de débiter	La reprise n'est pas forcément plus facile après la perte de poids, l'activité permet de conserver les muscles et perdre de la masse graisseuse, et prévient la reprise de poids après amaigrissement

Des outils utilisant des équivalences d'activités permettent d'adapter le conseil aux préférences du patient au cours du suivi.

Exemple d'activités physiques en fonction de l'intensité.

Activités légères	Activités modérées	Activités intenses
Marcher lentement Nage lente Jardiner (transplantoir, arrosoir) Pédaler à vélo sans faire d'effort Nettoyer les meubles, dépoussiérer S'échauffer les muscles en douceur, léger stretching	Marcher rapidement Jouer au golf en portant ses clubs Nage normale Tondre une pelouse, pelleter. Jouer au tennis en double Faire du vélo à 8-14km/h sur terrain plat ou peu pentu Frotter le sol et laver les vitres Porter du poids	Courir, marche sportive Nage de compétition Fauchage, abattage forestier Jouer au tennis en simple Faire du vélo à plus de 15km/h ou en montée Pousser, tirer des meubles (déménager)

Les conseils d'activité physique doivent être considérés dans une perspective de progression individuelle, d'apprentissage par étape et à long terme, et inscrits dans un projet thérapeutique visant au changement de comportement pour les personnes qui souhaitent perdre du poids. Le suivi est indispensable parce que le maintien du comportement actif est difficile face aux contraintes multiples que représente l'évolution possible des complications liées à l'obésité, les adaptations des traitements, les conditions environnementales, la difficulté de trouver une association dont le programme et les objectifs sont adaptés aux patients obèses. Plusieurs professionnels de l'activité sportive ont ici leur place (kinésithérapeute, psychomotricien). Dans le cadre d'un meilleur suivi et d'un accompagnement des patients, une méta-analyse sur l'activité sportive conclut à des effets positifs pour l'augmentation du niveau total d'activité quotidienne, le contrôle du poids et la pression artérielle.<sup>124</sup>

<sup>123</sup> JM. Oppert, C. Simon, D. Rivière, CY. Guezennec, Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de la Santé, Paris, 2005.

<sup>124</sup> DM. Bravata, C. Smith-Spangler, V. Sundaram, AL. Gienger, N. Lin, R. Lewis, CD. Stave, I. Olkin, JR. Sirard, Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. JAMA 2007; 298:p2296-2304.

Une enquête réalisée en 1999 par la Caisse nationale d'assurance maladie auprès des patients hypertendus montre que les mesures hygiéno-diététiques sont mal suivies dans leur ensemble. Dans 13% des cas la réduction de consommation d'alcool n'est pas suivie, et dans 32% des cas les patients renoncent à réduire leur apport sodé.<sup>125</sup>

Pour estimer l'observance thérapeutique des patients hypertendus, il a été proposé de réaliser un autoquestionnaire (analogue au modèle de questionnaire de Morisky cité en partie 2B).

#### Test d'évaluation de l'observance (TEO)<sup>126</sup>

Chaque question implique une réponse par oui ou par non.

Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec du retard par rapport à l'heure habituelle ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

#### Interprétation du test :

Bonne observance (0)

Minime problème d'observance (1 ou 2)

Mauvaise observance ( $\geq 3$ )

#### Quelques règles pouvant aider un patient au respect de son traitement

Faites vous expliquer les risques de l'HTA

Comprenez bien l'importance du traitement

Voyez s'il est possible de prendre votre traitement en une seule prise.

Programmer la prise des médicaments à la même heure pour en faire une habitude.

Les médicaments pris le matin sont moins souvent oubliés que ceux pris le soir.

En cas d'oubli d'une prise à l'heure précise, ne pas attendre 24h pour la suivante.

Prendre vos médicaments au moment où l'on y pense et décaler la prise suivante d'autant d'heures oubliées.

En déplacement, en week-end, en vacances, il faut redoubler de vigilance car les médicaments sont plus souvent oubliés.

En cas d'oubli un jour, ne pas doubler la dose le lendemain.

En voyage, répartir les médicaments dans deux valises.

En voyage, avec décalage horaire, se fixer sur l'heure du réveil pour prendre les médicaments.

Se rendre chez le pharmacien, avant la fin de la boîte de médicament qui contient le moins de doses (28 comprimés).

Se rendre chez le médecin à temps pour le renouvellement de l'ordonnance.

Si le traitement est mal supporté, en parler au médecin, avant toute interruption.

La surveillance par automesure améliore souvent le respect de son traitement.

L'emploi du questionnaire pour effectuer un contrôle des acquis pourra ne pas se limiter à l'observance et porter sur ces quelques règles. Le réseau GRANTED vise à optimiser la prise en charge des pathologies vasculaires. Il regroupe des professionnels de santé de ville et d'hôpital dans la ville de Grenoble, avec la participation de l'Institut de l'Athérombose et le Comité Régional Languedoc Roussillon d'Education pour la Santé, ce réseau a développé un programme d'éducation thérapeutique pour les risques liés aux traitements anti-coagulant par AVK. Des séances de groupe sont réalisées au CHU, une expérimentation pour l'éducation à l'utilisation d'appareils d'automesure de l'INR (CoaguChek xs ; INRatio) est mise en place et un questionnaire pour contrôler le maintien des acquis est utilisé.<sup>127</sup>

<sup>125</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS,2009.189p.

<sup>126</sup> X. Girerd, O. Hanon, K. Anagnostopoulos, C. Ciupek, JJ. Mourad, S. Consoli. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : p1044-1048.

<sup>127</sup> Formation continue Form'UTIP, exemple du réseau GRANTED. <http://granted.ujf-grenoble.fr/>.

#### Questions liés au traitements par AVK

1. Quel est le nom du médicament anticoagulant que l'on vous a prescrit ?
2. A quoi sert ce médicament ?
3. Citer le test biologique utile à la surveillance du traitement anti-coagulant ?
4. Quel est l'intervalle maximum entre deux prises de sang ?
5. Quelle est la valeur cible de ce test ?
6. Quel est le risque principal en cas de surdosage (c'est-à-dire trop de médicament anticoagulants) ?
7. Quel est le risque principal en cas de sous dosage (c'est-à-dire pas assez de médicament anticoagulants) ?
8. Que faites-vous en cas d'oubli ?
9. Vous avez mal à la tête, quel médicament pouvez-vous prendre

Au terme de la formation le patient doit être en mesure de présenter ce type de réponse

1. Les 3 AVK utilisés en France sont : le Préviscan, la Coumadine et le Sintrom.
2. Les AVK servent à fluidifier le sang pour éviter la formation de nouveaux caillots.
3. Le test de surveillance est l'INR .
4. Le délai maximum entre deux INR est de 1 mois.
5. La valeur cible de l'INR est à préciser par votre médecin ou votre cardiologue. En dehors des valves cardiaques, la valeur cible est située le plus souvent entre 2 et 3. Demander à votre médecin si vous ne la connaissez pas.
6. Le risque principal du surdosage (se traduisant par un INR trop élevé) est le risque de survenue de saignements.
7. Le risque principal du sous dosage (se traduisant par un INR trop bas) est le risque de formation de nouveaux caillots.
8. En cas d'oubli, il ne faut pas doubler la dose le lendemain mais appeler votre médecin.
9. Le paracétamol est autorisé ; il ne faut pas prendre d'aspirine qui augmente le risque de saignement.

Le réseau diabète Midi Pyrénées DIAMIP a conçu en juillet 2004 une grille d'évaluation des acquisitions lors d'un programme d'éducation thérapeutique pour le diabète. Cette grille, contrairement au questionnaire, permet d'évaluer le degré de progression dans l'acquisition (Annexe 9).

Les analyses des programmes de formation des patients, et celles portant sur les qualités didactiques des soignants sont rares. Certains dénoncent qu'à moyen et long termes les connaissances des patients diabétiques diminuent singulièrement et que leur compliance au traitement se détériore. Il faut compter les obstacles (acceptation, croyance de santé) qui jouent un rôle important dans la maladie de longue durée, mais il faut aussi considérer comment ces patients ont été formés à la prise en charge de leur maladie. Au cours d'une expérimentation d'un programme d'éducation en santé chez des patients diabétiques réalisé par la division d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques à l'hôpital universitaire de Genève, une grille d'observation a été élaborée destinée à évaluer la qualité didactique des cours donnés aux patients par les membres de l'équipe médicale.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Jacquemet S., Lacroix A., Golay A., Assal JP. : Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases. New observation method for the continuous training of the health care team, Patient Education Counselling, Vol.23, supplement No 1, 1994.

<b>Degré d'activités mentales</b>		<i>Dynamique intellectuelle :</i>		<b>Acquisition</b> (Reception) (Ecoute) (Exécution)	→	<b>Création</b> (Imagination) (Analyse) (Résolution)
Activité de formation	Exposés	Démonstration à suivre	Evaluation de connaissances	Démarche de compréhension	Activité guidée et évaluée par l'enseignant	Exercice de résolution de problèmes Explication par l'apprenant
Soignant enseignant	Expose, décrit médicament et/ou contextualise en utilisant des analogies (non médicales)	Utilise un objet, une image, un texte, la collaboration d'un patient pour expliquer un concept	Sollicite le rappel de connaissances	Pose des questions qui stimulent la compréhension « comment expliquez-vous que... » « pour quelles raisons... »	Guide, commente, corrige l'exécution d'un exercice d'application	Présente une tâche « situation-problème » et sollicite le feedback des patients
Patient apprenants	Ecoutant	Regardant Ecoutant	Répondent Récitent	Expliquent, argumentent en utilisant leur propre langage	Exécutent et sont évalués	Essaient Expérimentent Expliquent Justifient
De la transmission-réception à l'acquisition-structuration						

Division d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques, HUG, Genève, Lacroix, Jacquemet, Assal.

Suite à l'exposition de ces éléments il faut noter qu'ils sont constitutifs d'un modèle général d'un programme d'ETP, mais néanmoins, il n'apparaît pas les spécificités mises en place selon l'état pathologique sur lequel un programme se concentre.

Un modèle de réalisation de programme d'ETP a été élaboré, fin mars 2011, par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER), en collaboration avec la Société Française de pathologie Neuro-Vasculaire (SFNV), spécifique aux patients après AVC dans le cadre de l'incontinence urinaire et fécale. Ce guide insiste sur la place souvent importante et nécessaire des aidants aux côtés du patient. Il signale, malgré la rareté des études sur le traitement de l'incontinence post AVC, qu'il semble que des programmes d'éducation ciblés avec intervention auprès du patient puissent avoir un effet bénéfique au niveau du régime, de la prise de boissons, de la prescription de laxatifs par le médecin traitant, des bénéfices sur la constipation à six mois. Ce guide note le rôle important dans la prise en charge par les kinésithérapeutes et ergothérapeutes en centre pour les troubles vésico-sphinctériens. La rééducation vésico-sphinctérienne mais aussi le travail des transferts en situation, travail de l'habillage et déshabillage, pour la formation à leur utilisation sont assurés par ces professionnels et un programme d'éducation thérapeutique peut permettre de coordonner cette formation. Le programme d'ETP qui est décrit vise des compétences d'auto-soins et d'adaptation suivant les étapes décrites précédemment et s'appuie sur des outils pédagogiques variés notamment pour le diagnostic éducatif (Test d'évaluation des connaissances autour de certains termes : ECBU, sphincter urétral, prostate. Evaluation de l'incontinence anale par le score du St Marks<sup>129</sup>).

Ce guide d'élaboration d'un programme d'ETP, se démarque dans sa démarche car il s'adapte au patient et également aux proches encadrant le patient. Cela illustre les compétences relationnelles et organisationnelles pour l'adaptation de l'encadrement du patient auprès des proches.<sup>130</sup>

<sup>129</sup> CJ. Vaizey, E. Carapeti, JA. Cahill, MA. Jann. Prospective comparison of faecal incontinence gradin systems. Gut 1999; 44 :p77-80

<sup>130</sup> A. YELNIK et al. Médecine Physique et de Réadaptation Hôpital Fernand Widal APHP. Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC- incontinence, SOFMER, 31 mars 2011.

## II. Partie 2 : Mise en place de l'Education Thérapeutique en pharmacie

### A. Présentation d'un programme d'ETP dans son application pratique

#### Programmes d'éducation thérapeutique dans les différents cadres : hôpital, MSP/PSP, parcours de proximité

L'éducation thérapeutique du patient comprend l'ensemble des activités pédagogiques qui permettent à un individu d'acquérir des compétences et des informations utiles concernant sa santé, dans le but de développer et de maintenir des attitudes favorables au maintien de celle-ci.<sup>131</sup>

Selon la réglementation de la loi HPST un programme d'éducation thérapeutique doit être soumis à l'approbation de l'ARS en suivant notamment les recommandations de la HAS et un dossier de demande doit comporter au niveau de l'équipe pluriprofessionnelle un coordinateur de l'action à mener, un médecin et au moins deux acteurs de santé en tout. Tout en répondant à ces conditions les programmes d'éducation thérapeutique en place sont souvent réalisés au sein d'établissements de santé et/ou de réseaux de santé.

L'article L 6321-1 du code de santé publique relatif aux réseaux de santé définit que ces réseaux « assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que du soin ».<sup>132</sup>

Parallèlement, en 2002, s'ajoute la Dotation Nationale de Développement des Réseaux prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, et une circulaire du ministère de la Santé encourage le développement de l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé.<sup>133</sup>

#### **Article L 6321-1**

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>131</sup> Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998.

<sup>132</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.305p.

<sup>133</sup> Circulaire DGS n°2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé.

En mars 2002 l'INPES, institut national de prévention et d'éducation pour la santé, est créé se substituant au comité français d'éducation pour la santé (CFES). Les missions de l'INPES tendent à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé, à développer également des actions d'éducation thérapeutique. Ce qui est défini par l'article L 1417-1 du Code de santé publique. L'INPES doit par exemple :

Etablir, en lien avec les professionnels concernés, les critères de qualité pour les actions, les outils pédagogiques et les formations d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé ;

Concevoir et produire les différents supports des programmes nationaux de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé ;

Participer à l'action européenne et internationale de la France, notamment au sein des organismes et réseaux internationaux chargés de développer l'éducation thérapeutique, l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion de la santé.<sup>134</sup>

Pour permettre à l'activité des hôpitaux d'être davantage reconnue et active dans les organisations territoriales de soins trois couples de mots-clés peuvent être cités comme en témoigne Jean-Michel Honore de la fédération hospitalière de France Nord Pas-de-Calais :

« Le premier couple de mots-clés serait formé par les termes « formation » et « attractivité ». En effet, certains territoires connaissent un déficit d'implantation de jeunes professionnels. Organiser les soins de façon logique et cohérente sur un territoire suppose d'intégrer de plus en plus de jeunes professionnels dans la vie et le fonctionnement des réseaux. Le deuxième couple de mots-clés serait formé par les termes « qualité » et « sécurité », [...] l'organisation territoriale sous forme de plateforme de santé est vraisemblablement l'une des meilleures garanties possible de la pertinence des soins. Le troisième couple de mots-clés serait formé par les termes « financement » et « réduction des inégalités ». [...] La présence d'un financement adapté constitue l'une des conditions essentielles de l'amélioration de notre système de santé, de la mise en place et de la survie des réseaux et des plateformes de santé. A cet égard, 2011 représente une année charnière : certains réseaux sont en attente de financements et les autorités de tutelles sont confrontées à un problème de gestion et de modélisation des fonds ». Pour assurer la bonne mise en place de ces missions monsieur Luc Gindrey directeur chargé des personnes âgées et personnes handicapées (PA/PH) au conseil général du Pas-de-Calais insiste sur l'importance d'un partenariat institutionnel clair et précise que le Département aide l'ARS dans l'élaboration de son PRS sur son volet médico-social et dans la relation avec l'ensemble des intercommunalités du département. Ainsi, le Département a essayé de proposer à l'ARS, au niveau des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), une plateforme polyvalente sous la forme de la maison de l'autonomie où il est nécessaire de concilier le besoin de pilotage avec un droit à la liberté et à l'autonomie des acteurs. Au regard d'une territorialisation orientée autour des intercommunalités, Jean-Michel Honore soulève une question d'importance sur la place des réseaux de professionnels.<sup>135</sup>

Ce cadre légal a permis de développer la politique de prévention et d'éducation thérapeutique, centrée autour des établissements de santé. Des programmes d'éducation thérapeutique sont ainsi encadrés à partir de 2002 et c'est seulement avec l'article 38 de la loi HPST que les pharmaciens d'officine ont pour mission de participer à l'éducation thérapeutique, pour des programmes existant ou ceux qui seront mis en place. Ce délai explique que les programmes actuels sont souvent implantés dans les établissements de soins et qu'ils n'ont pas encore un essor important pour impliquer les pharmaciens d'officine en ambulatoire.

<sup>134</sup> Article L 1417-1, loi n°2002-303 du 4 mars 2002, Art 79 I, Journal officiel du 5 mars 2002 et loi n°2004-806 du 9 août 2004, art 7 I, II, Journal officiel du 11 août 2004.

<sup>135</sup> Jean-Michel Honore, fédération hospitalière de France Nord Pas-de-Calais, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

## **Cadre de l'action au sein des réseaux de santé :**

Préalablement à l'instauration des programmes d'ETP, les réseaux de santé, notamment dans les hôpitaux, ont mis en place des plans d'accompagnement de premier recours pour la prise en charge des malades chroniques. Le plan de service individualisé (PSI) a été créé en 1994 dans le cadre du plan Alzheimer. Il sert à organiser l'ensemble des services proposés aux patients et à cerner ceux qui manquent en fonction de leurs besoins. Dans le cadre de la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 qui définit les orientations stratégiques et opérationnelles en matière d'évaluation des réseaux, les efforts des réseaux se sont portés sur la mise en place de plans personnalisés de santé (PPS).

Un réseau de santé a pour rôle de coordonner et faciliter le parcours de soins du patient entre les professionnels de santé de ville et d'hôpital. Le recours à un réseau de santé concerne les patients qui ont un parcours de soins complexe. Ces patients sont orientés vers le réseau à l'initiative du médecin traitant. Le médecin traitant définit un PPS pour le patient et ce PPS sera mis en place par le réseau. Le PPS comporte 4 volets : soins, psychosocial, éducatif, social. Le volet éducatif, dans le PPS établi par le médecin traitant, peut amener le réseau à remplir des missions d'éducation thérapeutique.

Un PPS est élaboré avec la personne malade et le médecin traitant. Il s'agit dans un premier temps de construire un plan d'action et de passer d'un dossier « journalier » déterminé lors de la visite à un dossier « programme » avec des objectifs clairs. Un PPS peut se composer des éléments suivants :

- Le problème du patient
- La pathologie du patient
- Les objectifs à court terme
- Les moyens à mettre en place (médicamenteux, maintien à domicile, ETP.)
- L'intervenant en charge du PPS
- Les risques éventuels rencontrés par le soignant
- La date de réévaluation

La HAS a décidé que le PPS pouvait être un outil opérationnel de prise en charge de qualité pour les patients atteints de maladies chroniques. Les objectifs du plan développé par la HAS se déclinent de la manière suivante :

- Effectuer une planification prospective.
- Conjuguer l'harmonisation des pratiques et la personnalisation du parcours du patient.
- Impliquer le patient.

Le PPS rassemble les objectifs à atteindre, les actions à entreprendre et le suivi à prévoir et est adapté en fonction de l'évolution du patient. C'est un instrument qui formalise la coordination en décrivant les interventions projetées pour un patient. Il est envisagé de proposer au médecin traitant d'inclure ce plan dans le document médical de synthèse. Le PPS a vocation à devenir un outil du dossier médical patient (DMP) afin d'enrichir la coordination des soins. Dans les années à venir, l'action des réseaux devrait se structurer autour d'une médecine centrée sur les patients et les parcours de santé grâce à cet outil, notamment pour les cas complexes.<sup>136</sup>

Dans la démarche de mutualisation des PPS dans les réseaux spécialisés dans les maladies cardio-vasculaires qui s'est déroulée entre octobre 2010 et mars 2011, la méthodologie d'harmonisation s'est déclinée en trois étapes. D'abord décrire la spécificité de la prise en charge d'un patient porteur d'une maladie chronique. La mise en place d'un PPS est soutenue par une démarche active du patient. Cette démarche se réfère à la définition de

---

<sup>136</sup> M.Varroud-Vial, président de l'UNR Santé, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'éducation thérapeutique du patient qui stipule que le patient et/ou son entourage doit être acteur de sa prise en charge dans la co-gestion de sa maladie chronique. Ensuite établir un bilan en complétant les informations données dans le cadre de la prise en charge. Le patient doit présenter certains documents à son médecin traitant, notamment une charte d'adhésion. Le réseau effectue alors un bilan éducatif partagé pour établir les besoins et les attentes du patient. Le réseau et le patient définissent conjointement le parcours éducatif personnalisé et le médecin traitant est informé des décisions et des résultats afin de valider la démarche. Enfin un PPS s'effectue sur la base d'un document commun, il comprend un plan d'éducation thérapeutique, un plan d'aide sociale ou médico-sociale et un plan de soins (indicateurs de santé, antécédents, suivi).

Le plan d'éducation thérapeutique comprend quatre étapes bien identifiées : le bilan éducatif partagé, le contrat éducatif personnalisé, le temps d'apprentissage et les évaluations. Chaque réseau met en place son propre plan d'éducation thérapeutique et personnalise ses documents. L'association nationale de coordination des réseaux diabète (ANCREDE) propose de conclure le PPS par un parcours d'activités.<sup>137</sup>

En août et en septembre 2009, le réseau Diablainaut a présenté le projet d'un PPS à un échantillon de 30 médecins. Le PPS est un document de lien qui est présenté par le médecin traitant qui est alors placé au cœur du dispositif en intervenant très tôt dans le parcours du patient au sein du réseau. Un bilan éducatif partagé et un contrat éducatif sont mis en place avec le patient. Une synthèse du bilan ainsi que les bilans intermédiaires selon l'avancée du parcours éducatif sont retournés au médecin traitant qui doit les valider.<sup>138</sup>

Il n'existe pas de rapport intrinsèque entre l'élaboration d'un PPS et la mise en place d'un programme d'ETP, mais il est notable que le PPS est un outil mis en place par les réseaux de santé qui peut fournir un support en terme de coordination des acteurs de santé et qui peut faciliter la réalisation éventuelle d'un programme d'ETP.

Différents exemples de réseaux : Le tableau en annexe montre les différents réseaux de la Région Nord-Pas-de-Calais. (Annexe 10)

### **Programme PEGASE :**

Le programme « PEGASE » (Programme éducatif pour la gestion améliorée des sujets à risque cardiovasculaire élevé) a été conçu par l'unité de prévention cardiovasculaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, en partenariat avec le laboratoire AstraZeneca et L'INPES.

L'élaboration de ce programme éducatif est unique en son genre dans la mesure où celle-ci a été précédée d'une analyse des besoins éducatifs et suivie d'une évaluation dans une étude d'intervention multicentrique.<sup>139</sup>

De nombreuses études analogues ont montré que le contrôle intensif des facteurs de risques diminue l'incidence des événements cardiovasculaires.<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> S. Tirelli, groupement régional des réseaux de santé, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

<sup>138</sup> J.M. Zamboni, président du réseau Daibhainaut, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

<sup>139</sup> Durack-Bown I, Giral I, d'Ivernois JF, Bazin C, Chadarevian R, Benkrittly A, Bruckert E, Patients' and physicians' perceptions and experience of hypercholesterolemia: a qualitative study. Br J Gen Pract 2003; 53(496): p851-857.

<sup>140</sup> Sherperd J, Cobbe SM, Ford I et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. N Eng J Med 1995; 333 : 1301-1307.

Le programme PEGASE répond aux critères de qualité de l'éducation édictés par l'OMS.<sup>141</sup>

Le programme comporte quatre séances éducatives collectives de trois heures avec la participation de 5 à 8 patients, trois intersessions de travail personnel, deux séances individuelles avec le soignant coordinateur et, enfin, le suivi assuré par le médecin traitant. Il s'inspire du modèle de changement de comportement de Prochaska et al. En six étapes.<sup>142</sup>

La dynamique générale du programme PEGASE comporte trois phases principales :

Une phase de préparation du bilan (conscience de l'ensemble des facteurs de risque)

Une phase d'action (acquisition de compétences, résolution de problèmes, communication interprofessionnelle avec la mise en place du projet personnel de changement)

Une phase de maintien (renforcement des compétences acquises, évaluation régulière du projet).

La première séance, le patient identifie ses propres critères de bonne santé au travers d'une technique du photolangage pour inciter à différencier ses critères de bonne santé et de risques cardiovasculaires à la suite de quoi il argumente ses choix. Pour les séances suivantes le patient va analyser son rapport à l'alimentation, aux médicaments et à l'activité physique. A l'aide de cartes alimentaires et d'un supermarché virtuel il identifie les aliments qui font augmenter le taux de cholestérol. Le patient travaille ensuite sur les facteurs facilitants et les obstacles à un changement d'alimentation. Des mises en situation en rapport à la vie quotidienne, étudiées en groupe, permettent au patient de comprendre la complémentarité des traitements, leur intérêt, distinguant leurs inconvénients et leurs bénéfiques.

La perception par le patient du bénéfice du traitement doit contrebalancer avantagement son coût global (physique ou psychologique) et permettre à l'individu de suivre un traitement médicamenteux au long cours.<sup>143</sup>

La dernière séance permet au patient de mesurer les compétences qu'il a acquises au cours du programme. Il répond à des questions sur ses connaissances et est amené à réagir devant des dilemmes de scènes de la vie courante concernant l'alimentation, la pratique d'activité physique, la prise de traitement au long cours.<sup>144</sup>

Chaque étape du projet PEGASE fait référence à des études publiées, la dernière étape consistant en une étude randomisée multicentrique entre la prise en charge normale et celle interventionnelle par le programme.<sup>145, 146, 147, 148</sup>

---

<sup>141</sup> Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998.

<sup>142</sup> JO. Prochaska, CC. DiClemente. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28: p183-218.

<sup>143</sup> I. Rosenstock, Historical origins of Health Belief Model. *Health Educ Monogr.* 1974; 2: p195-236.

<sup>144</sup> E Bruckert, P. Giral, P. Paillard, J. Ferrières, JL. Schlienger, JF. Renucci, K. Abdennbi, I Durack, R. Chadarevian and PEGASE group. Effect of an educational program(PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients. *Cardiovasc Drugs Ther* 2008; 22: p495-505.

<sup>145</sup> L. Gettleman, MA. Winkleby. Using focus group to develop a heart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. *J. Community Health* 2000; 25(6): p439-453.

<sup>146</sup> K. Gardner, A. Chapple. Barriers to referral in patients with angina : qualitative study. *BMJ* 1999 ; 319 : p418-421.

<sup>147</sup> PD. Mullen, DA. Mains, R. Velez. A Meta-Analysis of controlled trials of cardiac Patient Education. *Patient Educ Couns* 1992; 19:p143-162

<sup>148</sup> S. Ebrahim, G Davey Smith. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. *BMJ* 1997; 314:p1666-1674.

## **Programme de la plateforme Prévart**

La plateforme prévention Artois (PrévArt) est un réseau de santé regroupant praticiens de ville et hospitaliers. Ce réseau accueille un espace ressource cancer (ECR) et a réalisé des ateliers d'éducation thérapeutique auprès de 1800 personnes dans l'année 2010.

PrévArt a été mise en place de manière progressive afin que tous les métiers de la santé apprennent à travailler ensemble : Infirmière, podologue, kinésithérapeute, pharmacien, etc. Travailler ensemble suppose d'avoir envie de collaborer, d'élaborer des outils de coordination, de structurer les missions de chacun, d'établir des liens avec le médico-social, de co-construire de façon permanente, etc. L'association coopère également avec des centres hospitaliers, ce qui permet d'ouvrir le réseau vers l'hôpital et inversement. La plateforme Prévart travaille avec les autres réseaux présents sur le terrain et les associations. En terme de perspectives d'avenir pour les nouvelles organisations de soins, il s'agit d'abord de faire évoluer l'expertise en éducation thérapeutique, que ce soit dans une collaboration au niveau des centres ou des maisons de santé.<sup>149</sup>

En général, le programme éducatif d'un réseau suit un schéma qui comprend entre cinq et dix ateliers que l'on retrouve dans le programme REVESDIAB(réseau de santé Val de Marne, Essonne, Seine et Marne pour les diabétiques de type 2) :diététique, activité physique, auto-surveillance glycémique, insuline, connaissance de la maladie. Ce schéma sera sensiblement différent pour des réseaux tels que le pôle santé du Douaisis ou Prévart car ils étendent le champ de l'éducation à la prévention des maladies cardiovasculaires. Un schéma plus similaire se retrouve avec le réseau REUCARE(Réseau de prévention du risque cardiovasculaire et rénal), dans son action à la Réunion, qui a développé une méthode par « points » qui permet aux patients de prendre conscience de leur risque cardiovasculaire et de maîtriser la consommation des graisses. Le pôle de santé du Douaisis et la plateforme Prévart construisent leurs ateliers selon des méthodes pédagogiques, des outils et un scénario pré-établi ciblant les objectifs des participants.

### **Exemple de cursus éducatif. Réseau PREVART (source 2009)**

**Le réseau PREVART a mis en place un cycle d'éducation diététique sous forme d'ateliers de groupe animés par une diététicienne salariée du réseau et deux diététiciennes libérales. Les ateliers sont ouverts gratuitement à tous les patients présentant un facteur de risque cardio-vasculaire. Ils sont organisés dans des salles municipales, à proximité du domicile des patients. Les trois ateliers de base portent sur les lipides, les glucides et l'équilibre alimentaire. Ils sont complétés par d'autres portant sur les courses en supermarché, les index glycémiques, l'HTA et un atelier cuisine. Des ateliers spécifiques sont proposés pour les sujets en post-infarctus. Les patients sont adressés par les professionnels de santé adhérents au réseau. Ils peuvent être accompagnés par une personne de leur entourage considérée comme « personne-ressource ». 79% des patients ont perdu du poids 6 mois après avoir suivi le cycle d'éducation.**

P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.285p

<sup>149</sup> C.Lemaire, PrévArt, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

## **Programme de la Sepulveda Epliepsy Education & Programme MOSES**

Une enquête ayant porté sur 20.000 jeunes en France montre que plus de 66% déclarent ne pas vouloir « sortir » à cause de leur épilepsie. Ce qui révèle un fort niveau d'« ostracisation » de la maladie épileptique dans le grand public.<sup>150</sup>

Une étude ayant porté sur les connaissances des patients épileptiques montre que, dans 38% des cas, ils ne connaissent pas le but du traitement qui leur est prescrit.<sup>151</sup>

En France, 0,4 à 0,8% des femmes enceintes sont épileptiques. Les médicaments anti-épileptiques sont tératogènes et il est nécessaire de réévaluer et simplifier si cela est possible le traitement avant la grossesse. Une information claire sur la nécessité de planifier bien en amont la grossesse doit être donnée.

Les différents programmes d'éducation thérapeutique existant sont fondés sur 5 points clés :<sup>152</sup>

- Restaurer la confiance en soi
- Apprendre à vivre avec la stigmatisation, les préjugés ;
- Comprendre l'épilepsie ;
- Gérer les crises ;
- Comprendre les traitements.

En Allemagne et en Suisse, le programme se compose de séances, au cabinet du médecin, de 2 heures par semaine pendant 2 mois. (MOSES : modular service package epilepsy<sup>153</sup>)

### **Programme thérapeutique MOSES : (modular service package epilepsy)**

#### **Neuf modules**

- 1. Vivre avec l'épilepsie (reconnaître et exprimer ses émotions, comprendre et développer des stratégies de coping)**
- 2. Données épidémiologiques sur l'épilepsie**
- 3. Connaissances de base(causes,physiopathologie,les différents types de crises)**
- 4. Intérêt des examens complémentaires (EEG, IRM)**
- 5. Traitement (les médicaments, l'importance d'une participation active du patient au traitement)**
- 6. Contrôle des crises (reconnaître et éviter les facteurs déclenchants, réagir dès l'apparition d'une aura)**
- 7. Pronostic**
- 8. Aspects psychosociaux( conséquences de l'épilepsie sur la qualité de vie, améliorer l'estime de soi, encourager les relations sociales)**
- 9. Les sources de soutien (assistance juridique et institutionnelle, groupes d'entraide)**

<sup>150</sup> JK. Austin, PO. Shafer, JB. Deering, Epilepsy familiarity, knowledge, and perceptions of stigma : report from a survey of adolescents in the general population. *Epilepsy Bahav*, 2002; 3(4): p368-375.

<sup>151</sup> LH. Goldstein, L. Minchin, P. Stubbs, PB. Fenwick, Are the people know about their epilepsy and what they want from an epilepsy service related? *Seizur*, 1997; 6(6): p435-442.

<sup>152</sup> J. Cochrane, Patient education : lesson from epilepsy. *Patient Educ Couns* 1995 ; 26(1-3) : p25-31.

<sup>153</sup> TW. May, M. Pfäffl, The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES): results of a controlled, randomized study. *Epilepsia* 2002; 42: p25-33.

Dans les pays anglo-saxons ce sont des séances de groupe sur 2 jours à l'hôpital.<sup>154</sup>

**Programme thérapeutique de la Sepulveda Epilepsy Education.**

**Première partie – Aspects médicaux de l'épilepsie**

**Pourquoi est-il essentiel de comprendre l'épilepsie**

**Explication de l'épilepsie**

**Le diagnostic de l'épilepsie**

**Mieux contrôler ses crises**

**Premiers secours**

**Pronostic : que va-t-il m'arriver à l'avenir ?**

**Seconde partie – Aspects sociaux et émotionnels de l'épilepsie**

**Problèmes psychologiques de l'épilepsie**

**Faire face aux problèmes psychologiques**

**Aspects familiaux de l'épilepsie**

**L'épilepsie au travail**

**Ressources, où trouver de l'aide**

Globalement, ces programmes ont reçu des résultats positifs en terme de :

- Compétences :
  - Amélioration des connaissances et de la compréhension de la maladie,
  - Mise en place de stratégies d'adaptation (coping)
  - Meilleure compliance au traitement
  - Plus grande capacité à faire face aux crises
  - Meilleure qualité de vie,
- Evolution clinique :
  - Réduction de la fréquence des crises
- Vécu :
  - Réduction de l'anxiété et de la dépression,
  - Meilleure estime de soi,

**Programme national d'ETP de EDUSANTE destiné aux patients épileptiques**

Un programme national d'éducation thérapeutique, destiné aux patients épileptiques, a été conçu par un groupe de réflexion réunissant des médecins épiléptologues avec l'aide d'une société spécialisée (EDUSANTE) dans la mise en place de projets d'éducation thérapeutique. Le soutien d'un laboratoire pharmaceutique (ESAI) est également présent.

**Mise au point du programme thérapeutique**

Des objectifs pédagogiques correspondant aux axes prioritaires ont été définis.

Le déroulement du programme est le suivant :

L'éducation thérapeutique se décline en 2 séances individuelles et 3 séances collectives.

- La première séance est individuelle a pour objectif d'identifier les besoins éducatifs individuels du patient, d'établir avec lui des objectifs pédagogiques personnalisés et de présenter le programme.
- La première séance collective a pour objectif de comprendre la maladie tant sur le plan des connaissances théoriques que du vécu subjectif.
- La deuxième séance collective porte sur le traitement et l'intérêt capital de l'observance médicamenteuse.
- La deuxième séance individuelle se recentre sur les réponses propres à la problématique de chaque patient et sur la mise en place d'un projet personnel.
- La troisième séance collective est davantage axée sur l'aspect social de l'épilepsie et vise à donner au patient les conseils sur sa vie quotidienne et les situations spécifiques, déjà vécues par d'autres, qu'il peut rencontrer.

<sup>154</sup> DC. Helgeson, R. Mittan, SY. Tan, S. Chayasirisobhon, Sepulveda Epilepsy Education : the efficacy of a psychoeducational treatment program in treating medical and psychosocial aspects of epilepsy. *Epilepsia* 1990; 31(1): p75-82.

Des outils élaborés spécifiquement pour animer les différentes séances ont été mis à disposition des équipes participant au programme d'éducation.

Pour ce programme, onze soignants volontaires du service (cadre infirmier, infirmière de coordination, infirmier, aide-soignant, secrétaire hospitalière, technicien EEG, assistante sociale et médecin coordonnateur expert en épileptologie) ont été formés. La formation s'est déroulée sur 2 jours et a été effectuée par EDUSANTE.<sup>155</sup>

Ce programme a effectué une répétition de l'étude pilote en juin 2007, L'équipe a initié l'étude avec 3 patients afin de faire un premier bilan et d'analyser les difficultés de management de groupe. Les patients inclus sont des patients épileptiques nouvellement diagnostiqués ou souffrants d'une épilepsie pharmacorésistante.

Les critères d'évaluation ont porté sur les connaissances acquises suite au programme (QCM avant et après le programme), sur l'analyse de la qualité de vie (QUOLIE 31 : Quality of life in epilepsy inventory-31. Echelle composée de 7 sous échelles évaluant, la capacité physique, les fonctions cognitives, la peur des crises, l'effet du traitement, la qualité de vie globale.), ainsi que sur la faisabilité du programme. L'objectif de l'étude est atteint si il réussit à optimiser l'observance thérapeutique et à améliorer les connaissances du patient sur sa maladie ainsi que sa qualité de vie.

Cette étude dans sa première phase de travail, autour de trois cas, présente des similitudes avec le travail de santé publique réalisé dans le cadre du stage de professionnalisation. Il sera donc intéressant au travers d'une extrapolation de comparer les objectifs et la démarche dans cette étude et ceux employés lors du travail de santé publique sur le glaucome.

### **Réseau insuffisance respiratoire de Lorraine (RIR)**

Le RIR lorraine propose un programme d'éducation thérapeutique notamment au CH de Nancy, à l'Hôpital Bon Secours de Metz, à l'hôpital Hôtel-Dieu de Mont-Saint-Martin, au Centre Hospitalier d'Epinal service « Ecole du Souffle » ou à la Maison de Santé pluriprofessionnelle (FEMALOR) de Vicherey. La prescription d'éducation thérapeutique peut être établie par le médecin traitant ou le spécialiste, pneumologue ou pédiatre. Elle est dispensée par des professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique, sous la forme de programmes personnalisés, établis avec le patient après un entretien initial de « diagnostic éducatif ». Les programmes se déroulent sous forme de séances éducatives individuelles ou collectives dispensées dans des centres hospitaliers, des cabinets libéraux, éventuellement à domicile.

Ce réseau, pris comme exemple parmi de nombreux autres, montre un programme largement diffusé mais dont la mise en place a initialement été structurée autour des établissements de santé. Cela témoigne que l'évolution vers un accompagnement des patients en ambulatoire va nécessiter une adaptation des professionnels de santé et du réseau.<sup>156</sup>

### **Programme ARSIMED de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-métropole**

Dans un premier temps, l'EPSM Lille-métropole a développé « l'Atelier du médicament ». trois formes d'intervention sont établies ; l'information ponctuelle dans les unités d'admission, les ateliers du médicament en hôpital de jour en 8 séances à thème et les entretiens individuels. Les thèmes traitent ;

- de la réalisation des effets bénéfiques apportés par les médicaments prescrits,
- de la représentation du médicament dans le quotidien en automédication ou sur ordonnance,
- de l'observation des effets indésirables des psychotropes,
- des interactions de l'alcool, tabac, café, stupéfiants illicites avec les psychotropes prescrits,
- de l'observance du traitement notamment en cas de rechute ou de manque de motivation.

<sup>155</sup> S. Dupont, (MCU, PH Hôpital Pitié-Salpêtrière) <http://polemsn.fr/qualitepp/education-therapeutique-en-epilepsie/>

<sup>156</sup> <http://www.rirorraine.org>, programme d'ETP du RIR Lorraine.

A noter, l'évaluation de l'observance des traitements par une grille d'évaluation et la synthèse rédigée à chaque fin d'atelier.

A la suite de cette expérimentation s'est développé à l'EPSM le programme « ARSIMED : aider à reconnaître les signes de la maladie et des médicaments », qui est un programme d'ETP créé par le docteur E Augeraud, Psychiatre et le docteur Marie Lise Biscay, Pharmacien, CH de Pau. Ce programme, réalisé par une équipe pluridisciplinaire auprès du patient et des proches, se compose de deux modules (connaître sa maladie, la traiter avec son traitement) en initiation de la formation puis, ensuite, peut se prolonger dans un troisième module destiné à s'assurer des acquis par la suite. Les modules s'appuient sur des supports pédagogiques, un livret spécifique à chaque patient facilite le suivi personnalisé. Plusieurs centres ont expérimenté ce programme. Ce programme s'adapte spécifiquement au besoin de chaque patient et est construit de manière pratique favorisant son accessibilité.<sup>157</sup>

Une table ronde réalisée en mars 2011 au CHU de Nantes, a réuni différents acteurs investis dans des programmes d'ETP. Cette conférence expose les points communs entre leurs différents programmes. Le docteur Sylvaine Berthe-Simonelli, pharmacienne, coordonnatrice d'un programme ARSIMED autorisé fin décembre 2010 au sein de la Fondation Bon-Sauveur à Bégard et le docteur David Feldmann, pharmacien en pharmacie d'usage intérieur, coordonnateur du programme « gérer son traitement » destiné aux patients transplantés thoraciques autorisé en janvier 2011 à l'unité de transplantation thoracique(UTT) du CHU de Nantes ont orienté leur programme sur les compétences d'adaptation et d'auto-soins des patients pour leur traitement. L'UTT propose deux modules ; le premier sur la connaissance des médicaments dans le contexte de santé du patient transplanté, le second sur l'abord des médicaments génériques. Contrairement à ARSIMED, l'UTT n'établit pas d'atelier centré sur la maladie. Le programme de l'UTT prévoit un entretien post-opératoire avec une infirmière du service chargée du diagnostic éducatif et de la proposition de l'offre d'ETP et une séance individuelle pour accompagner la sortie hospitalière avec notamment le plan de prise du CHU de Nantes cité dans le chapitre observance de la partie 2B.<sup>158</sup>

### **Programme SOPHIA**

Un autres type de dispositif de prévention notable est le programme de prévention personnalisé SOPHIA que développe l'Assurance Maladie. L'objectif de cette prévention est d'empêcher la survenue d'hospitalisation en urgence en assurant un suivi plus étroit autour des habitudes des patients chroniques. Sophia est un service dédié à l'accompagnement des malades chroniques pris en charge pour une affection de longue durée (A.L.D.) avec une collaboration étroite entre les médecins traitants, les patients et l'Assurance Maladie. Ce programme ne constitue pas un processus d'apprentissage par les programmes d'éducation thérapeutique du patient mais il permet un suivi et un accompagnement à grande échelle auprès des patients diabétiques et plus récemment asthmatiques qui sont adhérents au programme.<sup>159</sup>

Le programme s'inspire du « disease management » :<sup>160</sup>

Les patients sont contactés par téléphone (appels sortants) par une infirmière de la caisse nationale d'assurance maladie qui suit leur dossier. L'infirmière s'informe auprès du malade des risques liés à l'observance, le style de vie au regard des recommandations (activité physique, alimentation, tabagisme), le degré de complication de la maladie (plaie, HbA1c élevée 9-11% niveau 2 ou plus de 11% niveau 3). L'infirmière répond aux éventuelles questions que le patient se pose (automesure glycémique, stylo autopiqueur, contacter un

<sup>157</sup> C. Pollé, Pharmacien, généralités sur l'éducation thérapeutique du patient, EPSM Lille-métropole, mars 2011.

<sup>158</sup> C. Bezel CH Le Vigan, E. Jobard CH Saint-Brieucb, S. Berthe-Simonelli CH Bégard, D. Feldmann CHU Nantes, L. Robelet-Spiesser CHU Angers, J. Rouprêt-Serzec Robert Debré APHP, éducation thérapeutique : table ronde, hopipharm Nantes 2011.

<sup>159</sup> J. Parrot, rapport de la commission Attali, la lettre des nouvelles pharmaceutiques n°353, p9, 31 janvier 2008.

<sup>160</sup> C. Bismuth, Un projet d'accompagnement des diabétiques pour apporter des conseils en santé et aider à orienter dans le système de soins. Réseaux Diabète, Juin 2007:14-5.

pôle de santé spécialisé pour l'activité physique adaptée...), elle oriente vers le médecin traitant si besoin et s'assure des prises de rendez-vous pour le suivi par les spécialistes. Ensuite il est proposé au patient des objectifs de soins (arrêt du tabac) et il est programmé une date pour le prochain appel. Les données sont enregistrées dans un logiciel spécifique pour élaborer le suivi (nécessaire au regard du grand nombre d'adhérents que l'infirmière doit suivre).

Au premier semestre 2011 l'Assurance Maladie compte 78 conseillers en santé sophia. Les conseillers vont au contact du patient et passent chacun en moyenne de 10 à 12 appels sortants par jour (85% de leur activité). Pour 103 000 adhérents au 07 mars 2011, les premiers résultats, obtenus sur une année d'observation, confirment l'efficacité du programme. Les adhérents réalisent plus fréquemment les examens recommandés dans le suivi du diabète: consultation ophtalmologique, électrocardiogramme, dosages sanguins... Les patients sophia réalisent, davantage l'examen ophtalmologique annuel recommandé. Le taux d'hémoglobine glyquée a un peu plus baissé par rapport au groupe témoin. Les premières données disponibles sur les hospitalisations, observées sur un an, montrent que les patients sophia recourent aussi fréquemment que les autres à l'hôpital. Intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, ce service de l'Assurance Maladie sera généralisé d'ici 2013 et étendu à des pathologies cardiovasculaires et respiratoires.

A tout moment, le médecin traitant peut échanger des informations avec le service sophia et indiquer une recommandation particulière pour un patient à l'aide d'un support dédié, une « fiche contact ». On relève que les seuls secteurs du Hainaut et de Lille-Douai représentent une part importante des nouveaux patients éligibles pour le dispositif sophia.

Le service est proposé par l'Assurance Maladie aux patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2, âgés de plus de 18 ans, pris en charge à 100% par le régime général de l'Assurance Maladie. Le patient remplit le bulletin d'inscription joint à la brochure d'information et le renvoie à l'aide de l'enveloppe T. Une fois inscrit, le patient reçoit un questionnaire personnel qu'il remplit et un questionnaire médical à compléter par son médecin traitant au cours d'une prochaine consultation.<sup>161</sup>

Le Professeur André Grimaldi, (diabétologue, chef de service à l'hôpital de la Pitié à Paris), reconnaît, aux pharmaciens, le rôle d'expert en médicaments, de conseil et d'acteur de proximité. Il les crédite d'une capacité de « Disease manager » dans les méthodes de « managed care » selon la terminologie américaine.<sup>162</sup> Il critique la technique de « coaching à distance » qui ne s'appuie pas sur les réseaux de proximité : Il déclare lors de la journée de l'ordre des pharmaciens du 6 novembre 2008 « quelle idée a eue la CNAMTS d'embaucher des infirmières qui vont téléphoner aux patients. Elles ne verront pas le visage du patient qu'on prétend accompagner. Ce patient qui va tous les mois dans sa pharmacie et qui voit quelqu'un qu'il connaît! Ne pouvait-on pas réfléchir autrement ? »<sup>163</sup>

### **Les Centres d'Examen de Santé (CES)**

Le Centre d'Examens de Santé est exclusivement un lieu de prévention et de dépistage géré par la CNAMTS. Leur premier rôle est la mise en œuvre des examens périodiques de santé. Ils participent aussi à des actions de santé publique notamment en terme d'éducation thérapeutique. Ce type de structure est néanmoins peu adaptée à une coordination pour l'éducation thérapeutique avec une prise en charge ambulatoire dans une pharmacie d'officine, car il s'agit généralement déjà d'une structure regroupée largement pluridisciplinaire. Dans ce cadre les besoins de l'assuré en terme de suivi et d'accompagnement sont pris en charge par le CES.

<sup>161</sup> 100 000 adhérents pour sophia et premiers résultats médico-économiques encourageants, lettre d'information de l'Assurance Maladie. 10 mars 2011.

<sup>162</sup> A. Grimaldi, bulletin trimestriel de l'Ordre des pharmaciens. Décembre 2008, n°401, p.341-353. ISSN 1157-8475.

<sup>163</sup> A. Grimaldi, journée de l'ordre des pharmaciens du 6 novembre 2008, la lettre des nouvelles pharmaceutiques n°370,p3, 20 novembre 2008.

## **B. Définition des éléments dont dispose une pharmacie d'officine, pour participer à un programme d'ETP, illustrés par le travail de santé publique et l'étude de cas sur le thème du glaucome (Lille-II : 2011)**

### **Rôle du pharmacien**

Les conseils diffusés par le CESPARM décrivent le rôle du pharmacien dans l'éducation pour la santé et dans l'éducation thérapeutique : <sup>164</sup>

L'article R-4235-2 du CSP précise la contribution du pharmacien dans l'éducation pour la santé et l'article L. 5125-1-1-A du CSP définit les missions du pharmacien d'officine notamment dans les soins de premiers recours et dans la participation à l'éducation thérapeutique. La HAS établit que l'ETP concerne l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant une maladie chronique et doit être réalisée par une équipe multiprofessionnelle et interdisciplinaire pour être efficace.

Les pharmaciens sont des acteurs de proximité, ils sont accessibles et ont la possibilité de disposer, à certains moments, sans impératif inconditionnel, de plages horaires qu'ils peuvent établir pour prévoir des rendez-vous avec les patients. Ils ont une connaissance globale du patient et un lien de confiance avec lui (historique, relation soignant/patient). Ils ont un crédit auprès du public (étude ipsos santé « les français et leur pharmacien » jan 2008 ; enquête Vision Critical « image et attachement des français à la profession de pharmacien » nov 2009).

Dans ce cadre les rôles du pharmacien sont multiples

Un rôle dans l'information, la prévention et les dépistages. La remise personnalisée de brochures validées (visa GP auprès de l'ANSM anciennement AFSSAPS).

Un rôle d'aide à la compréhension du traitement pour le patient. Pour adhérer à la proposition de traitement, le patient doit comprendre les mécanismes de sa maladie, l'action de ses médicaments, les bénéfices escomptés et les effets indésirables potentiels. Le contenu des informations doit être adapté pour répondre aux besoins d'information du patient. Il convient d'évaluer au préalable ce que le patient sait au sujet de sa maladie et de son traitement en vue de renforcer ou rectifier les données comprises par le patient. L'utilisation de différents outils (dessin, schéma, brochure d'information, notice conditionnée à une validité scientifique et pharmaceutique) peut s'avérer utile pour faciliter la compréhension du patient. Il est important de s'assurer de cette compréhension en demandant au patient de reformuler ce qu'il a retenu des informations transmises.

Un rôle de promotion du bon usage des médicaments. Le pharmacien peut apprendre au patient la technique particulière d'administration de certains médicaments, par une démonstration suivie d'un essai par le patient pour permettre un apprentissage efficace. Le mode de prise sera vérifié régulièrement pour maintenir et renforcer les compétences techniques des patients. Le pharmacien va insister sur une prise régulière des traitements pour les maladies chroniques longtemps asymptomatiques. Il va sensibiliser le patient aux risques de prises de médicaments en dehors de tout conseil pharmaceutique ou médical. Il va éduquer le patient à reconnaître des effets indésirables et expliquer la conduite à tenir s'ils surviennent. Il va faciliter l'organisation pratique de la prise de médicaments en élaborant avec le patient un plan thérapeutique personnalisé clair et détaillé en intégrant les habitudes de vie.

Un rôle auprès du patient pour l'apprentissage de l'autosurveillance. Le pharmacien va éduquer le patient à l'automesure : la délivrance de dispositif d'automesure s'accompagne d'une information pédagogique complète sur le mode d'utilisation pratique de l'appareil. Il va demander au patient d'effectuer lui-même l'automesure sous la guidance du pharmacien. Le

---

<sup>164</sup> <http://www.Cespharm.fr>, prévention-santé éducation pour la santé rôle du pharmacien, 8 novembre 2010.

pharmacien va aussi éduquer le patient à reconnaître les signes d'alerte justifiant une consultation médicale rapide.

Un rôle de soutien des patients. Le pharmacien occupe une place privilégiée pour accompagner le patient dès l'annonce du diagnostic, au moment de la mise en route du traitement et tout au long de leur prise en charge. Il représente un soutien pour le patient, en cas de difficultés liées au traitement, de survenue d'une complication ou d'un événement majeur intervenant dans la vie du patient, de chute de motivation ou de confiance en soi et/ou envers les propositions de soins. Il s'agit de :

- Encourager le patient à exprimer ses inquiétudes, liés à la maladie et à son traitement sans les minimiser.
- Etre disponible et à son écoute en faisant preuve d'empathie et valoriser ses efforts.
- Porter un intérêt au patient, pour sa santé, pour sa qualité de vie avec son entourage et ses proches, sans ingérence.
- Orienter si besoin le patient vers une association de patients ou un pôle de santé spécialisé en éducation thérapeutique.

Le travail de santé publique réalisé au cours du stage de professionnalisation en 2011 a répondu à ces différents rôles du pharmacien. Il a présenté un intérêt particulier car il a porté sur le glaucome dans son évolution chronique alors qu'il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique en cours pour cette pathologie et qu'il n'y a pas d'étude disponible sur l'évaluation des acquis des patients pour la prise en charge de cette pathologie.

### **Observation de 1<sup>er</sup> recours pour l'accompagnement/ l'apprentissage du patient dans une maladie chronique**

Il est notable, pour le soignant, d'accorder une écoute attentive au patient, pour comprendre ses attentes et surtout pour le soutenir dans la compréhension de sa maladie et des émotions qu'elle entraîne. Aborder les désirs et les émotions des patients, c'est savoir rajouter à l'éducation thérapeutique la force d'une démarche empathique.<sup>165</sup>

Lorsqu'il existe un symptôme gênant et désagréable, par exemple une douleur, « l'observance » est alors très bonne. Il semble que le principe de raison soit subordonné à un principe comportemental du rapport plaisir-déplaisir.

La difficulté à suivre le traitement sera beaucoup plus présente dans les maladies chroniques à bas bruit qui n'auront pas de symptôme apparent. Dans ce cas, l'alliance thérapeutique soignant-patient reposera sur le seul principe de raison. Un patient non-observant dont les glycémies oscillent entre 2 et 3 g/L se sent parfaitement bien, tandis que sa rétine, ses reins, ses nerfs, ses artères se détériorent lentement. Dans l'étude de cas réalisée sur le glaucome, les patients ne ressentent pas la surpression intraoculaire et ne constatent la baisse de champ de vision que tard dans l'évolution de la maladie.

Pour améliorer l'observance du patient, le soignant va « créer » un symptôme, il sensibilisera le patient autour d'une constante biologique (pression intraoculaire) et l'incitera à maintenir, par le traitement, une valeur dans la norme. Ce protocole n'est pas idéal puisqu'il agit par extrapolation et qu'il s'agit bien d'une mesure, ramenée à une norme standardisée, et non d'un symptôme.

---

<sup>165</sup> Livet P., Émotions et Rationalité morale. Paris, PUF, 2002.

Cette démarche va être source d'une angoisse chez le patient : avec la crainte d'une complication ou avec un locus de contrôle interne fort pour son état de santé, le patient cherchera strictement à respecter la norme. Dépasser le contrôle rationnel en développant un principe de déplaisir autour de la maladie va présenter différents effets chez le patient.<sup>166</sup>

- Selon un de ces effets, il va agir de façon rationnelle comme le proposent les soignants ce qui correspond à l'effet recherché.
- Selon un autre de ces effets, il va adopter une conduite d'évitement par déni ou par une dénégation délibérée pour dénier le fait que la mesure d'une constante n'est pas réellement un symptôme désagréable. Par exemple le patient ne fera plus ses examens.
- Selon un autre de ses effets, le patient va activer des croyances, s'adonner à des rites conjuratoires pour se libérer de l'angoisse développée possiblement au mépris de la conduite rationnelle prescrite.

Ces effets ne sont pas exclusifs et un malade pourra très bien suivre son traitement en vue du respect de cette norme tout en ayant un déni pour sa maladie et en activant des croyances pour échapper à l'angoisse de tomber malade et retrouver ainsi un état d'insouciance pour sa santé.<sup>167</sup>

Egalement, comme le souligne Gadamer (dans « de la philosophie de la santé »), il est possible de fixer des valeurs standards spécifiques à la santé. Mais la santé se maintient elle-même dans ses propres mesures et lorsqu'on lui applique des valeurs standards que l'on plaque sur le cas individuel, on l'éloigne de ses mesures. On risquerait de rendre malade un homme bien portant en voulant les lui appliquer de force.<sup>168</sup>

Ces éléments montrent que le conseil pharmaceutique et l'information en santé pourront avoir une incidence sur l'observance mais sont insuffisants pour l'accompagnement du patient. Une écoute active et un apprentissage par un programme d'éducation thérapeutique assurent une prise en charge plus complète.

Des études de cohorte réalisées au Canada démontrent que le début de la prise en charge de l'hypertension artérielle est une période à haut risque de non-observance. Dans ces études, 20% des hypertendus ne vont pas renouveler leur première ordonnance. Elles interprètent ces résultats par une maladie mal comprise ou mal expliquée et concluent que la relation médecin-malade tient un rôle marquant dans l'inadéquation entre la prescription et le comportement adopté par le malade. Dans 80% des cas il existe un défaut de motivation par refus de la maladie. Pour la prise en charge de l'hypertension artérielle au long cours, une autre attitude observée se fait à l'insu du médecin et consiste en une fausse impression de guérison que ressent le patient. Par une non-observance, à six mois 80% des patients seront de nouveau hypertendus, les 20% restant seront encore normotendus, d'autant plus s'ils ont adopté des mesures hygiéno-diététiques depuis l'arrêt de leur traitement.<sup>169</sup>

Dans l'étude de santé publique réalisée pendant mon stage de professionnalisation en 2011, le travail d'écoute a mis en lumière des inconvénients dans la prise des traitements telles que des difficultés d'instillation (problème de technicité ou inadaptation du flacon incriminée par le patient) et des effets indésirables courants et sans gravité (prurit, sécheresse oculaire, hyperhémie conjonctivale) ainsi que la crainte de leur survenue. Ses effets indésirables, au-

---

<sup>166</sup> Ionescu S., Jacquet MM., Lhote C., Les Mécanismes de défense. Théorie et clinique. Les principaux mécanismes de défenses définis et illustrés de nombreux exemples. Paris, Nathan-Université, 2001.

<sup>167</sup> Grimaldi A, Observance et diabète de type 2. In A. Grimaldi, Traité de diabétologie. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2005, Paris, p.474-478.

<sup>168</sup> HG. Gadamer, Philosophie de la santé. Paris, Grasset, 1993, p116.

<sup>169</sup> DP. Faxon, LH. Schwamm, RC. Pasternak et al., Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. Circulation 2004; 109: p2641-2654.

delà du problème de prise dû au risque d'une dose incomplète, avaient pour conséquence de démotiver les patients et entraînaient une non-observance.

Les nombreux entretiens, qui ont été réalisés ensuite, ont révélé des dénis autour de la maladie, une incompréhension de l'intérêt des traitements. Une patiente traitée pour une pathologie difficile à équilibrer avec plusieurs collyres antiglaucomeux me demandait « Cosopt, Alphagan, Xalacom, y a-t-il vraiment une différence ? ». Cela étant suivi d'un désintérêt récurrent pour le traitement face aux contraintes d'instillation et de répétition quotidienne des prises. Il faut également prendre en compte que, dans certains cas, lorsque l'hypertension intraoculaire était constatée comme revenue à une pression normale les patients adoptaient une fausse impression de guérison.

Tout cela concourt à la non-observance. Une sollicitation systématique et des conseils de prise ont été utiles, rejoint par un enseignement général sur la nature de la maladie et des médicaments pour lutter contre cette non-observance.<sup>170</sup>

En vue d'un accompagnement optimal des patients, aidé par l'historique et le DP, une information est donnée à l'équipe officinale sur la prise d'un traitement antiglaucomeux ou la présence de facteur de risque de glaucome par fermeture de l'angle, afin de faciliter la vigilance en cas de prescription de médicaments contre-indiqués.<sup>171</sup> (cf. tableau)

Une attention particulière est portée à l'observance des examens ophtalmologiques chez les patients à risque de glaucome primitif à angle fermé :

- Antécédents familiaux de glaucome aigu
- Femmes hypermétropes âgées de plus de 50 ans
- Patients suivant une corticothérapie
- Personnes d'ethnie africaine de plus de 50 ans (prévalence plus élevée que la moyenne)

Egalement chez les patients à risque de glaucome secondaire à angle fermé :

- Antécédent d'uvéite inflammatoire
- Antécédent de traumatisme oculaire
- Antécédent d'intervention chirurgicale sur le cristallin
- Personnes atteintes de diabète.
- Antécédent de crise de glaucome aigu
- Terrain vasculaire à risque d'élévation de pression épisclérale veineuse (syndrome de Sturge-Weber, tumeurs orbitaires, exophtalmie endocrine, sclérite antérieure<sup>172</sup>)

MECANISME	MEDICAMENTS
Dilatation pupillaire Blocage de l'écoulement d'humeur aqueuse	β-2 stimulants : salbutamol Vasoconstricteurs : pseudoéphédrine Collyre mydriatique Anticholinergiques Anti-H1 : Polaramine® Anti arythmiques AD tricycliques ; ISRS ; IRSNa ; miansérine
Oedème du corps ciliaire Par réaction allergique	Sulfamides, Thiazidiques Epitomax® (en début de traitement)
Hémorragie rétinienne	AVK
Angioedème	Certains IEC, Candesartan

Les collyres contenant un vasoconstricteur (liste non exhaustive), pharmacie clinique, Lille 2, 2009.

<sup>170</sup> <http://www.cespharm.fr>, fiche technique fev 2008, Rôle du pharmacien face aux affections oculaires.

<sup>171</sup> A. Boscher, M. Boulet, F. Dumetz, C. Vermesse, H. Wickaert, T. Dupin-Spriet, P. Wierre, fiche d'aide au conseil officinal : attitude spécifique du pharmacien face aux symptômes oculaires, pharmacie clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques Lille 2, mars 2009.

<sup>172</sup> JS. Jørgensen; R. Guthoff, Le rôle de la pression veineuse épisclérale dans la survenue du glaucome secondaire, Revue Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, , vol. 193, n°5, ed. Thieme, Stuttgart, 1988, p471-475.

## **Adhésion du patient à la prise en charge**

L'atteinte définitive par une pathologie expose le malade, à l'annonce du diagnostic, à un travail de séparation avec le temps « d'avant ».

Paradoxalement le patient peut associer la mise en place d'un traitement quotidien (visant pourtant à préserver l'état du patient) et l'atteinte chronique de la maladie annoncée (évoluant pourtant depuis une période antérieure au diagnostic)[...] Par exemple, le diabétique soigné n'a pas perdu grand-chose dans ses possibilités d'agir, mais beaucoup sur le plan de la représentation et de l'image de soi.<sup>173</sup>

Il est nécessaire de prendre en compte ces éléments pour garantir une bonne adhésion du patient à la prise en charge de la maladie. Face aux difficultés de « l'annonce » après le diagnostic, certaines stratégies peuvent être prises en considération.<sup>174</sup>

1. Faire percevoir la compétence médicale sans qu'elle écrase ou occulte la dimension subjective.
2. Faire sentir un « partage » de la difficulté de la situation.
3. Ne pas jouer un rôle ou réciter une leçon (source d'évitement pouvant être perçue comme une déconsidération).
4. Laisser le temps à des questions, et proposer des réponses simples.
5. Être à l'écoute des spécificités émotionnelles et cognitives du patient qui reçoit l'annonce.
6. Proposer un prochain rendez-vous, qui permettra de faire le point sur divers aspects propres à la maladie et au malade dans cette situation.<sup>175</sup>

Les patients qui rencontrent des difficultés pour se traiter vont être sources de contre-attitudes médicales.

Soit par résignation, autour d'un accord tacite médecin-malade, en lui demandant : « Pourquoi venez-vous me voir alors que vous ne faites rien au niveau de votre traitement ? » en ajoutant « Que puis-je faire pour vous aider ? » alors qu'il faudrait interroger le patient sur les raisons de ses difficultés.

Soit par dramatisation concernant les complications s'accompagnant d'une banalisation des contraintes thérapeutiques « Je ne vous demande pas grand-chose... ». Cela débouche sur la culpabilisation et l'infantilisation du patient dans la relation médecin-malade et aussi source d'un jugement moralisateur « c'est une question de volonté ». La dramatisation peut aussi amener la multiplication des examens complémentaires offrant une réponse biomédicale à un problème psychosocial.<sup>176</sup>

Trois processus sont à l'origine de ces contre-attitudes :<sup>177</sup>

- La routinisation des rapports médecin-malade au cours de la maladie chronique ;
- L'objectivation du malade nécessaire à l'approche rationnelle scientifique de la maladie ;
- Le modèle culturel de la maladie aiguë où le malade se défend psychologiquement si bien qu'une relation soignant/soigné de type parental paraît alors adaptée.

<sup>173</sup> Barrier P., L'autonormativité du patient chronique, Thèse de doctorat en Lettres et Sciences humaines, Université René Descartes, Paris V, 2007.

<sup>174</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. 69p.

<sup>175</sup> Barrier P. « la bonne santé du malade ». Mémoire de DEA en sciences de l'éducation, sous la direction de Jean-François d'Ivernois, Université René-Décartes-Paris V, 2003.

<sup>176</sup> ) Bruchon-Schweitzer M., Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris Dunod, 2002.

<sup>177</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.57p.

La relation de type paternaliste plus ou moins autoritaire n'est pas souhaitable et elle est dénoncée par Philippe Barrier dans le traité de diabétologie.

Dans la relation d'objectivation du malade, le médecin n'est qu'un investigateur-prescripteur ayant un rôle quasi « administratif ». Les patients ont tendance de plus en plus à objectiver les médecins les réduisant, par un jeu de pouvoir désavantageux pour la relation médecin-malade, à une mission de prescription statistique et les privant, abusivement, de leur rôle médical. Certains patients en viennent à demander « Il y a une indication de ce médicament pour ma maladie, pouvez-vous le rajouter à la liste ? ». <sup>178</sup>

La relation que souhaite développer les soignants au cours de la maladie chronique est celle d'un partenariat où quatre éléments entrent en compte : l'être de raison du médecin et celui du patient et également leur être d'émotions et de relation qui permettent l'expression des difficultés à suivre le traitement et les solutions qui peuvent y être apportées.

Dans l'éducation thérapeutique (atelier ou simple consultation) le contrat s'établit entre le « moi » rationnel et le « moi » émotionnel du patient comme du soignant. Ces quatre éléments sont requis car l'éducation thérapeutique a besoin d'une expertise thérapeutique personnalisée et évolutive et a également besoin d'un accompagnement psychosocial pour définir en permanence le compromis optimal. <sup>179</sup>

Dans mon stage de professionnalisation, l'assurance de l'adhésion du patient à la prise en charge, s'est construite sur une démarche semblable au diagnostic éducatif : « Votre ophtalmologiste vous prescrit des gouttes à mettre dans l'œil (ou les yeux) tous les jours. Ce flacon que vous avez tous les mois va permettre de traiter le glaucome. Selon vous pourquoi est-ce important de bien prendre ses gouttes tous les jours ? » ; « Pouvez-vous m'expliquer comment vous faites lorsque vous mettez vos gouttes ? ». Il faut, autour des questions posées au patient, être à l'écoute de la personne, faire preuve d'empathie envers ses inquiétudes et ses attentes, comprendre ses interrogations.

Avec ce travail d'écoute et d'adaptation aux attentes du patient pour la prise de son traitement, il faut ensuite l'informer sur l'intérêt du traitement et le convaincre de la nécessité de la régularité de la prise en charge.

Lors d'une écoute attentive, le patient peut signaler des effets indésirables, hyperhémie conjonctivale, sècheresse oculaire. Le patient est averti, à la délivrance et lors du signalement d'un de ces effets, qu'ils se rencontrent parfois et sont sans gravité et qu'ils ne sont pas des signes d'aggravation (hors urgence ophtalmologique). En cas de persistance des effets indésirables un avis du médecin permettra de modifier le traitement. Si un éclaircissement autour du médicament et de son utilité est nécessaire, il est alors utile de proposer un entretien pour permettre au patient de comprendre l'intérêt de son traitement et/ou de maîtriser les gestes de la technique d'instillation du collyre.

Règles de base à observer par le patient atteint de glaucome :

1. Instillez le médicament dans l'œil de la manière qui vous a été prescrite par votre médecin en respectant les horaires de prises. Ne modifiez pas de votre propre chef la prise des gouttes. En cas de problème demandez l'avis du médecin.
2. En voyage, prenez une réserve suffisante de médicament avec vous. Demandez à votre médecin une ordonnance supplémentaire si nécessaire. Pensez au fait que votre glaucome ne peut être contrôlé que par la prise ininterrompue du médicament.
3. Respectez les rendez-vous fixés par votre médecin pour lui permettre de constater le succès du traitement et, si nécessaire, le modifier en fonction des résultats obtenus.

---

<sup>178</sup> Barrier P., Echec du traitement du diabétique de type 1 : vécu du diabétique insulino-dépendant et causes de l'échec thérapeutique. In A.Grimaldi ed, traité de diabétologie. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2005, p236-242.

<sup>179</sup> American Diabetes Association, Anderson D, The art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators, Martha Funnel, 2000.

4. Si vous allez consulter un autre médecin, votre médecin de famille par exemple, informez-le aussi de votre traitement du glaucome.
5. Signalez vos autres maladies et traitements éventuels à votre ophtalmologiste (diabète, HTA, migraine, dépression)
6. Ne prenez jamais d'autres médicaments pour les yeux sans l'accord préalable de votre médecin.
7. Le glaucome peut être héréditaire. Encouragez les membres adultes de votre famille à effectuer régulièrement un examen de leurs yeux.
8. Si vous devez vous faire opérer de glaucome, cette intervention microchirurgicale vous permet de rentrer chez vous le jour même. Vous devrez protéger votre œil pendant quelques jours.
9. Signaler tous les effets secondaires que vous avez pu ressentir pendant le traitement.

Des instillations insuffisamment fréquentes ou en trop faible quantité (incorrectement instillées) présentent un risque de poussée de pression intraoculaire et d'aggravation du glaucome.

Un entretien court concernant la bonne instillation des collyres auprès des patients chez qui un collyre antiglaucomateux est prescrit est réalisé systématiquement. Une fiche d'aide à l'instillation des collyres, accompagnée des conseils adéquats, remise au patient, va favoriser une instillation conforme des collyres.<sup>180</sup> (Annexe 11)

### **Objectifs d'apprentissage pour la compréhension de la maladie**

Il faut noter qu'une erreur méthodologique sur la signification du rapport au soin peut survenir. Ce qui lie patient et médecin n'est pas un rapport d'obéissance.<sup>181</sup>

Le médecin, sûr de la validité de son savoir, agit avec son patient comme si celui-ci n'en détenait aucun. Il commet l'erreur pédagogique que Socrate reproche aux sophistes : faire comme si le sujet, que l'on veut éduquer, était un vase vide que l'on va remplir de savoir. Or le vase n'étant pas vide, le savoir que l'on veut y introduire est tronqué, mélangé ou refoulé. Le médecin dira que son patient « ne veut rien savoir ». Ce qui est vrai, parce qu'il résiste à l'annulation de son propre savoir. Une telle démarche peut entraîner blocage et régression dans une stratégie de confrontation ce qui peut nuire à l'observance. Cette capacité du malade à se savoir malade par son expérience, cette connaissance intime de la catégorie de malade, doit être reconnue par le médecin.<sup>182</sup>

La pédagogie se conçoit de plus en plus comme une transaction entre le savoir de l'un et la compréhension de ce savoir par l'autre.<sup>183</sup>

Pour une pratique centrée sur le patient, les pratiques pédagogiques définies selon Britt-Mari Barth, pédagogue, « C'est en écoutant et en acceptant le savoir provisoire de l'apprenant, sachant qu'il a de la valeur pour lui ne serait-ce que parce qu'il n'en a pas d'autre, et en essayant de comprendre pourquoi sa compréhension est telle, que l'on peut commencer à négocier un sens nouveau pour lui. »<sup>184</sup>

Dans ce sens, parmi les cas étudiés au cours du travail de santé publique réalisé en 2011 sur le glaucome, j'ai pu relever des attitudes des patients de l'ordre du déni « Je n'ai pas de glaucome, même si je prend un traitement » par rapport au refoulement au regard de leur

<sup>180</sup> F. Akerberg, Fiche Vidalpatient : comment mettre un collyre, ed Vidal/Staywell, 2003.

<sup>181</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. 63p.

<sup>182</sup> Canguilhem G. Le Normal et le pathologique. Paris, PUF, 1966.

<sup>183</sup> Lacroix A, Assal JP. L'Education thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003.

<sup>184</sup> BM. Barth, le savoir en construction, Retz Nathan 1993, p153.

propre savoir « le glaucome n'est pas vraiment une maladie, je prends mes gouttes mais c'est comme de l'eau. ». L'exemple cité cible parallèlement le caractère imparfait du savoir du patient par l'expérience, il est néanmoins important de ne pas nier ce savoir en imposant au patient une réalité médicale qu'il pourrait rejeter (refusant un rapport de domination sur le savoir entre soignant et malade) mais plutôt d'expliquer le traitement et la maladie, d'accompagner avec l'écoute nécessaire et d'approfondir le savoir du patient pour le faire évoluer vers sa propre compréhension qui sera contrôlée par la suite en vue de tendre au mieux vers la reconnaissance de l'état pathologique par le patient, c'est au patient de faire évoluer sa démarche. Cette reconnaissance aurait pour effet d'écartier le risque de mauvaise observance.

Cette écoute du patient est nécessaire pour répondre à ses interrogations :

- Est-ce héréditaire ? contagieux ? quels sont les facteurs de risques ? est-ce une maladie fréquente ? Y a-t-il une différence entre la pression intraoculaire et la tension artérielle ?

Pour une bonne compréhension du patient, le pharmacien réalise un entretien avec le patient pour lui expliquer la maladie dans sa forme aiguë ou chronique en insistant sur le caractère asymptomatique à bas bruit qui jour après jour entraîne des dommages irréversibles jusqu'à la cécité et il explique également qu'un traitement quotidien permet de stopper la progression de cette maladie mais qu'il ne va pas permettre de guérir.

L'objectif est de permettre au malade d'acquérir un savoir-faire adéquat au contrôle optimal de sa maladie.

Des fiches conseil, produites par le répartiteur OCP, apportent un support d'aide à l'explication de la maladie.

En règle générale les publications et les données scientifiques peuvent aider la compréhension du patient mais le soignant doit s'assurer que l'entretien est centré sur le patient, sa conception de sa santé et ses objectifs de santé.<sup>185</sup>

La valeur thérapeutique du médicament, d'autant plus lorsqu'il y a polymédication et présence d'effets indésirables, sera liée à la relation médecin-patient.<sup>186</sup>

Le médecin donne une information et suit la compréhension du patient, il prend en compte les difficultés et les effets indésirables. Mais cette relation est marquée d'ambivalence : Il existe un rapport aux théories médicales et au médicament qui est mobilisée en chacun, par le patient et par le médecin, et qui complique leur relation.

L'adhésion à la prise de médicament chez le patient est liée à la perception de la maladie, à la crainte et au vécu des effets secondaires, au désir de se soigner. Le soignant apporte l'information, il a une théorie biologique de la médecine et du médicament. Tout malade possède un savoir sur son rapport au médical et au médicament, différent souvent de son désir profond, ce qui rend complexe le rapport du malade à la maladie : « Je ne supporte pas de prendre un médicament : mon atteinte va devenir concrète, réelle, visible. Cela me fait entrer dans la maladie. ». Pour une alliance thérapeutique, il faut alors donner à l'homme la place de sa parole dans la complexité de son rapport au médical.<sup>187</sup>

Une information, mise à la portée du patient par un travail d'enseignement, sur l'utilité de chaque médicament peut renforcer la conviction du patient quant à l'efficacité de la prise des médicaments prescrits et va aussi faciliter l'observance du traitement.

---

<sup>185</sup> M. Marsault, Fiche conseil: glaucome chronique, McCann Santé Multimedia, OCP point, août 2010.

<sup>186</sup> R. Horne, Adherence to medication : a review of existing research. In : Myers L, Midence K, ed. *Adherence to treatment in medical conditions*. Buffalo, NY : Hardwood, 1998 : p285-310.

<sup>187</sup> C. Breton, Hôpital Lariboisière, Paris, Les pathologies dites fonctionnelles, In A. Grimaldi, J. Cosserat, ed Elsevier, 2004.

Un outil d'intervention éducative vu dans la partie 1D appliqué aux gestes techniques peut s'envisager dans l'éducation pour l'apprentissage de la technique d'instillation des collyres.<sup>188</sup> Des photos des différentes étapes des bonnes pratiques seront alors à classer dans le bon ordre par le patient. (laver les mains, agiter le flacon, tirer la paupière pour verser une goutte dans le cul de sac conjonctival, occluter le canal lacrymal avec la paupière fermée, lire la date et vérifier le non dépassement de la période de 28 jours).

Dans les démarches d'éducation développées au cours du programme PEGASE pour réduire les facteurs de risques cardiovasculaires, les études menées ont montrées que la simple connaissance des risques cardiovasculaires semble insuffisante pour modifier le comportement de santé.<sup>189</sup>

L'amélioration de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire nécessite une meilleure compréhension des difficultés rencontrées par les patients et par les médecins.<sup>190</sup> Avec l'évolution de l'environnement et du comportement, Il faut un accompagnement en continu du patient.<sup>191</sup>

Le programme éducatif PEGASE permet pour les patients de mieux vivre avec leurs facteurs de risque cardiovasculaire en leur permettant d'acquérir et de consolider des compétences pour adapter leur mode de vie et leur alimentation à leur état de santé.

Le programme répond à certains besoins des patients :

- Clarifier la notion de « risque cardiovasculaire »
- Agir personnellement sur ce risque
- Suivre l'évolution de sa maladie
- Evaluer personnellement les résultats de ses efforts et du traitement
- Gérer au quotidien son traitement
- Partager son expérience avec ses « pairs »
- S'assurer du soutien de l'entourage.

Ainsi le patient élabore un projet personnel de santé et s'inscrit dans les modifications de comportements requises dans un processus à long terme.

Une étude, de mai 2005, de l'école nationale de santé publique de Rennes, observe un manque de collaboration entre l'hôpital et la ville. L'étude décrit la dynamique de coopération entre le réseau ADOPTIR, visant l'amélioration de la prévention des maladies vasculaires dans le département Cotes-d'Armor, et l'association des malades cardiovasculaires et opérés du cœur de Basse-Normandie, qui font face à ces difficultés lors du retour à domicile. Leur travail en commun présente des bénéfices pour le soutien psychologique du patient et la conservation des acquis de la réadaptation cardiovasculaire.<sup>192</sup>

L'éducation à la santé et les conseils aux patients peuvent permettre de s'assurer de l'observance globale du traitement mais ne fournit pas une assurance complète de la reconnaissance de l'état pathologique par le patient. En ce sens, un travail concerté d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire permet un encadrement adéquat du patient.

---

<sup>188</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés2ed Elsevier Masson SAS, 2009.249p.

<sup>189</sup> NE. Avis, JB. McKinlay, KW. Smith. Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behaviour? Am J Prev 1990; 6: 137-144.

<sup>190</sup> MH. Fick et al, Helsinki Heart Study : primary-prévention trial with gemfibrozil in middleage men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence in coronary heart disease. N Engl J Med 1987; 317: p1237-1245.

<sup>191</sup> WC. House, L. Penleton, L. Parker, Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' non-compliance with diet. Diabetes care 1986; p9(4).

<sup>192</sup> M. Denis, module interprofessionnel de santé publique : mettre en œuvre l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies cardiovasculaires, ENSP, Rennes, mai 2005.

## **Contrôle de la bonne observance du traitement**

Si l'on se réfère aux différentes étapes de la spirale motivationnelle de Prochaska et Di Clemente (fig.p16[29]), le comportement de non-observance peut s'interpréter en ayant d'abord établi le diagnostic de l'étape de maturation qui caractérise un patient :

- Le patient ne se sent pas concerné par la prise en charge thérapeutique de sa maladie
- Le patient se sent concerné par sa maladie mais doute de l'intérêt de son traitement
- Le patient se sent concerné par sa maladie, adhère à l'intérêt du traitement, mais doute de sa capacité à tenir ses engagements du respect des prises et de sa capacité à modifier le cours de sa santé.
- Le patient est insuffisamment informé sur son traitement, il a été fait abstraction du savoir antérieur et des croyances du patient. Cela le pousse à des comportements qui n'ont pas été prescrits, le degré de compréhension du patient a été abusivement jugé bon.
- Le patient traite par le déni sa maladie devant la peur des complications, l'angoisse d'une déchéance corporelle ou d'une mort prématurée, la sensation d'une incapacité à pouvoir échapper à un destin funeste.
- Le patient manifeste un refus d'une réalité traumatique et une « insoumission » à l'ordre médical au travers d'une prise de risque pour tester ses propres limites ou tester les capacités de son médecin.
- Le patient, malgré une observance incomplète, a le sentiment que ses efforts pour être observant ne sont pas suffisamment reconnus par son médecin ou que le médecin ne mesure pas les obstacles qu'il rencontre dans la vie quotidienne. Il ne se sent pas assez soutenu, compris ou encouragé. La non-observance prend alors une valeur d'appel d'une plus grande empathie de la part du médecin.
- Le patient soucieux d'autonomie est non-observant pour contester un comportement trop dirigiste vers des objectifs de santé qui ne sont pas prioritaires à son sens.

Face à la non-observance, culpabiliser le patient peut être contre productif. L'inconvénient est de faire l'économie d'une tentative de compréhension des causes conduisant à la non observance. Le sermon peut s'avérer efficace mais sans élucider les causes, les mêmes effets peuvent se reproduire ultérieurement.<sup>193</sup>

Dans le cadre de mon stage de formation professionnelle, les personnes atteintes de maladies chroniques, incluant celles traitées pour un glaucome, étaient contrôlées, dans la mesure du possible, fréquemment sur la bonne observance de leur traitement. En évitant la monotonie, le contrôle accompagne les conseils propre au commentaire d'ordonnance :

« je vous rappelle qu'au-delà de quatre semaines après l'ouverture il faut changer de flacon. C'est important d'inscrire les dates d'ouverture à chaque fois. »

« Il est important de bien prendre le collyre chaque jour. Je vous encourage à venir renouveler le traitement pour le mois suivant quelques jours avant la fin de votre flacon pour ne pas être à court. »

« Ce mois-ci, vous est-t-il arrivé d'oublier de prendre le collyre ? »

« Par rapport à d'habitude, qu'est qui a pu entraîner cet oubli selon vous ? »

« Si jamais à midi vous réalisez que vous avez oublié le Lumigan le matin, vous pouvez le prendre quand même. Par contre, si c'est le lendemain matin que vous réalisez avoir oublié de prendre le collyre la veille, vous continuez votre traitement comme d'habitude et il y aura un jour où vous aurez oublié de prendre le Lumigan, cela peut arriver. Le principe est de ne jamais doubler la dose. »

---

<sup>193</sup> P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. 83p.

Intégrer ainsi un contrôle des prises aux conseils de délivrance présente l'avantage de ne pas soumettre le patient à un interrogatoire culpabilisant. Un inconvénient existe sur le fait que ce contrôle ne suit pas strictement une procédure et que selon les circonstances, par exemple si le patient est pressé, le contrôle ne sera pas systématiquement optimal.

Le modèle du questionnaire de Morisky permet un contrôle systématique du respect de l'observance des traitements :<sup>194</sup>

	Oui	Non
Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ?		
Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement ?		
Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement ?		
Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement, arrêtez-vous parfois de le prendre ?		

Un inconvénient de ces contrôles est que les causes éventuelles de non-observance ne sont pas explorées. Ce travail de recherche des causes ne peut se faire que pendant un entretien personnalisé, au cours de l'écoute active du patient.

L'écoute active qui permet, par un questionnement orienté accompagnant la démarche, de mettre en lumière par le patient lui-même des causes de non-observance, ne peut pas être effectué convenablement au comptoir.

La pratique pendant le stage de professionnalisation m'a permis de constater que, au comptoir, les patients étaient facilement disposés à apprendre l'utilité de leur traitement, mais qu'il leur était difficile d'aborder les problèmes liés à leurs prises au quotidien.

Comme nous l'avons vu précédemment, cela peut éventuellement s'expliquer par la représentation que les patients font parfois de leur maladie autour de leurs médicaments et également au refus de leur maladie.

Des entretiens dans un espace de confidentialité dédié installent une relation, plus humaine, de partenariat entre le malade et le pharmacien. Une extrapolation de la critique de Philippe Barrier sur une objectivation du médecin par le malade comme un investigateur-préscripteur peut ici apparaître pour le pharmacien comme celle d'un « investigateur-délivreur ».

Mettre en place un entretien, s'accorder sur un objectif commun (assurer au mieux l'accompagnement pour garantir la santé, effectuer consciencieusement le suivi pour respecter une norme clinique, pour se conformer à la prescription du médecin, ou idéalement aider à comprendre l'utilité d'une bonne observance dans la prise en charge de la maladie avec une démarche d'éducation thérapeutique), vont permettre au patient de nouer une relation personnelle avec son pharmacien.

Le rôle d'accompagnant pour la santé ne sera pas uniquement représenté par la distribution, dans une démarche de délivrance.

Un espace de confidentialité dédié assure également la sécurité, nécessaire à l'exercice d'une démarche de suivi du patient, contre le risque d'accidentellement révéler une information de

<sup>194</sup> SJ. Shalansky, Self-Reported Morisky Score for Identifying Nonadherence with Cardiovascular Medications PharmDep FCSHP, St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada, 2004.

nature médicale en dehors des professionnels concernés par le parcours de soins. Cette démarche, s'intégrant aux nouvelles missions, respecte ainsi plus favorablement les bonnes pratiques.

Le rôle du pharmacien, comme acteur de soin ou coordinateur d'un programme en éducation thérapeutique et le rôle dans les actions d'accompagnement du patient comme correspondant au sein de l'équipe de soins (Article 38 de la loi HPST/ protocole de coopération/ programme d'ETP), ont été abordés dans la première partie.

Requérir à un espace de confidentialité dédié a été évoqué par Philippe Gaertner, président de la FSPF au cours de la troisième réunion de négociation conventionnelle de février 2012 entre l'Assurance-Maladie et les principaux syndicats de pharmaciens. Philippe Gaertner précise, concernant l'intervention du pharmacien, qu'elle s'effectuera dans le cadre de protocoles parfaitement définis et prendra, peut-être, la forme d'un entretien pharmaceutique réalisé dans un espace de confidentialité : « *En tout cas, cela ne se fera pas au comptoir* ». <sup>195</sup>

Ces entretiens formeraient la procédure de mise en place de l'accompagnement des patients prévu dans les missions du pharmacien à l'article 38 de la loi HPST.

Le terme « d'entretien pharmaceutique » ne figure pas textuellement dans la loi HPST ou dans sa modification par la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011. Il s'agit ici d'assurer les missions du pharmacien. Il ne s'agit pas de dérogation aux pratiques de santé au travers d'un protocole de coopération. Il paraît intéressant de développer une analyse stricte des moyens, modalités et limites de tels « entretiens pharmaceutiques ». En ce sens, procéder à l'élaboration d'un guide méthodologique pour réaliser ces entretiens serait pertinent.

En terme d'éducation thérapeutique, qu'il s'agisse d'information et de proposition d'offre, d'évaluation des acquis et connaissances dans le cadre pharmaceutique, ou d'intégration aux équipes pluridisciplinaires, les avancées de l'exercice pharmaceutique sur les nouvelles missions et sur le mode de rémunération et l'élaboration d'« entretiens pharmaceutiques » présentent des opportunités pour cette éducation.

Dans les études de cas réalisées en 2011 pour le travail de santé publique au cours du stage de professionnalisation, les entretiens personnalisés en pharmacie ont permis d'explorer des causes de non-observance (intérêt du traitement, déni) et de rechercher, avec le patient, des solutions pour y remédier. Différents moyens pour contrôler l'observance ont été mis en œuvre : <sup>196</sup>

S'informer sur les difficultés liées aux conditionnements rencontrés par le patient et rechercher un conditionnement adapté (unidoses ou un système ABAK dépourvus de chlorure de benzalkonium) en cas de sécheresse oculaire provoquée par une exposition prolongée au chlorure de benzalkonium.



<sup>195</sup> C. Micas, Négociations conventionnelles, quotidien du pharmacien 27 fev 2012.

<sup>196</sup> H. Prévost. « Les glaucomes : prise en charge thérapeutique, observance, étude de cas » Travail de santé publique pour la validation du stage de professionnalisation de pharmacie. al. S.Dufour-Tissot, 2011.

Etre à l'écoute de possible effets secondaires :

- hyperhémie conjonctivale avec ALPHAGAN
- Sècheresse oculaire avec Carteolol
- Trouble de l'accommodation avec Pilocarpine
- Pigmentation de l'iris avec XALATAN
- Hypokaliémie avec DIAMOX

Etre à l'écoute des difficultés rencontrées lors de l'instillation des collyres (horaires, intervalles entre deux collyres).

S'assurer des bonnes dates de renouvellement et d'ouverture des collyres auprès du patient. (demander d'inscrire les dates d'ouverture)

Demander au patient de rapporter ses flacons de collyre utilisés à la pharmacie (pour s'assurer de leur utilisation)

S'informer de la connaissance par le patient de sa pression intraoculaire et de son évolution

S'assurer de la connaissance et de la maîtrise de la technique d'instillation par le patient.

Le patient est invité en cas de difficulté d'instillation à se présenter à la pharmacie soit à 9h00 soit à 18h30 pour que le personnel formé et habilité à la dispensation de la pharmacie l'aide pour l'instillation de son collyre en lui expliquant la démarche en détail afin que le patient puisse parvenir à instiller son collyre seul après quelques séances dans la mesure de ces capacités.

Il est possible de déceler une mauvaise observance :

Par des taux plasmatiques, mais cela n'est pas interprétable pour des collyres d'action locale.

Par des prises quotidiennes du traitement à la pharmacie pouvant être proposées au patient.

Par une mesure de la PIO à l'officine, ce qui est actuellement irréalisable.

Par l'observation du nombre de doses utilisées en flacon ou en unidoses.

Par le respect des dates de renouvellement tous les 28 jours (calendrier présenté au patient)

Par la présence d'effets secondaires observables.

La prise quotidienne d'un collyre voire 2 fois par jour avec une technique d'instillation peu commode peut avoir une incidence sur le mode de vie et le retentissement psychosocial avec l'entourage d'autant qu'il concerne des personnes âgées, doit être pris en compte par le pharmacien.

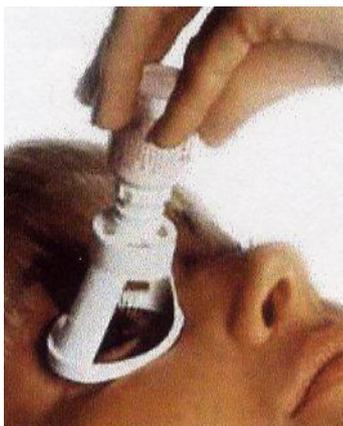
Les difficultés de motricité, de compréhension, de mémoire, de relation aux soignants, de compliance aux comportements de santé, ou des événements déstabilisants tel qu'un accident, des troubles familiaux, une hospitalisation ou encore un départ en voyage sont autant de causes à la non-observance pour lesquelles le pharmacien doit être vigilant.

En cas de mauvaise observance par un problème de prise inadaptée, le patient est invité à venir effectuer l'instillation de son collyre à la pharmacie pour maîtriser la technique de prise et il est sollicité à participer à un ou plusieurs entretiens pour une analyse volontaire de sa qualité de vie et de son observance du traitement documenté par les éventuels effets indésirables rencontrés afin de constater si la prise en charge thérapeutique est optimale. Une discussion confidentielle et sereine avec patient peut permettre de rechercher des solutions à une mauvaise observance.

Si le patient indique qu'il rencontre des difficultés à administrer son collyre à 20h00, lui proposer un rythme de prise compatible avec son rythme de vie qui assure une prise en charge correcte et adaptée.

Des outils pour améliorer l'observance sont évoqués dans la thèse de Daphnée Bailly dirigée par Bernard Gressier traitant des glaucomes à angle ouvert. Il y est question de l'emploi d'un pilulier où il est nécessaire de trouver le modèle le plus efficace chez des patients âgés avec parfois un champ visuel très altéré et de s'assurer que le patient en fait un emploi adapté.

L'utilisation d'appareil d'aide à l'instillation de type EASIDROP ou OPTICARE peut être proposé.<sup>197</sup>



EASIDROP



OPTICARE

Dans une conférence sur l'observance animée par des étudiantes en filière industrie de la faculté de pharmacie de Lille avec le soutien de Bertrand Gosselin pharmacien titulaire à Roncq, il a été question des différents outils possible pour améliorer l'observance. Auprès des patients mal-voyants ou rencontrant des difficultés de technicité, le pharmacien s'attachera à proposer le conditionnement le plus adapté (ex : unidoses de collyre ; dureté du blister de solutricine à considérer...). Des innovations au niveau des packagings ont été cités comme exemple de contrôle de l'observance mais représentent un coût important (détecter l'ouverture, rappeler de prendre le comprimé par le biais d'une horloge ; envoyer des informations sur les téléphones portables, envoyer des mails aux amis, aux médecins ou aux pharmaciens).<sup>198</sup>

De tels dispositifs requièrent un réglage du dispositif et une information adaptée auprès du patient. Ils requièrent aussi de se référer à des supports d'informations autorisés.<sup>199</sup>

Un des outils qui peut être proposé au patient, dans le cadre de l'entretien personnalisé en pharmacie, est de l'accompagner dans l'élaboration de son plan de prise. Le plan de prise proposé au patient fait partie des conseils que le pharmacien peut dispenser, mais l'avantage d'effectuer un entretien personnalisé est de permettre au patient, au terme de l'accompagnement nécessaire, d'élaborer lui-même ce plan de prise avec le soutien et le contrôle du pharmacien.

Une piste qui pourrait être développée est l'utilisation d'une base de données pour permettre l'élaboration d'un plan de prise imprimé, (avec par exemple une illustration, à titre indicatif, de l'image du comprimé avec le nom du médicament accolé. L'avantage d'une telle illustration iconographique est une meilleure familiarisation avec le traitement devant des noms de spécialités ou des médicaments génériques nouveaux pour le patient. L'inconvénient est une prise de risque d'une représentativité autour de l'illustration certes ressemblante mais non rattachée au conditionnement qui éloigne le patient non seulement de la dose effective du comprimé mais également du nom du médicament, ce qui pourrait accentuer le risque de confusion avec un autre comprimé de forme ou de couleur similaire allant de fait à l'encontre de l'article L-5122-2 du code de santé publique. Un contrôle étroit de l'observance et de la connaissance du traitement sera requis). Conformément aux articles L-5122-2, L-5122-3 et L5122-9 du CSP, de tels plans de prises devraient requérir la vérification et l'approbation par l'ANSM via la demande d'un visa GP.

<sup>197</sup> D. Bailly, « observance thérapeutique des personnes âgées et application au traitement local du glaucome chronique à angle ouvert. » thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, 2009.

<sup>198</sup> E. Chilaud, M. Fourcroy, S. Durlin, O. Lisiecki, M. Dubois, « Crise de confiance : Quels enjeux pour l'observance ? », séminaire du 17 mai 2011, Faculté des sciences pharmaceutiques de Lille.

<sup>199</sup> P. Saladin, « Aspects réglementaires de la communication sur l'observance par les entreprises pharmaceutiques », Affaires réglementaires, bayer schering pharma, Lille, 12<sup>ème</sup> forum industrie/internat 3 mars 2011.



## **Soutien du malade face aux maladies chroniques**

Le traitement et la prévention de la maladie doivent être expliqués et admis par le patient et ses proches pour assurer une bonne prise en charge de la maladie.

La qualité de vie du patient est influencée par le degré d'anxiété pour sa maladie lorsqu'elle est mal cernée, par ses performances visuelles pour éviter les obstacles et les chutes, pour travailler, conduire, voir les personnes qui l'entourent, également pour les contraintes et les effets indésirables des traitements. Ces inconvénients peuvent conduire à une perte d'adhésion au traitement et à une aggravation de la maladie ce qui altérera encore la qualité de vie. La prise en charge devra donc respecter au mieux la qualité de vie.

Au cours des entretiens réalisés pendant mon stage de professionnalisation, pour les cas étudiés, les difficultés et la motivation des patients pour la réalisation des objectifs a été prise en compte.

De façon analogue aux objectifs d'apprentissage d'une démarche d'ETP vu dans le programme élaboré par EDUSANTE en partie 2A, ces objectifs sont atteints si ils réussissent à optimiser l'observance thérapeutique, à améliorer les connaissances du patient sur sa maladie ainsi qu'à améliorer sa qualité de vie.<sup>201</sup>

Mme P, âgée de 80 ans, est atteinte d'un glaucome primitif à angle ouvert. Un traitement par Lumigan 0,3% pendant 4 ans avec une PIO à 22mmHg est complété par Carteol LP 1% qui permet une atteinte de la norme à 13mmHg.

Le premier entretien révèle une connaissance partielle de sa maladie notamment en terme de chronicité et des difficultés pour la maîtrise de la technique d'instillation. Un autre entretien est prévu pour une meilleure maîtrise des gestes pour l'instillation et une acquisition d'une meilleure connaissance de sa maladie.

Les entretiens suivants permettent à la patiente d'acquérir une meilleure maîtrise de la technique d'instillation. Une meilleure information sur l'utilité et le principe de ses collyres l'amène à s'intéresser à la normalisation de sa pression intraoculaire lors des examens ophtalmologiques. La patiente manifeste des comportements de stress et d'abattement qui vont être pris en compte et susciter un travail d'écoute et de vigilance constante pour l'apparition d'un problème d'observance.

Mme D est atteinte d'un glaucome à angle ouvert secondaire à un choc traumatique à l'œil droit. A la suite de nombreuses adaptations de traitements, la patiente suit un traitement complexe par Diamox, Cosopt, Alphagan, auquel est ajouté Xalacom (inhibiteur d'anhydrase carbonique per os/ inhibiteur d'anhydrase carbonique et  $\beta$ -bloquant/  $\alpha$ -2 mimétique/ analogue des prostaglandines et  $\beta$ -bloquant).

Le premier entretien révèle une lassitude autour de la prise des collyres trois fois par jour, de plus elle signale une hyperhémie conjonctivale depuis les prises de Xalacom nouvellement instaurées qui la démotive et l'incite à être non observante pour ce médicament. Des difficultés à la maîtrise des gestes d'instillation augmentent d'autant plus l'inconfort que ressent la patiente au quotidien. La prise de rendez-vous pour de prochains entretiens et la proposition d'assistance quotidienne à la pharmacie pour une acquisition de la technique d'instillation sont retenues.

Les entretiens suivants vont aider la patiente à adhérer au traitement grâce à une meilleure maîtrise de la technique d'instillation, à la considération des effets secondaires décrits comme transitoires et sans gravité et qui sont portés à l'attention du médecin et, enfin, grâce à l'établissement d'un plan de prise. Une intervention chirurgicale de la cataracte pour l'œil gauche a requis un soutien autour des inquiétudes et des questionnements sur l'intervention.

---

<sup>201</sup> S. Dupont, (MCU, PH Hôpital Pitié-Salpêtrière) <http://polemsn.fr/qualitepp/education-therapeutique-en-epilepsie/>

Au terme des entretiens la patiente a acquis une meilleure maîtrise de la technique d'instillation et une meilleure confiance dans l'utilité de son traitement.

Mme M a un antécédent d'occlusion de la veine centrale de la rétine de l'œil droit qui s'est compliqué d'un glaucome néovasculaire révélé par une crise de glaucome aigu. Elle est aussi atteinte d'un glaucome primitif à angle ouvert à l'œil gauche. Elle est traitée par Alphagan et Azopt, l'œil droit n'est plus fonctionnel.

Le premier entretien révèle un désintérêt de la patiente pour son traitement. La patiente exprime un sentiment d'abandon et un manque de motivation depuis le décès de son mari. Je conseille à la patiente d'aborder ces difficultés avec son médecin. Aucune difficulté de technique d'instillation n'est observée malgré un œil non fonctionnel.

Une non-observance du traitement est révélée et tend à s'expliquer par une méconnaissance de la maladie notamment en raison de sa complexité et surtout une méconnaissance du schéma thérapeutique de la prise en charge. La patiente révèle qu'elle ne traite que l'œil gauche qui est seul fonctionnel, je conseille à la patiente de parler avec son médecin du traitement pour l'œil droit. Un prochain rendez-vous pour un entretien est prévu.

L'entretien suivant montre une connaissance plus claire du schéma thérapeutique avec la prise du traitement au niveau des deux yeux, également est observé la mise en place d'un traitement homéopathique destiné répondre aux difficultés motivationnelles de la patiente. La patiente signale une intervention chirurgicale prochaine pour une cataracte et manifeste une grande inquiétude pour la possibilité d'une complication après l'opération et qui l'inquiète quant à une perte de la vue. Un soutien pour bien suivre son traitement ainsi qu'un contrôle de la maîtrise de l'instillation dans l'œil non traité auparavant vont encourager la motivation de la patiente. Il lui est conseillé, avec un discours rassurant, d'évoquer son inquiétude pour l'opération avec son médecin.

La patiente présente, par la suite, une prescription pour une affection ORL avec une contre-indication chez les patients à risque de glaucome par fermeture de l'angle, le médecin généraliste prescripteur, contacté à ce sujet, n'est pas informé de la présence d'un risque de glaucome. Il modifie la prescription en instaurant un traitement par anti-histaminique dépourvu d'effet anticholinergique. Cette contre-indication, révélant un risque iatrogénique, témoigne de l'importance de la coordination entre les acteurs de soin ainsi que l'intérêt que peuvent présenter le suivi et l'éducation coordonnée du patient.

Pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques, l'étude de ces différents cas montre l'importance pratique de disposer de supports d'aide pédagogique, de mettre en place des entretiens en espace dédié de confidentialité et d'établir des synthèses et des mises au point pour assurer la continuité des acquis.

Cette étude montre également qu'un accompagnement constant et une vigilance accrue sont requis chez certains patients qui rencontrent des difficultés autant dans l'adhésion de leur traitement que dans les événements de leur environnement retentissant sur leur mode de vie. Cet accompagnement est justifié car les difficultés, que ces patients rencontrent, altèrent leur qualité de vie et les démobilisent pour leur parcours de soin.

L'écoute, la confiance, l'accompagnement, la confidentialité, sont autant d'atouts dans la relation entre le patient et le pharmacien pour garantir la bonne conduite de la prise en charge. Leur développement dans cette étude a été fortement facilité par la mise en place d'entretiens en espace dédié de confidentialité en pharmacie.

## C. Evolution de la pratique à envisager :

### Evolution présentée dans les propositions du rapport IGAS du 29 juin 2011 :

En Avril 2011, Le Ministre de la Santé précise que le but de la mission Igas est de savoir quelle type de rémunération doit être envisager pour le pharmacien. Il explique que l'enjeu est double : Il faut maintenir l'équilibre économique de l'officine tout en préservant le maillage territorial.<sup>202</sup>

Différentes recommandations émises par ce rapport sont à signaler :<sup>203</sup>

L'accompagnement par le pharmacien hors ETP et hors pharmacien correspondant :

La recommandation 19 de ce rapport propose de permettre aux pharmaciens de réaliser des entretiens pharmaceutiques destinés à palier le manque de temps médical nécessaire à un accompagnement adapté et personnalisé assurant aussi le soutien, le cas échéant, de la motivation pour engager des changements de style de vie. La proposition considère que ces entretiens sont à soumettre à prescription médicale et que les pharmaciens les développant doivent justifier d'avoir suivi une formation adaptée. Il est aussi signalé que les pouvoirs publics ont pris l'initiative de développer le programme Sophia et de développer l'éducation thérapeutique qui pourront remplir comme mission notamment d'assurer cet accompagnement hors du cabinet médical.

Le rapport relève, pour ces dispositifs, une limitation à la prévention secondaire autour de patients déjà reconnu en ALD, ce qui risque de ne pas faire bénéficier de l'accompagnement le plus adapté des patients atteints de pathologie chronique et non concernés par le régime des ALD. Cet argument fonde la proposition faite pour la réalisation d'entretiens pharmaceutiques chez les patients hors ALD.

Ces entretiens seraient l'occasion d'expliquer les prescriptions, de promouvoir l'observance, d'informer sur les pathologies traitées, de détailler le fonctionnement des dispositifs médicaux et de motiver le patient pour qu'il adopte des comportements hygiéno-diététiques adaptés.<sup>204</sup>

L'accompagnement pour le pharmacien correspondant :

Dans la recommandation 20, le pharmacien, parce qu'il apporte un autre regard sur la prescription et parce qu'il dispose d'une compétence spécifique en matière de médicament, pourrait contribuer à optimiser la prescription. Il est donc proposé que les pharmaciens puissent réaliser des bilans de médication tels qu'ils sont définis par l'article 38 de la loi HPST et le décret relatif à cet article. Il s'agit d'un entretien avec le patient où le pharmacien rassemble les informations et conseille le patient sur les médicaments qui lui sont prescrits. Au terme de l'analyse des prescriptions, le pharmacien émet un avis qu'il adresse au médecin pour adapter la prescription que le médecin pourra prendre en compte s'il le souhaite dans la stratégie thérapeutique. Contrairement à l'opinion pharmaceutique, ce bilan de médication serait réalisé sur prescription médicale. Au cours de la mission de l'IGAS certains médecins rencontrés doutaient, sur ce sujet, qu'une telle intervention du pharmacien soit utile.

L'accompagnement pour le pharmacien impliqué dans l'ETP comme acteur de santé ou coordinateur du programme :

Ce rapport précise que les pharmaciens ont toute leur place dans les programmes d'ETP, notamment pour présenter la stratégie médicamenteuse, informer sur les effets indésirables, expliquer le mode de prise des médicaments ou d'utilisation des dispositifs médicaux et de

<sup>202</sup> L. Simon, L'interview, revue: Le Pharmacien de France, n°1229, avril 2011, p5.

<sup>203</sup> PL. Bras, A. Kiour, B. Maquart, A. Morin, rapport IGAS : pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseaux. RM2011-090P, juin 2011.

<sup>204</sup> C. Micas, nouveaux services à l'officine, quotidien du pharmacien, n°2855, 5 septembre 2011.

mettre en place un suivi de l'observance. La tendance de réaliser des ateliers en séance de groupe rend difficile la tenue du rôle d'éducation thérapeutique à l'officine et de manière générale le pharmacien qui participe à un programme d'ETP est amené à le faire en dehors de l'officine. Il s'agit de faire évoluer la pratique centrée autour du patient et non d'une nouvelle mission du pharmacien dans l'exercice de la pharmacie d'officine.

La rémunération :

Dès lors que les pharmacies sont pour une part des entreprises en concurrence pour la vente de produits à prix libre, un patient ne peut pas être assigné durablement à une pharmacie comme l'exige le forfait ou la capitation. Les rémunérations pour la prestation de ces services seraient donc ponctuelles, souvent sur prescription. Il est souhaitable que les nouveaux services réalisés à l'officine et pris en charge par l'Assurance Maladie au titre de prestation médicale et paramédicale soient exemptés de TVA. Selon la DGFIP (direction générale des finances publiques), ces services seraient exemptés de TVA si une disposition législative pouvait qualifier l'exercice de la pharmacie de profession paramédicale pour l'exercice des ces services.

Réseau ciblé pour les territoires :

Suivant ce rapport, l'organisation d'un réseau d'officines de plus grande taille et moins nombreuses en tenant compte des critères géographiques et démographiques du maillage formerait un réseau plus efficient. Cette organisation ciblée doit conduire à des officines d'une taille suffisante pour obtenir des effets d'échelle et pour développer de nouveaux services, à titre d'exemple une possibilité d'éducation thérapeutique se déroulant en dehors de la pharmacie ne peut pas être envisagée si l'officine ne compte qu'un pharmacien ou requiert le recours systématique au remplacement. On peut estimer que la taille minimale correspond à un chiffre d'affaire de 1,5 millions d'euros. Il appartient dès lors aux petites pharmacies de se regrouper pour atteindre la taille visée. Les ARS seront sollicitées pour conduire un travail de repérage des difficultés potentielles d'accès au médicament notamment dans les zones faiblement peuplées. Sur le modèle « essential small pharmacy scheme » appliqué au Royaume-Uni, des subventions forfaitaires pour les pharmacies rurales pourraient être allouées par les pouvoirs publics, il serait également possible d'encourager le recours aux sociétés de portage de médicaments à domicile à la demande du patient et sous pli scellé remis en main propre ou d'encourager la dispensation à domicile proposée par la pharmacie pour les personnes dans l'impossibilité de se déplacer. Des aménagements spécifiques autour des difficultés que rencontrerait une officine isolée ou fragilisée et dont la permanence se justifie permettront à l'ensemble du réseau d'officines d'évoluer vers un développement d'un champ d'exercice plus large avec les nouvelles missions.

Le numéro de Revue Pharma de septembre 2011 présente un dossier regroupant les réactions, pour ce rapport, des différentes organisations professionnelles :<sup>205</sup>

Benoît Thiébaud, président de l'association de pharmacie rurale (APR), estime qu'un chiffre d'affaire minimal de 1,5 million d'euros pour une officine n'est pas judicieux, en effet « plus de la moitié des officines sont en dessous de ce chiffre[...] Le seul moyen pour les pharmacies rurales de survivre serait de se regrouper.[...] c'est impossible pour celles qui sont isolées, sauf à prendre le risque de créer des « trous » dans le maillage. »

Jean-Jacques Zambrowski, économiste de la santé, directeur d'enseignement à l'université Descartes, interrogé sur ces recommandations, rappelle que la situation des officines et celle des titulaires sont différentes. Il rappelle également que la situation des titulaires s'est

---

<sup>205</sup> Que penser du rapport IGAS ?, Revue pharma, n°84, septembre 2011, p26.

considérablement dégradée : « en 2010, 43% des titulaires percevaient un revenu courant, avant impôt, inférieur au salaire d'un pharmacien gérant ».

Selon Florentin Normand, président de l'association nationale des étudiants en pharmacie de France « Il paraît difficile d'aborder l'éducation thérapeutique en formation initiale. De ce point de vue, les formations continues sont indispensables. » Il explique également « La formation est en train d'être revue, dans la perspective des nouveaux services. »

### **Mission interprofessionnelle :**

L'article 38 de la loi HPST relative aux nouvelles missions présente le rôle du pharmacien notamment dans l'éducation thérapeutique, les soins de premiers recours et la coopération entre professionnels de santé.

Dans le cas des soins palliatifs, la notion de plan personnalisé est mentionnée en 2008 sous le nom « plan personnalisé d'intervention » (PPI). Les réseaux en soins palliatifs au niveau Régional utilisent les plans personnalisés de santé (PPS) depuis quelques années mais de manière informelle. L'objectif des réseaux en soins palliatifs est de travailler en commun afin de réaliser un document qui permette aux médecins de visualiser l'ensemble des prises en charge à proposer aux patients. Un préalable par la prise en charge par le réseau dans le cadre du PPI est l'évaluation globale des besoins de la personne et de ses proches par l'équipe d'appui du réseau. Idéalement, cette évaluation doit être réalisée au domicile du patient en présence du médecin traitant.

Le projet de soins envisage l'accès à une expertise en soins palliatifs en lien avec l'offre existante sur le territoire, notamment pour la prise en charge de la douleur. Ce point n'apparaît pas dans le document du PPI. Il faut aussi noter que la permanence des soins est particulièrement difficile à mettre en place, et ce, d'autant plus que les réseaux en soins palliatifs ne disposent pas de financements d'astreinte. En outre, l'offre existante n'est pas toujours bien maillée et ordonnée.<sup>206</sup>

La circulaire N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs au sens de l'article L6321-1 du CSP précise que le réseau en soins palliatifs doit faciliter la continuité du suivi de la personne sur l'ensemble du parcours de prise en charge et particulièrement à la sortie de l'hôpital, à domicile tout en garantissant au malade le respect de ses droits fondamentaux. L'approche des soins palliatifs s'intègre parfaitement dans le cadre d'une organisation en réseau de santé. C'est une approche transversale aux différentes spécialités médicales. Elle décloisonne la ville et l'hôpital, le secteur sanitaire et le secteur médico-social et s'adapte à l'évolution du besoin du patient quelque soit le lieu ou la structure qui l'accueille. Elle impose un travail coordonné entre tous les professionnels.

Les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif principal de promouvoir et de développer la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décloisonnement du système de santé, l'amélioration de la cohérence, la continuité des soins en proposant de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles sous tendues par l'interdisciplinarité (médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, pharmacien, prestataire de service...).

Dans le cadre d'une coopération avec les autres acteurs de soins du réseau, le pharmacien va s'assurer, à l'aide du dossier pharmaceutique (DP), de la cohérence et de la continuité des traitements prescrits. Il va veiller à la bonne observance des traitements à l'aide d'une coordination pluridisciplinaire de l'information et à l'aide d'un plan de prise détaillé prévu dans la dispensation.

---

<sup>206</sup> P. Thirion, directrice de réseau en soins palliatifs, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

L'action du réseau en soins palliatifs pour veiller à l'observance, à l'accompagnement et à l'adhésion des patients à domicile est importante pour améliorer la qualité de la prise en charge. Ainsi les acteurs du réseau sont vigilants aux effets indésirables notables, aux défauts de coordination entre les acteurs de soins, aux possibles difficultés rencontrées au niveau du schéma thérapeutique (substitution par un médicament générique d'un princeps sans tenir compte des habitudes du traitement; spécialités à libération prolongée d'une durée d'action de 72 heures, utilisation d'interdoses si besoin pour préserver au mieux la qualité de vie).<sup>207</sup>

Au travers de ce modèle d'organisation du réseau en soins palliatifs, il apparaît clairement l'utilité en terme de qualité des soins d'une action pluridisciplinaire organisée et coordonnée et où le pharmacien doit remplir les nouvelles missions dont il a la charge.

Dans un autre type d'action, il a été montré que l'intervention des diététiciens, dans l'éducation des diabétiques de type 2, réduisait les hospitalisations de 9,5% et le recours au médecin traitant de 23%.<sup>208</sup>

Par ailleurs, une étude de modélisation publiée à l'initiative de l'URCAM Ile-de-France estime que cette éducation peut avoir un excellent rapport coût/efficacité grâce à la réduction du surpoids, et ce même en remboursant les consultations de diététiciens.<sup>209</sup>

De nombreuses études au Pays-Bas et en France concluent qu'un suivi éducatif des diabétiques en médecine de ville par des infirmières spécialisées permet une nette amélioration du contrôle glycémique et tensionnel.<sup>210, 211</sup>

Les résultats de telles études ont amené à promouvoir l'éducation thérapeutique pluridisciplinaire dans les missions de santé publique.

Gilles Bonnefond précise au cours du 5ème forum des pharmaciens de Nice :

« Les patients en sortie hospitalière sont dans des situations de plus en plus complexes aujourd'hui et les soins en ville ne sont pas suffisamment organisés à la sortie de l'hôpital. Il y a des chimiothérapies à domicile, des soins palliatifs à domicile et des fins de vie qui s'organisent à domicile, ce sont des choses complexes qui ne s'improvisent pas. Nous avons apporté dans la loi HPST un amendement dans ce sens, Il faut que le service hospitalier connaisse le nom du médecin, le nom du pharmacien, le nom de l'infirmière, le nom du kinésithérapeute, pour pouvoir préparer la sortie en envoyant les informations sur la date de sortie et les besoins du patient après sa sortie. Ce qui permettra de préparer et d'équiper le patient en matériel médical si nécessaire au domicile du patient et de se coordonner avec l'équipe de ville et qui évitera un retour en urgence à l'hôpital, parce que l'infirmière n'était pas disponible, que le matériel n'était pas là ou pas adapté. Maintenant que cela a été inscrit dans la loi, il va falloir le mettre en application et j'espère que cela sensibilisera les hôpitaux à dialoguer et à transmettre les informations, liées au patient, à l'équipe située en ville. »<sup>212</sup>

Gilles Bonnefond, intervenant au cours du 16ème congrès Népentès, affirme que :

« Au regard des défis que présentent les nouvelles missions du pharmacien et du changement de mode de rémunération, la profession doit pouvoir avoir le temps de s'adapter. »<sup>213</sup>

<sup>207</sup> Kahn J.P., Observance d'un traitement ambulatoire prescrit aux urgences, Thèse d'exercice Université du droit et de la santé Lille 2, 50.375-2005-288, 2005.

<sup>208</sup> M. Varroud-vial, JP. Riveline, G. Charpentier, Diététique et diabète de type 2. *Nutrition* 2003 ; 1 : p1-9.

<sup>209</sup> JP. Marissal, V. Renard, M. Varroud-Vial et al. Enjeu médico-économique de l'application des recommandations de l'ANAES dans la prise en charge du diabète de type 2. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2004 ; 18 : p157-162.

<sup>210</sup> M. Varroud-Vial, the nurse connection. *Réseaux diabète* 2003; 17 : 4-9.

<sup>211</sup> JP. New et al., Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT) : A randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2003 ; 26 : p2250-2255.

<sup>212</sup> Gilles Bonnefond, Président délégué de l'USPO, 5ème forum des pharmaciens de Nice, [www.lemondepharmaceutique.tv](http://www.lemondepharmaceutique.tv), 28 juin 2010.

<sup>213</sup> Gilles Bonnefond, Président délégué de l'USPO, 16ème Congrès Nepentès, 12 novembre 2011.

Le 15 février 2012, le syndicat des médecins généralistes (MG-France) et l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) annoncent qu'ils souhaitent mettre en place un système de santé de proximité « basé sur la complémentarité et la coordination des professionnels de santé ». Ils plaident notamment sur une coopération accrue lors de la sortie du patient de l'hôpital, mais aussi pour le suivi des patients aigus et chroniques.

Ils proposent aussi une initiative de « contrat territorial de proximité » entre les professionnels de santé et l'agence régionale de santé, incluant un volet EHPAD. « Sur chacun de ces sujets, des accords pourraient également être signés dans le cadre des conventions médicales et pharmaceutiques ou dans celui d'une convention interprofessionnelle avec l'UNCAM(Union nationale des caisses d'assurance maladie) ». <sup>214</sup>

Dans le cadre du 16<sup>ème</sup> forum Economie Santé des « Echos », Jean Charles Tellier, président du conseil central A de l'Ordre des pharmaciens explique que l'Ordre des pharmaciens veille à la compétence des pharmaciens dans le cadre de la coordination des soins. Jean-Luc Delmas, directeur de la communication institutionnelle, des affaires publiques et industrielles des grossistes-répartiteurs, signale que l'OCP propose des formations, des conférences ainsi que des fiches sur le site Internet « Point » sur les entretiens motivationnels dont la méthodologie a été développée par Jean-François Lagorce et Pascal Gache au pôle OCP-Formation. Cela traduit une mobilisation nationale de l'ensemble de la profession. <sup>215</sup>

Pour ce qui concerne l'implication des pharmaciens d'officine comme acteur de soin, en Île-de-France, par exemple, la contribution des officinaux a été déposée en juin 2011. « Nous n'avons eu aucune remarque sur les sujets proposés, mais certains ont cependant été repris dans le schéma régional d'orientation des soins. » précise Renaud Nadjahi, président de l'URPS des pharmaciens d'Île-de-France qui tient à rappeler que les trois syndicats d'officinaux sont représentés et travaillent en bonne intelligence au sein de l'URPS.

Leur contribution comprend des propositions sur l'entretien pharmaceutique, le suivi de l'observance, la prévention, mais aussi sur la sortie hospitalière, en particulier des patients atteints de cancer. « Le point positif, c'est que nous avons très bonne presse auprès de l'ARS et des différents groupes de travail », souligne Renaud Nadjahi.

De son côté, en décembre 2011, l'URPS des pharmaciens de Lorraine ne s'attendait pas à des avancées avant fin mars 2012. « L'ARS travaille en priorité sur son plan régional de santé » selon Christophe Wilcke, président de l'URPS des pharmaciens de Lorraine. Les pharmaciens se sont positionnés sur tous les objectifs retenus par l'ARS de Lorraine.

Selon Christophe Wilcke « Nos propositions les plus importantes concernent le champ de l'observance, du dépistage et de la prévention. L'intérêt de ces propositions est de montrer que le pharmacien n'est pas un simple dispensateur de médicaments : nous mettons en avant notre rôle de professionnel de santé, ainsi que notre rôle social d'écoute et d'alerte. Le message semble déjà être passé auprès de l'ARS de Lorraine. Il reste désormais à convaincre les autres professionnels de santé».

Certaines difficultés sont relevées concernant le lancement de tels projets, qui seront à prendre en considération pour les projets futurs : «Le lancement des projets des URPS va prendre plus de temps que ce qui était prévu», selon Jean-Luc Audhoui, président de la commission de coordination des URPS au sein de la FSPF.

Parmi les causes de ce retard, le financement est évoqué en premier, puisque les URPS n'ont pas touché la totalité de leur budget 2011. Pour Jean-Luc Audhoui, « l'équilibre budgétaire ne sera pas atteint avant 2013 ». En outre, les mouvements de personnels dans les ARS ne facilitent pas les démarches des élus des URPS, qui peinent à trouver un interlocuteur, les élus dénoncent des réunions mobilisant beaucoup de temps. « On ne peut pas demander à

<sup>214</sup> <http://www.quotipharm.com>, article du 15 février 2012.

<sup>215</sup> C. Micas, quotidien du pharmacien, n°2791, 22 novembre 2010.

un pharmacien de prendre trois jours par semaine pour participer à des réunions, surtout dans le contexte économique actuel ». Jean-Luc Audhoui regrette que le dispositif soit « d'une lourdeur monstrueuse, qui risque de lasser les personnes de bonne volonté ». <sup>216</sup>

### **Exemples d'évolution dans les réseaux de santé**

Les premiers réseaux diabète ont été créés en 2001 à la suite d'une enquête de la DHOS qui a souligné l'accès limité à l'éducation en milieu hospitalier. Un rôle essentiel des réseaux de santé diabète a été de développer l'accès des patients à une éducation thérapeutique de proximité au sein de l'action des « réseaux expérimentaux Soubie ». Mais, depuis 2003, ils se sont surtout développés grâce au FAQSV, puis, grâce à la création de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux, et à la parution de deux décrets définissant leur fonctionnement et leur financement.

Ces décrets ont été revus en 2007 et l'application de ces décrets est définie dans des circulaires.

- Décret n°2002-1298 et Décret n° 2002-1463 ; qui ont été ensuite revus avec le Décret n°2007-973, Modifié par le Décret n°2007-1810. relatif au fond d'intervention de la coordination des soins.
- La Circulaire MIN/DHOS//DSS//CNAMTS/2002/n°610 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique et des articles L.162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 et n° 2002-1463.
- La Circulaire N° DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé à destination des ARH et des URCAM

Ces décrets mettent en œuvre le concept de réseau de santé dans une aire géographique définie pour des actions « de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social ». Pour y adhérer les professionnels de santé doivent signer une charte dont le principal engagement est de fournir les renseignements nécessaires à l'évaluation (par l'ARS) du réseau. Les réseaux peuvent verser aux professionnels de santé des prestations « dérogatoires » rémunérant des actions de soins et d'éducation non inscrites à la nomenclature de l'Assurance Maladie. Ces rémunérations sont dénommées les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). Elles permettent aux structures coordonnées de répartir un forfait (250€ par patient par an) entre les différents professionnels. Pour l'ETP cela montre une évolution de la pratique en établissement vers la pratique en ambulatoire, ainsi qu'une évolution pour les professionnels libéraux d'un exercice totalement rémunéré à l'acte vers un exercice rémunéré de manière couplée à l'acte et au forfait. Pour le pharmacien, les nouvelles pratiques peuvent s'inscrire dans ces expérimentations et on peut se demander comment le pharmacien peut s'intégrer dans cette démarche pour répondre au mieux aux besoins du patient.

Les patients peuvent adhérer gratuitement de leur propre initiative ou à celle de leur médecin, en signant un document d'information. <sup>217</sup>

Les réseaux consacrés au diabète de type 2 ont des activités concentrées sur l'amélioration des pratiques, l'éducation thérapeutique et la prise en charge des patients en difficulté, dont le risque podologique. L'unité territoriale est en général le département (référence antérieure à la loi HPST), la région ou le bassin de vie. En 2005 les réseaux pour le diabète prenaient en charge 35 000 usagers et ils regroupaient 10 000 professionnels de santé ; 45% médecins généralistes, 15% médecins spécialistes, 35% paramédicaux (infirmières et podologues), 5% pharmaciens d'officine et de biologie. <sup>218</sup>

<sup>216</sup> AG. Moulun, Le quotidien du Pharmacien; n°2883 : p2, dec 2011.

<sup>217</sup> <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>

Ce réseau, composé de plus de 200 membres, met en place un programme éducatif multidisciplinaire (médecins, diététiciennes, éducateurs médico-sociaux, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues, psychologues). Le projet éducatif est établi selon les objectifs fixés avec le patient et se structure autour de divers ateliers. Le médecin traitant est associé à la prise en charge.

Thème	Ateliers
Cycle d'activité physique adaptée avec une fréquence de 4 mois	aquagym, marche à thème, sorties vélo sous couvert de certificat de non contre-indication médicale
Suivi diététique individuel et/ou de groupe	4 consultations ; apprentissage par photolangage, ateliers cuisine
Accompagnement psychologique	ateliers thématiques, 10 séances, « Alimentation et Bien-être » ; « stress et Diabète ».
Accompagnement dans la gestion du stress	Relaxation/ sophrologie, cycle de 10 séances : « gestion du stress »
Suivi podologique	Suivi individuel, 1 bilan et 2 soins/an. Au près des patients diabétiques grade 0-1 par un podologue acteur de soins dans le réseau. Ateliers éducatifs collectifs

Il faut noter que ce réseau vise la prise en charge et le suivi des patients à risque cardiovasculaire notamment diabétique. Egalement, une de ses missions consiste à participer à la campagne régionale itinérante de dépistage de la rétinopathie diabétique. Pour ce dépistage le réseau sollicite la participation des pharmaciens d'officine pour effectuer par l'équipe du réseau des demi-journées de dépistage dans l'espace dédié de confidentialité. L'équipe réalise une photo de fond d'œil grâce à un rétinographe mobile. Les autres examens sont :

- Le calcul de l'indice de masse corporelle (dépistage de surpoids ou d'obésité)
- Le dosage de la glycémie capillaire
- Le dosage du cholestérol
- Le dosage d'hémoglobine glyquée à la recherche d'un déséquilibre diabétique
- Le dépistage d'une micro albuminurie (à la recherche de néphropathie)
- La prise de la tension artérielle

Suite au dépistage, les résultats sont transmis à la personne dépistée et à son médecin traitant, et si besoin le patient sera orienté vers une consultation vers l'ophtalmologiste de son choix.

En raison du rôle des pharmaciens d'officine comme acteurs de soins dans ce réseau, j'ai contacté Bertrand Gosselin et Eric Foulon pharmaciens titulaires d'officine participant à ce réseau. Eric Foulon m'a précisé, en novembre 2011, l'existence de quelques difficultés à surmonter pour une organisation optimale des programmes mis en place.

L'absence actuelle de convention établie avec l'assurance maladie pour les nouvelles missions notamment d'accompagnement des patients freine la reconnaissance, au niveau du mode de rémunération et du suivi des patients pour les pharmaciens d'officine. Cela ne permet pas de façon optimale de se consacrer suffisamment à l'accompagnement des patients, par exemple pour la vérification des acquis, pourtant investis dans un programme d'apprentissage.

<sup>218</sup> M. Varroud-Vial, Les pharmaciens, des acteurs d'éducation méconnus. ANCRE, Reseux-Diabète, 2005 ; 24 : p4-6.

<sup>219</sup> Réseau diabète obésité, <http://www.rdo-lille.org>.

Un autre frein à signaler est la difficulté d'établir une coopération et une coordination pluridisciplinaire active, dans l'accompagnement de la pathologie chronique du patient, entre le médecin traitant et le pharmacien d'officine. Un patient investi dans le programme du réseau sera orienté pour le suivi vers son médecin traitant qui en général assurera seul l'accompagnement du patient.

Au sein d'un programme d'éducation, le pharmacien d'officine doit pouvoir, grâce à sa formation, définir avec le patient clairement les objectifs propres à sa mission sans remplir des missions tenant du domaine médical.

Actuellement les réseaux de prise en charge des patients atteints de pathologie chronique existent au niveau des établissements de santé, mais ils ne sont pas assez développés au niveau ambulatoire.

Eric Foulon a conclu que l'éducation thérapeutique des patients au niveau ambulatoire apporterait des moyens renforcés en terme d'accompagnement des patients et s'inscrirait dans les nouvelles missions du pharmacien, mais qu'il s'agissait d'un thème vaste et que sa mise en place nécessitera un certain temps d'adaptation.<sup>220</sup>

### Expérimentation de dépistage du diabète en région PACA.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, un programme validé par l'ARS a démarré le 14 décembre 2011. Une enveloppe destinée aux pharmaciens a été débloquée pour effectuer un dépistage du diabète. Trente-cinq officines de Provence-Alpes-Côte d'Azur se lancent dans une expérimentation au long cours de dépistage du diabète.

La nouveauté, c'est qu'elles seront rémunérées par leur agence régionale de santé (ARS). Les pharmaciens proposeront ce service à un public bien ciblé. « L'ARS cherche à détecter les patients « laissés pour-compte » qui échappent habituellement au système de soins », souligne Michel Siffre, de l'URPS des pharmaciens de PACA. Et pour cela, l'ARS a misé sur les pharmaciens « qui ont accès à une clientèle nombreuse et n'ayant pas spécialement de pathologie et qui consulte rarement ».

L'ARS était intéressée par la participation des pharmaciens, car c'est un service nouveau, qui n'est pas encore pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie et non rémunéré au titre des nouvelles missions. Cela sera réglé lorsque ces nouvelles missions seront inscrites dans la convention souligne Michel Siffre en décembre 2011. Une enveloppe de 42.000 euros a donc été attribuée à ce projet.

Le dépistage s'adressera à certains patients :

- Les personnes à dépister ne devront pas avoir vu de médecin depuis au moins un an.
- Leur âge devra être supérieur à 45 ans et elles auront un excès pondéral relativement visible, le but étant évidemment de dépister des personnes ayant un profil à risque.

À l'issue du rendez-vous de dépistage, le pharmacien d'officine remplira une fiche patient. « Si le résultat est positif, on orientera la personne vers son médecin traitant. Il faudra ensuite effectuer un suivi pour s'assurer qu'elle a consulté son médecin. L'ARS souhaite que le pharmacien rappelle son patient un mois après le dépistage pour le vérifier ».

Avant de proposer le dépistage, une formation est obligatoire et financée par l'URPS, avec la participation de médecins et d'infirmières de deux réseaux diabète, Diabaix et Marseille Diabète. « Les professionnels abordent la théorie sur le diabète, et proposent ensuite un atelier pratique ». Les lecteurs de glycémie sont fournis au pharmacien par un laboratoire. «C'est la première fois qu'on met en place une nouvelle mission rémunérée par l'ARS », se félicite Michel Siffre.

---

<sup>220</sup> E. Foulon, entretien sur les missions du réseau diabète obésité, 23 nov 2011.

## Le réseau REVESDIAB

Les programmes mis en place par ce réseau insistent sur le fait que les médecins traitants soient associés, même indirectement au travail de l'équipe, par une étroite coopération pour la réalisation de l'éducation. Les médecins traitants reçoivent un diagnostic éducatif à l'issue du premier atelier d'éducation et par la suite un bilan avec des propositions de suivi. Cela entretient les compétences acquises et garantit l'efficacité de l'éducation dans la durée.<sup>221</sup>

### **Bilan adressé au médecin traitant en fin d'éducation. Réseau REVESDIAB**

#### **Présentation d'éducation recommandée**

**Consultations individuelles de diététique**

**Groupes d'éducation nutritionnelle (4 séances de 1h30)**

**Groupes d'éducation à l'activité physique (1 séance de 1h30)**

**Groupes d'éducation infirmier (diabète et généralité-auto-surveillance glycémique-insuline)**

**Groupes de parole**

**Atelier d'éducation physique/marche**

**Education sur la prévention des lésions de pieds**

#### **Conclusion**

**La poursuite du suivi éducatif sur les objectifs personnalisés proposés permet d'envisager une amélioration de l'équilibre glycémique du patient.**

### Reseaux de néphrologie d'Ile-de-France (RENIF)/ fédération des réseaux diabète d'Ile-de-France (FRED'IF)

Pour proposer efficacement une offre d'ETP, fort d'une expérience dans ces domaines et de l'appui de ressources humaines et logistiques fonctionnelles, le comité de pilotage Frédif / Rénif propose de constituer, un « Pôle de compétences en Education Thérapeutique des Patients ». L'objectif de ce pôle est l'accompagnement des professionnels dans la mise en oeuvre de leurs compétences et une coordination régionale pour un développement de l'ETP en ambulatoire, ainsi que la formation des professionnels de santé du réseau notamment sur le thème de l'insuffisance rénale chronique.<sup>222</sup>

Cet encadré résume les points clés des stratégies d'éducation déployées par les réseaux

### **Les dix points-clés des stratégies éducatives des réseaux**

**Former les médecins à la proposition et à l'explication de l'éducation**

**Definir des priorites éducatives pour chacun à travers un diagnostic éducatif**

**S'appuyer sur les paramédicaux formés pour la réalisation de l'éducation**

**Favoriser la participation des médecins traitants à la délivrance de l'éducation**

**Favoriser les ateliers de groupe et susciter l'interactivité entre patients**

**Procéder par étapes et par objectifs limités**

**Relier l'éducation aux traitements prescrits**

**Travailler en équipe multidisciplinaire avec les libéraux et les établissements hospitaliers**

**Echanger avec les autres structures et les professionnels**

**Répéter et assurer la continuité du suivi éducatif : rappel et reprise**

P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009.284p

<sup>221</sup> M. Becchio, A. Bocquet-Chabert, P. Reuge, S. Deilhes, Réseau REVESDIAB, éducation des patients dyslipidémiques en médecine générale. Rev Prat MG 2008 ; 22 : p761-762.

<sup>222</sup> pôle régional de compétences en ETP, <http://www.renif.fr>, <http://www.fredif.fr>. 2010.

## **D. Difficultés de coordination des objectifs entre les intervenants et problème de disponibilité des acteurs des programmes.**

### **Au plan institutionnel**

Suivant un avis présenté au Sénat le 17 novembre 2011 :

Les mesures de santé publique relevant de la loi de financement ont été retardées. Elles ont été déposées dans des propositions de loi dont l'inscription à l'ordre du jour de l'une ou l'autre des assemblées n'a pas été demandé, elles ont été disséminées dans des textes divers et ont été censurées par le Conseil Constitutionnel en tant que cavaliers législatifs.

On a pu relever, par ce comportement, l'adjonction de mesures disparates dans le projet de loi HPST à l'Assemblée nationale pour ensuite procéder à leur suppression au Sénat ; la proposition de loi dite « Fourcade » (Loi n° 2011-940 modifiant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) a pareillement servi de véhicule à diverses mesures de santé publique, le ministre ayant ensuite regretté que «des parlementaires» aient déféré ce texte au Conseil constitutionnel provoquant ainsi l'annulation de celles qui ont été identifiées comme cavaliers législatifs.<sup>223</sup>

La direction générale de la santé (DGS) gère ainsi une trentaine de plans de santé publique dont l'efficacité a été sévèrement contestée par la Cour des comptes dans la communication sur la prévention sanitaire qu'elle a remise en octobre 2011 à la demande de la Mecss (Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale) de la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale.<sup>224</sup>

La DGS a retenu le principe d'une absence de priorisation entre les différents programmes de santé publique qu'elle pilote. Sur cette question le Ministre de la Santé a précisé : « S'agissant du rapport de la Cour des comptes sur la politique de prévention, certes, il y a des problèmes de coordination mais pour moi, la question fondamentale est celle de la volonté politique. »

Sont visées notamment, dans cet avis, les dispositions de la proposition de loi Fourcade qui ont été invalidées au conseil constitutionnel : (articles 49,50,51,52,53)

Chronologie des délibérations autour de la proposition de loi « Fourcade ».

- Session ordinaire du Sénat n°65 rectifié du 26 octobre 2010. Proposition de loi, modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, présentée par M. Jean-Pierre Fourcade, Sénateur.
- Le Sénat a adopté cette Proposition de loi, en première lecture, le 9 mars 2011.
- Texte n665 d'adoption par le sénat est modifié par l'Assemblée nationale le 24 mai 2011.
- Rapport n667 (2010-2011) de Alain MILON, des modifications apportés par l'Assemblée, fait au nom de la commission des affaires sociales, est déposé le 23 juin 2011. Le Texte n156(2010-2011) est adopté avec modification en 2<sup>ème</sup> lecture par le Sénat le 1<sup>er</sup> juillet 2011
- Texte n712 est modifié en 2<sup>ème</sup> lecture par l'Assemblée nationale le 7 juillet 2011.
- Commission mixte paritaire établie le Texte de la commission n753 (2010-2011) à la date du 12 juillet 2011.
- Texte n186 (2010-2011) est adopté par le Sénat le 13 juillet 2011.
- Saisine en date du 21 juillet 2011 par au moins soixante députés, Décision du Conseil constitutionnel n2011-640 du 4 août 2011.(partiellement conforme)

Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>223</sup> D. Watrin, session ordinaire 2011-2012 n°109 du Sénat, avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2012, adoptée par l'assemblée nationale, 17 nov 2011.

<sup>224</sup> Communication de la Cour des comptes à la Mecss de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « La prévention sanitaire », octobre 2011.

Les articles de presse qui ont traité de cette loi ont annoncé en mars 2011 la problématique des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires qui ne pouvaient inclure les pharmaciens en raison du régime fiscal différent des autres professionnels de santé auxquels ils étaient soumis et ce malgré leur implication claire par l'article 38 de la loi HPST pour certaines missions visées par les SISA. Cette problématique a été réglée lors de la modification du texte qui a été approuvée en 2<sup>ème</sup> lecture au Sénat le 1<sup>er</sup> juillet 2011.

Un article de presse paru dans le journal de l'ordre des pharmaciens en septembre 2011 a annoncé l'invalidation de certaines dispositions de la loi au conseil constitutionnel.<sup>225, 226</sup>

Parmi les dispositions approuvées par la loi dite « Fourcade » sont à souligner l'article 1 sur l'instauration des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, l'article 2 sur les maisons de santé où les pharmaciens sont expressément présents dans la loi pour assurer les missions décrites par la loi HPST dans ce type de structure.

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 à l'Article 1 indique qu'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) est un nouveau statut juridique qui permet, au delà du cadre d'une société civile de moyens, de pouvoir redistribuer un financement public (État, assurance maladie et collectivités territoriales). Cette redistribution concerne les associés qu'ils soient constitués entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien ou avec des personnes morales professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral.

Avant la loi du 10 août 2011, les maisons de santé étaient constituées sous les formes juridiques suivantes : SCP, SEL, GIE, Association loi 1901. L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2008 a permis une expérimentation de nouveaux modes de rémunération. Elle s'adresse à une équipe de soins de proximité dans sa totalité, elle alloue une somme forfaitaire à l'équipe de soins pour la coordination des soins, le montant de cette somme est en partie calculé sur le nombre de patients inscrits dans la maison de santé.<sup>227</sup>

Les statuts de la SISA sont obligatoirement écrits et communiqués un mois avant le début d'exercice aux ordres professionnels compétents et à l'ARS. Une société de ce type doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. Les activités exercées en commun, au sein de la SISA, ne sont pas soumises à l'interdiction de partage des honoraires. Les associés sont personnellement soumis à l'IR (BNC BIC) pour la part des bénéficiaires correspondants à leurs droits dans la société de statut SISA.

La SISA est la forme juridique pour les professionnels de santé et auxiliaires médicaux souhaitant exercer au sein d'une maison de santé. (Il faut distinguer la structure recevant les subventions ou dotations financières de la structure gérant la répartition des rémunérations entre les professionnels).<sup>228</sup>

La constitution d'une SISA est utile pour faciliter les missions de soins ambulatoires entre associés au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle et des professionnels de santé libéraux pour un projet de santé avec une coordination interprofessionnelle. Elle vont notamment permettre de répartir pour les professionnels libéraux une part des rémunérations forfaitaires des nouveaux modes de rémunération (ENMR) en fonction de leur participation au projet de santé. On note que la SISA permet aussi le partage de l'information médicale entre les professionnels de santé associés dans cette SISA.

Le Décret n 2012-407 du 23 mars 2012 décrit les activités pouvant être exercées en commun dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

---

<sup>225</sup> « loi Fourcade » quotidien du pharmacien, n°2820, jeudi 17 mars 2011.

<sup>226</sup> « la proposition de loi Fourcade largement censurée par le conseil constitutionnel » journal de l'ordre national des pharmaciens, n°206, septembre 2011.

<sup>227</sup> <http://www.ffmps.fr>, fédération française des maison et pôle de santé.

<sup>228</sup> C. Kamkar, MSP/PSP URPS Médecins Libéraux de Picardie, séminaire SPPS Avocats Lille du 26 novembre 2011, Amiens.

L'article R. 4041-1 visé dans ce décret définit les activités des SISA notamment, à l'alinéa 2 pour l'éducation thérapeutique du patient. L'article R. 4041-2 vise la constitution des statuts des associés de la société qui sont établis par acte sous seing privé pour chaque associé (la convention écrite est établie par les parties elles-mêmes ou par un tiers). L'article R. 4041-3 définit les mentions obligatoires que comportent les statuts. Les alinéa 6 et 7 visent à définir la nature des apports effectués par les associés et la répartition des parts sociales représentatives du capital.

Pour l'éducation thérapeutique des patients, il semble justifié que ces apports, définis dans le statut des associés pour la convention de la SISA, correspondent strictement aux missions définies dans les objectifs du programme d'éducation thérapeutique du patient autorisé par l'ARS.

La lecture du compte rendu intégral de la troisième séance des débats parlementaires du jeudi 27 octobre 2011 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 présente la discussion de l'article 74 (art Article L162-16-1 du code de la sécurité sociale) qui permet aux organisations professionnelles de pharmaciens de négocier avec l'assurance maladie une partie des rémunérations de l'officine sous forme d'actes ou d'honoraires. Le chiffre de 25 % est avancé par la profession pour commencer, mais il faut être attentif à ce point, car l'IGAS a remarqué que si la rémunération à l'acte est globalement neutre, elle peut conduire à des différences sensibles de rémunération officine par officine.

L'amendement n°452 vise à inclure les pharmaciens mutualistes dans le dispositif de l'article 74. Il a reçu un avis défavorable du gouvernement, l'article 54 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 qui abordait ce thème avait été invalidé par le conseil constitutionnel, car il n'entraîne pas dans le cadre d'une modification de la loi HPST.<sup>229</sup>

Pour les pharmaciens titulaires et adjoints non mutualistes, les négociations entre l'Assurance Maladie et les organisations professionnelles, pour l'établissement de la nouvelle convention, notamment envers les nouvelles missions comme par exemple « participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé » au sens de l'article L. 1411-11 du CSP, sont évoquées au chapitre « Evolution de la rémunération » à la fin de cette partie. Il faut néanmoins noter, en terme de rémunération négociée par convention, qu'il n'est pas fait expressément mention de l'éducation thérapeutique dans l'alinéa 8 de l'article L162-16-1 du code de la sécurité sociale.

### **Au niveau de la caisse d'Assurance Maladie**

L'Etat, les ARS et l'Assurance Maladie contribuent, en conformité avec les engagements définis dans le contrat Etat-UNCAM à favoriser les coopérations entre professionnels et permettre une meilleure utilisation du temps médical et une répartition efficiente des activités en fonction des compétences de chaque catégorie de professionnels.

Pour cela, des conventions précisent en particulier les responsabilités respectives de l'Assurance Maladie et des ARS dans l'animation de guichets uniques régionaux, prévu à l'article L.1431-2-2 du CSP, ainsi que les modalités des échanges d'information entre les parties prenantes.

Une de ces conventions est par exemple la convention d'objectifs et de gestion(COG) entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013.

Comme le décrit l'article L.227-1 du code de la sécurité sociale, l'Etat conclut avec la CNAMTS une convention d'objectifs et de gestion qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement de la branche et les actions mises en oeuvre à cette fin par chacun des signataires.

---

<sup>229</sup> D. Watrin, session ordinaire 2011-2012 n°109 du Sénat, avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2012, adoptée par l'assemblée nationale, 17 nov 2011.

L'action mise en oeuvre au cours des dernières années (médecin traitant, Ameli-Direct, sophia) ont permis à l'Etat et à l'Assurance Maladie, en partenariat avec les associations de patients, de s'engager dans la recommandation de l'OMS qui vise à permettre à l'assuré d'être pleinement acteur de sa santé. Il importe aujourd'hui de faire de cette préoccupation l'axe majeur de la politique de gestion du risque. Cette politique de gestion du risque s'inscrit dans le cadre du contrat Etat-UNCAM qui a défini les axes d'action de l'Etat et des régimes d'Assurance Maladie, membres de l'UNCAM pour les années 2010-2013, sur la base d'une connaissance renforcée du risque.

L'Etat et la CNAMTS, en tant que membre de l'UNCAM, et pour l'application des orientations du contrat Etat-UNCAM, s'engagent sur cinq axes :

- Garantir l'accès aux soins des assurés et réduire les inégalités de santé ;
- Aider les assurés à être acteurs de leur santé ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge des assurés ;
- Privilégier le bon usage du soin ;
- Rembourser les soins des assurés à leur juste prix.

La COG 2010-2013 définit ces axes au travers de différents objectifs et définit notamment les fonds requis pour leur gestion en conformité avec les ONDAM (Objectifs nationaux des dépenses d'Assurance maladie).

Dans le cadre de l'aide aux assurés à être acteur de leur santé, la convention prévoit que :

Face à la demande de développement de l'éducation thérapeutique, l'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à promouvoir une offre d'éducation thérapeutique efficiente et de qualité.

Les agences régionales de santé s'appuient et tirent partie des enseignements des expériences financées sur des fonds tels que le FIQCS, dans la perspective d'identifier les modes de financement et d'organisation pertinents de programmes d'éducation thérapeutique. Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé visent notamment à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique afin de promouvoir le développement de ces programmes en ambulatoire.

L'Assurance Maladie contribue au développement de l'éducation thérapeutique en s'appuyant sur ces expérimentations et en diffusant de l'information auprès des médecins, notamment par le biais des visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) en 2011. En fonction des résultats de l'évaluation, l'Assurance Maladie s'engage à développer l'offre d'éducation thérapeutique du patient diabétique dans les centres d'examen de santé (CES).

Dans le cadre du développement de nouvelles formes de coopération, la convention prévoit que pour permettre la redéfinition des compétences respectives des professionnels afin de favoriser, dans une prise en charge interprofessionnelle, l'efficacité du parcours de soin, l'Assurance Maladie analyse l'activité des professionnels expérimentant des délégations de compétences et des coopérations interprofessionnelles existantes. Elle propose des modes de rémunération adaptés, fait évoluer la tarification et met en oeuvre les orientations développées dans le contrat Etat-UNCAM.<sup>230</sup>

Pour cette thèse je me suis intéressé à certains fonds de l'Assurance Maladie, le FNPEIS et le FIQCS, ainsi que le FIR et le FAC.<sup>231</sup>

- Le FNPEIS (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) entre dans le champ d'application des dépenses relatives aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ainsi que les dépenses relatives aux centres d'examen de santé (CES). Pour les actions nationales, qui représentent 41% des dépenses du FNPEIS, on

<sup>230</sup> F. van Rookeghem, M. Regereau, monsieur le ministre François Baroin, monsieur le ministre Eric Woerth, madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin. Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013, 27 octobre 2010.

<sup>231</sup> Y. Bonnet, B. Brassens : inspecteurs des finances, JL Vieilleribiere : IGAS, Rapport sur les fonds d'Assurance Maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS, FMESPP), juillet 2010.

relève les subventions aux opérateurs nationaux notamment l'INPES qui est le plus gros poste. La mission de l'INPES est notamment de garantir la formation des professionnels de santé notamment en matière d'ETP.

- Le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins). Ce fonds reprend les champs du FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville) et de la (DNDR) dotation nationale du développement des réseaux. Le FIQCS a pour objet l'amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et le décloisonnement du système de santé. Il finance :
  - Le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé ;
  - Les structures contribuant à la permanence des soins ;
  - Les actions favorisant l'exercice regroupé et pluridisciplinaire des professionnels de santé ;
  - Les actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité des soins de ville ;
  - Le développement du dossier médical personnel. (DMP)

La décision du financement est prise par le directeur général de l'ARS sur avis conforme du comité national de gestion (CNG) qui établit le budget annuel de l'Assurance Maladie.

Ce financement est en grande partie axé sur les actions des réseaux de santé mais aussi sur les nouveaux modes d'exercice dont l'éducation thérapeutique du patient. Le détail du fonctionnement du FIQCS se retrouve dans le décret n° 2010-1027 du 30 août 2010.

Désormais, le FIR (Fonds d'Intervention Régional), qui est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2012, modifie les dispositions relatives à certains fonds de l'Assurance Maladie. Le décret relatif au FIR<sup>232</sup> prévoit que ces financements donnent lieu à des décisions du directeur général de l'ARS ainsi qu'à la conclusion d'un contrat avec leurs bénéficiaires. Le fonds finance notamment :

- Le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, en particulier la télémédecine ;
- Des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et des soins ;
- Des réseaux de santé ;
- Des actions favorisant un exercice regroupé et pluridisciplinaire des professionnels de santé, en particulier au sein de maisons de santé, de pôles de santé et de centres de santé ;
- Des actions tendant à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50.

Le décret précise les modalités de gestion comptable et financière du fonds par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que les conditions d'évaluation de son activité.

Le décret modifie en conséquence les dispositions relatives au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMPSP) et au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), auxquels le FIR a vocation à se substituer pour partie.

Le fonds des actions conventionnelles (FAC) (Art L162-14-1 du code de la sécurité sociale) est établi suivant une convention entre les organisations professionnelles, l'Assurance Maladie et le ministre chargé de la sécurité sociale et fixe notamment les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires, servant de base au calcul de la participation de

---

<sup>232</sup> Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

l'assuré, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé.

Etant donné que les subventions versées à l'INPES par le FNPEIS assurent un accompagnement des professionnels de santé en terme de formation en ETP, des accords par le FAC avec les organisations professionnelles pour répondre aux besoins en ETP de la population seraient à double emploi avec les missions de l'INPES.

### **Au plan des acteurs de soins**

Dans la maladie chronique, l'approche multidisciplinaire est une composante primordiale. Elle augmente la qualité des soins proposés et permet d'atteindre et de maintenir les objectifs thérapeutiques sur le long terme.

Avec cette multidisciplinarité, les interventions auprès du patient répondent mieux à la complexité des traitements, elle facilite la réalisation des interventions multiples et place le patient au cœur du système de soin.

Le cadre de soin sera donc :

- Continu et non épisodique
- Proactif et non réactif
- Planifié et non sporadique
- Centré sur le patient et moins sur le soignant.
- Intégrant la santé publique en plus de la relation individuelle.

Pour un discours éducatif cohérent, les personnels d'une équipe, formés à l'éducation thérapeutique, doivent également se former spécifiquement ensemble pour chaque nouveau programme d'apprentissage au patient. Les objectifs de l'équipe font l'objet d'une négociation fixée par la mise en place d'un contrat tenant compte du point de vue de tous les membres. La multidisciplinarité associe l'expérience et les compétences des professionnels de santé, il est aussi utile d'identifier les points forts et les points faibles de tout ce qui est nécessaire au fonctionnement pour adapter au mieux le travail de l'équipe. Le recours à une équipe multidisciplinaire améliore : <sup>233, 234</sup>

- L'adhésion aux recommandations,
- La satisfaction des patients
- L'état de santé
- L'utilisation appropriée des services de soins

Exemple des objectifs éducatifs pour des patients diabétiques type 2, fixés pour une équipe soignante de soins primaires (d'après Trento) : <sup>235</sup>

**Atteindre le poids désiré.**  
**Apprendre à acheter des produits alimentaires (lire les étiquettes, valeur calorique...).**  
**Choisir de façon correcte la quantité et la qualité des aliments ingérés à la maison ou au restaurant.**  
**Augmenter l'activité physique, quand c'est réalisable.**  
**Prendre correctement et régulièrement ses traitements.**  
**Connaître la signification et les objectifs des principaux paramètres de laboratoire indicateurs de l'équilibre métabolique.**  
**Reconnaître les symptômes et corriger une hypoglycémie.**  
**Prendre les mesures appropriées en cas de maladie intercurrente.**  
**Prendre soin de ses pieds.**  
**Revenir régulièrement en consultation, faire régulièrement les examens de dépistage pour les complications.**

<sup>233</sup> M. Von Korff, J. Gruman, J. Schaefer, S.J. Curry, E.H. Wagner, Collaborative management of chronic illness. Am Int Med 1997; 127: p1097-1112.

<sup>234</sup> E.H. Wagner, the role of patient care team in chronic disease management. BMJ 2000; 320: p569-572.

<sup>235</sup> M. Trento, P. Passera, M Tomalino, M. Bajardi, F. Pomerio, A. Allione, P. Vaccari, G.M. Molinari, M. Porta. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes : A 2-year follow-up. Diabetes Care 2001 ; 24 : p995-1000.

Une convention sur les nouvelles missions du pharmacien a été mise au point suite aux différentes réunions entre l'assurance maladie et les trois principaux syndicats de pharmaciens. Cette convention détermine quels actes rémunérés les pharmaciens pourront accomplir.

Plusieurs pistes sont à l'étude, comme la dispensation de la pilule aux mineures, le suivi des patients sous traitement de substitution aux opiacés par exemple lors de dose journalière de médicament délivrée quotidiennement, ceux sous anticoagulants, ou encore les asthmatiques. Philippe Gaertner, président de la FSPF, indique, en février 2012, que l'idée est d'établir un cadre général permettant d'inscrire dans la convention le principe de l'accompagnement de patients.

Gilles Bonnefond, président de l'USPO, précise au cours de la troisième réunion avec l'Assurance Maladie, qu'il s'agit plus précisément d'une mise en place du pharmacien correspondant au regard des objectifs « conventionnels » : « L'objectif est de faire suivre des patients chroniques et sensibles par un pharmacien, en complément du travail du médecin ». Quant à la rémunération de ces nouvelles missions, elle n'est pas encore fixée « Cela peut être une rémunération liée à des objectifs ou à l'acte. ».

Quoi qu'il en soit, les représentants syndicaux semblent vouloir avancer prudemment. « Il faudra faire le tri entre toutes ces pistes, définir des priorités, car l'on ne pourra pas tout faire », estime Gilles Bonnefond qui juge « positive » cette troisième réunion conventionnelle avec l'assurance-maladie, avis que partage Philippe Gaertner.<sup>236</sup>

Le 14 mars 2012 s'est déroulé une réunion de négociation entre les syndicats de pharmaciens, l'assurance maladie et les complémentaires santé. Les négociations devaient alors s'achever le 28 mars. Différents articles paraissent dans la presse (AFP) et annoncent que les organisations professionnelles de pharmaciens évoquent l'évolution de la rémunération pour les pharmaciens autour du suivi des patients pour les pathologies chroniques qui se réalise par le biais d'entretien pharmacologique dans un espace de confidentialité. « Le pharmacien ne remplace pas le médecin mais peut suivre les patients, prendre en charge les pathologies bénignes. On doit jouer la complémentarité, plus encore lorsque la pharmacie est isolée car c'est un véritable enjeu d'aménagement du territoire », explique Gilles Bonnefond. Il ajoute « Aujourd'hui, nous percevons seulement 1,81 euro pour délivrer la pilule du lendemain à une adolescente, qui nécessite tout un travail d'éducation ». Dans une interview Michel Chassang, président de la confédération des syndicats médicaux (CSMF), précise que le pharmacien joue un rôle d'accompagnement des patients pour qu'ils suivent au mieux leurs prescriptions.

Ainsi suivant cette convention, le pharmacien pourrait désormais assurer le suivi de patients asthmatiques, diabétiques, prenant des anti-coagulants ou des substituts de drogue (méthadone, subutex) sous forme "d'entretiens pharmaceutiques".<sup>237</sup>

Raphaëlle Collobert pharmacienne à Rennes interviewée à ce sujet répond que pour permettre aux pharmaciens d'assurer ces suivis, dans le cadre des nouvelles missions rémunérées, une formation adaptée serait requise.<sup>238</sup>

Une réunion destinée aux pharmaciens d'officine, où était présent Gilles Bonnefond, président de USPO, s'est tenue le jeudi 3 mai 2012, à Pontault-Combault, pour présenter les changements à attendre avec la nouvelle convention. Cette réunion a été diffusée par le site « pratispharma.com » sous le titre « conférence Pi ». Gilles Bonnefond précise au cours de

<sup>236</sup> C. Micas, Négociations conventionnelles, quotidien du pharmacien 27 fev 2012.

<sup>237</sup> article 897715, <http://www.20minutes.fr>, mode-remuneration-pharmaciens-profondement-modifie, du 14 mars 2012, suivant un communiqué de l'Agence FrancePresse.

<sup>238</sup> V. Hervier, AS. Lemaire, reportage mise en place de nouvelles rémunérations pour les pharmaciens, Canalplus, journal 15 mars 2012.

cette conférence qu'il est possible, en particulier pour l'éducation thérapeutique, de recourir à un espace commun, extérieur à la pharmacie, partagé avec les médecins et les infirmières où le pharmacien peut prolonger l'acte pharmaceutique (prévu par la convention) pour l'accompagnement du patient. Cela est possible lorsque le pharmacien intègre un pôle de santé pour mettre en place le projet de santé établi. Pour intégrer le pôle de santé, le pharmacien peut s'associer aux autres professionnels de santé au sein d'une SISA.

La section A du conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) a publié, le 3 mai 2012, un film pour accompagner les pharmaciens dans leurs nouvelles missions. Jean-Charles Tellier, président du Conseil central A explique que l'Ordre accompagne les pharmaciens pour s'approprier ces missions et offrir au patient le soin le plus personnalisé possible.<sup>239</sup>

Les différentes déclarations et positions pour la convention suivent les remarques faites, notamment par l'USPO, sur les propositions du rapport de l'IGAS de juin 2011 et sur l'évolution des différentes réunions de négociation de la nouvelle convention avec l'Assurance Maladie. Il est signalé, en outre, clairement, la mise en place « d'entretien pharmaceutique » pour assurer les nouvelles missions rémunérées.

### **L'évolution de la rémunération**

La quatrième réunion des négociations sur la nouvelle convention entamée le 28 mars 2012 s'est achevée le jeudi 29 mars 2012. Après pratiquement vingt heures de négociations, les syndicats d'officinaux et l'assurance-maladie ont établi un accord sur la mise en place progressive d'un honoraire de dispensation, en complément de la marge commerciale, à hauteur de 12,5 % en 2013, pour commencer. Le principe de missions rémunérées est également arrêté. Dès la signature de la convention, un forfait de 40 euros par an et par patient sera ainsi versé pour l'accompagnement de patients sous AVK. D'autres missions verront ensuite le jour, tel le suivi des asthmatiques. Un paiement à la performance pour la substitution générique est également prévu. Chaque année, la réussite d'objectifs individuels pourra rapporter jusqu'à 3.000 euros à un titulaire. Dans la participation du pharmacien à l'éducation thérapeutique, les sources de financement sont décrites au cahier des charges du programme d'éducation thérapeutique du patient. Enfin, les astreintes sont revalorisées de 75 à 150 euros, tandis que les honoraires de garde passent à 5 euros le dimanche et à 8 euros la nuit. Chacun des syndicats doit désormais faire entériner le projet par ses adhérents, avant de procéder à la signature finale.<sup>240</sup>

L'arrêté du 4 mai 2012 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie décrit ces différents éléments établis lors de la convention.

Le directeur général de l'UNCAM (union national des caisses d'assurance maladie), Frédéric van Roekeghem, confirme au cours des différents débats du salon Pharmagora 2012 que cette nouvelle convention se mettra progressivement en place à partir de 2013. Cette convention « nous considère comme des professionnels de santé au-delà de la dispensation », se félicite Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO). « Dans vingt ans, l'officine fonctionnera toujours sur les bases de cette convention », a affirmé le Ministre de la Santé, Xavier Bertrand.

Au cours du salon Pharmagora 2012, la question traitant du capital de la pharmacie dans l'avenir de la profession est abordée. Claude Le Pen, professeur d'économie à Paris-Dauphine considère que les politiques de pression sur les prix et de réduction des

<sup>239</sup> <http://www.quotipharm.com>, quotidien du pharmacien, n°2919, 3 mai 2012. «La loi HPST, c'est le moment d'en parler»  
<http://www.youtube.com/watch?v=BCicMfhAopq&feature=youtu.be>

<sup>240</sup> quotidien du pharmacien; N° 2910 ; jeudi 29 mars 2012.

prescriptions se poursuivent et que l'officine doit se réformer, il faut alors développer d'autres activités que la dispensation.<sup>241</sup>

Le Dr Michel Chassang, président de la confédération des syndicats médicaux (CSMF), signale le 20 avril 2012 la nécessité d'une participation de son syndicat au dispositif de la nouvelle convention avec la mise en place rapide d'un groupe de pilotage conventionnel interprofessionnel entre pharmaciens et médecins, « afin de définir le contenu et les modalités de cette nouvelle forme de coopération, préciser l'étendue des responsabilités, et mettre en œuvre une traçabilité des décisions ».<sup>242</sup>

La situation financière dans certaines pharmacies est dégradée. La valorisation des actes et des missions est nécessaire afin que l'entreprise officinale puisse en assumer la charge économique sans déséquilibrer ses comptes financiers. L'évolution de la pratique officinale pour ces missions se fera alors progressivement selon les capacités de réponse des pharmaciens aux besoins des patients.

La nouvelle convention professionnelle signée avec l'Assurance Maladie permet des actes pharmaceutiques rémunérés sur la base de l'honoraire. Cela donne au pharmacien un rôle de professionnel de santé au-delà de l'acte de dispensation. Ces actes répondent à des missions de suivi et d'accompagnement des patients (pour des patients traité par AVK et en vue d'autres missions par la suite) qui s'intègrent désormais à la pratique officinale. En fonction du protocole établi, ces missions pourraient être assurées par des entretiens en espace de confidentialité avec les patients sans être associé à l'acte de dispensation. Dans la participation du pharmacien à l'éducation thérapeutique du patient (au sein d'une équipe coordonnée et suivant le cahier des charges du programme), cette évolution de la pratique officinale peut apporter au pharmacien des opportunités pour assurer un suivi continu des acquis des patients.

L'ensemble de ces éléments témoigne des dispositions mises en place par l'ensemble des partenaires de santé. Mais ces éléments révèlent aussi la nécessité d'un temps d'adaptation pour que, à partir des différentes expérimentations autour de l'ETP en ambulatoire, il soit possible d'intégrer les nouveaux modes d'exercice à la pratique courante de la profession.

---

<sup>241</sup> A. Grimaldi, C. Le Pen, Où va le système de santé français ?, ed Prométhée, oct 2010.

<sup>242</sup> <http://www.quotipharm.com>, quotidien du pharmacien, n°2918, 26 avril 2012.

## **E. Formation : agrément, DU d'Education Thérapeutique.**

En 2007, l'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques est essentiellement délivrée par des paramédicaux rémunérés dans le cadre des prestations dérogatoires des réseaux. Plusieurs centaines de paramédicaux libéraux ont été formés par des réseaux à l'animation de groupes d'éducation, constituant ainsi un maillage de ressources pour les diabétiques à travers le territoire.

La formation reçue répond aux critères de qualité et de faisabilité : une formation de 40h réalisée au sein des réseaux en recourant soit aux équipes hospitalières des établissements conventionnés avec le réseau, soit aux organismes de formation (IPCEM...), et avec la participation des professionnels formés du réseau. La mise en place de plusieurs dizaines d'équipes de paramédicaux par les réseaux de santé diabète a permis l'organisation de l'éducation des diabétiques en médecine de ville.<sup>243</sup>

Le Cespharm renvoie pour les formations diplômantes en ETP vers l'INPES. Il cite les organismes de formation continue spécialisés dans l'ETP : l'IPCEM et EDUSANTE.

Le Cespharm et l'UTIP-FPC (formation pharmaceutique continue) proposent, en association avec la Société de pneumologie de langue française (SPLF), le Comité national contre les maladies respiratoires (CNMR) et l'Association Asthme & Allergie, un stage d'une journée sur l'éducation thérapeutique du patient asthmatique qui a reçu l'agrément du haut comité de la formation pharmaceutique continue et a été agréé pour la formation continue conventionnelle en avril 2010.<sup>244</sup>

L'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP précise dans l'article 2 qu'une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique est requise pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Ce qui correspond, donc, à la condition d'agrément nécessaire.

Le Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens est paru au « Journal officiel » du 1er janvier 2012. Entré en vigueur le lendemain, le texte prévoit une obligation de formation continue pour les officinaux. Pour y satisfaire, chacun devra participer au cours de chaque année civile à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel. Le financement sera assuré par l'organisme gestionnaire du DPC, sous forme de forfait individuel. Concrètement, le DPC n'entrera cependant réellement en vigueur qu'en 2013, le temps que le dispositif se mette en place.<sup>245</sup>

### **L'INPES**

L'INPES étudie depuis plusieurs années les modèles adaptés et les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique. De plus, son rôle est établi dans l'organisation de la formation des professionnels de soins et dans l'évolution de la formation en éducation.<sup>246</sup>

Une enquête de l'INPES sur le modèle d'éducation thérapeutique<sup>247</sup> effectue une analyse des actions au sein de certains réseaux et s'appuie sur une étude qualitative menée, à la demande de la CNAMTS, d'abord par le CFES, puis l'INPES, entre 2000 et 2002 visait à :

<sup>243</sup> M. Varroud-Vial, Les pharmaciens, des acteurs d'éducation méconnus. ANCREP, Reseux-Diabète, 2005 ; 24 : p4-6.

<sup>244</sup> D. Roquier-Charles, stage : « Education thérapeutique du patient asthmatique : ateliers pratiques. », UTIP-FPC, 2010.

<sup>245</sup> le quotidien du pharmacien, N° 2887 ,9 janvier 2012.

<sup>246</sup> J. Foucaud et al, J. Bury, État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France, « évolution », n°10, p5, INPES, mars 2008.

<sup>247</sup> C. Fournier, S. Jullien-Narboux, J. Pélicand, I. Vincent, Enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2, INPES, janvier 2007.

- Décrire finement les pratiques d'éducation du patient diabétique de type 2 mises en oeuvre en France ;
  - Evaluer la qualité des programmes éducatifs d'après les recommandations de l'OMS Europe <sup>248</sup>;
  - Faire émerger les modèles (explicites et implicites) sur lesquels reposent ces pratiques, à l'aide d'une grille conçue à cet usage, juxtaposant plusieurs modèles issus du champ de l'éducation pour la santé et de l'ETP ;
  - Comparer les pratiques et les modèles existant dans différents types de structures.
- L'enquête a porté sur dix programmes éducatifs collectifs, situés dans sept institutions différentes (tableau)

Caractéristiques des lieux et des programmes éducatifs étudiés.

	Type de structure	Nom et localisation de la structure	Nom du programme
<b>Hôpital</b>	Service de diabétologie en centre hospitalo-universitaire	Service de diabétologie du CHU Pitié-Salpêtrière, Paris	"Semaine d'éducation DNID"
	Service spécialisé dans l'éducation des diabétiques dans un centre hospitalier	Cetradimn (Centre d'éducation et de traitement du diabète et des maladies de la nutrition) du centre hospitalier de Roubaix	"Hôpital de semaine classique"
			"Hôpital de semaine diabète et alimentation"
Service de diabétologie en centre hospitalier "classique"	Service de diabétologie du centre hospitalier de Dole	"Groupe diététique et cuisine"	
<b>Réseau</b>	Réseau d'éducation par des médecins libéraux et des infirmières	Asaved (Association des structures d'aide à la vie et à l'éducation des diabétiques) de Dole	"Programme d'éducation des patients"
	Réseau de coordination des soins et d'éducation des patients en pratique libérale	Resdiab (Réseau Diabète) de Nice	"Programme d'éducation initiale des patients"
<b>Structure para-médicale</b>	Lieu d'accueil et d'information pour les patients et les professionnels, créé par un patient	Maison du Diabète de Marcq-en-Barœul	"Cycle d'ateliers diabète"
			"Cycle d'ateliers pratiques de la nutrition"
	Structure d'aide à l'éducation, créée dans le cadre du programme régional de santé	Saed (Structure d'aide à l'éducation des diabétiques) de l'île de la Réunion	"Stage d'éducation pour diabétiques de type 2"

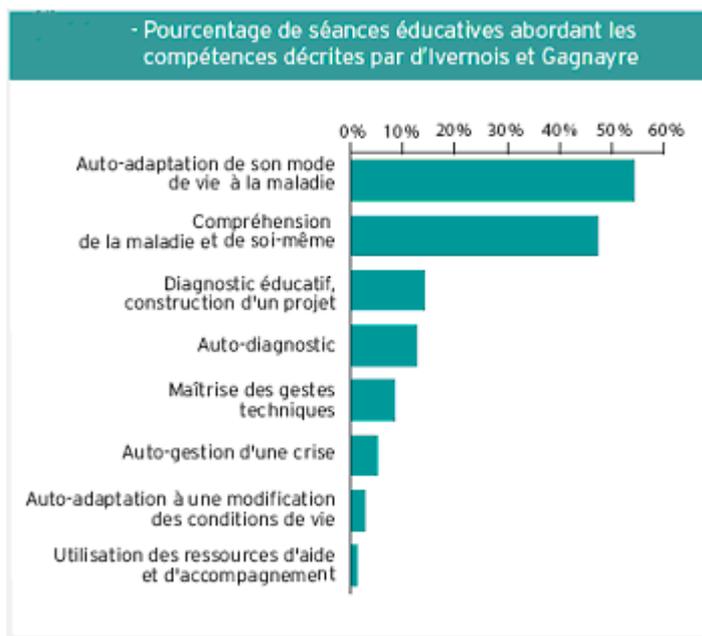
À l'hôpital, pour des suivis individuels ou collectifs, éducation et soins sont liés, des programmes de longue durée sont proposés (vingt-cinq à quarante heures) et de haut niveau, s'adressant à des groupes de patients (moins de huit personnes).

Dans les réseaux, les programmes étudiés sont plutôt courts, diversifiés, et proposés à des groupes de patients homogènes (diabétiques de type 2 uniquement).

Les structures paramédicales proposent deux programmes plus souples en terme d'accessibilité géographique pour l'un d'eux, et d'accessibilité liée à la souplesse d'organisation pour l'autre : dans cette dernière structure (la Maison du Diabète), les patients peuvent personnaliser le programme en terme de durée, d'éducation collective ou individuelle, et de choix des thèmes abordés.

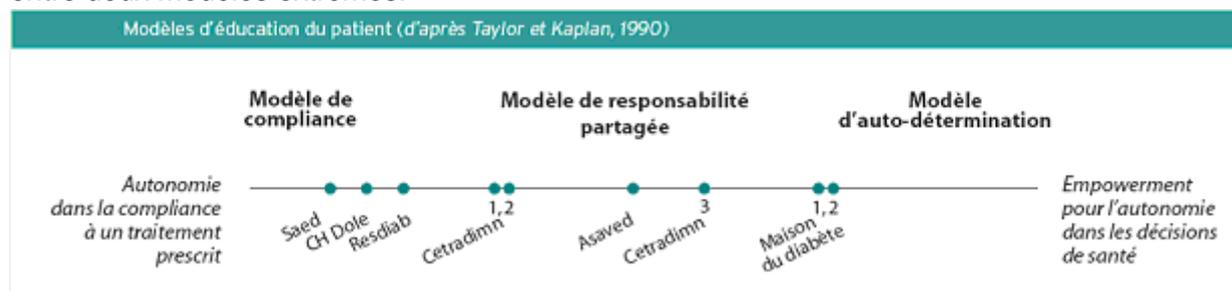
<sup>248</sup> Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998.

Les programmes visent le développement de certaines compétences dont deux sont travaillées dans la moitié des séances : “l’auto-adaptation de son mode de vie à la maladie” et la “compréhension de la maladie et de soi-même”.



d'Ivernois J.F., Gagnayre R. Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. adsp 2001 ; 36 : 11-3.

En théorie, tous les programmes visent à “augmenter l'autonomie des patients”. Mais, en pratique, le modèle d'éducation du patient sous-jacent aux activités proposées peut varier entre deux modèles extrêmes.



Cette enquête établit plusieurs constats :

Il existe un bon niveau d'adéquation avec les recommandations de l'OMS. Tous les programmes remplissent dix-huit à vingt-et-un critères sur les vingt-trois proposés par l'OMS.<sup>249</sup>

Cependant, la plupart des programmes partagent les mêmes difficultés :

- L'absence d'évaluation de processus

- L'absence de continuité dans le processus éducatif pour un même patient ; un manque de prise en compte de l'environnement psychosocial des patients ;

- Un manque d'interdisciplinarité (une juxtaposition d'interventions de différents professionnels, sans réelle mise en lien).

En 2005, l'Inpes a élaboré le cédérom EdDiaS, un outil d'aide à l'action des équipes soignantes pour mettre en oeuvre et évaluer un programme d'éducation du patient diabétique de type 2.

<sup>249</sup> Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998.

L'INPES a mené des études, exposées dans les comptes-rendus de différents dossiers qui suivent. Ces dossiers ont pour objet d'utiliser les résultats des évaluations des programmes d'ETP pour perfectionner la formation en ETP des soignants.

Un dossier publié par l'INPES sur la formation à l'éducation du patient : réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006.<sup>250</sup>

Le diagnostic éducatif tel qu'il est pratiqué ne prend pas assez en compte l'évolution permanente du patient, alors que la demande du malade continue à évoluer au fil du temps. Le patient devrait être amené à « faire son propre diagnostic ». Le terme de diagnostic fait partie du langage médical, mais il est peu adapté à la pluralité des éléments à prendre en compte dans l'éducation du patient. Savoir animer une séance éducative suppose que le professionnel sache écouter, échanger, gérer la dynamique de groupe, entretenir la relation et la faire évoluer. Pour répondre à certaines situations, l'éducateur peut faire évoluer les méthodes qu'il utilise. Il doit être capable de s'inscrire dans une dynamique permanente en s'ouvrant à différentes approches: il est préférable de connaître plusieurs techniques plutôt que de maîtriser seulement l'une d'entre elles. L'enjeu principal n'est donc pas d'accumuler des savoirs, mais d'intégrer les connaissances dans le contexte, en tenant compte des besoins du patient et des particularités de certaines situations.

Dans le cadre habituel de la consultation, certains médecins généralistes reconnaissent la difficulté de faire de l'ETP: ils font de l'information, plutôt que de l'éducation. Ils ne se sentent pas forcément prêts à acquérir des compétences en ETP, faute de temps. Pour eux, le réseau, qui vise à optimiser les compétences des professionnels et les interactions entre eux, constitue donc une ressource.

Le décret de la Communauté française de Belgique instaure la création de masters suivant les recommandations du décret de Bologne, si bien que l'Université Catholique de Louvain(UCL) a choisi d'opérer une réforme de programme en profondeur en 2007. Le master de l'UCL en santé publique combine deux perspectives : l'orientation d'un master recherche tel qu'il se présente en France, et une dimension plus spécialisée professionnalisante. Les priorités se composent du développement d'une santé individuelle et collective de qualité en travaillant sur une bonne connaissance de l'organisation des systèmes de santé, des méthodes en santé publique, des connaissances dans les diverses disciplines de sciences humaines, de la formation de professionnels capables d'agir sur le terrain, de gérer des projets et des évaluations.

À terme, il faudrait, en France, combiner trois axes : une formation de départ, une formation continue (de découverte ou d'adaptation) et une formation professionnalisante. Sur le plan administratif, il faudrait parvenir à une reconnaissance effective des formations. Sur le plan pédagogique, il faudrait réfléchir à la possibilité d'articuler un éventuel tronc commun au niveau national et une diversité de réponses possibles, en fonction des contextes. L'évaluation se centre alors sur la capacité d'intégrer, de faire des liens, de passer d'une dynamique à une autre, d'être dans la complexité, dans l'analyse systémique, même si la restitution de connaissances reste nécessaire.

Sur ce sujet, Danièle Forestier, maître de conférence en Psychologie, Université de Lille 1, définit l'action menée pour le DUEP. Depuis les débuts du diplôme universitaire d'éducation du patient (DUEP) de Lille, l'équipe pédagogique poursuit ses réflexions pour améliorer le

---

<sup>250</sup> J. Foucaud, M. Balcou-Debussche, P. Barrier, D. Dreuil, Y Corvaisier, C. Sepieter, et al. Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006, INPES, 2008. p112.

dispositif de formation. Durée des études : 300 heures (sur 2 ans) un tronc commun de 6 unités de 40 heures. Dès la première promotion du DUEP, Il est prévu une évaluation. La première a eu lieu début 2001. En 2007, une autre évaluation est réalisée, centrée sur l'ensemble du parcours. Au départ, l'évaluation n'a pas été suffisamment centrée sur l'apprenant : il a été testé un modèle qu'il fallait en même temps mettre en œuvre . La formation était très théorique. L'évolution s'est faite vers un programme de formation en dix modules répartis sur deux ans, plutôt que de maintenir un tronc commun fortement centré sur l'écrit professionnel, assorti d'options. À chaque changement de promotion, les objectifs et les contenus de la formation du DU sont révisés. Il est cherché d'ancrer au mieux les acquis dans la pratique professionnelle actuelle. Cependant, des questions demeurent. Quelle place donner au projet du professionnel dans sa formation ? Quelle importance accorder à l'écrit et au mémoire de fin d'études ?

En ce qui concerne les contenus des formations, il faut pouvoir identifier les différents supports utiles pour stimuler l'apprentissage : les analyses de cas cliniques, les témoignages de patients, les différentes techniques de communication, les jeux de rôles. Le professionnel doit également maîtriser des outils théoriques utiles pour analyser les situations dans lesquelles il est impliqué avec le patient (relation pédagogique, empathie...). Il doit développer un certain nombre de capacités à agir directement sur le terrain, en sachant mobiliser les outils théoriques issus des sciences humaines et sociales pour optimiser les situations d'éducation. Il doit aussi savoir développer une pratique réflexive sur ses propres connaissances.

Dans la formation, comment prendre pleinement en considération les partenaires tels que les travailleurs sociaux, les enseignants, les employés des collectivités, les membres d'associations de patients ? L'une des voies à travailler serait probablement de sortir du cadre institutionnel pour aller vers les environnements dans lesquels les patients évoluent, mais les échanges montrent que ces dynamiques ne sont pas simples à mettre en place dans les cadres disponibles.

Jérôme Foucaud, chargé d'expertise scientifique en promotion de la Santé à INPES explique que dans certains pays, la formation en éducation thérapeutique du patient a donné lieu à une professionnalisation des éducateurs : c'est le cas du Royaume-Uni, des États-Unis, des Pays-Bas, du Canada. Dans d'autres pays (dont la France), le modèle est plutôt celui du développement des compétences.

La formation en éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est développée au Canada en parallèle de l'éducation pour la santé. Contrairement à la formation en éducation à la santé, la formation en ETP n'existe pas en formation initiale. Elle fonctionne verticalement par pathologie (Allegrante, 2001) ou groupe de pathologies (les pathologies respiratoires, endocrines). Les éducateurs sont des personnels de santé qui suivent une formation dispensée dans leur province de rattachement. La formation se déroule sous forme de modules et de stages durant six mois ou un an selon les provinces. Le diplôme, délivré dans les différentes Provinces ou États, n'est reconnu que dans le périmètre administratif de délivrance. Pour pouvoir exercer dans tout le pays, les éducateurs doivent obtenir l'agrément national. La formation est sanctionnée par un examen écrit et par la soutenance d'un mémoire. Par exemple, dans le cas des pathologies respiratoires, le diplôme national est délivré par le Center National Asthma Educator Certification Program. Alors qu'en France l'éducation thérapeutique est l'affaire de tous les professionnels de santé, la mission est centrale pour un certain type de professionnels au Canada : l'éducateur thérapeutique.

Il apparaît clairement que le recours à la création de ce métier a permis de développer largement l'ETP. Cependant, cette activité relève d'un seul professionnel ce qui génère un désinvestissement des autres acteurs de santé. Aujourd'hui, il s'agirait peut-être d'ouvrir une

nouvelle voie qui consisterait, d'une part, à promouvoir l'ETP dans la formation initiale de tous les professionnels de santé pour qu'ils puissent développer une posture éducative dans leur relation avec les patients. D'autre part, il faudrait réfléchir à l'opportunité de créer une profession d'éducateur thérapeutique du patient qui aurait pour mission de proposer un soutien spécifique au patient et un appui aux équipes de santé.

Dans un dossier de presse du 30 janvier 2009, l'INPES énumère ses rôles dans le développement de l'ETP.<sup>251</sup>

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante des compétences de l'Institut qui a développé une expertise dans ce domaine : outre des études, l'INPES conçoit et diffuse des ressources pour les professionnels de santé. Les différentes activités mises en oeuvre s'articulent autour de cinq axes de développement :

- Favoriser les échanges entre professionnels ;
- Nourrir la réflexion des professionnels de santé dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient ;
- Mettre à la disposition des professionnels des outils d'intervention ;
- Développer l'expertise en s'impliquant dans les formations ;
- Réaliser des études et des recherches.

Les activités de l'INPES sont regroupées en sept missions principales, allant de l'implication dans la formation des professionnels de santé à la coordination du réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

- Favoriser l'appropriation de l'éducation thérapeutique par la réalisation de documents pour les professionnels
- Réaliser un état des lieux et poser un diagnostic (formation initiale, l'ETP dans le SROS3g)
- S'impliquer dans le champ de la formation
- Soutenir les projets des partenaires (programme « Sophia », projet CES, Caisse des Mines: projet OPERA)
- Soutenir et apporter des conseils méthodologiques à de nombreuses associations de patients et sociétés savantes
- Assurer la coordination du réseau des hôpitaux promoteurs de santé
- L'INPES participe, par des outils méthodologiques, de formation et d'information adéquats et nécessaires, au développement de l'ETP dans le cadre de la loi HPST.

L'enquête ÉDUPEF sur les établissements de santé, réalisée en 2008, a porté sur l'ensemble des entités juridiques ayant reçu en 2005 des financements au titre de la Mission d'Intérêt Général « prévention et éducation thérapeutique » soit un total de 333 établissements.<sup>252</sup> (Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel Askia®. Un tri à plat et un recodage des réponses ont été effectués pour les questions ouvertes)

Pour plus de deux tiers (69%) des directions interrogées, le développement des activités d'éducation du patient est déclaré prioritaire.

- En moyenne, un établissement déclare développer 6 à 7 activités d'éducation du patient (diabète 74%, cardio-vasculaire 54%, addictologie 50%)
- Plus du tiers des établissements interrogés (38%) disposent d'une ou plusieurs personnes chargées de coordonner les activités d'éducation du patient dans l'établissement.
- Le plus souvent, les activités se déroulent exclusivement dans l'enceinte de l'établissement (77%) ; dans 22% des cas, elles se déroulent à la fois dans et en dehors de l'établissement.

---

<sup>251</sup> S. Garnier, L'INPES acteur et soutien du développement de l'éducation thérapeutique du patient, dossier de presse, INPES, 30 jan 2009, p7.

<sup>252</sup> C. Fournier, P. Buttet, M. David, E. Perigois, l'enquête ÉDUPEF, mars 2008.

- Pour les directions d'établissements, le développement des activités éducatives passe par une reconnaissance financière (« très importante » pour 75% des directions d'établissements), une reconnaissance professionnelle (72%), la formation permanente (62%) et la formation initiale des soignants (61%).
- Les professionnels impliqués dans les activités éducatives ont des niveaux de formation variable.

	% des équipes (base=778 ensembles d'activités) dont au moins un membre a suivi une formation du niveau correspondant
Niveau 1: sensibilisation à l'éducation du patient (congrès ou enseignement post-universitaire)	41 %
Niveau 2: sensibilisation intensive à l'éducation du patient (modules de 30 à 50 heures et formations sur sites)	32 %
Niveau 3: responsable de programmes d'éducation du patient (Diplôme d'université de 120 à 200 heures)	23 %
Niveau 4: expert en éducation du patient (Mastère de Bobigny, licence de Bruxelles ou Difep de Genève)	7 %
Autre: formation liée à une profession (puéricultrice, etc.) ou à un thème (tabacologie, etc.)	15 %
Aucune formation spécifique	14 %

Les directions des établissements sont en attente d'une reconnaissance professionnelle et financière de ces activités, tandis que les responsables souhaitent des moyens plus importants en personnel et une aide à la structuration de celles-ci. Différents travaux inscrits dans le plan national d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques pourraient accompagner ce développement.<sup>253</sup>

Un dossier publié par l'INPES sur la collaboration avec les ARS en vue de financer, professionnaliser et coordonner la prévention, réalisé en 2009. Ce dossier expose les différents enjeux et les différents acteurs qui doivent permettre d'élaborer une formation en éducation structurée, financée, adaptée au niveau local et étendue à l'ensemble du territoire. Il explique notamment le rôle du FIQCS, les missions possible des CNFPT (centre nationaux de la fonction publique territoriale), des IUFM (instituts universitaires de formation des maîtres) et le rôle des ARS. Ainsi cet outil de l'INPES permet d'informer les acteurs de santé tant sur les dispositifs de mise en place de l'éducation thérapeutique que sur les modalités de formation pour acquérir les compétences nécessaire à la dispensation de l'ETP.<sup>254</sup>

Un dossier publié par l'INPES sur les modèles, les pratiques et l'évaluation de l'ETP, réalisé en 2010, présente des modèles de l'éducation et de l'apprentissage à la pratique de l'éducation thérapeutique.<sup>255</sup>

Les programmes et les activités d'éducation thérapeutique se construisent en référence à des modèles et des conceptions de l'éducation en santé qui ne sont pas toujours explicites. Les apprentissages à construire par le patient concernent autant l'écoute de son corps dans la perception des signes et leur interprétation en lien avec son problème de santé, que la prise de décision en situation. Le professionnel de santé, soignant et éducateur, se trouve ainsi confronté au pari des « compétences du patient en situation ».

Deux modèle d'apprentissages sont différenciés, le behaviorisme, qui a pour finalité une modification du comportement et le constructivisme qui vise une modification du processus de

<sup>253</sup> ) Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan\\_maladies\\_chroniques/plan.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_maladies_chroniques/plan.pdf), Direction générale de la santé, avril 2007.

<sup>254</sup> N. Leuridan dir. Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 160 p.

<sup>255</sup> J. Foucaud, JA. Bury, M. Balcou-Debussche, C. Eymard, dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412p.

pensée. Les principes de ces modèles montrent des aspects de l'apprentissage qu'il faut tous prendre en considération :

Tout apprentissage est observable par le changement de comportement qu'il implique. Les exercices d'application favorisent la généralisation et la maîtrise des acquisitions.

Chaque apprenant réorganise ses connaissances en permanence. En les croisant avec différentes visées et modèles de l'éducation, nous pouvons caractériser diverses modalités d'éducation thérapeutique.<sup>256</sup>

Lorsque l'éducation thérapeutique privilégie la transmission des savoirs, les compétences de l'éducateur s'évaluent sur son niveau de maîtrise des savoirs à enseigner et sa capacité à les transmettre. Le programme éducatif peut être construit, en organisant les savoirs à transmettre à un groupe de patients pour dépasser les obstacles à l'apprentissage, notamment ceux liés aux représentations du patient et aux conceptions erronées qu'il s'agit de transformer.

Lorsque l'éducation thérapeutique oeuvre pour l'obtention de comportements adaptés par le patient, une approche behavioriste est à considérer où il n'y a pas de connaissances indépendamment de l'expérience et que seuls les comportements observables peuvent être évalués. Les comportements ou compétences que le patient doit mettre en oeuvre en situation pour la suppression de l'erreur et l'adoption de bonnes conduites en santé sont décomposés en éléments simples qui structurent le programme en objectifs à atteindre.

L'activité éducative est fondée sur la recherche d'une alliance thérapeutique (pédagogie du contrat).

Un comportement n'est pas acquis une fois pour toute, son apprentissage demande du temps et de la répétition en situation d'exercice. La posture du soignant peut devenir celle du transformateur des comportements du patient en agissant sur les conduites d'essais, d'entraînement au travers de l'entretien motivationnel.

Lorsque l'éducation thérapeutique vise la connaissance de soi du patient dans un environnement social, elle s'inscrit dans une approche constructiviste. Les connaissances se construisent dans l'expérience et dans la capacité à expliciter son action avec une nécessaire articulation théorie-pratique.

Les programmes éducatifs privilégient l'analyse des situations d'implication afin de développer la compréhension des problèmes de santé du patient et la prise de conscience du patient de ses manques et de ses désirs pour un projet de vie adaptable à sa situation de santé(empowerment).

#### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PAR DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PROXIMITÉ : L'EXPÉRIMENTATION ASAVED ET RÉSEAUX DE SANTÉ

Pour les patients diabétiques type 2, l'éducation thérapeutique, est généralement prise en charge par les professionnels de santé de proximité, notamment les médecins généralistes. L'expérimentation Asaved (Association des structures d'aide à la vie et à l'éducation des diabétiques) a été menée dans 3 départements pour tester la faisabilité de programmes de formation des soignants et d'éducation des patients adaptés aux professionnels de santé de proximité. Il s'agit d'une étude randomisée dont le critère principal d'évaluation est la réalisation de contrats d'objectifs. Dans chacun des sites de l'expérimentation, un groupe multidisciplinaire s'est donné pour mission d'élaborer et mettre en place un programme de formation des soignants, un programme d'éducation des patients et un système d'évaluation. Deux groupes de patients ont été comparés : le groupe «éducation» a bénéficié du programme éducatif et le groupe « contrôle » a été pris en charge de façon traditionnelle. Dans le groupe randomisé «éducation», le médecin généraliste et l'infirmière suivent le

<sup>256</sup> JA. Bury, J. Foucaud. L'éducation thérapeutique In : F. Bourdillon dir. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine sciences, coll. Traités, 2009, p. 81-87.

programme de formation de 4 jours. Ensuite, ils organisent le programme de 7 séances sur une durée de 2 à 3 mois. Un groupe comporte 6 à 8 patients. Chaque patient est suivi pendant 2 ans selon le protocole, le médecin remplit un cahier d'observation. Dans le groupe «contrôle», le médecin généraliste sélectionnait 3 patients diabétiques type 2, et les suivait pendant deux ans selon le protocole avec pour chacun un cahier d'observation.

#### Programme d'éducation des patients

	Thème	Outils et modalités	Objectifs	Méthodes
S1	Connaissance du diabète et de ses traitements Autocontrôle glycémique	« Mannequin-puzzle » Lecteurs de glycémie	Faire émerger les difficultés, les émotions, les craintes liées au diabète Faire émerger les connaissances du groupe Comprendre le mécanisme du diabète de type 2 et la logique de ses traitements Repérer les variations glycémiques	Métaplan** Jeu du mannequin Métaplan** Manipulations, remise de lectures
S2	Diététique 1	Jeu de photos « jeu du marché »	Diététique qualitative : -reconnaître les groupes alimentaires -repérer les sucres lents et rapides -repérer les graisses saturées/insaturées	Métaplan** Jeu du marché en 2 groupes Analyse des carnets
S3	Activité physique et hypoglycémie	Mise en pratique	Faire émerger les connaissances, croyances et pratiques Chercher à augmenter le niveau d'activité physique de chacun Reconnaître l'effet hypoglycémiant de l'activité physique (avantages et risques)	Table ronde sur les expériences, difficultés, obstacles Analyse des résultats
S4	Diététique 2	Jeu de photos des « rations »	Diététique quantitative (glucides et lipides) : comparer ses habitudes à un référentiel qualitatif et quantitatif	Jeu de photos « des rations » en 2 groupes Jeu du « juste poids »
S5	Soins de pied et complications	Mallette « soins des pieds »	Faire émerger les connaissances et croyances Sensibiliser aux facteurs de risque Faire prendre conscience de l'intérêt des soins de pied	Réponses écrites à 3 questions d'appel sur les complications Jeu des « permis/interdits » avec la mallette Examen des chaussures
S6	Synthèse et échanges		Améliorer la compréhension des patients en partant de leur expérience propre	Tour de table ou cas mosaïque
S7	Un an plus tard	Discussion brain-storming	Qu'est-ce qui a changé avec mon diabète ?	

Pour l'ensemble du programme, l'étude comparative randomisée de l'Asaved a bénéficié de plusieurs soutiens financiers : une subvention de fonctionnement du FNPEIS (Fonds national de prévention d'éducation d'intérêt sanitaire) de la CNAMTS, puis un financement complémentaire du PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique).

L'évaluation de l'expérimentation a porté sur plusieurs points : l'implication des professionnels et des patients, la faisabilité des programmes de formation et d'éducation, les résultats pour les patients. Le critère principal était le suivant : au moment de l'inclusion dans l'étude, chaque médecin généraliste devait négocier, avec ses trois patients, trois objectifs jugés par le patient atteignables en un ou deux ans. Ces objectifs devaient être quantifiés et mesurables (par exemple un amaigrissement de 4 kilos, ou une réduction de moitié de la consommation de tabac...). L'expérience Asaved a permis de montrer la faisabilité de l'éducation thérapeutique

de patients diabétiques en groupe, sur la base d'un programme structuré et par des professionnels de santé de proximité.

Le réseau Rédiab (Annexe 10) issu de l'Asaved 62 a obtenu un agrément de « réseau expérimental » (réseau « Soubie » financé par l'Assurance maladie). D'autres formules peuvent être laissées au choix des professionnels et des patients, comme par exemple des prestations d'ETP non assurées directement et exclusivement par les professionnels de la ville, mais plus ou moins partiellement par des équipes spécialisées (médecins, infirmières, diététiciennes, etc.) Dans les formules d'éducation thérapeutique déléguées à des spécialistes, le danger est que les médecins généralistes se désintéressent de cette activité pourtant essentielle, en la laissant aux paramédicaux. Des questionnements sont soulevés par cette étude, Quels liens entre les hôpitaux, les structures associatives et les professionnels de santé de proximité, notamment les médecins généralistes ? Comment mettre en place un processus de suivi parallèle à celui de la maladie chronique ? Enfin, comment et à quelles conditions obtenir une valorisation financière des actions d'ETP ?

L'évaluation suivie pour l'étude Asaved constitue un outil d'ajustement pour d'autres missions d'éducation thérapeutique.

#### UNE PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE DU PATIENT OBÈSE BASÉE SUR LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES, MISE EN PLACE À ROUBAIX

Sous l'impulsion du Dr Gross, médecin endocrinologue, le Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition (Cetradimn) de Roubaix a mis en place un groupe de thérapies comportementales et cognitives (TCC) pour patientes obèses.

L'approche centrée uniquement sur la diététique apporte certes du savoir et du savoir-faire, mais en revanche, elle occulte ce qui touche au savoir-être et au savoir-devenir. Il s'agit donc de passer d'un modèle biomédical, prescriptif à un modèle biopsychosocial, éducationnel.<sup>257</sup>

Les thérapies comportementales et cognitives prennent appui sur des travaux scientifiques issus, pour la plupart, du champ de la psychologie. Au cours de l'intervention éducative, l'équipe renforce tout ce qui peut favoriser l'acquisition de comportements efficaces dans l'objectif d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

Des hypothèses peuvent également être posées, notamment quand des comportements récurrents sont repérés.

L'hypothèse de départ est que certains comportements dysfonctionnels sont pérennisés à cause de l'inadéquation de la solution adoptée. Ainsi, chaque participant doit identifier les circonstances problématiques qui le conduisent à manger. Chaque participant est amené à repérer les moments de forte émotion négative pour en décrire le contexte, la situation et les pensées qui en découlent. Ces pensées peuvent être un frein à la réalisation de nos objectifs (« si je mange du chocolat, c'est fichu pour la journée » ; « si je veux perdre du poids, il va falloir que j'arrête les sorties au restaurant »). Les erreurs de raisonnement à la base des interprétations erronées des faits sont remises en question.

Cette réinterprétation agit en retour sur les émotions qui deviennent plus appropriées, permettant la mise en place de comportements plus adéquats, plus efficaces et donc plus satisfaisants pour la personne.

La restructuration cognitive est la technique la plus développée pour le travail combiné sur les actes, les pensées et les émotions. Utilisée à chaque séance, elle permet également d'aborder le travail sur l'image corporelle avec des personnes qui présentent un discours d'autodévalorisation sur leur corps.<sup>258</sup>

---

<sup>257</sup> A. Deccache, E. Lavendhomme. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck Université, coll. Savoirs et santé. Questions, 1989 : 239 p.

<sup>258</sup> G. Apfeldorfer. Je mange donc je suis : surpoids et troubles du comportement alimentaire, Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque Payot : documents, n° 140, 1993 : 328p. Nouvelle éd. : Payot & Rivages, 2002, 364p.

L'intervention éducative comprend 16 séances hebdomadaires de 4 heures, gratuites. Des séances de prévention de rechute sont organisées suivant le modèle de Marlatt et Gordon.<sup>259</sup>

Le but est de faire le point sur les progrès de chacune, de renforcer les réussites, mais aussi de faire émerger les difficultés et de rappeler certaines stratégies. Les séances commencent par un tour de table sur la semaine écoulée (progrès et difficultés, tâches accomplies), suivi d'un rappel de la séance précédente par les patientes. Le thème de travail est présenté, avec des expérimentations et des exercices concrets à l'appui. Les patientes sont invitées à effectuer une synthèse de ces expérimentations et exercices.

Certains outils sont proposés comme par exemple un semainier. Le semainier est composé de sept feuilles, à raison d'une par jour. La personne note ce qu'elle ingère et ce qui entoure chaque prise alimentaire: ce qui la déclenche et ce qui en découle. Mises en évidence lors des premières séances et recueillies lors des analyses des semainiers, les croyances alimentaires sont mises à plat. La diététicienne prend alors son rôle « d'expert » et répond aux attentes et questions purement nutritionnelles, relatives à l'équilibre alimentaire.

La prise en charge de l'obésité par les thérapies comportementales et cognitives au Cetradimn donne des résultats intéressants. Une perte de poids d'intensité moyenne, mais persistante, est constatée à long terme (6 ans). L'intervention a nécessité une adaptation permanente de la part des intervenants. Il serait souhaitable que davantage de personnes puissent bénéficier d'une telle approche : cela demanderait aux équipes prenant en charge les personnes désirant perdre du poids de pouvoir s'étoffer d'intervenants formés. En effet, il est important de noter que les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont bien codifiées et amènent parfois les soignants à les utiliser hors contexte, les réduisant à un « set de méthodes ». Ne pas les intégrer dans une analyse fonctionnelle (procédé diagnostique), négliger le corpus théorique sous-jacent à leur utilisation et les avancées de la recherche est une erreur fréquente qui fait qu'elles peuvent être inefficaces voire nocives.

#### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE PATIENT HYPERCHOLESTÉROLÉMIQUE : LE PROGRAMME PÉGASE (voir partie 2A)

Isabelle Durack chef d'un projet effectué chez Édusanté sous l'égide de la Société française d'athérosclérose et de l'Arcol, en partenariat avec le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) qui devint ensuite l'INPES, a permis de développer l'étude du programme PEGASE qui est le résultat d'une collaboration entre des centres hospitaliers privés et publics.

Deux groupes sont étudiés, l'un en prise en charge habituelle et l'autre avec intervention éducative, les résultats montrent une modification d'un certain nombre de critères évalués par le questionnaire de qualité de vie et du critère principal de jugement (le score Framingham : mesure du risque de développer une cardiopathie dans les dix prochaines années). La différence des moyennes des deux groupes n'est toutefois pas significative quand on compare les deux groupes à 6 mois.

Il existe des différences de perceptions de l'hypercholestérolémie et du risque cardiovasculaire entre patients et médecins, ce qui souligne l'intérêt de mettre en place un programme éducatif qui puisse répondre aux critères de qualité de l'OMS.

Dans les séances éducatives, la plupart des interventions font appel à des mises en situation qui s'apparentent à des jeux interactifs au cours desquels différents points de vue peuvent se confronter. L'étude a notamment permis d'identifier de façon précise les attentes des médecins et des patients, et de concevoir des outils thérapeutiques originaux. Son originalité est d'avoir choisi comme critère principal d'évaluation le score de risque calculé par l'équation de Framingham. Cette équation a été validée dans de nombreuses études.

---

<sup>259</sup> GA. Marlatt, JR. Gordon, GT. Wilson, foreword. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York : Guilford Press, coll. The Guilford clinical psychology and psychotherapy series, 1985 : XVII- 558 p.

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DE PATIENTS CARDIAQUES DANS LEUR MILIEU DE VIE :  
L'EXPÉRIENCE DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

En 2004-2005, dans 9 régions françaises, la Mutualité sociale agricole (MSA) a mené une expérience d'éducation thérapeutique se décomposant en 6 modules d'intervention et impliquant 158 patients en affection de longue durée (ALD) pour maladies cardio-vasculaires. Les résultats montrent que si les gains de connaissances des patients sont relativement modestes, ils sont stables à 6 mois. Ils concernent des points essentiels comme l'autovigilance et la compréhension du traitement.

Les changements déclarés de comportement à 6 mois sont importants : les patients ont modifié leurs habitudes alimentaires et leur activité physique. Ils ont surtout acquis des compétences d'autosoins. L'expérience montre que l'éducation thérapeutique en secteur extra-hospitalier est possible lorsqu'elle est menée par un organisme de sécurité sociale (MSA), en étroite collaboration avec les médecins généralistes. Le financement de l'ensemble du travail a été assuré par le Fonds national de prévention de la MSA (FNPEISA).

**Description des séances d'éducation thérapeutique proposées par la MSA**

Modules	Durée	Objectifs pédagogiques	Méthodes pédagogiques	Documents remis au patient
Vécu de la maladie	50 min	1. Exprimer le vécu de sa maladie 2. Négocier le contrat d'éducation	Table ronde Exposé - discussion	Contrat d'éducation
Facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires	1 h 45	1. Expliquer les causes et les conséquences des différentes maladies cardio-vasculaires 2. Expliquer les concepts de facteurs de risque et de cumul de facteurs de risque 3. Identifier les facteurs de risque de la maladie et les moyens de les réduire 4. Identifier ses propres facteurs de risques 5. Décider des facteurs de risque sur lesquels le patient peut agir en priorité	Exposé interactif (tableau-imagier) Jeu des pastilles <sup>24</sup>  Méthode de la cible <sup>25</sup>	Cible des facteurs de risques
Nutrition, diététique	1 h 45	1. Citer les aliments constituant un repas équilibré (pyramide) 2. Identifier et classer les aliments riches en sel, en graisses, en sucre 3. Composer les menus équilibrés d'une journée type 4. Citer les bonnes pratiques culinaires	Atelier Exposé interactif Jeu des sets de table avec pictogrammes	Sets de tables « conseils »
Activité physique	1 h 15	1. Identifier les bienfaits de l'activité physique 2. Identifier la dépense calorique entraînée par différentes activités physiques 3. Choisir une activité physique adaptée à sa situation 4. Planifier une activité physique régulière sur une semaine	Exposé interactif (tableau imagier) Promenade didactique <sup>26</sup>	Semainier d'activité physique, avec convertisseur au recto
Signes d'alerte vigilance/ autosurveillance	1 h 20	1. Identifier les caractéristiques d'une douleur 2. Reconnaître les signes d'apparition d'un œdème 3. Expliquer une variation rapide du poids 4. Reconnaître les signes d'aggravation d'un essoufflement 5. Prendre son pouls 6. Pratiquer une automesure tensionnelle	Exposé interactif  Ateliers pratiques	Modèles de grille d'observation
Traitement	1 h 20	1. Reconnaître ses médicaments 2. Expliquer le rôle de chaque médicament 3. Planifier la prise des médicaments 4. Gérer son stock de médicaments 5. Réagir/adapter son traitement en cas d'oubli ou d'arrêt du traitement 6. Identifier les principaux effets secondaires de chaque médicament	Exposé interactif  Ateliers pratiques	Fiches de planification d'une semaine Buts des médicaments Livret pour patient sous AVK

Les résultats de l'expérimentation ont été suffisamment pertinents pour déclencher la généralisation du projet sur toute la France, en l'enrichissant des différents enseignements tirés de la phase exploratoire. Le projet est ambitieux puisqu'il s'appuie sur une modélisation qui devrait permettre de répondre à un objectif d'éducation thérapeutique proposé à l'ensemble des assurés MSA atteints de certaines affections cardio-vasculaires.<sup>260</sup>

## L'ECOLE DE L'ASTHME

On dispose aujourd'hui de traitements efficaces pour traiter l'asthme et permettre aux patients de maintenir une bonne qualité de vie. Cependant, en pratique, la situation n'est pas aussi satisfaisante : plusieurs études récentes ont attesté que l'asthme reste insuffisamment contrôlé, entraînant des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients et sur les coûts directs et indirects de la maladie. Les facteurs à l'origine de ce constat sont principalement une insuffisance ou des difficultés de prise en charge des facteurs aggravants, une prescription médicamenteuse inadéquate, une gestion imparfaite de sa maladie par le patient. Sur ce dernier point, plusieurs études ont montré que l'éducation des patients comportant l'apprentissage d'un plan d'action permettait d'obtenir une amélioration significative à plusieurs niveaux : meilleur contrôle de l'asthme, réduction des crises, des gênes respiratoires nocturnes, diminution des journées d'hospitalisation et d'absence à l'école ou au travail.

Dans 24 des travaux analysés, on observe que les professionnels utilisent une analyse des besoins réalisée le plus souvent sous la forme d'un diagnostic éducatif et prenant en compte les représentations des patients. Les modèles d'éducation et les techniques d'animation sont peu décrits, ce qui avait déjà été évoqué dans les conclusions de Sudre et al.<sup>261</sup>

En ce qui concerne les techniques d'animation des séances, on observe le recours à l'étude de cas, au jeu de rôle, à l'atelier du souffle, au jeu de la paille, au photolangage.

En général, un plan d'action écrit est remis au patient. Le contenu des interventions éducatives analysées est assez homogène et proche des recommandations de bonnes pratiques médicales. Néanmoins, les auteurs considèrent que la préférence doit être donnée aux outils visuels et à ceux élaborés pour et avec les patients plutôt qu'au matériel écrit.

La plupart des travaux soulignent un effet positif sur les variables médicales de l'asthme, ce que confirme la méta-analyse de Gibson et al.. Ces auteurs concluent que l'éducation thérapeutique du patient permet de réduire le recours à l'hospitalisation pour crise d'asthme et le nombre de visites en urgence chez le médecin ou à l'hôpital.<sup>262</sup>

Dans la prise en charge de l'asthme, l'éducation thérapeutique répond à une forte demande des patients et semble faire partie intégrante du traitement de la maladie. Alors que les contenus des séances sont assez homogènes, on observe une diversité d'approches fondées sur des modèles pédagogiques et éducatifs différents. Cette diversité est incontestablement une richesse qui permet d'adapter les modèles aux besoins éducatifs des patients et à leur style d'apprentissage.

---

<sup>260</sup> C. Crozet, V. Van Bockstael, J. Devos, JF. d'Ivernois. « Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardio-vasculaires. » *Éducation thérapeutique du patient* : Volume 1, n°1, 12 Juin 2009, p33-38.

<sup>261</sup> P. Sudre, S. Jacquemet, C. Uldry, T. Perneger. Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma: systematic review of studies published between 1979 and 1998. *Thorax*, 1999, vol. 54, n° 8 : p. 681-687.

<sup>262</sup> PG. Gibson, H. Powell, J. Coughlan, JA. Wilson, M. Abramson, P. Haywood, et al. Self management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane database of systematic reviews*, 2003, n° 1.

L'éducation des asthmatiques s'est développée vers 2000, essentiellement en structures hospitalières, dénommées «Écoles de l'asthme» ou «Centres d'éducation pour asthmatiques».

Quel que soit l'intitulé, la majorité des équipes a souvent bénéficié de la même formation pédagogique, les pratiques se sont structurées autour des mêmes objectifs et des mêmes supports éducatifs (kit «Mister Bulle» conçu en 1998 et diffusé par le laboratoire GSK, ce laboratoire propose également des formations à l'éducation thérapeutique destinée aux professionnels de santé).<sup>263</sup>

Cette approche conjuguant formation et outils communs est appelée : «un souffle nouveau». Le programme d'éducation des asthmatiques a été conçu sur le modèle de l'approche systémique décrite par d'Ivernois et Gagnayre à partir du modèle *Precede Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation* élaboré par L. Green. (voir partie 1D)

Une amélioration significative de plusieurs paramètres de sévérité de l'asthme a été mise en évidence chez les patients ayant suivi le programme éducatif « Un Souffle nouveau » comparativement à une population contrôle. Cette étude conduite auprès de 4 centres distincts, mais réalisant tous le même programme éducatif, a pu montrer des bénéfices cliniques et thérapeutiques encourageants sur des patients pourtant déjà bien suivis et pris en charge en médecine ambulatoire par un pneumologue.

Toutefois, il convient de signaler qu'en pratique courante, la situation est souvent plus difficile que dans le contexte expérimental décrit ici. La mise en oeuvre de l'éducation des patients se heurte souvent au manque de moyens adéquats, tant humains que financiers. De plus, la démarche éducative, en ce qu'elle vise à promouvoir une plus grande autonomie du patient, rencontre encore de fortes résistances chez certains médecins, ce qui explique les difficultés de recrutement des patients. C'est pourquoi des efforts de pédagogie et de communication sont nécessaires pour promouvoir et valoriser l'éducation thérapeutique dans le cadre de la prise en charge des patients asthmatiques.

L'INPES a également émis un dossier sur la méthodologie de la formation en éducation pour la santé en 2009 où l'on retrouve les définitions des modèles d'éducation et d'apprentissage mais qui ne permet pas une transposition suffisante pour l'éducation thérapeutique du patient en raison de la plus grande diversité et complexité de l'ETP.<sup>264</sup>

La consultation de l'ensemble des travaux réalisés par l'INPES permet de souligner la diversité des formes prises par l'éducation thérapeutique du patient sur le terrain, en relation étroite avec des pathologies, des structures, des contextes, des acteurs, des rôles et des professions qui répondent à différentes logiques de formation. L'ensemble des contributions montre d'emblée qu'il n'y a pas une seule façon de pratiquer l'éducation thérapeutique et qu'en conséquence, chaque déclinaison possède ses atouts et ses limites.

Il est important de considérer la pertinence des méthodologies choisies, la façon de déterminer des indicateurs d'évaluation et de développer des organisations qui puissent répondre aux besoins de la société actuelle. Les dossiers de l'INPES montrent que l'éducation thérapeutique se trouve face à des divergences. D'un côté, des dynamiques qui ont engendré des changements considérables et ont permis de procéder à des avancées importantes du côté de la réflexion; de l'autre, des pratiques effectives qui posent la question des modèles mobilisés, des résultats obtenus et des contextes dans lesquels l'action éducative s'inscrit.

---

<sup>263</sup> L. Mertz-Goussu Les Rendez-Vous de L'Education Thérapeutique, Laboratoire Glaxo Smith Kline dossier de presse n°3310ENFM06, Paris, 23 novembre 2010.

<sup>264</sup> V. Lorto , MJ. Moquet (sous la dir.) Formation en éducation pour la santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

Le parcours de ces dossiers montre aussi que les acteurs impliqués dans ces programmes d'action ont su réfléchir à une adaptation négociée aux conditions locales disponibles et en tentant d'impliquer plusieurs partenaires. Les expériences décrites ont permis de développer de nouveaux types d'organisations, de construire des outils pédagogiques adaptés, de trouver des cohérences entre les acteurs, prestataires et bénéficiaires. Cet ensemble évolue à partir de pratiques qui se sont construites dans des milieux spécialisés (les services des hôpitaux, les structures associatives, etc.) et qui, du fait d'organisations souvent contraignantes, peinent à construire les liens avec le champ du social et du quotidien. Dans la plupart des contributions, la pluriprofessionnalité apparaît comme une voie incontournable et la redistribution des actions d'éducation en dehors des structures hospitalières remet en cause la focalisation classique unique sur l'équipe hospitalière.

Il est à remarquer que ce recueil de documents ne référence aucune étude autour de l'éducation du patient pour la prise en charge du glaucome chronique. Il est intéressant de s'interroger sur le développement d'un programme d'éducation thérapeutique et son évaluation tant sur des critères de maîtrise de la technique d'instillation que pour un comportement adapté à des prises quotidiennes, régulières et admises par le patient.

### **Dans le cadre du PPS**

Le collège de la médecine générale, soutenu par le collège de la Haute Autorité de Santé, a décidé que la démarche PPS serait enseignée comme un outil de prise en charge des maladies chroniques lors du troisième cycle des études médicales. Le Plan de Santé Personnalisé (PSP) reprend la démarche du PPS dans l'analyse des difficultés et leur résolution ainsi que dans l'implication du patient dans un parcours de soin complexe.

Le métier de coordinateur de parcours de santé fait partie des nouveaux métiers nés de la création du PPS. Il s'agit d'accompagner une personne dans son parcours de santé, dans toute ces dimensions en impliquant les professionnels qui interviennent autour d'elle. Les modalités du PPS s'adaptent à la complexité de la situation rencontrée. Les nouveaux métiers liés à la création du PPS s'inscrivent dans cette complexité. Généralement, les coordonnateurs de parcours de santé ont un cursus initial d'infirmière ou de psychologue, il faudra envisager des modalités de formation et de professionnalisation pour ce nouveau métier. Dans le cadre des maisons pluridisciplinaires de santé, il serait envisageable que les réseaux de santé forment les professionnels paramédicaux à la coordination des parcours de santé au bénéfice de la patientèle de la MSP.<sup>265</sup>

### **Réflexions sur un nouveau métier autour des nouvelles missions :**

Dans la conférence de la journée de l'ordre des pharmaciens du 20 novembre 2008, le professeur André Grimaldi adopte un regard critique sur la gestion de « disease management » mené pour certains programmes : « Qui serait mieux placé que le pharmacien pour servir de médiateur pour alerter le médecin traitant sur l'observance de leur patient au sein d'une équipe thérapeutique ? »

Le professeur Grimaldi ne croit pas à l'avenir d'un métier dénommé « éducateur thérapeutique » mais se montre persuadé qu'il s'agit d'une compétence à acquérir par un des acteurs du réseau formel ou informel organisé autour du patient.<sup>266</sup>

Bernard Verrier et Elisabeth Fery-Lemonnier, Conseillers généraux des établissements de santé, en qualité de rapporteurs généraux, ont soumis, en janvier 2011, un rapport sur les nouveaux métiers en santé à l'attention du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, de la

<sup>265</sup> Régis Bresson, Patrick Fournier, vice-président et président du groupement régional des réseaux de santé, Territoires, plateformes de coordination et nouvelle organisation de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011.

<sup>266</sup> A. Grimaldi, journée de l'ordre des pharmaciens du 6 novembre 2008, la lettre des nouvelles pharmaceutiques n°370,p3, 20 novembre 2008.

Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et du secrétaire d'État chargé de la santé.<sup>267</sup>

Le rapport propose des pistes sur les nouveaux métiers en matière de santé, il explique que la création de nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire est une des réponses possibles aux inadaptations constatées et que leur instauration doit être rigoureuse. Il s'agit :

D'éviter, avec les nouveaux métiers en santé, les travers unanimement constatés avec un médecin généraliste ou spécialiste dont certaines activités ne correspondent pas à une formation de niveau bac +9 ou bac +11.

D'écarter le risque de prolifération des métiers de la santé et le risque de complexifier le parcours de soin.

En s'inscrivant dans une démarche pluriprofessionnelle et multidisciplinaire, de ne pas multiplier outre mesure les intervenants auprès du patient.

De s'inscrire dans une dynamique de complémentarité et non de redondance voire de concurrence entre les métiers.

Ce rapport propose que soient mis en place des groupes de travail chargés de lancer (sous l'égide du ministère de la santé DGOS, de la Haute autorité de santé HAS et des agences régionales de santé ARS par un comité national de pilotage) des programmes nationaux, s'appuyant sur des protocoles prévus par l'article 51 de la loi HPST, ciblés sur quelques grands domaines permettant de valider sur le terrain (en libéral, en ambulatoire, en établissement) la pertinence de nouveaux modes d'exercice.

Partant du principe qu'il pourrait s'avérer contreproductif d'envisager la création de nouveaux métiers sans une remise en ordre dynamique des métiers existants, la mission proposée par ce rapport appelle à une réflexion globale sur les professions de santé actuelles, réunissant l'ensemble des parties prenantes, sous l'égide de la direction générale de l'offre de soins. Cette réflexion doit être pluridisciplinaire et intégrer l'ensemble des métiers engagés dans les prises en charge concernées afin de tirer tout le potentiel au regard des nouveaux besoins en santé. Les futurs métiers en santé doivent obéir à quelques principes incontournables :

- ils sont construits à partir des métiers paramédicaux existant actuellement ;
- ils ne sont pas redondants avec un métier existant ;
- ils correspondent à des responsabilités identifiées ;
- ils ont vocation à constituer à terme des professions médicales à compétence définie.

Au Royaume-Uni, les pratiques de première ligne de la réforme du national health service (NHS) développent ce type de réorganisation. Les consultations infirmières de première ligne proposent un bilan et une prise en charge de problèmes de santé mineurs ou orientent le patient au sein du système de santé ; le suivi des maladies chroniques, dans les cabinets de soins de santé primaire, correspond à une véritable réorganisation des prises en charge de ces pathologies ; la promotion de la santé auprès «des infirmières consultantes et de conseil» conduit à la délégation de gestes et actions auparavant réalisés par un médecin.

Les nouveaux métiers en santé se spécifient par leur champ d'intervention, leur caractère à la fois inédit et de haute technicité et par un niveau élevé de compétences et de qualification. Il comprend la ville et l'hôpital, l'activité libérale et l'exercice salarié, l'intervention en première ligne et celle qui se fait en relais du médecin.

Des métiers de niveau intermédiaire auront vocation à répondre à un besoin clairement identifié, dans le cadre d'une restructuration de l'offre de soins. Ces métiers pourront émerger des métiers socles à partir de connaissances et compétences obtenues par un diplôme de niveau master. Le rapport propose pour cela la mise en place des filières universitaires pour bien positionner dans le système LMD les métiers socles et les futurs métiers en santé de niveau intermédiaire et garantir des carrières évolutives, lisibles et autonomes.

---

<sup>267</sup> L. Henart, Y. Berland, D. Cadet, E. Fery-Lemonnier, B. Verrier. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, janvier 2011.

## **Au niveau de l'IPCEM**

Le 18 janvier 2013 se déroulera la XVIIIème Journée de l'IPCEM. L'IPCEM (Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale) propose aux soignants des formations pédagogiques à l'éducation thérapeutique des patients. L'IPCEM collabore avec des instances nationales et internationales comme la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National de Prévention et Education en Santé (INPES), la Société d'Education Thérapeutique Européenne (SETE), pour élaborer des documents de référence, des outils pédagogiques, et organiser des colloques sur l'éducation thérapeutique du patient.<sup>268</sup>

Le principal objectif de l'IPCEM est de promouvoir, par une structure de dimension nationale, l'éducation thérapeutique des patients atteints d'une maladie chronique ou nécessitant des soins sur une durée donnée. Depuis février 2011 le réseau Paris Diabète réalise dans le cadre du pôle de ressources en éducation thérapeutique « les permanences de l'éducation thérapeutique » qui permettent aux professionnels de santé inscrits dans le réseau de se former à la pratique de l'ETP. Selon Pierre-Yves Traynard, coordinateur médical pour le réseau Diabète Paris (membre du groupe d'expert en ETP des laboratoires GSK en 2010, membre du groupe de concertation évaluation en ETP pour la HAS) « l'IPCEM est conçu comme un lieu d'échanges de réflexions et d'interactions entre recherche pédagogique et formation. », Il précise que « seuls, 10% des programmes validés par les ARS sont des programmes adaptés à la ville. Ce n'est pas très étonnant car l'ETP a été jusqu'à présent, principalement expérimentée dans des services hospitaliers.[...] L'ETP n'a pas de fin, ce n'est pas un diplôme. Les professionnels de ville ne disposent pas encore des ressources humaines, matérielles, pédagogiques, documentaires pour répondre à ces enjeux majeurs. Le réseau Diabète Paris a créé un pôle de ressources en ETP pour mettre en lien les organisations de ville investies dans l'ETP, participer à des actions de sensibilisation, soutenir les mises en œuvre de pratiques éducatives, faciliter le développement de programmes. Des partenariats institutionnels, hospitaliers, universitaires et avec les instituts de formation en ETP seront indispensables.[...] La loi HPST stipule que un patient atteint de maladie chronique peut bénéficier d'un programme d'ETP personnalisé. Une personne qui a une maladie chronique est, de fait, investie dans la réalisation de ses soins. Ce sont des patients qui apprennent à être actifs. Cela peut changer profondément les relations avec son médecin ».<sup>269</sup> Pour exemple, une étude pilote à titre expérimental a été élaborée depuis avril 2007, portant sur un suivi de 12 mois de patients diabétiques dans 10 officines parisiennes adhérentes au réseau Paris-Diabète. Pour assurer une bonne coordination de soins pluridisciplinaires, un « suivi pharmaceutique » a été conçu et mis en place par des pharmaciens d'officine adhérents du réseau (Annexe 12).<sup>270</sup>

## **La formation initiale de l'Université Paris Descartes.**

Le professeur F.Brion et le docteur O.Bourdon, Laboratoire de Pédagogie de la Santé Université Paris 13 Bobigny Chaire de Pharmacie Clinique Université Paris Descartes, réalisent une formation initiale des étudiants en pharmacie et regroupent les étudiants de 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> années modules officine et internat et 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> années des filières officine et internat. Cet enseignement en raison d'une formation aux compétences relationnelles et pédagogiques ne s'effectue pas en cours magistraux mais par un abord de la réalisation des ateliers dans un travail de groupe de type Enseignement Dirigé avec les étudiants. L'utilisation de métaplan, la mise en situation sur l'apprentissage de la maîtrise des gestes sont autant d'outils qui familiarisent au déroulement d'un programme d'ETP. La limite de cet enseignement est qu'il regroupe uniquement des étudiants de pharmacie alors qu'une formation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle regroupant médecins, infirmières, kinésithérapeutes et pharmaciens familiarise au recours à la coopération.<sup>271</sup>

<sup>268</sup> Les activités de l'IPCEM, <http://www.ipcem.org>

<sup>269</sup> J. Brami, « l'éducation thérapeutique, Pierre-Yves Traynard » DPC-&-Pratiques, lettre juin-août 2011, HAS.

<sup>270</sup> S. Masseron, Education thérapeutique du patient diabétique en pharmacie de ville, étude au sein du réseau Paris Diabète 2008.

<sup>271</sup> C. Bezel CH Le Vigan, E. Jobard CH Saint-Brieucb, S. Berthe-Simonelli CH Bégard, D. Feldmann CHU Nantes, L. Robelet-Spiesser CHU Angers, J. Roupriët-Serzec Robert Debré APHP, éducation thérapeutique : table ronde, hopipharm Nantes 2011.

## Le DUEP diplôme universitaire en éducation du patient.

Les universités de Lille I, Lille II et Lille III (services et instituts de Formation continue de CUEEP, de l'IUFP et de la FCEP) ont élaboré, à la demande de la CARSAT Nord-Picardie, le DUEP qui prépare des professionnels de santé à devenir des référents qualifiés en éducation du patient.

Le DUEP est organisé conjointement avec le CUEEP et le SFP (service de formation professionnel) : Département Formation Médicale Continue (service de formation continue de l'Université de Lille 2) ainsi que la CRAM Nord Picardie désormais CARSAT Nord-Picardie. Le centre de ressources et de formation à l'éducation du patient (CERFEP) assure cette formation.

La formation repose sur une articulation de temps de travaux en ateliers et de temps de formation plénière. Le processus pédagogique vise à favoriser l'appropriation des théories, concepts et méthodologies propres à l'ETP tout en tenant compte des réalités du terrain.

La formation certifiante est organisée en collaboration avec des professionnels pluridisciplinaires (hospitaliers, universitaires, ambulatoires, ...).

Un comité pédagogique composé d'une équipe pluridisciplinaire élabore des contenus en réponse aux besoins des professionnels de terrain. La coordination pédagogique est assurée par le CERFEP.

La formation 2010-2012 comportait sur 2 ans, 10 modules de 4 jours 300 heures au total.<sup>272</sup>

ANNEE 1		ANNEE 2		
<b>Module 1 - 28 h</b> Comprendre les enjeux de l'Éducation du patient. Du mardi 28 septembre au vendredi 1er octobre 2010	<b>S T A G E</b>	<b>Module 6 - 28 h</b> Autonomie et responsabilité dans le contexte de la maladie chronique. Du mardi 20 au vendredi 23 septembre 2011		
<b>Module 2 - 28 h</b> Structurer et planifier un programme en Éducation thérapeutique du patient. Du mardi 23 au vendredi 26 novembre 2010		<b>Module 7- 28 h</b> Créer des conditions qui favorisent l'apprentissage. Du mardi 22 au vendredi 25 novembre 2011		
<b>Module 3- 28 h</b> Prendre en compte les dimensions sociologiques de la maladie chronique. Du mardi 25 au vendredi 28 janvier 2011		<b>Module 8 - 28 h</b> Concevoir et animer des séances éducatives. Du mardi 24 au vendredi 27 janvier 2012		
<b>Module 4 - 28 h</b> Prendre en compte les dimensions psychologiques de la maladie chronique. Du mardi 22 au vendredi 25 mars 2011		<b>Module 9 - 28 h</b> Prendre en compte le suivi et le long terme. Du mardi 20 au jeudi 22 mars 2012 Le vendredi 25 mai 2012		
<b>Module 5 - 28 h</b> Développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et son entourage. Du mardi 24 au vendredi 27 mai 2011		<b>Module 10 - 28 h</b> Maîtriser les fonctions et modèles de l'évaluation. Le vendredi 23 mars 2012. Du mardi 22 au jeudi 24 mai 2012		
<b>140 h</b>		<b>20 h</b>	<b>140 h</b>	
<b>Total 300 h</b>				

<sup>272</sup> présentation DUEP, septembre 2010, Carsat Nord Picardie CERFEP.

La formation 2013, d'une durée de 10 jours, comprend 4 sessions : 2 sessions de 3 jours et 2 sessions de 2 jours. La durée du cycle de 10 jours comptent au total 70 heures.<sup>273</sup>

1ère session - 3 jours : Développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et/ou son entourage pour favoriser la rencontre éducative

Objectifs spécifiques	Contenus
① Clarifier ses représentations de la maladie chronique et de l'ETP	. Concept de représentation sociale
② Intégrer les grands principes de l'ETP	. Origines, enjeux et finalité de l'ETP . Contexte politique et juridique
③ Appréhender le vécu de la maladie du point de vue du patient	. Questions de l'observance, de l'autonomie et de la chronicité
④ Repérer les différentes fonctions de l'évaluation	. Niveaux et cibles des évaluations
⑤ Identifier les obstacles et les leviers à la communication	. Déterminants de la communication . Particularités de la communication dans la rencontre éducative (modèle centré sur le patient) . La rencontre éducative . L'entretien semi-directif (attitudes spontanées, questions ouvertes, reformulation) et sa formalisation
⑥ Enrichir sa pratique de quelques théories et modèles de comportement de santé	. Théories et modèles de santé

2ème session – 3 jours : Favoriser l'apprentissage des patients grâce à des modalités pédagogiques adaptées

Objectifs spécifiques	Contenus
① Evaluer les transferts d'apprentissage sur le terrain	. Retour sur l'expérimentation de l'entretien semi-directif
② Repérer les articulations et les éléments constitutifs d'un programme, d'une séance ou un temps d'ETP	. Principes pédagogiques (ingénierie pédagogique, objectifs, méthodes, techniques, outils) . Information versus Education
③ Pratiquer l'animation d'une séance d'ETP	. Dynamique de groupe et conditions qui favorisent les apprentissages . Education en individuel/ éducation en groupe . Simulation de séances . Evaluation pédagogique

3ème session – 2 jours : Intégrer l'ETP dans sa pratique clinique

Renforcer sa posture réflexive

Enrichir le soin par l'apport de l'ETP

Objectifs spécifiques	Contenus
① Evaluer les transferts d'apprentissage sur le terrain	. Retour sur l'expérimentation de la mise en œuvre d'une séance d'ETP
② Contextualiser sa pratique clinique	. Dimensions et modélisations d'une situation de soin, d'ETP dans son contexte
③ Explorer les enjeux éthiques de l'ETP à l'épreuve de sa clinique	. Réflexions sur les valeurs mobilisées dans l'ETP (autonomie, responsabilité, relation) . Philosophie du « care »
④ Accompagner à l'écriture de l'évaluation finale	. Exploration des situations sur lesquelles porter un regard réflexif

<sup>273</sup> V. Szymczak, programme 2013, Carsat Nord Picardie CERFEP.

4ème session – 2 jours : Intégrer l'ETP dans sa pratique clinique  
 Réaliser l'évaluation de sa clinique éducative  
 Mettre sa pratique en projet

Objectifs spécifiques	Contenus
① Effectuer un bilan de ses apprentissages et renforcer ses acquis	. Ateliers à la carte . Recueil du vécu et ressenti des participants en lien avec le terrain d'exercice
② Evaluer les compétences des patients	. Niveaux d'évaluation de l'ETP (qualité, impact, effets) . Auto-évaluation – Evaluation de séquences . Observation critériée et échelle de performance
③ Accompagner à l'écriture de l'évaluation finale	. Présentation et discussion en ateliers des situations retenues

### **Rappel du décret sur le DPC**

Le développement en formation continue délivrée par ces organismes (pour la formation continue) aura un certain coût. Il faut noter que depuis le Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu (DPC) des pharmaciens, ce coût bénéficie d'une certaine prise en charge, ce qui confirme les objectifs du SROS de l'ARS Nord-Pas-de-Calais prévoyant qu'une indemnisation des professionnels formés soit prévue.

Par ce décret, le DPC correspond selon l'article. R. 4236-1 à une obligation de formation qui s'impose aux pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre ainsi qu'à tous les pharmaciens mentionnés à l'article L. 4222-7. Mais d'autres articles concernent le financement. Selon l'article R. 4236-8 du Code de Santé Publique, l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu finance le développement professionnel continu des pharmaciens libéraux et des pharmaciens exerçant dans les centres de santé conventionnés dans la limite de forfaits individuels mentionnés à l'article R. 4021-9 du CSP.

Conformément à Article R.4021-9, les programmes de développement professionnel continu, suivis par les professionnels de santé libéraux conventionnés et les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé conventionnés, sont pris en charge par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, dans la limite d'un forfait, sous réserve de remplir les conditions prévues par les Art. R.4133-2, R.4143-2, R.4153-2, R.4236-2 et R.4382-2 et d'être dispensés par un organisme évalué favorablement dans les conditions définies par l'article R. 4021-24. Sont pris en charge dans la limite de ces forfaits les frais facturés aux professionnels de santé par les organismes de DPC, les pertes de ressources des professionnels libéraux et les frais divers induits par leur participation à ces programmes. Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) de l'ARS pour l'ETP envisagent un paiement forfaitaire des programmes structurés d'ETP. Un forfait couvre les frais de formation dans la limite de deux formations par an et par programme, sur justificatifs de dépenses et sous réserve d'absence de financement par le dispositif de DPC.<sup>274</sup>

Art. R. 4236-7 du CSP : Les pharmaciens choisissent librement les organismes de développement professionnel qui mettent en oeuvre les programmes auxquels ils participent. L'évaluation scientifique dont les organismes de développement professionnel continu ont fait l'objet par la commission scientifique indépendante des pharmaciens, dans les conditions prévues à l'article R. 4021-24 (relatif à la reconnaissance favorable du caractère qualifiant de la formation de l'organisme), est portée à la connaissance des pharmaciens lors de leur inscription à un programme.

Les actions de DPC des pharmaciens salariés du secteur privé sont financées dans les conditions prévues par l'article L. 6331-1 du code du travail ce que précise l'Art. R. 4236-9.

<sup>274</sup> <http://www.ars.sante.fr/Nouveaux-modes-de-remuneration.101542.0.html>

## **Conclusion :**

La participation à l'éducation thérapeutique, auprès des patients atteints de maladie chronique, est une mission à laquelle le pharmacien peut être appelé à répondre. Il s'agit d'une démarche de prise en charge thérapeutique de qualité qui s'inscrit dans un processus pluridisciplinaire. Cette mission va ainsi dépasser le cadre strictement pharmaceutique dans la relation entre le soignant et le patient et nécessiter une formation et une adaptation du mode d'exercice.

La pratique officinale offre l'opportunité d'encadrer le patient pour ce qui concerne le contrôle de l'observance et la maîtrise des gestes techniques. Les conseils, que va apporter le pharmacien au patient, vont lui permettre d'acquérir une meilleure compréhension de son traitement médicamenteux. Cette démarche de suivi personnalisé, pour laquelle l'entretien en officine dans un espace de confidentialité s'adapte particulièrement bien, doit permettre d'apporter, au patient, un accompagnement et un soutien dans sa prise en charge et ainsi renforcer son adhésion au traitement.

Les nouvelles missions du pharmacien définies dans la loi HPST, qui doivent être mises en place, regroupent des missions telles que l'accompagnement des patients sous traitement anticoagulants ainsi que la coopération entre professionnels de santé. Des missions sont également revalorisées telles que la permanence des soins, la délivrance de médicaments génériques. Les missions prévoient : la veille et la protection sanitaire, notamment par la vigilance pour les effets indésirables signalés, le rôle de pharmacien référent auprès des établissements médico-sociaux et la participation à l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique s'établit auprès de tous les acteurs de soins pour répondre au plan régional de santé, les nouvelles missions du pharmacien ne visent pas la mise en place de l'éducation thérapeutique mais appellent à y participer.

Les modèles d'éducation thérapeutique du patient tendent aujourd'hui à s'adapter aux pratiques ambulatoires mais s'inspirent d'une pratique auparavant destinée aux établissements de santé. Même si il est reconnu au pharmacien d'officine une place privilégiée autant pour le suivi de la prise en charge médicamenteuse que pour le rôle d'acteur de proximité, il n'est pas d'emblée acquis qu'il représente un élément incontournable de la pratique de l'éducation thérapeutique.

Il appartient alors au pharmacien de prendre l'initiative de s'investir de manière coordonnée dans cette pratique pluridisciplinaire, par exemple auprès des réseaux de santé, et de répondre ainsi, par un rôle défini, à cette mission d'éducation thérapeutique.

## Glossaire

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de santé  
ANCRED : association nationale de coordination des réseaux diabète  
ANEPF : association nationale des étudiants en pharmacie de France  
APR : association des pharmacies rurales  
APLUS : action pharmaceutique libérale d'union syndicale  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe  
ASUR : Etude multicentrique de l'asthme aiguë aux urgences  
BIC : bénéfiques industriels et commerciaux  
BNC : bénéfiques non commerciaux  
CCR : Caisse centrale de réassurance  
CES : Centre d'Examens de Santé  
CFES : comité français d'éducation pour la santé  
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés  
CNG : comité national de gestion  
CNGPO : collectif national des groupements de pharmaciens d'officine  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CREDES : centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé  
CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie  
CSP : code de santé publique  
CUEEP : Centre Université-Economie d'Education Permanente  
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DMP : dossier médical patient  
DNDR : dotation nationale du développement des réseaux  
DP : dossier pharmaceutique  
DPC : développement professionnel continu  
EGOS : les états généraux de l'organisation de la santé  
EHESP : l'école des hautes études en santé publique  
ENMR : expérimentations de nouveaux modes de rémunération  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale  
ERC : Espace Ressource Cancer  
ETP : Education thérapeutique du patient  
FAQSV : le fonds d'aide à la qualité des soins de ville  
FCEP : service universitaire de Formation Continue et d'Education Permanente  
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire  
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins  
FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France  
GIE : groupement d'intérêt économique  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique  
HPST : loi dite Hôpital, Patient, Santé et Territoires  
IGAS : inspection générale des affaires sociales  
INCA : Institut national du cancer  
INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale  
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé  
IUFP : Institut Universitaire de Formation des Professeurs  
MIGAC : missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation  
MSA : Mutualité sociale agricole  
OMS : organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
ONDPS : l'observatoire de la démographie des professions de santé  
PEGASE : Programme éducatif pour la gestion améliorée des sujets à risque cardiovasculaire élevé  
PPS : Plan Personnalisé de Santé  
PRS : Plan régional de santé  
PSP : Plan de santé personnalisé  
PSRS : Plan stratégique régional de santé  
REUCARE : Réseau de prévention du risque cardiovasculaire et rénal  
REVESDIAB: réseau de santé Val de Marne, Essonne, Seine et Marne pour les diabétiques type 2  
SCP : société civile professionnelle  
SEL : société d'exercice libéral  
SELAS : société d'exercice libéral par action simplifiée  
SPF-PL : sociétés de participations financières de professions libérales  
SISA : sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires  
SFNV : Société Française de pathologie Neuro-Vasculaire  
SOFMER : Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation  
SREP : Schéma Régional de Prévention  
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale  
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins  
TCC : thérapie cognitivo-comportementale  
UCRAM : Union des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
UNCAM : Union Nationale des caisses d'Assurance Maladie  
UDGPO : union des groupements de pharmaciens d'officine  
UNPF : Union nationale des pharmaciens de France  
URPS : Union régionale des professionnels de santé  
USPO : Union des syndicats pharmaceutiques de France  
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

## Annexes :

### Annexe 1

N°	Recommandation
1	L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable.
2	La mise en oeuvre d'une politique nationale d'ETP ne peut être que progressive. Certaines pathologies devront être choisies comme prioritaires dans la première phase de cette mise en oeuvre. Ce choix pourrait être fait par décret du ministre. Dans l'état actuel des expériences en France et de la validation de l'ETP au niveau scientifique, les membres de la mission proposent que les pathologies prioritaires soient le diabète, les pathologies cardio-vasculaires, l'asthme et le VIH.
3	Les nouvelles agences régionales de santé auront pour mission d'évaluer les programmes d'éducation thérapeutique du patient mis en oeuvre en ambulatoires et au sein des établissements de santé. Cette évaluation (quantitative et qualitative) devra apprécier l'organisation du programme, son efficacité et son impact sur la qualité de vie des patients.
4	Les nouvelles agences régionales de santé auront pour mission de labelliser les équipes et les structures au sein des établissements de santé et aussi pour les pratiques ambulatoires, sur la base d'un cahier des charges national, élaboré sous la responsabilité de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).
5	L'éducation thérapeutique du patient devra être reconnue dans la loi pour toute personne atteinte d'une maladie chronique et dont l'état le nécessite. Cette éducation thérapeutique du patient devra être intégrée dans un plan de soins coordonnés.
6	L'accompagnement des patients dans l'ensemble de ses dimensions et vis à vis de l'ensemble de ses acteurs potentiels devra faire l'objet d'une mention légale renvoyant, si nécessaire, à des cahiers des charges, des référentiels ou des réglementations ad-hoc.
7	Un patient est en droit de ne pas accepter un programme d'éducation thérapeutique du patient qui lui serait proposé.
8	Le refus par le patient d'un programme d'E.T.P. ne pourra conduire à une sanction et ne peut donc amener les assureurs à prononcer des sanctions financières à son encontre.
9	Un enseignement spécifique de l'éducation thérapeutique concernant la problématique, la méthodologie et les spécificités selon les différentes pathologies chroniques devra être dispensé à tous les futurs médecins dans le cadre de leur cursus de formation initiale. Cet enseignement devra être proposé à tous les professionnels de santé en formation initiale, selon des modalités spécifiques à chacune des formations.
10	Les directions hospitalières devront permettre la poursuite des activités éducatives existantes en matière d'E.T.P et leur développement. au sein des services ou des pôles hospitaliers, en attente de labellisation. Il conviendra donc d'en assurer le financement.
11	Les nouvelles agences régionales de santé devront négocier dans les conventions d'objectifs et de moyens, les activités d'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé, publics et privés, et planifier le maillage territorial pour ces pratiques en ambulatoire.

12	Il sera créé au sein de la conférence nationale de santé une formation dont l'intitulé sera "formation spécialisée sur l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients". Cette formation pilotera un groupe de travail avec les représentants des organismes d'assurance maladie, des organisations professionnelles des professionnels de santé et des associations des usagers pour organiser un partage d'information dans les domaines dont elle a la charge. Cette formation spécialisée pourra être consultée par le ministre en charge de la santé sur toutes les questions ayant trait à l'E.T.P. ou à l'accompagnement du patient.
13	Suite à un appel régional à projet, l'ARS sera seule compétente dans son ressort territorial, pour retenir les programmes, habilitier les équipes à les mettre en place et les financer. Pour exercer cette compétence, l'ARS s'appuiera sur le respect d'un cahier des charges national et tiendra compte des priorités nationales et régionales en matière d'éducation thérapeutique du patient.
14	La pratique de l'éducation thérapeutique du patient devra s'appuyer sur des compétences nouvelles (incluant la validation des acquis de l'expérience), à acquérir par un professionnel de santé. L'éducation thérapeutique du patient nécessite une formation spécifique et agréée, pour tout professionnel de santé qui souhaiterait l'exercer.
15	Concrétiser les propositions de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) afin que soient mieux définis le contenu des enseignements en matière d'éducation thérapeutique du patient et les formes pédagogiques les plus adéquates. Dans cette perspective, un lien contractuel entre les filières de formation à l'éducation thérapeutique, l'Université et les équipes de terrain où elle se pratique est demandé par la mission.
16	Les membres de la mission ne considèrent pas « l'éducateur thérapeutique » comme un nouveau métier mais comme l'acquisition (ou validation des acquis de l'expérience) de compétences spécifiques. Ces compétences devront être exercées au sein d'une équipe soignante.
17	Tout service de court séjour qui propose des hospitalisations pour mettre en oeuvre certaines des activités d'un programme d'ETP devra pouvoir continuer à le proposer dans le cadre d'une tarification spécifique à l'éducation thérapeutique du patient.
18	Une équipe hospitalière compétente en E.T.P devra avoir la possibilité de piloter et d'animer un programme d'éducation thérapeutique du patient réalisé en ambulatoire et réciproquement.
19	Le financement des activités et des programmes d'éducation thérapeutique du patient devra être assuré d'une part sur une tarification spécifique, en ambulatoire comme à l'hôpital, et d'autre part sur un fonds national clairement identifié et réparti au niveau régional sur les agences régionales de santé.
20	La création d'un fonds national pour le développement de l'ETP permettra de regrouper et d'identifier l'ensemble des financements, publics ou privés, consacrés à la conception, à la coordination, à l'évaluation des programmes et à la formation en ETP.
21	L'ARS sera le financeur unique régional de l'éducation thérapeutique du patient.
22	L'ARS financera des programmes agréés d'E.T.P. ; elle aura pour mission de financer la ou les structures transversales de compétences et de ressources, participant à l'élaboration des programmes. Elle financera en outre, les actions d'accompagnement.
23	La réforme en cours de la T2A devra intégrer la tarification spécifique des activités d'éducation thérapeutique du patient, selon les deux possibilités retenues (GHS ou forfait spécifique).
24	La classification pour les soins de suites et de rééducation (S.S.R.), en cours d'expérimentation, devra intégrer la rémunération de l'activité spécifique d'éducation thérapeutique qui est et sera développée par ces établissements (en hospitalisation complète et de jour).

# Loi HPST et exercice officinal

## Enquête nationale

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 institue une réforme profonde de notre système de santé qui, au-delà de sa qualité et de sa sécurité, montre aujourd'hui des limites et des fragilités, notamment en raison d'une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire. Son objectif est de permettre la mise en place d'une offre de soins de qualité, accessibles à tous, et répondant à l'ensemble des besoins de santé, et cela à travers quatre grands axes : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, l'organisation territoriale du système de santé.

Dans sa logique d'optimisation de la chaîne de soins, la loi HPST n'a pas oublié la pharmacie d'officine. Elle consacre notamment le pharmacien comme véritable professionnel et acteur de santé, en intégrant notamment le conseil pharmaceutique dans les soins de premier recours, au même titre que la dispensation et l'administration des médicaments, des produits et dispositifs médicaux, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.

Dans son article 38, la loi redéfinit par ailleurs les missions du pharmacien qui, outre sa contribution aux soins de premier recours, participe à la coopération entre professionnels de santé et à la mission de service public de la permanence des soins, et concourt aux actions de veille et de protection sanitaire. Dans le cadre des coopérations interprofessionnelles, le pharmacien peut également être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient et, à ce titre et à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets. De même, les officinaux ont la possibilité d'assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et de proposer des conseils et des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

La loi HPST, c'est aussi l'éducation thérapeutique du patient dans laquelle l'officine a un rôle majeur à jouer. Sans oublier le développement professionnel continu (DPC) qui constitue désormais une obligation.

La loi HPST ouvre ainsi de nouveaux champs d'intervention aux pharmaciens. Quelles en sont ou seront les implications dans votre exercice de tous les jours ? Afin de mieux cerner ces implications, « Le Quotidien du Pharmacien » et le Groupe Pierre Fabre, partenaire de longue date de l'officine, se sont associés pour mener une grande enquête auprès des titulaires. Une enquête qui nous permettra de mieux comprendre vos attentes et vos besoins pour ensuite mieux vous accompagner dans la mise en place d'une réforme représentant une véritable opportunité pour l'officine. Pour atteindre cet objectif, nous avons besoin de votre participation. Nous comptons sur vous.

Enquête également disponible sur [www.quotipharm.com](http://www.quotipharm.com)



Pierre Fabre

en partenariat avec

LE QUOTIDIEN  
DU PHARMACIEN



Ipsos

**Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.**

**Art. 1** Les professionnels de santé qui soumettent un protocole de coopération à l'agence régionale de santé, en application de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, renseignent le modèle type du protocole annexé au présent arrêté. Les protocoles portent sur les transferts d'activités, actes de soins ou la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé auprès du patient.

L'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, mentionné au troisième alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique, intervient dans un délai de deux mois à compter de l'accusé de réception du protocole conforme à ce modèle type. Le défaut de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé, dans le même délai, vaut rejet de la demande.

En application de l'article 5 de la loi du 11 juillet 1979 susvisée, les motifs du rejet sont communiqués à l'intéressé à sa demande.

Les protocoles autorisés sont transmis par le directeur général de l'agence régionale de santé à l'instance régionale ou interrégionale de l'ordre et à l'union régionale des professions de santé concernées.

**Art. 2** En application de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, les professionnels de santé qui demandent à adhérer à un protocole de coopération fournissent à l'agence régionale de santé les pièces dont la liste figure en annexe, en vue de faire enregistrer leur demande. Ces pièces comportent notamment :

1° L'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé autorisant le protocole considéré, joint en annexe dudit arrêté, en application du troisième alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ;

2° Une déclaration exprimant leur volonté mutuelle d'appliquer le protocole. Le modèle de la déclaration figure en annexe du présent arrêté ;

3° Une attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées par le professionnel de santé exerçant à titre libéral. Le professionnel de santé exerçant à titre salarié transmet un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, sans préjudice de l'attestation d'assurance qu'il est susceptible d'avoir souscrit pour garantir sa responsabilité personnelle ;

4° Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu acquises leur permettant la réalisation des activités, des actes de soins ou des modes d'intervention définis par le protocole et dans le champ prévu par celui-ci. Ces documents peuvent prendre la forme d'attestation, d'habilitation ou de certificat délivrés par toutes entités, telles que les organismes formateurs, organismes professionnels, organismes certificateurs, établissements de santé, établissements sociaux ou médico-sociaux, associations professionnelles ayant été en capacité de les constater. L'expérience peut également être attestée par des professionnels de santé ayant été en capacité de la constater ;

5° Lorsque le professionnel exerce en qualité de salarié, la demande qui est transmise à l'agence régionale de santé comporte l'accord de l'employeur. Celui-ci en informe les instances concernées au sein de l'établissement.

L'enregistrement de la demande intervient dans un délai de deux mois à compter de l'accusé de réception du dossier complet de demande d'adhésion dans une démarche de coopération. Le défaut de réponse du directeur général de l'agence régionale de santé, dans le même délai, vaut rejet de la demande. En application de l'article 5 de la loi du 11 juillet 1979 susvisée, les motifs du rejet sont communiqués à l'intéressé à sa demande. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe les instances régionales ou interrégionales des ordres concernés et l'union régionale des professions de santé concernée des adhésions acceptées.

**Art. 3** Lorsque les professionnels de santé souhaitent s'engager dans un protocole qui est déjà autorisé et appliqué dans une région autre que celle où ils exercent, le directeur général de l'agence régionale de santé constate, avant d'instruire la demande d'adhésion, que le protocole répond à un besoin de santé régional et autorise, par arrêté, son application dans la région concernée. A l'appui de leur demande, les professionnels de santé transmettent les pièces mentionnées à l'article 2.

L'arrêté autorisant le protocole est pris dans le délai mentionné au II de l'article premier. La demande d'adhésion à ce protocole est enregistrée dans le délai prévu au II de l'article 2.

**Art. 4** Dans le cadre de l'instruction de la demande d'adhésion des professionnels de santé à un protocole autorisé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir les instances ordinales compétentes pour obtenir toutes informations individuelles complémentaires portant notamment sur la situation déontologique et disciplinaire du professionnel ainsi que sur son expérience et sa formation.

Lorsque la profession est dépourvue d'instance ordinale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut saisir, en vue d'obtenir des informations générales complémentaires, tout syndicat de la profession représentée au sein de l'union régionale des professions de santé ou, si la profession n'est pas représentée au sein de cette instance, les associations professionnelles représentées au sein du Haut Conseil des professions paramédicales, institué à l'article D. 4381-1 du code de la santé publique. Il peut également demander des informations au représentant du ministère certificateur dans la région.

**Art. 5** Le directeur général de l'agence régionale de santé qui procède à l'enregistrement de la demande d'adhésion, en application des deux premiers alinéas de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique, transmet sans délai au ministre chargé de la santé les éléments constitutifs de cet enregistrement. Cet enregistrement assure la traçabilité des professionnels qui ont adhéré à un protocole et de son contenu.

## A N N E X E

### LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES MENTIONNÉES À L'ARTICLE 2 DU PRÉSENT ARRÊTÉ

Les pièces suivantes sont à adresser au directeur général de l'agence régionale de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception :

- 1° Nom, prénom et adresse personnelle ;
- 2° Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ;
- 3° Déclaration des professionnels attestant de leur engagement mutuel d'adhésion à un protocole ;
- 4° Arrêté autorisant l'application d'un protocole ;
- 5° Fonctions exercées et lieu d'exercice ;
- 6° Déclaration sur l'honneur certifiant que l'intéressé respecte les obligations relatives à l'exercice de sa profession ;
- 7° Pour le professionnel en exercice libéral : l'attestation de responsabilité civile professionnelle couvrant les activités décrites dans le protocole considéré qui ont vocation à être effectuées ;  
Pour le professionnel en exercice salarié : un document fourni par son employeur attestant de la souscription d'un contrat d'assurance au titre du quatrième alinéa de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique ;
- 8° Accord de l'employeur en cas d'exercice salarié ;
- 9° Tous documents attestant de l'expérience, de la formation initiale et continue et des actions de développement professionnel continu, acquises dans le champ du projet de protocole présenté.

## Coopération entre professionnels de santé

Le modèle type de protocole de coopération comprend deux parties :

- Fiche projet
- Tableau « description du processus de prise en charge du patient »

→ Fiche projet ...

	Conseils	Éléments de réponse
<b>Intitulé du protocole de coopération (PC)</b> Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?	L'intitulé est renseigné après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge	
<b>Profession du délégrant</b> Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégrant inscrite à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique ?	La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS Lien professionnels de santé	
<b>Profession du délégué</b> Quelle est la profession du (ou des) délégué(s) inscrits à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique ?	La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS Lien professionnels de santé	
<b>Objectifs</b> Quels sont les résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge du patient ? Quels sont les résultats attendus en termes de l'optimisation de la dépense de santé ?	L'intérêt du protocole est précisé pour l'ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégrant	

	Conseils	Éléments de réponse
<b>Actes dérogatoires</b> Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégrant ? Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats, etc. ? Pour une consultation de suivi, s'agit-il d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ? Pour un acte technique, s'agit-il de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?	Un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires. Sa décomposition est importante pour préciser quelle est la dérogation proposée et organiser le protocole Lien exemples	
<b>Lieu de mise en oeuvre</b> Dans quel lieu le protocole a-t-il vocation à être mis en oeuvre ? Quelles sont les caractéristiques de ce lieu qui conditionnent éventuellement sa mise en oeuvre ?	Le bon déroulement d'un protocole peut dépendre de plusieurs facteurs liés à son lieu de mise en oeuvre : la configuration des locaux (présence médicale sur place, etc.), le matériel disponible (trousse d'urgences, etc.) et, le cas échéant, leurs caractéristiques (échographe, etc.). Il convient de les identifier	
<b>Références utilisées</b> Quelles sont les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques professionnelles adaptées à la prise en charge ?	Il peut s'agir de références scientifiques (recommandations, avis d'experts, etc.), réglementaires (télémédecine, etc.), organisationnelles (éducation thérapeutique, etc.). Une attention particulière doit être portée à l'adaptation de la prise en charge en fonction de l'actualisation de ces références	

	Conseils	Éléments de réponse
<p>Type de patients concernés</p> <p>Quelles sont les caractéristiques des patients concernés par le protocole ?</p> <p>Quels sont les critères d'inclusion et d'exclusion ?</p>	<p>Pour un même acte/activité, le choix des critères d'inclusion ou d'exclusion peut avoir un impact sur les risques à prendre en compte et par conséquent, les mesures particulières à envisager</p> <p>Lien exemples</p>	
<p>Information des patients</p> <p>Qui informe le patient en premier lieu ? À quel moment de la prise en charge ?</p> <p>Comment est donnée l'information au patient ?</p> <p>Une information écrite est-elle laissée au patient ? (si oui, joindre un modèle de cette information écrite)</p> <p>Quelles sont les solutions alternatives, proposées au patient, en cas de refus à la nouvelle prise en charge proposée ?</p> <p>Qui recueille le consentement du patient ?</p> <p>Comment est-il tracé ?</p>	<p>L'information est centrée sur l'aspect dérogatoire de l'acte(s) ou de l'activité(s).</p> <p>L'information donnée au patient doit lui permettre de comprendre les modalités de la nouvelle prise en charge, les alternatives proposées en cas de refus, et lui être délivrée de telle sorte qu'il puisse exercer son libre choix</p> <p>Le document écrit d'information, non obligatoire au sens légal, permet de renforcer l'information orale. En aucun cas, l'information du patient ne peut se résumer par le fait de donner un formulaire écrit.</p> <p>Lien fiche Information des patients</p>	

	Conseils	Éléments de réponse
<p>Formation des professionnels délégués</p> <p>Quelles sont les compétences à acquérir pour réaliser l'acte(s) ou l'activité(s) dérogatoire(s) ?</p> <p>Quels sont les objectifs pédagogiques au regard des compétences à acquérir et des risques à éviter ?</p> <p>Quel est le programme de formation théorique et pratique (méthodes/moyens pédagogiques, volume horaire) ?</p> <p>Qui valide la formation et comment ?</p> <p>Quels sont les pré-requis, notamment en termes d'expérience professionnelle ou de diplômes ?</p> <p>Quelle est l'activité minimum nécessaire au maintien des compétences acquises ?</p>	<p>Les formations méritent d'être élaborées avec les responsables des formations des professionnels concernés</p> <p>Lien fiche Formation</p> <p>Avant d'adhérer à un protocole, les professionnels délégués doivent participer à une formation spécifique correspondant aux actes ou activités dérogatoires</p> <p>Par contre, il peut être décidé que les professionnels, pour participer à cette formation et, in fine, adhérer au protocole, doivent avoir une compétence particulière qui se traduit par exemple par une expérience professionnelle ou une formation</p>	
<p>Intervention du délégant...</p> <p>Comment le délégant s'assure-t-il de la bonne réalisation par le délégué de l'acte ou de l'activité dérogatoire ?</p> <p>Sur quels critères le délégué fait-il appel au délégant (ou à un médecin, en cas d'urgence) ?</p> <p>Quelles sont, en fonction de ces critères, les modalités d'intervention du délégant ou d'un autre médecin en cas d'urgence ?</p> <p>... / ...</p>	<p>Le mode de supervision de la pratique du délégué par le délégant peut prendre la forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une astreinte : le délégant doit être joignable en cas de besoin identifié par le délégué</li> <li>• une supervision : le délégant est informé à des moments clés du processus</li> <li>• une validation : le délégant contrôle l'acte ou l'activité du délégué</li> </ul> <p>... / ...</p>	

	Conseils	Éléments de réponse
<p>… Intervention du délégué</p> <p>Quelles sont les modalités prévues pour maintenir la continuité des soins en cas d'absence programmée ou non des professionnels concernés (délégué ou délégant) ?</p>	<p>Les critères sur la base desquels le délégué fait appel au délégant doivent être précisés. Ces critères peuvent conduire à des interventions différentes en fonction de l'urgence, de la gravité ou des risques de chaque situation clinique identifiée. Dans tous les cas, il convient d'identifier, en lien avec l'analyse des risques, les situations qui nécessitent une intervention en urgence ou systématique du délégué ou d'un autre médecin, en cas d'urgence. Ces critères peuvent être définis sous la forme d'arbres décisionnels</p>	
<p>Système d'information</p> <p>Quelles sont les informations qui sont partagées pour organiser la prise en charge du patient ?</p>		
<p>Suivi du protocole</p> <p>Sélectionnez les indicateurs génériques adaptés à votre démarche en fonction des objectifs poursuivis et remplir les fiches correspondantes</p> <p>Quels sont les critères (congé de maternité, etc.) ou résultats d'indicateurs à partir desquels l'arrêt du protocole de coopération doit être envisagé ?</p>	<p>Lien fiche pratique Indicateurs génériques</p> <p>Un certain nombre d'indicateurs sont génériques et adaptés à la démarche</p> <p>La HAS préconise d'utiliser les indicateurs génériques proposés</p> <p>D'autres indicateurs peuvent être élaborés si besoin en complément</p>	

	Conseils	Éléments de réponse
<p>Retour d'expérience</p> <p>Les événements indésirables</p> <p>Quelles sont les modalités de recueil et de signalement des événements indésirables ?</p> <p>Quels sont les événements indésirables qui font l'objet d'un recueil systématique et d'une analyse ?</p> <p>Comment cette analyse est-elle réalisée ?</p> <p>La qualité des soins</p> <p>Comment est évaluée la qualité de la prise en charge ?</p>	<p>Lien Gestion des événements indésirables</p>	
<p>Traçabilité et archivage</p> <p>Quels sont les documents qui permettent de suivre la mise en oeuvre du protocole (procédures, etc.) et qui sont archivés ?</p>		
<p>Processus de prise en charge</p> <p>Joignez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la « fiche projet » du modèle type de protocole de coopération</p> <p>Joignez les protocoles cliniques et arbres décisionnels en lien avec le processus de prise en charge</p>	<p>Il s'agit de lister les étapes de la prise en charge incluant les actes dérogatoires.</p> <p>Ces étapes seront détaillées dans le tableau « description de la prise en charge du patient » du modèle type afin d'identifier à chaque étape de prise en charge les risques possibles pour le patient</p> <p>Lien document d'aide à la gestion des risques dans les protocoles de coopération</p>	<p>Renseignez le tableau « description du processus de prise en charge du patient » et la « fiche projet » du modèle type de protocole de coopération</p>

Identité du patient (nom, prénom, date de naissance, maîtrise de la langue).  
Maladie et traitement.

**Dimensions du diagnostic éducatif :**

Projet personnel et professionnel.

Connaissances sur sa maladie.

Contraintes professionnelles : métier, situations à risque.

Profil du patient : ressources personnelles et sociales, potentialités d'apprentissage, motivations, centres d'intérêt.

Conditions de vie : entourage, personnes ressources, activité physique

Facteurs de vulnérabilité.

Facteurs de fragilité (avancée en âge, situation de handicap).

Troubles psychologiques et/ou addictions.

**Synthèse du diagnostic éducatif :**

Climat et tonalité de la rencontre.

Ce que le patient exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés.

Les ressources du patient et les facteurs positifs (soutien des proches, etc.).

Les besoins et les compétences à développer par le patient et éventuellement ses proches :

Compétences d'autosoins et d'adaptation à sa situation ;

Compétences qui visent à faire face, et à s'adapter à la situation et aux conséquences de la maladie dans la vie quotidienne ; aux émotions suscitées par la situation ; et à rechercher un soutien social ;

Compétences, dites de sécurité, visant à ne pas mettre la vie du patient en danger ;

Compétences spécifiques fondées sur les besoins propres du patient.

Les difficultés et les facteurs de vulnérabilité psychologique et sociale.

Les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales.

Les prises en charge médicales complémentaires.

Les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Le suivi envisagé : éducatif ; médical ; prises en charges complémentaires ; orientation vers des spécialistes.

Les coordonnées de la personne-ressource qui occupe la mission de coordination.

**Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique :**

Hiérarchisation des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.

Planification des séances : objectifs éducatifs, durée, fréquence, techniques pédagogiques.

Type de séances : individuelles, collectives, en alternance, autoapprentissage.

**Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle (suivi éducatif) :**

Évaluation des compétences acquises, à maintenir et à soutenir, et des changements chez le patient.

Évaluation du déroulement des séances, évaluation de leur caractère adapté aux besoins du patient.

Évolution dans les acquisitions des compétences d'autosoins.

Difficultés d'autogestion du traitement par le patient.

Vécu de la maladie au quotidien.

Évolution de l'adaptation du cadre et du mode de vie, équilibre entre la vie et la gestion de la maladie.

Maintien des séances éducatives planifiées, et utilité d'en prévoir d'autres.

**Suivi médical :**

Évolution de la maladie.

Ajustement du traitement et du plan d'action.

Prise en charge complémentaire si besoin (troubles psychiques, addictions).

Gestion de la maladie au quotidien : réussites, difficultés, compétences à soutenir, etc.

Qualité de vie.

Fréquence des rechutes, du recours aux urgences, des consultations non-programmées, des hospitalisations, des séjours en réanimation, de l'absentéisme professionnel ou scolaire.

## Annexe 6

Eléments d'analyse du cahier des charges/formulaire	Attentes	Avis ARS
1. Coordination du programme	Programme coordonné par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant mandaté par une association de patients agréée.	
2. Multiprofessionnalité des intervenants	<p>Programme mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes régies par les dispositions des livres I et II et des titres I à VII du livre III de la quatrième partie du code de santé publique.</p> <p>Si le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'équipe qui met en œuvre le programme doit se composer d'au moins un médecin.</p> <p>Le profil des intervenants doit être adapté à la spécificité des contenus des séances d'ETP.</p> <p>Outre les professionnels de santé, il peut s'agir de patients et/ou d'autres professionnels (travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, etc).</p>	
3. Compétences ou expérience requises pour dispenser l'éducation thérapeutique	<p>Compétences justifiées en éducation thérapeutique au moins un intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compétences relationnelles, compétences pédagogiques et d'animation, compétences méthodologiques et organisationnelles, compétences biomédicales et de soins</li> <li>• Compétences attestées par une formation d'une durée minimale de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques, ou une expérience professionnelle, rapportée par écrit, d'au moins deux ans dans un programme d'ETP.</li> </ul>	
4. Situation clinique couverte	<p>Le programme d'ETP répond à un besoin particulier explicité.</p> <p>Le programme d'ETP concerne une ou plusieurs des trente ALD ou une maladie faisant l'objet d'une priorité régionale de santé.</p> <p>La maladie ou la situation clinique est décrite d'un point de vue épidémiologique.</p> <p>En complément des données apportées par le promoteur, l'ARS cherchera à évaluer la pertinence du programme au regard des besoins, de l'offre régionale/territoriale d'ETP en sa connaissance, des priorités de santé publique nationales et territoriales.</p> <p>Le cas échéant une éventuelle mutualisation entre programmes d'ETP existants ou structures existantes proposant un programme d'ETP est décrite.</p>	
5. Patients et proches concernés par le programme d'éducation thérapeutique	<p>Le profil des patients est défini en termes d'âge, de sexe, de situation clinique (stade de la maladie ou niveau de gravité ou de sévérité).</p> <p>Les autres particularités des patients nécessitant une adaptation du programme sont décrites (par exemple : difficultés d'apprentissage, statut socio-économique, isolement en milieu rural, niveau culturel et d'éducation, lieu de vie, etc.)</p> <p>Les critères d'inclusion ou de priorités dans l'accès au programme sont décrites.</p> <p>L'entourage concerné, par le programme est, le cas échéant, décrit (parents fratrie, proches, professionnels des établissements médico-sociaux ou d'aide à la personne à domicile).</p>	

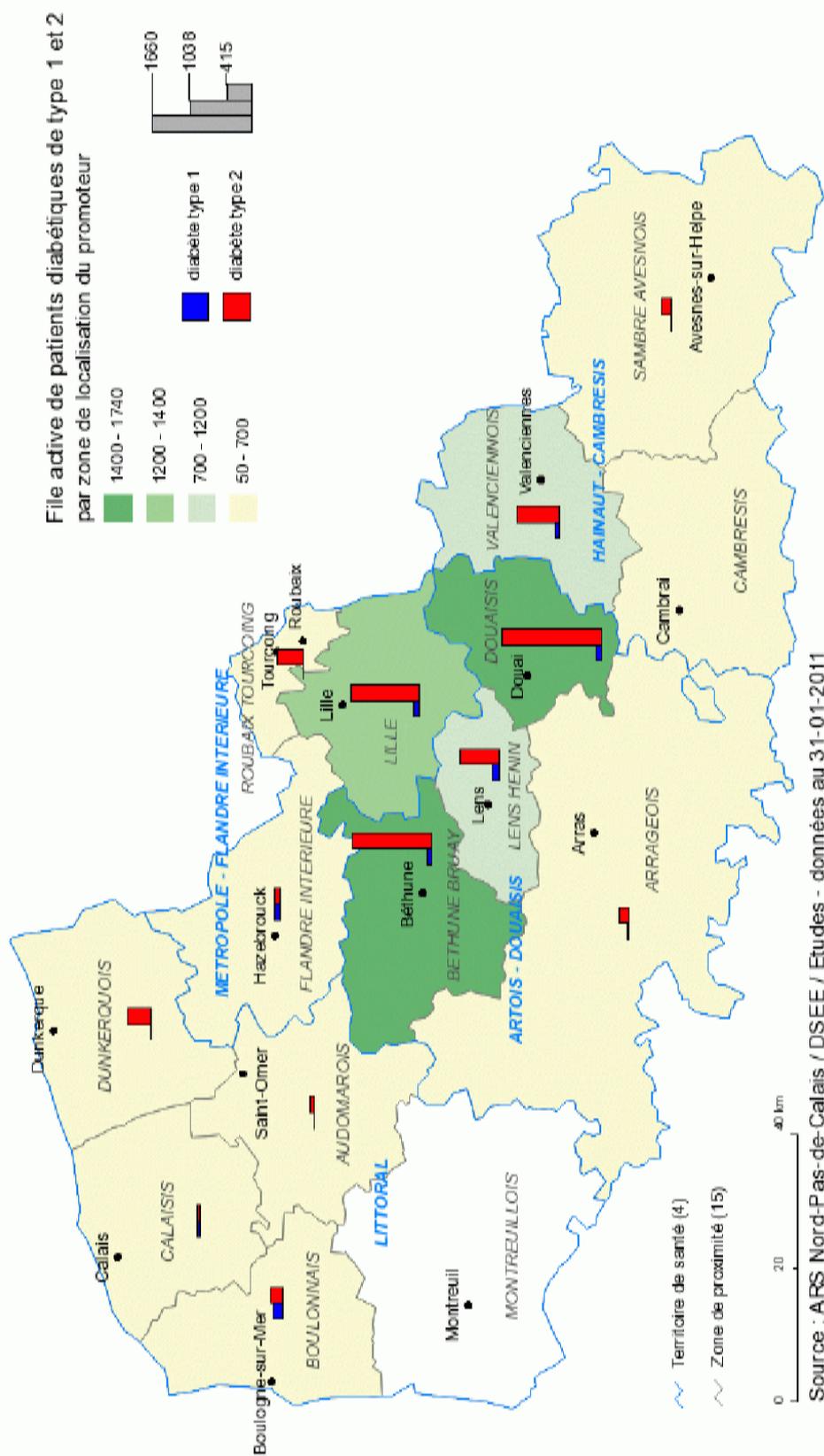
<p>6. Objectifs du programme d'éducation thérapeutique. Critères de jugement de son efficacité</p>	<p>Les objectifs spécifiques du programme sont définis et exprimés sous la forme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'acquisition et maintien par le patient de compétences d'autosoins</li> <li>• d'acquisition de compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient</li> <li>• de mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (transfert de compétences dans la vie quotidienne, de comportements d'adaptation, d'adhésion aux traitements, de changements à apporter au mode de vie).</li> </ul> <p>Les critères de jugement de l'efficacité du programme d'ETP sont définis.</p> <p>Les critères de jugement retrouvés le plus souvent dans la littérature concernent les processus cognitifs et réflexifs, l'amélioration des paramètres cliniques ou biologiques, le recours aux soins, l'amélioration de la qualité de vie, les stratégies d'adaptation à la maladie, aux traitements et à leur répercussions, les processus d'autodétermination, les facteurs psychosociaux et environnementaux.</p> <p>Le choix des critères s'appuie sur des données d'efficacité ou sur l'expérience.</p>	
<p>7. Implication ou participation des professionnels et des patients concernés dans l'élaboration du programme</p>	<p>Le programme a été élaboré de manière concertée par des professionnels de santé identifiés, des patients ou leurs représentants.</p> <p>La méthode pour prendre en compte les besoins, les attentes et l'expérience des patients pour la conception du programme est décrite.</p>	
<p>8. Données d'efficacité disponibles prises en compte dans la formulation du programme d'ETP</p>	<p>Les données disponibles (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente y compris qualitative, consensus professionnel) sont présentées.</p> <p>Le programme peut s'appuyer sur les résultats d'une évaluation finale d'un autre programme d'ETP ou d'un programme antérieur qui a montré son intérêt ou sur des travaux publiés.</p> <p>Les recommandations de bonnes pratiques utilisées en référence pour élaborer le programme d'ETP sont mentionnées et actualisées si besoin.</p>	
<p>9. Indépendance rédactionnelle et de mise en oeuvre</p>	<p>Indication que le programme a été élaboré et mis en oeuvre sans influence des opinions ou des intérêts des industriels du médicament, ou des dispositifs médicaux ou des technologies de l'information.</p>	
<p>10. Mode d'entrée dans le programme</p>	<p>Les modalités d'accès du patient au programme d'ETP sont décrites : proposition par un professionnel de santé, accès direct. La place du médecin traitant est notamment précisée.</p>	

<p>11. Format(s) proposé(s) en termes de parcours d'éducation</p>	<p>L'offre d'ETP décrite s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Il peut s'agir d'une offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• initiale (qui suit l'annonce de la maladie chronique ou proposée à un patient qui n'en a jamais bénéficié au cours de sa maladie) ;</li> <li>• de suivi régulier (en complément du suivi médical, une à deux fois par an par exemple) ;</li> <li>• ou de suivi approfondi (reprise en cas de difficultés à acquérir une compétence).</li> </ul> <p>Le nombre de séances prévu, leur durée, leur fréquence, et leur rythme sont définis : définition du type de séances (individuelle, collective, en alternance). Les ressources éducatives proposées (techniques et outils), le type et le rôle des professionnels (professionnels de santé et autres), la place des usagers en tant qu'intervenant sont précisés.</p>	
<p>12. Etapes de la démarche éducative et organisation des séances</p>	<p>Les étapes de planification de la démarche éducative sont décrites et portent notamment sur l'élaboration du diagnostic éducatif aboutissant à l'élaboration d'un programme d'ETP personnalisé. Le programme personnalisé précise les objectifs éducatifs et les compétences à acquérir au regard de la stratégie thérapeutique et du projet du patient, le contenu des séances d'ETP et leur planification, les modalités d'évaluation individuelle (atteintes des objectifs fixés en commun avec le patient), les modalités du suivi éducatif (l'équipe ou le médecin traitant). L'organisation des séances d'ETP est décrite (qui fait, quoi, quand, comment, dans quel but).</p>	
<p>13. Enregistrements nécessaires à la continuité de la démarche éducative</p>	<p>Un dossier d'éducation thérapeutique est prévu, sa forme (support papier ou informatique) est précisée.</p>	
<p>14. Sources prévisionnelles de financement</p>	<p>Toutes les sources de financement et leur montant sont décrits. Le budget prévisionnel comprend les frais de logistique (locaux par exemple), de ressources pédagogiques, de documents de communication sur le programme, de ressources humaines (équivalent temps plein), etc.</p>	
<p>15. Modalités de coordination des activités d'éducation thérapeutique et des intervenants au sein du programme</p>	<p>Les modalités de mise en commun et de partage des informations ainsi que les modalités de coordination et de prise de décision au sein de l'équipe sont décrites. Elles concernent notamment les informations relatives au déroulement des activités éducatives proposées à chaque patient (programme personnalisé, synthèse, etc.).</p>	
<p>16. Modalités de coordination et de partage des informations avec les intervenants dans la prise en charge du patient au sein du parcours de soins</p>	<p>Les modalités de partage des informations utiles aux professionnels qui réalisent l'ETP et aux autres professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient, en particulier le médecin traitant sont décrites. Elles concernent notamment les informations relatives à l'entrée du patient dans le programme d'ETP, à la synthèse du diagnostic éducatif et du programme individualisé, à l'évaluation individuelle des acquisitions, et au suivi éducatif envisagé après l'offre d'ETP prévue dans le programme individualisé.</p>	
<p>17. Présentation du programme éducatif et de l'offre d'éducation thérapeutique au patient</p>	<p>Les modalités d'information du patient concernant le programme (objectifs, contenu, déroulement, etc.) et les conditions de sa sortie du programme sont décrites.</p>	

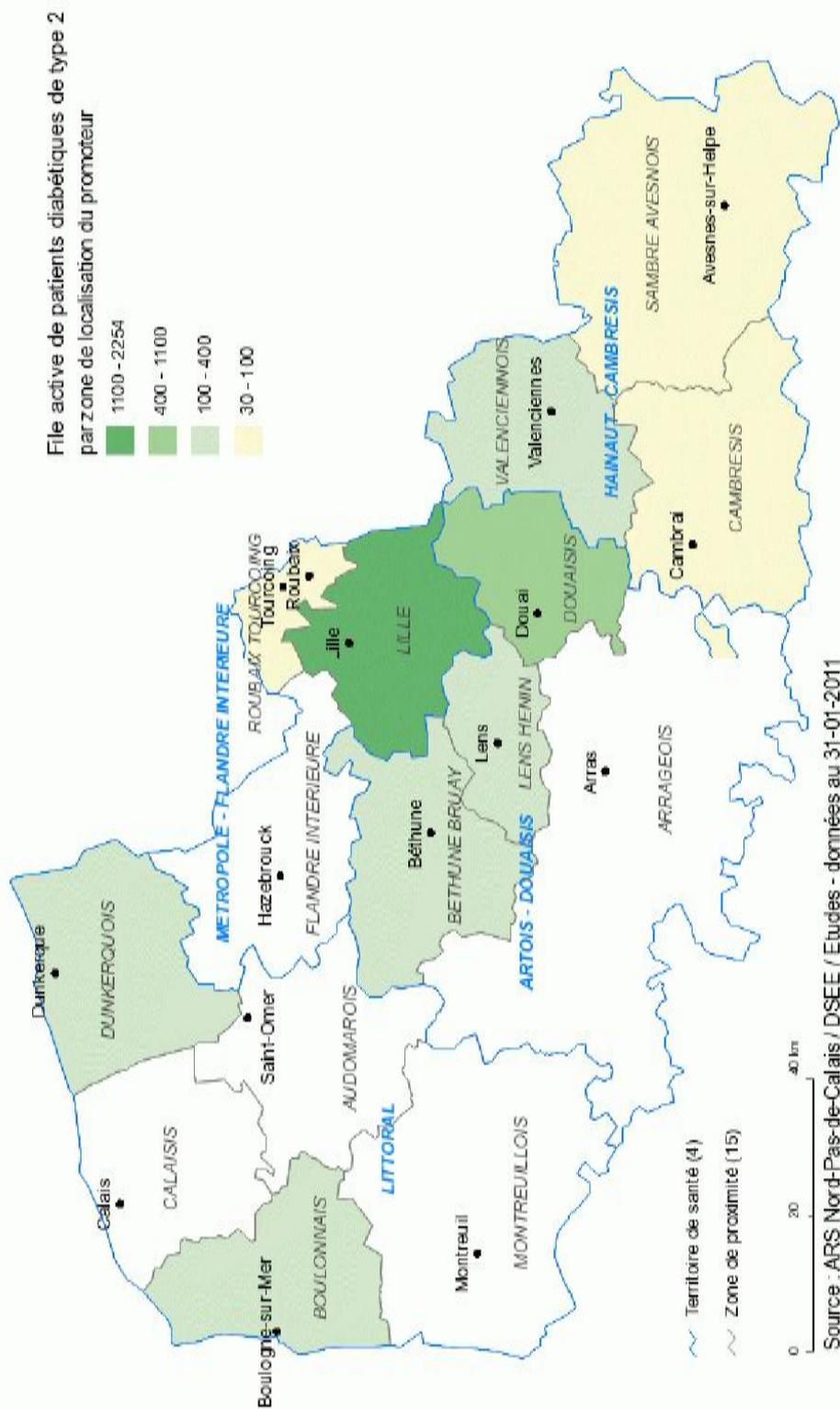
18. Consentement du patient	Les modalités pour le recueil du consentement du patient à son entrée dans le programme sont décrites.	
19. Accord du patient pour le partage d'informations le concernant	La procédure pour le recueil de l'accord du patient en cas de partage d'informations avec les intervenants au sein du programme ou au sein du parcours de soins est décrite.	
20. Autorisation écrite de la Cnil en cas d'exploitation de données à caractère personnel	Le cas échéant, l'autorisation écrite fournie par la Cnil figure dans le dossier d'autorisation.	
21. Charte d'engagement de confidentialité	La charte d'engagement de confidentialité signée par les intervenants (en particulier les patients et autres intervenants dans le programme qui ne sont pas soumis au secret professionnel) est jointe au dossier de demande d'autorisation.	
22. Charte de déontologie	La charte de déontologie (droits et devoirs) entre les intervenants est prévue. Elle peut être jointe au dossier, au minimum les principaux éléments constitutifs sont décrits.	
23. Organisation prévisionnelle d'une autoévaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme	Cette auto-évaluation permet de suivre la mise en oeuvre du programme (activité globale et déroulement du programme) et de mener s'il y a lieu des actions d'amélioration. Elle peut faire appel à des méthodes et outils variés. Selon les méthodes choisies, les promoteurs indiqueront dans le programme les principaux critères à partir desquels ils mèneront l'auto-évaluation (analyse qualitative du déroulement du programme et des pratiques) ainsi que les indicateurs retenus avec le cas échéant leur fréquence de recueil, et le mode de calcul retenu (numérateur, dénominateur). Le contenu de l'auto-évaluation annuelle et sa progressivité dépendent de l'antériorité et du degré de maturation du programme et de ses objectifs. Le niveau d'attente doit être raisonnable afin de soutenir le déploiement de l'éducation thérapeutique.	
24. Analyse des données de l'autoévaluation annuelle	Les modalités d'analyse avec l'équipe de l'activité globale du programme et du déroulement du programme sont décrites. Les modalités de mise à disposition des rapports d'auto-évaluation du programme aux patients, à leur entourage et aux intervenants dans le parcours de soins sont décrites.	

Grille d'aide à l'évaluation d'une demande d'autorisation de programme d'ETP, HAS, 2010.

**File active des patients diabétiques bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique dans le secteur hospitalier**



**File active des patients diabétiques bénéficiant d'un programme d'éducation thérapeutique dans le secteur ambulatoire**



<p><b>Positionner la progression des acquisitions</b> avec un trait sur la ligne de score, et y noter la date de prise en compte, comme suit :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> non acquis         <input checked="" type="checkbox"/> En cours d'acquisition         <input checked="" type="checkbox"/> acquis  <span style="margin-left: 100px;">08/07/04</span> </p> <p><b>Pour évaluer la qualité des gestes, se référer à une grille commune à l'équipe, consignée dans un classeur pédagogique pour les soignants</b></p>	<p style="text-align: right;">Etiquette patient</p>
<p><b>Autosurveillance de la glycémie capillaire, autonomie</b></p> <p>Manipulation de l'Autopiqueur <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Manipulation du Lecteur de glycémie <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Qualité du report sur document <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p><b>Insuline : matériel utilisé :</b>          Ce matériel convient - il au patient ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> longueur: <input type="checkbox"/>          Aiguilles adaptées ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Variation des sites d'injections ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Lypodystrophies ?    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Manipulation stylo <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Technique Injection <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p>	<p><b>Hypoglycémie</b></p> <p>Reconnait ses signes d'hypoglycémie <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Apporte un resucrage adapté <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Analyse les causes de survenue <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p>
<p><b>Volontaire pour pratiquer une activité physique durant son séjour</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> non acquis         <input type="checkbox"/> oui         <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>surveillance des pieds</b>          Pense important d'examiner tous les jours ses pieds    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>          Peut sans difficultés réaliser cette surveillance    oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Connaissance du traitement</b></p> <p>cite ses médicaments <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Normme ses Insulines <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Adapte correctement ses doses d'insuline <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p>
<p><b>SI patient diabétique de type 1</b>  <b>Acétoné :</b></p> <p>Depistage comme recommandé <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Conduite adaptée en cas d'acétonurie <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p>	<p><b>SI patient diabétique de type 1</b>  <b>Acétoné :</b></p> <p>Depistage comme recommandé <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p> <p>Conduite adaptée en cas d'acétonurie <input checked="" type="checkbox"/> acquis</p>

Conçu et réalisé par le Dr Sylvie LEMOZY-CADROY et Mme Maité GUIRAUD, Actions d'éducation thérapeutique du Réseau DIAMIP ; Juin 2006

## Annexe 10

Tableau de répartition des réseaux de santé par territoire et zone de proximité – 5 thématiques prioritaires

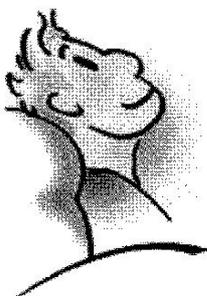
TERRITOIRE DE SANTE	ARTOIS - DOUAISIS				HAINAUT - CAMBRESIS			LITTORAL					METROPOLE - FLANDRE INTERIEURE		
ZONE DE PROXIMITE	Béthune Bruay	Lens-Henin	Douaiese	Arrageois	Cambresis	Sambre-Avesnois	Valenciennois	Dunkerquois	Calaisis	Audomarois	Boulonnais	Montreuillois	Lille	Roubaix Tourcoing	Flandre-Intérieure
CANCER Réseaux régionaux	PEDONCO ONCO Nord Pas de Calais														
CANCER Réseaux territoriaux			Plata Forme Santé Douaiese				EMERA	AMAVI	Passerelle						
Soins Palliatifs soins de support	Prév'art Emeraude	Cesame	Plata Forme Santé Douaiese		RESCOM		EMERA	AMAVI	Passerelle				ROSALIE EOLLIS	DIAMANT	TREFLES
Gerontologie - ALZHEIMER Réseau régional	MEOTIS														
Gerontologie - ALZHEIMER Réseaux territoriaux		VIE L'AGE		Réseau Geronto du Ternois		Réseau Geronto Sambre Avesnois	REPER'AGE					Réseau Geronto du Ternois Réseau des 7 vallées	Lille Hellemmes Lomme EOLLIS		
DIABETE nutrition Réseau régional	OSEAN														
DIABETE nutrition Réseaux territoriaux	Prév'art Emeraude		Plata Forme Santé Douaiese		DIAB'HAINAUT			PREVAL	REDIAB				Diabète Obésité Métropole Lilloise	Coeur en santé	
Périnatalité Réseaux Infra régionaux	BIEN NAITRE EN ARTOIS				RESEAU PERINATALITE DU HAINAUT			PAULINE					OMBREL		
Périnatalité Réseaux territoriaux			Naitre dans le Douaiese			Réseau Proximité Naissance									

SROS ARS Nord-Pas-de-Calais, annexe réseaux de santé

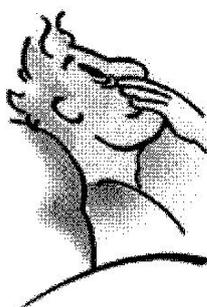
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
 Qui appeler ? : \_\_\_\_\_



## Comment mettre un collyre ?



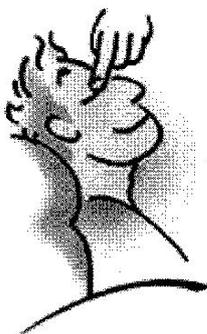
- 1 ■ Lavez-vous les mains
- Asseyez-vous et penchez la tête en arrière. Ou bien, allongez-vous, la tête bien à plat et en regardant tout droit en haut au plafond.



- 2 ■ Faites une "poche" dans la paupière inférieure en tirant doucement avec votre index. Ou bien, tirez doucement votre paupière inférieure entre le pouce et l'index.
- Regardez vers le haut.



- 3 ■ Pressez une goutte du collyre dans votre paupière inférieure. Prenez bien soin de ne toucher ni votre œil ni votre visage avec l'extrémité du flacon.
- Fermez doucement votre œil. Ne clignez pas des yeux, ne les essuyez pas.
- Si vous avez tendance à fermer les yeux avant que la goutte de collyre tombe dans votre œil, essayez cette astuce : fermez l'œil et mettez une goutte dans le coin interne de votre œil (du côté de votre nez). Ouvrez l'œil et laissez la goutte couler dans votre paupière inférieure. Fermez à nouveau vos yeux.



- 4 ■ Gardez les yeux fermés.
- Appuyez doucement avec votre index sur la partie interne de votre œil (du côté de votre nez). Comptez lentement jusqu'à dix. Cette manœuvre empêche la goutte d'aller dans votre circulation sanguine.
- Essuyez le collyre en excès avant d'ouvrir votre œil.
- Répétez les étapes de 1 à 4 pour l'autre œil.
- Si vous utilisez plus d'une sorte de collyre dans chaque œil, attendez quelques minutes entre chaque instillation de collyre.

### Attention :

Ne partagez pas votre collyre avec quelqu'un d'autre et n'utilisez pas les médicaments destinés à une autre personne. Le fait de partager un collyre peut transmettre une infection. Il peut aussi entraîner des complications si vous utilisez un médicament inapproprié.

### Remarques

--

 <b>Réseau Paris Diabète</b> www.paris-diabete.fr	<b>FICHE DU PHARMACIEN</b> N° de dossier : ___ / ___ / ___	Bilan Initial	<input type="checkbox"/>
		Suivi trimestriel 1	<input type="checkbox"/>
		Suivi trimestriel 2	<input type="checkbox"/>
		Suivi trimestriel 3	<input type="checkbox"/>

date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Caractéristiques du patient			
Les 3 premiers chiffres du N° de sécurité sociale : ___ / ___ / ___			
Typologie du diabète		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Tabagisme	oui non	Nb de cigarettes / jour =	
Handicap gênant la pratique du traitement			
difficultés visuelles	oui non	diffic. motrices	oui non
difficultés de compréhension	←	orale	oui non
		écrite	oui non
difficultés de mémoire		oui non	
période de jeûne		oui non	

Suivi du diabète dans l'année précédente	
<input type="checkbox"/> bilan biologique	<input type="checkbox"/> consultation de diabétologie
<input type="checkbox"/> examen ophtalmique	<input type="checkbox"/> examen cardiovasculaire
dernière HbA1c (valeur dans les 3 derniers mois) = %	
Suivi Médical	<input type="checkbox"/> par le médecin traitant
	<input type="checkbox"/> par un diabétologue
	<input type="checkbox"/> consultation hospitalière
date de la dernière hospitalisation : ___ / ___ / _____	
Dispensation des médicaments	
<input type="checkbox"/> au patient	<input type="checkbox"/> à un membre de son entourage proche
<input type="checkbox"/> déplacement du pharmacien au domicile du patient	

Le patient est capable de... (entourez la bonne réponse)	EDUCATION			
1 ... reconnaître ses médicaments antidiabétiques :	<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	→ oui non
2 ... expliquer l'indication des autres médicaments prescrits :	<input type="checkbox"/> tous	<input type="checkbox"/> certains	<input type="checkbox"/> aucun	→ oui non
3 le patient connaît pour lui-même les objectifs thérapeutiques suivants →	glycémie	oui non	→ oui non	
	HbA1c	oui non	→ oui non	
	tension	oui non	→ oui non	
4 le patient prépare <u>seul</u> ses médicaments :	oui non			
le patient est capable d'expliquer les horaires de prise de ses médicaments :				
le patient prépare ses médicaments :				
avec un pilulier				oui non → oui non
avec un plan de prise édité par le pharmacien				oui non → oui non
5 le patient pratique son autosurveillance glycémique :	oui non			
si autosurveillance glycémique :				
maîtrise de l'utilisation du lecteur de glycémie (étalonnage...)				oui non → oui non
maîtrise de la technique (auto-piqueur, bandelettes)				oui non → oui non
compréhension de l'intérêt du suivi par auto-mesure				oui non → oui non
recueil des glycémies dans un carnet spécial				oui non → oui non
6 si le patient est traité par insuline :	maîtrise du schéma d'injections		oui non → oui non	
	maîtrise du système injecteur		oui non → oui non	
	élimination conforme des déchets médicamenteux		oui non → oui non	

Suivi du traitement du patient			
7 modification récente du traitement du patient (ajout ou retrait de spécialités)	oui non	→ planification d'appels téléphoniques auprès du patient pour superviser ce changement ?	oui non
le patient présente un changement de dosage ou de posologie dans son traitement habituel	oui non	→ rectification ou clarification du traitement ?	oui non
		si oui type de rectification :	
		<input type="checkbox"/> modalités d'administration incorrectes	
		<input type="checkbox"/> erreur de posologie	<input type="checkbox"/> erreur de dosage
		<input type="checkbox"/> rectification nécessitant l'appel du prescripteur	
		<input type="checkbox"/> anomalie prescription (interaction médicamenteuse non gérée)	
8 le patient déclare avoir des difficultés à suivre son traitement : oubli de prises	oui non	→ surveillance de l'observance médicamenteuse par le suivi de l'historique des prescriptions du patient	oui non
historique cohérent avec une prise régulière	oui non	→ si non préciser pourquoi :	
		<input type="checkbox"/> mauvaise compréhension des indications	
		<input type="checkbox"/> effets indésirables	
		<input type="checkbox"/> problème liés aux modalités de prise	
		<input type="checkbox"/> problèmes dus à la forme galénique (taille, goût)	

Évaluation du temps passé à l'analyse des compétences du patient et aux actions éducatives réalisées	5 mn	15 mn	30 mn	Plus
Suite à ce bilan, conseillez-vous au patient des prestations qui sont prises en charge par le Réseau Paris Diabète ? :				
<input type="checkbox"/> L' Inclusion au Réseau du patient par son Médecin traitant				
<input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis/soins Infirmiers	<input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis de Diététique			
<input type="checkbox"/> Un Bilan et des suivis/soins de Podologie	<input type="checkbox"/> Des ateliers d'éducation thérapeutique de groupe			

Cachet du pharmacien

Exemplaire à renvoyer au Réseau (joindre la copie de l'ordonnance) ►

16bis, rue Lauzin - 75019 Paris - Tél: 01 45 45 46 56 - Fax: 01 45 45 46 27 - Portable : 06 20 07 11 27 - Mail : paris.diabete@wanadoo.fr - Site : www.paris-diabete.fr

Éducation thérapeutique du patient diabétique en pharmacie de ville, étude au sein du réseau Paris Diabète 2008

## Bibliographie

### A

- F. Akerberg, Fiche Vidalpatient : comment mettre un collyre, ed Vidal/Staywell, 2003.
- American Diabetes Association, Anderson D, The art of Empowerment. Stories and Strategies for Diabetes Educators, Martha Funnel, 2000.
- G. Apfeldorfer. Je mange donc je suis : surpoids et troubles du comportement alimentaire, Paris : Payot, coll. Petite bibliothèque Payot : documents, n° 140, 1993 : 328p. Nouvelle éd. : Payot & Rivages, 2002, 364p.
- Schéma Régional de l'offre de soins, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.
- Schéma Régional de l'offre de soins, volet ambulatoire diagnostic de l'offre ambulatoire annexe pharmacie, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.
- Schéma Régional de l'offre de soins, annexe Education Thérapeutique du Patient, ARS Nord-Pas-de-Calais, 1 jan 2012.
- Schéma Régional de l'offre de soins, ARS Aquitaine, PRS Aquitaine 2012-2016.
- conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Avis relatif au plan stratégique régional de santé, Région Centre 12 avril 2011.
- Document préparatoire du Plan Stratégique Régional de Santé, ARS Provence Alpes Côte d'Azur, 24 octobre 2011.

- Assal, J-Ph. et al. *Patient education 2000. New trends in patient education*. International Congress Series 1076, Elsevier, Amsterdam, 1995.
- Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre question de la maladie, un autre processus de prise en charge. Encycl Med Chir, Paris, Elsevier, 1996, 18p.
- Lacroix A, Assal JP. L'Education thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique. Paris, Vigot-Maloine, 2<sup>e</sup> éd., 2003. p25.
- B. Sandrin-Berthon, C. Attali, R. Bataillon, HCSP, et C. Fournier, INPES, et R. Bresson, P. Gross, endocrinologie CH Douai, et G. Leboube, URCAM Franche-Comté, et C. Depauw, B. Saugeron, URMEF Nord-Pas-de-Calais, et C. Dreux, président du CESPHEM, et L. Clément, directrice du réseau Prévention vasculaire Artois (Prévert), et E. Drahi, médecin coordonnateur du réseau Diabète Orléans Loiret (Diabolo), et B. Satger, médecin coordonnateur du réseau ville-hôpital pathologies vasculaires de Grenoble (Granted), et Christian Saout, président du CISS pour la Commission maladies chroniques relatif à l'éducation thérapeutique du patient. Rapport du haut conseil de la santé publique : « l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours », novembre 2009.
- I. Aujoulat, « Vers la définition de compétences transversales favorisant le processus d'adaptation psychosociale des patients à leur maladie » Paris, communication orale, DELF, 2004.
- JK. Austin, PO. Shafer, JB. Deering, Epilepsy familiy, knowledge, and perceptions of stigma : report from a survey of adolescents in the general population. *Epilepsy Behav*, 2002; 3(4): p368-375.
- Avis de la Conférence Régionale De la Santé Et de l'Autonomie du Nord Pas-de-Calais Sur le Projet Régional De Santé (PRS) de l'Agence Régionale De Santé Adopté le 6 décembre 2011.

### B

- D. Bailly, « observance thérapeutique des personnes âgées et application au traitement local du glaucome chronique à angle ouvert. » thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, 2009.
- O. Baron-epel, D. Levin-zamir, C Satran-argamana et al., A participatory process for developing quality assurance tools for health education programs. *Patient Education and Counseling*, 2004; 54: p213-219.
- Barrier P. « la bonne santé du malade ». Mémoire de DEA en sciences de l'éducation, sous la direction de Jean-François d'Ivernois, Université René-Décartes-Paris V, 2003.
- Barrier P., Echec du traitement du diabétique de type 1 : vécu du diabétique insulino-dépendant et causes de l'échec thérapeutique. In A.Grimaldi ed, traité de diabétologie. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2005, p236-242.
- Barrier P., L'autonormativité du patient chronique, Thèse de doctorat en Lettres et Sciences humaines, Université René Descartes, Paris V, 2007.
- BM. Barth, le savoir en construction, Retz Nathan 1993, p153.
- M. Becchio, A. Bocquet-Chabert, P. Reuge, S. Deilhaes, Réseau REVESDIAB, éducation des patients dyslipidémiques en médecine générale. *Rev Prat MG* 2008 ; 22 : p761-762.

Y. Berland, rapport de la mission « transfert de tâches et de compétences », octobre 2003, <http://www.sante.gouv.fr>

A. Podeur, Y Berland, Etats généraux de l'organisation de la santé : Synthèse des travaux des 2 journées nationales, 8 février et 9 avril 2008.

C. Bismuth, Un projet d'accompagnement des diabétiques pour apporter des conseils en santé et aider à orienter dans le système de soin. Réseaux Diabète, Juin 2007:14-5.

G. Bonnefond, Président délégué de l'USPO, 5ème forum des pharmaciens de Nice, [www.lemondepharmaceutique.tv](http://www.lemondepharmaceutique.tv), 28 juin 2010.

G. Bonnefond, Président délégué de l'USPO, 16ème Congrès Nepenthès, 12 novembre 2011.

Y. Bonnet, B. Brassens : inspecteurs des finances, JL Vieilleribiere : IGAS, Rapport sur les fonds d'Assurance Maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS, FMESPP), juillet 2010.

A. Boscher, M. Boulet, F. Dumetz, C. Vermesse, H. Wickaert, T. Dupin-Spriet, P. Wierre, fiche d'aide au conseil officinal : attitude spécifique du pharmacien face aux symptômes oculaires, pharmacie clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques Lille 2, mars 2009.

F. Bourdillon, JF. Collin, « dix recommandations pour le développement de programmes d'Education Thérapeutique du Patient en France » Note de la Société Française de Santé Publique, juin 2008. <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf>

M. Boczeck-Lawson, « La prise en charge thérapeutique du glaucome » thèse d'exercice pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, 2010.

J. Brami, « l'éducation thérapeutique, Pierre-Yves Traynard » développement personnelle continue DPC-&-Pratiques, lettre juin-août 2011, HAS.

PL. Bras, A. Kiour, B. Maquart, A. Morin, rapport IGAS : pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau. RM2011-090P, juin 2011.

DM. Bravata, C. Smith-Spangler, V. Sundaram, AL. Gienger, N. Lin, R. Lewis, CD. Stave, I. Olkin, JR. Sirard, Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. JAMA 2007; 298:p2296-2304.

C. Breton, Hôpital Lariboisière, Paris, Les pathologies dites fonctionnelles, In A. Grimaldi, J. Cosserat, ed Elsevier, 2004.

Bruchon-Schweitzer M., Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris Dunod, 2002.

E Bruckert, P. Giral, P. Paillard, J. Ferrières, JL. Schlienger, JF. Renucci, K. Abdennbi, I Durack, R. Chadarevian and PEGASE group. Effect of an educational program(PEGASE) on cardiovascular risk in hypercholesterolaemic patients. Cardiovasc Drugs Ther 2008; 22: p495-505.

## C

MD. Cabana, CS. Rand, NR. Powe, AW. Wu, MH. Wilson, PA. Abboud, HR. Rubin, Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement. JAMA 1999 ; 282 : p1458-1465.

Canguilhem G. Le Normal et le pathologique. Paris, PUF, 1966.

P.Carré, A.Moisan, D.Poisson, L'Autoformation. Paris, PUF, « éducation et formation », 1997, p36-37.

C. Cases, Rapport IRDES pour l'ONDPS: comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, Juin 2006

S.Cheval et al, « l'alliance thérapeutique avec les patient limite en thérapie cognitivo-comportementale, » annales Médica-psychologiques, revue psychiatrique 167, n°5, juin 2009, p347-354.

E. Chilaud, M. Fourcroy, S. Durlin, O. Lisiecki, M. Dubois, « Crise de confiance : Quels enjeux pour l'observance ? », séminaire du 17 mai 2011, Faculté des sciences pharmaceutiques de Lille.

J. Cochrane, Patient education : lesson from epilepsy. Patient Educ Couns 1995 ; 26(1-3) : p25-31.

D. Combret « l'éducation thérapeutique nutritionnelle : vers un modèle coopératif » Mémoire pour l'obtention du diplôme universitaire en éducation du patient, 2004.

C. Crozet, Analyse du développement des perceptions sensorielles chez les patients diabétiques sentinelles : une voie nouvelle pour l'éducation thérapeutique. Thèse de science de l'éducation, université Paris 5, 2007.

C. Crozet, V. Van Bockstael, J. Devos, JF. d'Ivernois. « Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardiovasculaires. » Éducation thérapeutique du patient : Volume 1, n°1, 12 Juin 2009, p33-38.

## D

A. Deccache , E. Lavendhomme. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck Université, coll. Savoirs et santé. Questions, 1989 : 239 p.

M. Denis, module interprofessionnel de santé publique : mettre en œuvre l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies cardiovasculaires, ENSP, Rennes, mai 2005.

JF. D'Ivernois, R. Gagnayre. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Paris, Maloine, 2<sup>ème</sup> ed., 2003.

S. Dumesnil, B. Crestin, L. Com-Ruelle, L'asthme en France selon les stades de sévérité, CREDES ; 1290 : fev 2000.

P. Dupont, Rôle du médecin généraliste chez l'ex-fumeur. Revue Prat 2003 ; 623 : p1083-1086.

Durack-Bown I, Giral I, d'Ivernois JF, Bazin C, Chadarevian R, Benkrittly A, Bruckert E, Patients'and physicians' perceptions and experience of hypercholesterolemia: a qualitative study. Br J Gen Pract 2003; 53(496): p851-857.

## E

S. Ebrahim, G Davey Smith. Systematic review of randomised controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. BMJ 1997; 314:p1666-1674.

## F

DP. Faxon, LH. Schwamm, RC. Pasternak et al., Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. Circulation 2004; 109: p2641-2654.

Fédida P., Des bienfaits de la dépression. Paris, Odile Jacob, 2001.

C. Bezel CH Le Vigan, E. Jobard CH Saint-Brieuc, S. Berthe-Simonelli CH Bégard, D. Feldmann CHU Nantes, L. Robelet-Spiesser CHU Angers, J. Rouprêt-Serzec Robert Debré AHP, éducation thérapeutique : table ronde, hopipharm Nantes 2011.

E. Fery-Lemonnier, Rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France, ISRN SAN-DHOS/RE-09-2-FR, Juin 2009.

MH. Fick et al, Helsinki Heart Study : primary-prévention trial with gemfibrozil in midleage men with dyslipidemia. Safety of treatment, changes in risk factors, and incidence in coronary heart disease. N Engl J Med 1987; 317: p1237-1245.

J. Foucaud et al, J. Bury, État des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France, « évolution », n°10, p5, INPES, mars 2008.

J. Foucaud, M. Balcou-Debussche, P. Barrier, D. Dreuil, Y Corvaisier, C. Sepieter, et al. Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006, ISBN 978-2-9161-9210-9, INPES, 2008. p112.

JA. Bury, J. Foucaud. L'éducation thérapeutique In : F. Bourdillon dir. Traité de prévention. Paris : Flammarion Médecine sciences, coll. Traités, 2009, p. 81-87.

J. Foucaud, JA. Bury, M. Balcou-Debussche, C. Eymard, dir. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412p.

E. Foulon, pharmacien, entretien sur les missions du réseau diabète obésité, 23 nov 2011.

C. Fournier, P. Buttet, M. David, E. Perigois, l'enquête ÉDUPEF, mars 2008.

C. Fournier, S. Jullien-Narboux, J. Pélicand, I. Vincent, Enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2, INPES, janvier 2007.

## G

HG. Gadamer, Philosophie de la santé. Paris, Grasset, 1993, p116.

K. Gardner, A. Chapple. Barriers to referral in patients with angina : qualitative study. BMJ 1999 ; 319 : p418-421.

L. Gettleman, MA. Winkleby. Using focus group to develop a feart disease prevention program for ethnically diverse, low-income women. J. Community Health 2000; 25(6): p439-453.

PG. Gibson, H. Powell, J. Coughlan, JA. Wilson, M. Abramson, P. Haywood, et al. Self management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane database of systematic reviews, 2003, n° 1.

PG. Gibson, et al, Self management Education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library. June 2005.

X. Girerd, O. Hanon, K. Anagnostopoulos, C. Ciupek, JJ. Mourad, S. Consoli. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : p1044-1048.

Health behavior and health education : theory, research, and pratice. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, editors 4<sup>th</sup> ed, 2008. p 108.

P. Godard, CHU Montpellier, J. Boudot, M. Vacarie, J. Ameille, hôpital Raymond Poincaré, P. Duroux, CNMRT, M. Tunon de Lara, CHU Bordeaux, F. De Blay, CHU Strasbourg, D.Vervloet, hôpital Sainte Marguerite, P. Scheinmann, Hôpital Necker, P. Carré, CH Tours, et al., Prévention et prise en charge de l'asthme. Programme d'action proposé par le ministre délégué à la santé, B. Kouchner, 2002. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/asthme.pdf>

LH. Goldstein, L. Minchin, P. Stubbs, PB. Fenwick, Are the people know about their epilepsy and what they want from an epilepsy service related? *Seizur*, 1997; 6(6): p435-442.

A. Goulliart, travail de fin d'étude : éduquer pour mieux soigner, Institut de formation en soins infirmiers CHU Angers, 2005.

Grimaldi A, Observance et diabète de type 2. In A. Grimaldi, *Traité de diabétologie*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2005, Paris, p.474-478.

A. Grimaldi, S. Jacqueminet et al., *Guide pratique du diabète*, 3<sup>ème</sup> ed, Elsevier Masson, 2005, p271.

A. Grimaldi, journée de l'ordre des pharmaciens du 6 novembre 2008, la lettre des nouvelles pharmaceutiques n°370,p3, 20 novembre 2008.

A. Grimaldi, chef de service diabétologie à la Pitié-Sapétrière, conférence du 6 novembre 2008, journée de l'Ordre des pharmaciens.

A. Grimaldi, C. Le Pen, *Où va le système de santé français ?*, ed Prométhée, oct 2010.

Territoires, plateformes de coordination et nouvelles organisations de soins, Groupement Régional des Réseaux de Santé Nord-Pas-de-Calais G2RS, colloque 19 mai 2011 :

C. Blondel, directrice de la solidarité aux personnes âgées et personnes handicapées du conseil général Nord

R. Bresson, P. Fournier, vice-président et président du groupement régional des réseaux de santé,

JM. Honore, fédération hospitalière de France Nord Pas-de-Calais

C.Lemaire, PrévArt

M. Milhau, chef de projet du plan régional de lutte contre les cancers, Conseil régional NPdC,

G.Poutout, ARS Ile-de-France

P. Thirion, directrice de réseau en soins palliatifs,

M.Varroud-Vial, président de UNR Santé (union nationale des réseaux de santé)

J.M. Zamboni, président du réseau Daibhainaut

## H

Recommandations, Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser, HAS, Juin 2007

Recommandations, Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation, HAS, Juin 2007

Recommandations, Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique, HAS, Juin 2007

Guide méthodologique, Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS, Juin 2007

Guide méthodologique tome 2 élaboration d'un protocole de coopération, coopération entre les professionnels de santé, HAS, Juillet 2010.

DC. Helgeson, R. Mittan, SY. Tan, S. Chayasirisobhon, Sepulveda Epilepsy Education : the efficacy of a psychoeducational treatment program in treating medical and psychosocial aspects of epilepsy. *Epilepsia* 1990; 31(1): p75-82.

L. Henart, Y. Berland, D. Cadet, E. Fery-Lemonnier, B. Verrier. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, janvier 2011.

WC. House, L. Penleton, L. Parker, Patients' versus physicians' attributions of reasons for diabetic patients' non-compliance with diet. *Diabetes care* 1986; p9(4).

R. Horne, Adherence to medication : a review of existing research. In : Myers L, Midence K, ed. *Adherence to treatment in medical conditions*. Buffalo, NY : Hardwood, 1998 : p285-310.

## I

Ionescu S., Jacquet MM., Lhote C., *Les Mécanismes de défense. Théorie et clinique. Les principaux mécanismes de défense définis et illustrés de nombreux exemples*. Paris, Nathan-Université, 2001.

## J

D. Jacquat, *Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne*, juin 2010

Jacquemet S., Lacroix A, Golay A., Assal JP. : Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases. New observation method for the continuous training of the health care team, *Patient Education Counselling*, Vol.23, supplement No 1, 1994.

S. Jacquement, « Le patient peut-il apprendre à devenir un malade chronique ? », *bulletin d'éducation du patient*, 17,3, sept.1998, p66-69.

P. Sudre, S. Jacquemet, C. Uldry, T. Perneger. Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma: systematic review of studies published between 1979 and 1998. Thorax, 1999, vol. 54, n° 8 : p. 681-687.

Rapport Johanet [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Responsabilite\\_Civile\\_Medicale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Responsabilite_Civile_Medicale.pdf)

JS. Jørgensen; R. Guthoff, Le rôle de la pression veineuse épisclérale dans la survenue du glaucome secondaire, Revue Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, , vol. 193, n°5, ed. Thieme, Stuttgart,1988, p471-475.

E. Jouet, L. Flora, O. Las Vergnas, Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: Note de synthèse, 2010, p21

Journaux, presse :

JF. d'Ivernois, R. Gagnayre, Actualité et dossiers en santé publique, n°36, sept 2001.

S. Garnier, L'INPES acteur et soutien du développement de l'éducation thérapeutique du patient, dossier de presse, INPES, 30 jan 2009, p7.

Journal de l'ordre national des pharmaciens, « L'IGAS entreprend de renforcer l'exercice professionnel des officinaux », n°206, septembre 2011, p2.

"Éducation thérapeutique : profiter du meilleur, éviter le pire" Rev Prescrire 2011 ; 31, 327: p61

A. Vidal. - Revue Droit et santé, n° 38, 2010/11, pp. 543-545

100 000 adhérents pour sophia et premiers résultats médico-économiques encourageants, lettre d'information de l'Assurance Maladie. 10 mars 2011.

C. Micas, quotidien du pharmacien, n°2791, 22 novembre 2010.

« loi Fourcade » quotidien du pharmacien, n°2820, jeudi 17 mars 2011.

C. Fallet, des programmes gagnants à suivre, quotidien du pharmacien, n°2841, 30 mai 2011.

C. Micas, nouveaux services à l'officine, quotidien du pharmacien, n°2855, 5 septembre 2011.

AG. Moulun, Le quotidien du pharmacien; n°2883 : p2, dec 2011.

le quotidien du pharmacien, N° 2887 ,9 janvier 2012.

<http://www.quotipharm.com>, article du 15 février 2012.

C. Micas, Négociations conventionnelles, quotidien du pharmacien 27 fev 2012.

le quotidien du pharmacien; N° 2910 ; jeudi 29 mars 2012.

« la proposition de loi Fourcade largement censurée par le conseil constitutionnel » journal de l'ordre national des pharmaciens, n°206, septembre 2011.

Que penser du rapport IGAS ?, Revue pharma, n°84, septembre 2011, p26.

L. Simon, L'interview, revue: Le Pharmacien de France, n°1229, avril 2011, p5.

article 897715, <http://www.20minutes.fr>, mode-remuneration-pharmaciens-profondement-modifie, du 14 mars 2012, suivant un communiqué de l'Agence FrancePresse.

## K

Kahn JP., Observance d'un traitement ambulatoire prescrit aux urgences, Thèse d'exercice Université du droit et de la santé Lille 2, 50.375-2005-288, 2005.

C. Kamkar, MSP/PSP URPS Médecins Libéraux de Picardie, séminaire SPPS Avocats Lille du 26 novembre 2011, Amiens.

Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé, Koleck M., Bruchon-Schweitzer M. université Victor-Segalen Bordeaux2, Bourgeois M.L. IPSO, CH Charles-Perrens Bordeaux, ed Elsevier SAS, 2003.

## L

C. Labalette, P. Buttet, AC. Marchand, DDESET, Education thérapeutique du patient dans les SROS 3, INPES, 2007.

G. Lagrue, P. Légeron, P. Dupont. La motivation à l'arrêt du tabac : comment l'évaluer et la faire évoluer. Entretiens de Bichat 2001. Médecine, p46-48.

B.Lavanchy, dir de thèse M.Habib, « l'alliance thérapeutique à l'hôpital de jour de l'élan retrouvé », thèse pour le diplôme de docteur en médecine, université Paris-Descartes, nov2010.

N. Leuridan dir. Agences régionales de santé. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2009 : 160 p.

Livet P., Émotions et Rationalité morale. Paris, PUF, 2002.

V. Lorto , MJ. Moquet (sous la dir.) Formation en éducation pour la santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2009 : 100 p.

## M

NE. Avis, JB. McKinlay, KW. Smith. Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behaviour? Am J Prev 1990; 6: 137-144.

GA. Marlatt, JR. Gordon, GT. Wilson, foreword. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York : Guilford Press, coll. The Guilford clinical psychology and psychotherapy series, 1985 : XVII- 558 p.

M. Marsault, Fiche conseil: glaucome chronique, McCann Santé Multimedia, OCP point, août 2010.

F. Martin, M. Ducret, F. DaSilva, Facteurs prédictifs de l'efficacité de l'éducation des asthmatiques. Communication lors de la 9<sup>ème</sup> journée francophone d'éducation des asthmatiques, Marseille 2005.

PG. Gibson, et al, Self management Education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library. June 2005.

N. Masseboeuf et al., Recommandation ALFEDIAM paramédical/ADLF : éducation diététique du diabétique de type 2, 2003.

N. Masseboeuf, Diététique et éducation thérapeutique : rôle du diététicien. Nutrition et facteurs de risque 2004 ; 2 :p21-25.

N. Masseboeuf, Diététicien : éducateur du patient et pédagogue de l'alimentation. Actes de la journée IPCEM, 2004, p32-36.

S. Masseron, Education thérapeutique du patient diabétique en pharmacie de ville, étude au sein du réseau Paris Diabète 2008.

TW. May, M. Pfäfl, The efficacy of an educational treatment program for patients with epilepsy (MOSES): results of a controlled, randomized study. Epilepsia 2002; 42: p25-33.

L. Mertz-Goussu Les Rendez-Vous de L'Education Thérapeutique, Laboratoire Glaxo Smith Kline dossier de presse n°3310ENFM06, Paris, 23 novembre 2010.

R. Molimard. La Fume. Paris, Sidès, 2003, p175.

C. Montagnat-Tatavin, dir A. Lehmann, « Prise en charge des patients greffés cardiaques : analyse de besoins auprès des patients et des professionnels de santé. », Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, faculté de Grenoble, 20 janvier 2012.

M.Morin, Parcours de santé, Paris, Armand Colin, 2004, P.147-151.

PD. Mullen, DA. Mains, R. Velez. A Meta-Analysis of controlled trials of cardiac Patient Education. Patient Educ Couns 1992; 19:p143-162

## N

JP.New et al., Spécialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT) : A randomized controlled trial. Diabetes Care 2003 ; 26 : p2250-2255.

D. Noyé, J. Piveteau : Guide pratique du formateur, INSEP ed., Paris, 1987.

## O

JM. Oppert, P. Dalarun, Activité physique et traitement de l'obésité. In A. Basdevant, B. Guy-Grand (ed), Médecine de l'obésité. Paris, Flammarion Médecine-Sciences,2004. p222-227.

JM. Oppert, C. Simon, D. Rivière, CY. Guezennec, Activité physique et santé : arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de la Santé, Paris, 2005.

## P

J. Parrot, rapport de la commission Attali, la lettre des nouvelles pharmaceutiques n°353, p9, 31 janvier 2008.

P.Paul, « Histoires de vie et transdisciplinarité dans la médecine et dans l'éducation à la santé ». Chemin de formation n°6, oct 2003, p.168-180.

P.Paul, R.Gagnayre, Le Rôle de l'art dans les éducations en santé. Interface et transdisciplinarités. Paris, ed. L'Harmattan, 2008.

C. Pollet, Pharmacien, généralités sur l'éducation thérapeutique du patient, EPSM Lille-métropole, mars 2011.

H. Prévost.« Les glaucomes : prise en charge thérapeutique, observance, étude de cas » Travail de santé publique pour la validation du stage de professionnalisation en pharmacie. al. S.Dufour-Tissot, 2011.

JO. Prochaska, CC. DiClemente. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif 1992; 28: p183-218.

Prochaska J.O., Velicer W.F., The transtheoretical model of health behaviour change. Am J. Health Promot 1997; 12: p38-48.

## Q

## R

- M. Rioli et al, Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins, juillet 2009.
- O. Rivero-Arias, H. Campbell, A. Gray, J. Fairbank, H. Frost, J. Wilson-MacDonald. Surgical stabilisation of the spine compared with a program of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: p1239-1244.
- S. Rollinck, WR. Miller. What is motivational interviewing? *Behavior and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23 : p325-334.
- S. Rollnick et al. « Pratique de l'entretien motivationnel, communiquer avec le patient en consultation » InterEditions-Dunod, Paris, 2009, 247p.
- I. Rosenstock, Historical origins of Health Belief Model. *Health Educ Monogr.* 1974; 2: p195-236.
- I. Rosenstock, JV. Strecher, M. Becker: Social learning and the Health Belief Model, *Health educ. Quart.* Vol 15, (2), p83-175, 1988.

## S

- P. Saladin, « Aspects réglementaires de la communication sur l'observance par les entreprises pharmaceutiques », Affaires réglementaires, bayer schering pharma, Lille, 12<sup>ème</sup> forum industrie/internat 3 mars 2011.
- S. Salmeron, ASUR-ASUR 2, vers une standardisation de la prise en charge de l'asthme aigu aux urgences. *Revue Mal Respir* 2005 : 22 ; p4S30-4S31.
- M. Sanmiguel, Y. Magar, Ecoles de l'asthme : état des lieux. 8<sup>ème</sup> journée francophone d'éducation des asthmatiques, Nantes 2004.
- Saout C., Charbonnel B., Bertrand D., Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport à l'attention de Madame la Ministre de la Santé, de la jeunesse, des Sports et de la Vie associative, août 2008. p35,51,52.
- SJ. Shalansky, Self-Reported Morisky Score for Identifying Nonadherence with Cardiovascular Medications PharmDep FCSHP, St. Paul's Hospital, Vancouver, Canada, 2004.
- Sherperd J, Cobbe SM, Ford I et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Eng J Med* 1995; 333 : 1301-1307.
- V. Szymczak, programme 2013, Carsat Nord Picardie CERFEP.

## T

- Tardif J., Le transfert des apprentissages. Les éditions logiques, Québec, 1999. p86.
- Gagnayre R., Traynard P.Y., L'éducation thérapeutique du patient. *Encycl Med Chir, Traité de médecine aKos*, 16<sup>e</sup> numéro, oct.-nov.-dec., 2002 ; p7-p1027.
- Gagnayre R, Traynard PY. L'éducation thérapeutique de la théorie... In A Grimaldi (ed.). *Traité de diabétologie*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2005, p.445-454.
- P.Y.Traynard, D.Simon, R. Gagnayre, F.Bourdillon, A.Grimaldi, éducation thérapeutique prévention et maladies chroniques, Abrégés 2ed Elsevier Masson SAS, 2009. p4,5,6,7,29,57,63,69,71,83,86, 189,239,247,249,296,305
- M. Trento, P. Passera, M Tomalino, M. Bajardi, F. Pomero, A. Allione, P. Vaccari, GM. Molinati, M. Porta. Group visits improve metabolic control in type 2 diabetes : A 2-year follow-up. *Diabetes Care* 2001 ; 24 : p995-1000.

## U

- D. Roquier-Charles, stage :« Education thérapeutique du patient asthmatique : ateliers pratiques. », UTIP-FPC, 2010.

## V

- F. van Roekeghem, M. Regereau, monsieur le ministre François Baroin, monsieur le ministre Eric Woerth, madame la ministre Roselyne Bachelot-Narquin. Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS pour la période 2010-2013, 27 octobre 2010.
- M. Varroud-Vial, the nurse connection. *Réseaux diabète* 2003; 17 : 4-9.
- M. Varroud-vial, JP. Riveline, G. Charpentier, Diététique et diabète de type 2. *Nutrition* 2003 ; 1 : p1-9.
- M. Varroud-Vial, Les pharmaciens, des acteurs d'éducation méconnus. ANCREd, *Reseaux-Diabète*, 2005 ; 24 : p4-6.
- JP. Marissal, V. Renard, M. Varroud-Vial et al. Enjeu médico-économique de l'application des recommandations de l'ANAES dans la prise en charge du diabète de type 2. *Rev. Prat. Med. Gen.*, 2004 ; 18 : p157-162.

## W

M. Von Korff, J. Gruman, J. Schaefer, SJ. Curry, EH. Wagner, Collaborative management of chronic illness. Am Int Med 1997; 127: p1097-1112.

EH. Wagner, the role of patient care team in chronic disease management. BMJ 2000; 320: p569-572.

D. Watrin, session ordinaire 2011-2012 n°109 du Sénat, avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2012, adoptée par l'assemblée nationale, 17 nov 2011.

Therapeutic Patient Education, Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. 1998.

World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe: WHO; 2004

## X

## Y

A. Yelnik et al. Médecine Physique et de Réadaptation Hôpital Fernand Widal AP-HP. Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC–incontinence, SOFMER, 31 mars 2011.

## Z

Sources Internet :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)

<http://www.sante.gouv.fr/l-organisation-des-soins.html>

<http://www.sante.gouv.fr/cooperation-entre-les-professionnels-de-sante-pour-en-savoir-plus.html>

<http://www.sante.gouv.fr/la-cooperations-entre-les-professionnels-de-sante.html>

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_980066/cooperation-entre-professionnels-de-sante-conditions-de-succes-et-retour-sur-les-experimentations-de-2004-a-2007](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980066/cooperation-entre-professionnels-de-sante-conditions-de-succes-et-retour-sur-les-experimentations-de-2004-a-2007)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_977735/appropriation-des-pratiques-des-professionnels-de-sante-impliques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_977735/appropriation-des-pratiques-des-professionnels-de-sante-impliques)

<http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>

[http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme\\_hopital.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp)

<http://www.ameli.fr>

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cog\\_cnamts2010-13.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cog_cnamts2010-13.pdf)

<http://www.unrsante.fr/innovations-recherche-publications.html>

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1060496/pierre-yves-traynard-l-education-therapeutique](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1060496/pierre-yves-traynard-l-education-therapeutique)

<http://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr>

<http://www.celtipharm.com>

<http://www.parhtage.sante.fr>

<http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.educationdupatient.be>

<http://www.utip.fr>

<http://www.sfsp.fr>

<http://scd-catalogue.univ-lille2.fr>

<http://www.savediab.org/>

<http://www.edusante.fr>

<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Actualites/2010/Education-therapeutique-du-patient-propositions-du-rapport-Jacquat/>

<http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/L-education-pour-la-sante/>

<http://www.lgreen.net/>

Université de Lille 2  
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE  
**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**  
Année Universitaire 2011/2012

**Nom : PRÉVOST**  
**Prénom : Henri**

**Titre de la thèse :** L'entretien personnalisé en pharmacie dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient

**Mots-clés :** éducation thérapeutique du patient, entretien pharmaceutique, observance, espace de confidentialité, HPST, pharmacien correspondant, nouvelles missions, coopération.

---

**Résumé :**

L'éducation thérapeutique du patient est une nouvelle mission pour assurer la qualité des soins. Cette mission doit être effectuée dans un cadre pluridisciplinaire par les différents professionnels de santé et doit s'assurer d'un suivi régulier des acquis enseignés. Le pharmacien d'officine en tant qu'acteur de proximité dans le parcours de soins peut, parmi ses nouvelles missions, participer aux programmes d'éducation thérapeutique du patient. La pratique de l'éducation thérapeutique du patient, par le pharmacien d'officine, de manière interprofessionnelle et coordonnée, requiert un temps d'adaptation mais présente un intérêt pour l'observance, le suivi et pour la compréhension des traitements par le patient.

---

**Membres du jury :**

**Président :**

M. le Professeur Daniel Vion, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie LilleII

**Assesseur(s) :**

M. le Professeur Thierry Dine, Professeur des Universités, Pharmacie Clinique, Faculté de Pharmacie, Université de LilleII.

**Membre(s) extérieur(s) :**

Madame le Docteur Sylvie Dufour-Tissot, titulaire du certificat d'aptitude à l'administration des entreprises de l'Institut de Préparation aux Affaires, Pharmacien titulaire, Lille.