



Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 25 novembre 2016)**

présentée et soutenue publiquement
le 4 février 2022 à Poitiers
par **Madame Marion MOINE**

Mise en place de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles du Nord Vienne : Freins et leviers du point de vue des patients, des médecins généralistes et des animateurs-éducateurs

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Xavier FIGUEL

Monsieur le Docteur Frédéric MIGNON

Madame le Docteur Julia MAUHOURAT

Directeur de thèse : Madame le Professeur Virginie MIGEOT



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (**retraite au 01/01/2022**)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (**en mission 1an a/c du 12/07/2021**)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignant d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

A Monsieur le **Professeur Jean-Claude Meurice** : Vous m'avez accueilli dans votre service au cours de l'externat, m'avez appris la Pneumologie avec passion, et vous me faites aujourd'hui le grand honneur de présider mon jury. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, votre bienveillance et votre investissement dans la formation des étudiants. Je vous prie de recevoir l'expression de ma plus profonde estime.

A Monsieur le **Docteur Xavier Piguel** : Merci pour l'honneur que vous me faites d'être membre de mon jury de thèse. Connaissant l'intérêt et l'engagement que vous portez à l'éducation thérapeutique, je vous assure ma profonde reconnaissance d'accepter de juger ce travail. Je garde un excellent souvenir de mon stage en Endocrinologie avec l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale.

A Monsieur le **Docteur Frédéric Mignon** : Toi qui me connais depuis mon plus jeune âge, tu me fais l'honneur aujourd'hui d'être membre de mon jury de thèse. Je t'en suis profondément reconnaissante.

A Madame le **Docteur Julia Mauhourat** : Merci de faire partie de mon jury de thèse et de consacrer votre temps précieux. Vous m'honorez de votre présence. Recevez mes remerciements les plus respectueux ainsi que toute ma gratitude.

A Madame le **Professeur Virginie Migeot** : Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée avec bienveillance, dynamisme, patience, confiance et générosité. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Vous êtes une directrice de thèse exemplaire. Vous m'avez été d'une aide inestimable aussi bien sur le plan scientifique qu'humain. Ma reconnaissance envers vous va bien au-delà de ces quelques lignes.

A Madame le **Docteur Marion Albouy** : Je vous suis sincèrement reconnaissante de m'avoir permis de faire un stage à la Vie La Santé dont l'apport sera précieux dans mon exercice au quotidien de la médecine générale. Également je vous remercie profondément d'avoir participé à la triangulation et de l'intérêt que vous portez à mon travail. Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect.

A Madame Valérie Dubois et l'ensemble de l'équipe de CAPETV sans qui ce travail n'aurait pu être possible. Recevez mes remerciements les plus respectueux ainsi que toute ma gratitude.

A mon tuteur Matthieu, merci de me soutenir et de m'épauler tout au long de mon internat. Ton aide m'est très précieuse.

A l'ensemble de l'équipe de la Vie La Santé, je vous remercie pour ce stage enrichissant et très formateur, à votre dynamisme, votre bienveillance, votre investissement pour les patients.

A Houria et Stéphane pour leur aide précieuse dans l'élaboration de notre thèse.

A toute les personnes ressources et personnes tests qui nous ont aidé à créer nos outils.

A l'ensemble des patients, médecins généralistes et animateurs-éducateurs qui ont participé à notre travail, recevez toute ma gratitude.

A mon conjoint qui me permet d'être une femme forte, comblée et épanouie. A mes côtés depuis le commencement, tu as enduré ces longues années d'études, partagé mes doutes, mes peurs et aussi mes plus grandes joies.

A mes parents, je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous avez fait et que vous faites encore pour moi aujourd'hui. Merci pour votre patience et votre amour. J'espère que vous serez fiers de moi, comme je suis fière de vous.

A mon frère Romain, merci d'avoir été toujours là pour moi et de m'avoir soutenu. Merci de faire partie de ma vie. Je suis très fière d'être ta grande sœur. Je remercie Cassou pour tout ce qu'elle t'apporte tu le mérites !

A toute ma famille et mes amis, merci de m'avoir toujours soutenu tout au long de mon parcours

A ma précieuse Annie, je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien tout au long de mes études. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir été présente dans les moments de doutes.

A Zounett et Sonia, merci pour votre amitié précieuse. Depuis toute ces années je pourrais écrire un roman... tellement de souvenirs ! A tous nos bons moments, nos soirées et nos fous rires !

A Béatrice, Françoise, Jean-Charles, Isa, Oliv, Pierre et Nuggets, merci d'être toujours là pour moi, je vous suis profondément reconnaissante de ce que vous avez fait pour moi !

A tous les médecins, infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, secrétaires, aux côtés de qui je me suis formée. Merci de m'avoir formée, épaulée et accompagnée.

“Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries.” Marcel Proust.

Table des matières :

Remerciements.....	4
Table des matières.....	6
Liste des abréviations.....	7
Liste des figures.....	8
Liste des tableaux.....	8
I. Introduction.....	9
II. Matériels et méthodes.....	12
1. Population étudiée.....	12
2. Schéma de l'étude.....	12
3. Recueil de données.....	12
4. Déroulement de l'étude.....	13
5. Analyse de données.....	13
III. Résultats.....	14
1. Population étudiée.....	14
2. Questionnaire patient.....	17
3. Entretiens individuels semi-dirigés.....	19
IV. Discussion.....	37
1. Discussion des résultats principaux.....	37
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	47
3. Perspectives.....	49
V. Conclusion.....	50
VI. Bibliographie.....	52
VII. Annexes	57
VIII. Serment d'Hippocrate.....	60
IX. Résumé.....	61

Liste des abréviations

- ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- AE : animateur-éducateur
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe
- CAPETV : Centre Ambulatoire de Prévention et d'Education Thérapeutique de la Vienne
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- ETP A DOM 86 : Education Thérapeutique en Polypathologies A DOMicile dispensé par les professionnels de santé libéraux sur le département de la Vienne
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IDSP : Infirmièr(e) De Santé Publique
- IPA : Infirmièr(e) en Pratique Avancée
- MG : Médecin généraliste
- MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- UTEP : Unité Transversale d'Education thérapeutique du Patient

Liste des figures

- Figure 1 : Répartition des Maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire du Nord Vienne en 2020.
- Figure 2 : Perception des besoins, Nord Vienne, 2020.
- Figure 3 : Contraintes professionnelles, matérielles et environnementales, Nord Vienne, 2020.
- Figure 4 : Format de l'atelier d'éducation thérapeutique, Nord Vienne, 2020.
- Figure 5 : Personnes ressources, Nord Vienne, 2020.
- Figure 6 : Freins et leviers du point de vue des médecins généralistes.
- Figure 7 : Freins et leviers du point de vue des animateurs-éducateurs.
- Figure 8 : Ensemble des freins exprimés par les patients, les médecins généralistes et les animateurs-éducateurs.
- Figure 9 : Ensemble des leviers exprimés par les patients, les médecins généralistes et les animateurs-éducateurs.

Liste des tableaux

- Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés, Nord Vienne, 2020.
- Tableau 2 : Caractéristiques des animateurs-éducateurs interrogés, Nord Vienne, 2020.
- Tableau 3 : Caractéristiques des patients interrogés, Nord Vienne, 2020.

I. Introduction

Le nombre de personnes vivant avec au moins une maladie chronique en France est d'environ 20 millions soit 35% de la population (1).

L'éducation thérapeutique apporte des réponses adaptées à cette problématique de santé publique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en a donné la définition suivante en 1998 : « L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie » (2).

La Haute autorité de santé (HAS) résume la définition ainsi : « L'ETP 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 participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique et clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

- L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins (décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé). Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci). Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales (3).

L'ETP s'est développée en France depuis la fin des années 1990, essentiellement à l'hôpital. Elle est aujourd'hui encore majoritairement hospitalo-centrée alors que les maladies chroniques sont essentiellement prises en charge en médecine ambulatoire.

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

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours de second recours et peuvent 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 qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé » (4).

Nous avons défini arbitrairement le Nord Vienne par les communautés de communes du Haut-Poitou, du Pays Loudunais et la communauté d'agglomération du Grand Châtelleraut.

En 2019, sur le territoire du Nord Vienne, la population était d'environ 151000 dont la part de la population âgée de 60ans et plus de 29,3%. La densité de population était de 56 habitants/km². La part des bénéficiaires en ALD était de 22,5%.

Le nombre de médecins généralistes de 130 dont la part des médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans et plus de 24%. La densité de médecins généralistes libéraux pour 10 000habitants était de 8,3 (5).

En 2020, dans le département de la Vienne, l'association ASALEE (Action de SANTé Libérale En Equipe) représentait 22 infirmières pour 104 médecins généralistes. Le nombre de MSP était de 14 (6).

Sur le territoire du Nord Vienne, en 2020, il existait 4 programmes d'ETP en ambulatoire dont seulement 2 en MSP sur les 14 MSP présentes et 2 créés par les associations CAPETV (Centre Ambulatoire de Prévention et d'Education Thérapeutique de la Vienne) et ETP A DOM 86 (L'éducation thérapeutique en polypathologies à domicile dispensé par les professionnels de santé libéraux sur le département de la Vienne) (7).

Devant cette difficulté à mettre en place l'ETP sur le territoire du Nord Vienne nous nous sommes posés la question suivante : « Quels sont les freins et les leviers à la mise en place de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles du Nord Vienne ? ». Afin de répondre à cette question, il nous semblait pertinent de recueillir le point de vue des patients, des médecins généralistes (MG) et des animateurs-éducateurs (AE).

L'objectif principal de notre étude était de mettre en lumière les freins et les leviers à la mise en place de l'éducation thérapeutique dans les MSP du Nord Vienne.

Nos objectifs secondaires étaient de connaître le point de vue des patients, des MG ainsi que des AE.

Présentation des associations CAPETV et ETP A DOM 86

-CAPETV est une association loi 1901 créée en 2017 en partenariat avec France Assos Santé, représentant les patients et les usagers. Cette association a été autorisée et financée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle Aquitaine en août 2018. CAPETV a pour mission de décloisonner, coordonner et valoriser l'éducation thérapeutique en ambulatoire sur tout le territoire de la Vienne. Elle collabore avec l'ensemble des professionnels de santé ambulatoires libéraux. Leur programme d'ETP est polypathologique. CAPETV propose des ateliers d'éducation thérapeutique dispensés par des professionnels de santé de toutes les spécialités et par des patients formés à l'ETP. Ces ateliers se pratiquent hors hospitalisation, en ambulatoire sur tout le territoire de la Vienne (8).

-ETP A DOM 86 est une association à but non lucratif, créée en mars 2018, autorisée et financée par l'ARS Nouvelle Aquitaine. L'association est constituée notamment de professionnels de santé, autres professionnels et patients ressources qui sont tous formés à l'ETP. Leur programme d'ETP est polypathologique. L'association propose des séances individuelles à domicile chez les personnes atteintes de maladies chroniques et dans l'incapacité de se déplacer. L'équipe est en relation avec le médecin traitant et tous les professionnels du parcours de soins du patient (9).

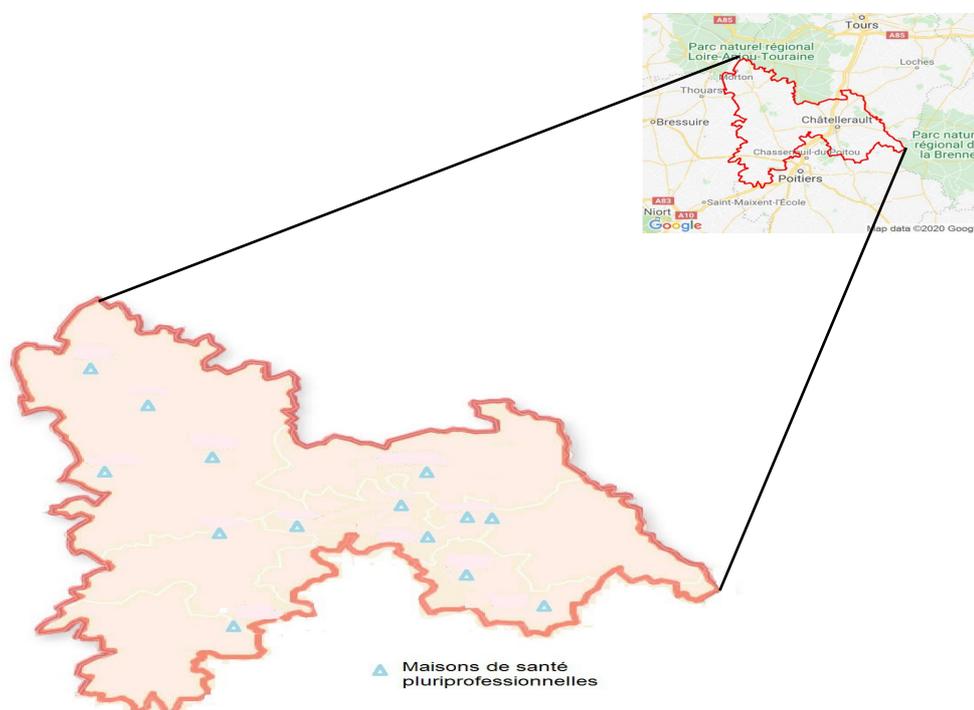


Figure 1 : Répartition des Maisons de santé pluriprofessionnelles sur le territoire du Nord Vienne en 2020.

II. Matériels et méthodes

1. Population étudiée

Les MG inclus étaient des MG installés en MSP dans le Nord Vienne. Nous avons fait le choix d'interroger 1 MG par MSP afin de pouvoir recueillir les informations provenant de l'ensemble du territoire.

Les AE inclus exerçaient dans l'association CAPETV. Nous avons choisi d'interroger l'ensemble des AE réalisant l'ETP sur le territoire du Nord Vienne afin d'obtenir un éventail de réponses le plus large possible.

Les patients inclus étaient des patients des MG ayant participé à l'étude. Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants :

-Patient ayant une ou plusieurs pathologies chroniques pour lesquelles CAPETV a un programme (c'est-à-dire diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate)

-Patient n'ayant jamais bénéficié d'ETP

-Patient > 15ans

Ces critères d'inclusion ont été décidé car l'objectif de notre étude était de comprendre les freins et les leviers à la mise en place de l'ETP donc il nous semblait pertinent d'inclure des patients n'ayant jamais bénéficié d'ETP.

2. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle transversale mixte avec un volet qualitatif par entretiens individuels semi-dirigés pour les MG et les AE et un volet quantitatif par hétéroquestionnaire pour les patients.

3. Recueil de données

Pour les MG et les AE nous avons conçu un guide d'entretien et pour les patients nous avons créé un hétéroquestionnaire. Ces outils ont été définis au cours d'un entretien entre ma directrice de thèse et moi-même suite à des échanges réalisés auprès de différentes personnes ressources à savoir un médecin référent de l'Unité transversale d'éducation thérapeutique des patients (UTEP) du Centre Hospitalier de Dreux, un référent ETP à l'ARS Nouvelle Aquitaine, une infirmière en Pratique Avancée (IPA) salariée du dispositif Asalée exerçant à Poitiers et une ingénieure en Santé Publique. Le guide d'entretien pour les MG comportait 9 questions ouvertes et celui pour les AE 13 questions ouvertes. L'hétéroquestionnaire pour les patients comportait 2 questions fermées sur la connaissance de l'ETP et le souhait d'en savoir davantage, 10 questions fermées avec une échelle d'accord de Likert à 5 entrées avec des thèmes portant sur la perception des

besoins, les contraintes professionnelles, matérielles et environnementales, le format de l'atelier, et 1 question ouverte sur la perception des personnes légitimes pour accompagner le patient dans sa vie quotidienne. Ce questionnaire a été testé auprès de 2 personnes afin d'évaluer l'acceptabilité et de corriger certaines formulations. Ces guides et questionnaire sont présentés en annexe.

Les entretiens ont été menés par la thésarde dans la MSP des MG et par entretien téléphonique avec les AE et les patients. Ils ont été enregistrés, après consentement oral et assurance du caractère anonyme de ces entretiens ainsi que de l'enregistrement, à l'aide d'un dictaphone.

Les entretiens avec les MG ont eu lieu entre le 16 octobre 2020 et le 20 novembre 2020. Les entretiens avec les AE ont eu lieu entre le 13 octobre 2020 et le 8 décembre 2020. Les entretiens avec les patients ont eu lieu entre le 17 octobre 2020 et le 16 avril 2021. La durée des entretiens a été de 10 à 30 minutes pour les patients, MG et AE.

4. Déroulement de l'étude

Les MG et les AE ont été contactés téléphoniquement et par mail pour participer à l'étude. Pour les patients, ce sont les MG qui nous ont donnés accès à une liste maximale de 10 noms de leurs patients préalablement informés par eux-mêmes via un document fourni par la thésarde (document remis en annexe).

5. Analyse de données

Les enregistrements ont été retranscrits sur fichier Word©. La thésarde a utilisé une ponctuation et un texte afin de respecter les diverses habitudes de langage, silences et expressions des interlocuteurs. La triangulation des données ainsi que l'encodage des verbatims par thèmes et sous thèmes ont été réalisés avec ma directrice de thèse et un médecin de santé publique référent UTEP de la Vie La Santé du CHU de Poitiers afin d'assurer la validité interne. La saturation des données a été recherchée. Les données quantitatives issues des questionnaires patients ont permis de calculer des fréquences selon les modalités de réponses des patients et présentées sous forme de diagrammes. Les résultats des entretiens individuels semi-dirigés des MG et des AE sont présentés sous la forme d'arbres à codes (figure 6 et 7). Nous avons fait le choix de rassembler l'ensemble des freins et l'ensemble des leviers sous la forme d'arbres à codes dédiés afin d'avoir une vision globale des freins (figure 8) et des leviers (figure 9) exprimés par les patients, les MG et les AE.

III. Résultats

1. Population étudiée

12 MG, 8 AE et 70 patients ont été interrogés. Leurs caractéristiques générales sont présentées dans les tableaux 1,2,3.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interrogés, Nord Vienne, 2020.

MG	Sexe	Age	Année d'installation	Lieu d'exercice	Pourcentage de la patientèle ayant une maladie chronique	Formation à l'ETP	Exercice avec infirmière Asalée	Exercice avec professionnel formé à l'ETP hors Asalée
M1	M	34ans	2013	semi-rural	50%	Non	Oui	Oui
M2	F	61ans	1990	urbain	30-40%	Non	Oui	Non
M3	M	48ans	2002	semi-rural	Ne sait pas	Non	Oui	Oui
M4	M	57ans	1996	urbain	Ne sait pas	Non	Oui	Ne sait pas
M5	M	40ans	2018	semi-rural	70%	Non	Non	Ne sait pas
M6	F	31ans	2019	semi-rural	10%	Non	Oui	Ne sait pas
M7	F	52ans	2011	rural	60-75%	Non	Non	Ne sait pas
M8	F	50ans	2013	semi-rural	50%	Non	Oui	Oui
M9	M	35ans	2015	rural	30%	Non	Non	Non
M10	M	66ans	1985	rural	50%	Non	Non	Non
M11	F	37ans	2019	rural	40%	Non	Non	Non
M12	M	46ans	2005	semi-rural	70-80%	Non	Oui	Non

Sur les 12 MG interrogés il y avait 5 femmes et 7 hommes. Leur âge moyen était de 46ans avec un minimal de 31ans et un maximal de 66ans. La majorité exerçait en rural ou semi-rural. Le pourcentage moyen de leur patientèle ayant une maladie chronique était d'environ 50% avec un minimal de 10% et un maximal de 80%.

Aucun des 12 MG n'était formé à l'ETP. 7 d'entre eux exerçaient avec au moins une infirmière Asalée et 3 d'entre eux exerçaient avec au moins un autre professionnel formé à l'ETP hors Asalée. (Tableau 1)

Tableau 2 : Caractéristiques des animateurs-éducateurs interrogés, Nord Vienne, 2020.

Animateur éducateur	Sexe	Age	Patient-expert et/ou professionnel de santé	Métier	Année de formation à l'ETP	Nombre d'ateliers animés
A1	F	43ans	Professionnel de santé	Diététicienne	2020	0
A2	F	57ans	Professionnel de santé	Consultante et formatrice spécialisée en stress post traumatique	2018	2
A3	F	25ans	Professionnel de santé	Enseignante en activité physique adaptée	2020	0
A4	M	53ans	Professionnel de santé	Médecin généraliste	2019	2
A5	F	40ans	Professionnel de santé	Éducatrice dans l'éducation spécialisée	2019	0
A6	F	38ans	Professionnel de santé	Infirmière de Santé Publique pour l'association Asalée et Coordinatrice de la maison de santé	2015	0
A7	F	40ans	Professionnel de santé	Sage-femme libérale	2018	3
A8	F	64ans	Patient-expert	Retraitée	2020	2

Sur les 8 AE interrogés il y avait 7 femmes et 1 homme. Leur âge moyen était de 45ans avec un minimal de 25ans et un maximal de 64ans. 7 étaient professionnels de santé et 1 était patient-expert. Tous avaient un métier différent. Il y avait parmi eux un MG et une infirmière Asalée. Le nombre moyen d'ateliers animés était de 1 avec un minimal de 0 et un maximum de 3. (Tableau 2)

Tableau 3 : Caractéristiques des patients interrogés, Nord Vienne, 2020.

Caractéristiques	
Nombre total	70
Homme	38 (54%)
Femme	32 (46%)
Age moyen	62
Age minimal	16
Age maximal	86
Occupation actuelle	
-retraité	40 (57%)
-actif occupé	25 (36%)
-sans emploi	4 (6%)
-étudiant	1 (1%)
Pathologie chronique	
-diabète	40 (57%)
-obésité	19 (27%)
-cancer (sein/prostate/colorectal)	10 (14%)
-insuffisance cardiaque	9 (13%)
-BPCO	6 (9%)
-asthme	5 (7%)
-MICI	2 (3%)

Parmi les 70 patients, il y avait 54% d'hommes et 46% de femmes. Leur âge moyen était de 62ans avec un minimal de 16ans et un maximal de 86ans. La majorité était retraitée (57%). 36% étaient "actif occupé", 6% sans emploi et 1% étudiant. La majorité avait du diabète (57%). 27% étaient obèses, 14% avaient un cancer parmi le cancer du sein, prostate et/ou colorectal, 13% une insuffisance cardiaque, 9% une BPCO, 7% un asthme et 3% une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). (Tableau 3)

Environ 30% avaient 2 pathologies chroniques (12 patients ayant du diabète et une obésité, 2 patients ayant du diabète et de l'asthme, 1 patient ayant du diabète et un cancer de la prostate, 1 patient ayant un cancer de la prostate et de la BPCO, 1 patient ayant un cancer du sein et une obésité et 1 patient ayant une insuffisance cardiaque et une obésité) et 1 patient avait 3 pathologies chroniques (diabète, asthme et obésité).

2. Questionnaire patient

99% des patients ne connaissaient pas l'éducation thérapeutique.

La seule personne ayant répondu par l'affirmative a dit que l'éducation thérapeutique "C'est des gestes, pour l'alimentation peut-être aussi, les traitements la façon de les prendre."

Tous les patients ont souhaité des informations sur l'éducation thérapeutique.

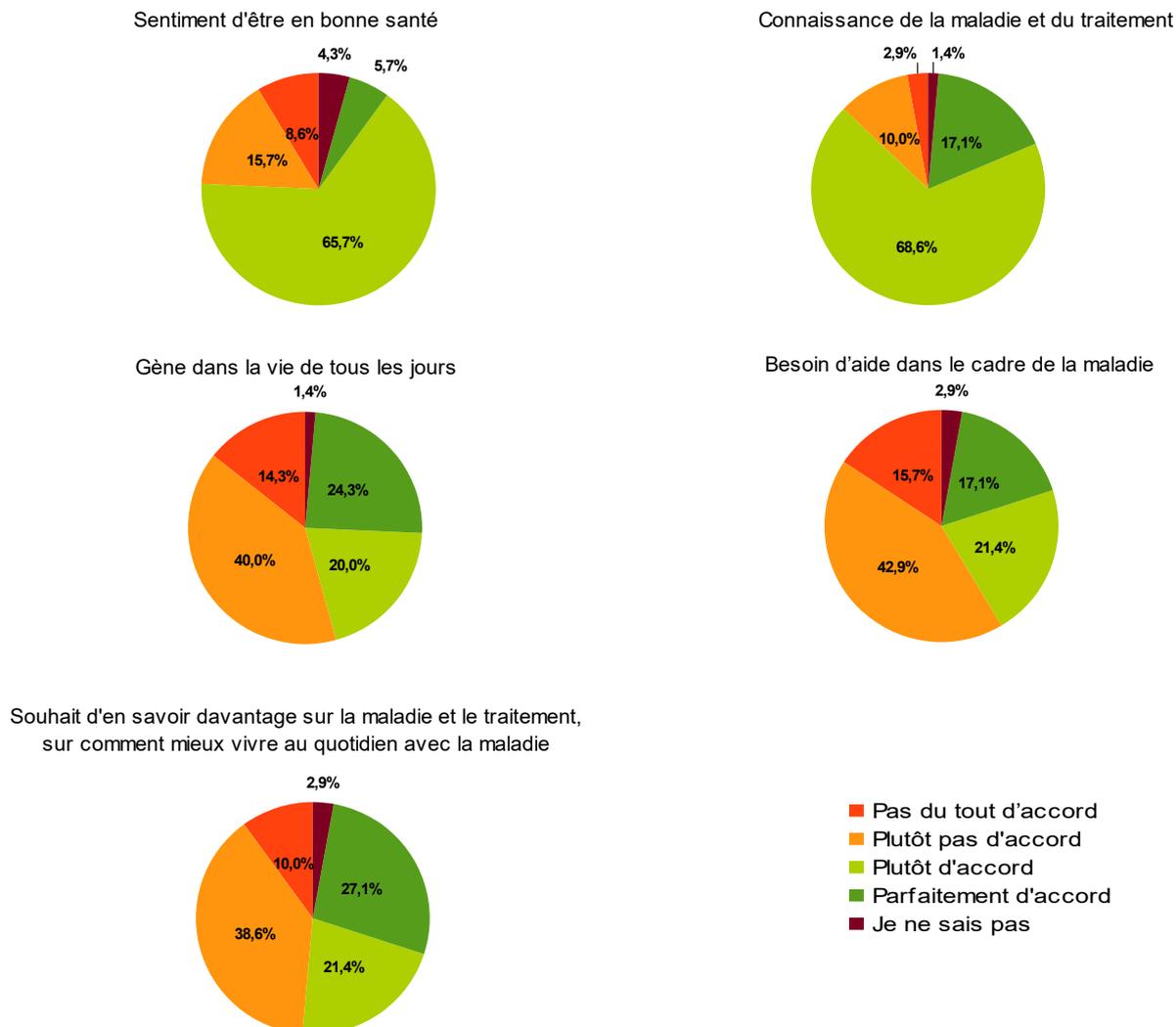


Figure 2 : Perception des besoins, Nord Vienne, 2020.

La majorité des patients était plutôt d'accord avec le fait de se sentir à ce jour en bonne santé et de connaître leur(s) maladie(s) dont le mécanisme, les causes, les conséquences et les traitements. Environ 55% des patients ne se sentaient pas gênés dans la vie de tous les jours par leur(s) maladie(s). Environ 60% des patients estimaient ne pas avoir besoin d'aide dans le cadre de leur(s) maladie(s). Environ la moitié des patients souhaiterait en savoir davantage sur leur(s) maladie(s), leur(s) traitement(s) et sur comment mieux vivre au quotidien avec leur(s) maladie(s).

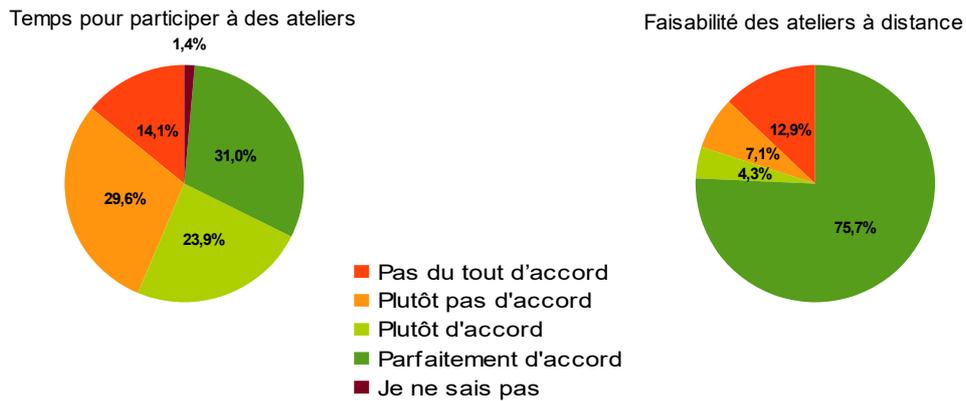


Figure 3 : Contraintes professionnelles, matérielles et environnementales, Nord Vienne, 2020.

Environ 55% des patients avaient du temps dans la semaine pour participer à des ateliers. La majorité des patients estimait faisable en termes de réseau internet, d'accès à l'outils informatique et à internet de réaliser des ateliers à distance.

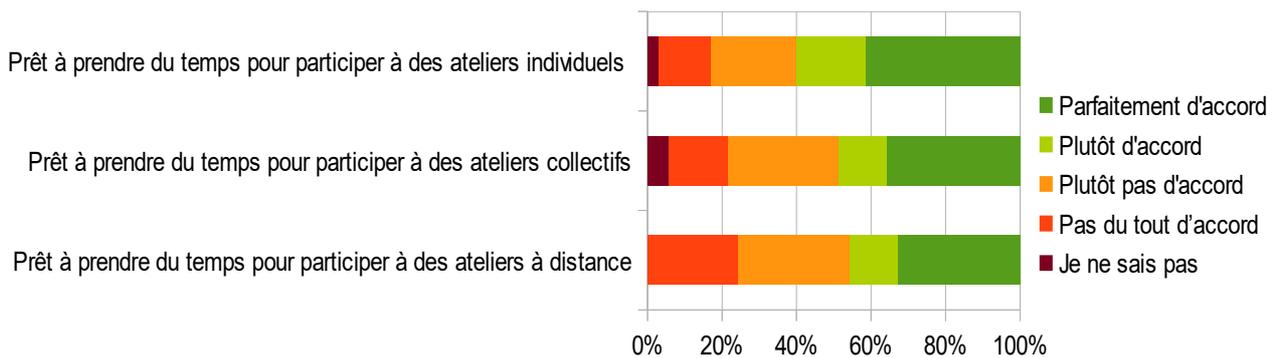


Figure 4 : Format de l'atelier d'éducation thérapeutique, Nord Vienne, 2020.

La majorité des patients était prête à prendre du temps pour participer à des ateliers individuels en lien avec leur(s) maladie(s). La moitié des patients était prête à prendre du temps pour participer à des ateliers collectifs avec d'autres patients en lien avec leur(s) maladie(s). Moins de la moitié des patients était prête à prendre du temps pour participer à des ateliers à distance par ordinateur ou téléphone ou autre outils numériques en lien avec leur(s) maladie(s).

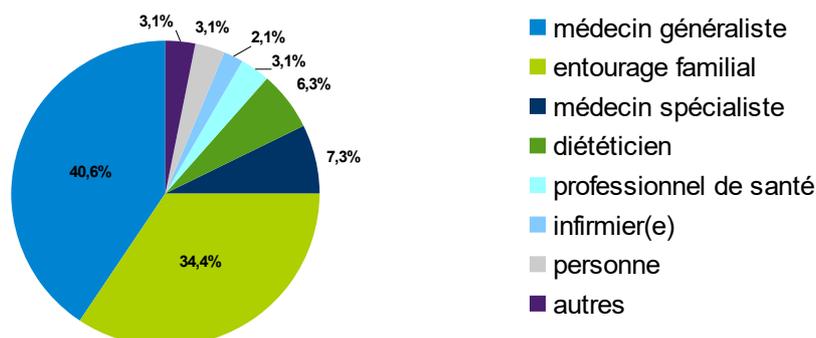


Figure 5 : Personnes ressources, Nord Vienne, 2020.

Pour la majorité des patients, les personnes pouvant les aider à mieux vivre avec leur(s) maladie(s) chronique(s) étaient en priorité leur MG et leur entourage familial. Pour certains patients, il s'agissait des médecins spécialistes et des diététiciens. Pour une minorité de patients, il s'agissait des professionnels de santé au sens large, des infirmier(e)s ou d'aucune personne. Le groupe "autres" incluait des réponses données par 3 patients ayant chacun donné une réponse différente à savoir : "un patient-expert", "moi-même", "pas d'idée".

3. Entretiens individuels semi-dirigés

La figure 6 représente le point de vue des MG et la figure 7 le point de vue des AE. Ensuite sont détaillés les verbatims des différents thèmes et sous-thèmes sous formes de tableaux.

- diversité des acteurs: le patient et son entourage, pluriprofessionnalité (médecins généralistes et spécialistes, infirmières dont infirmières libérales, infirmières Asalée, infirmières de pratique avancée, paramédicaux, pharmacien, assistante médicale)
- interprofessionnalité
- rôle des pouvoirs publics
- redéfinir les priorités nationales
- adaptée: CAPETV, ETP A DOM 86, CHU 86
- CAPETV : aidante, réactive, adaptée
- manque de personnels
- manque de médecins généralistes
- réseau internet limité
- résistance au déploiement

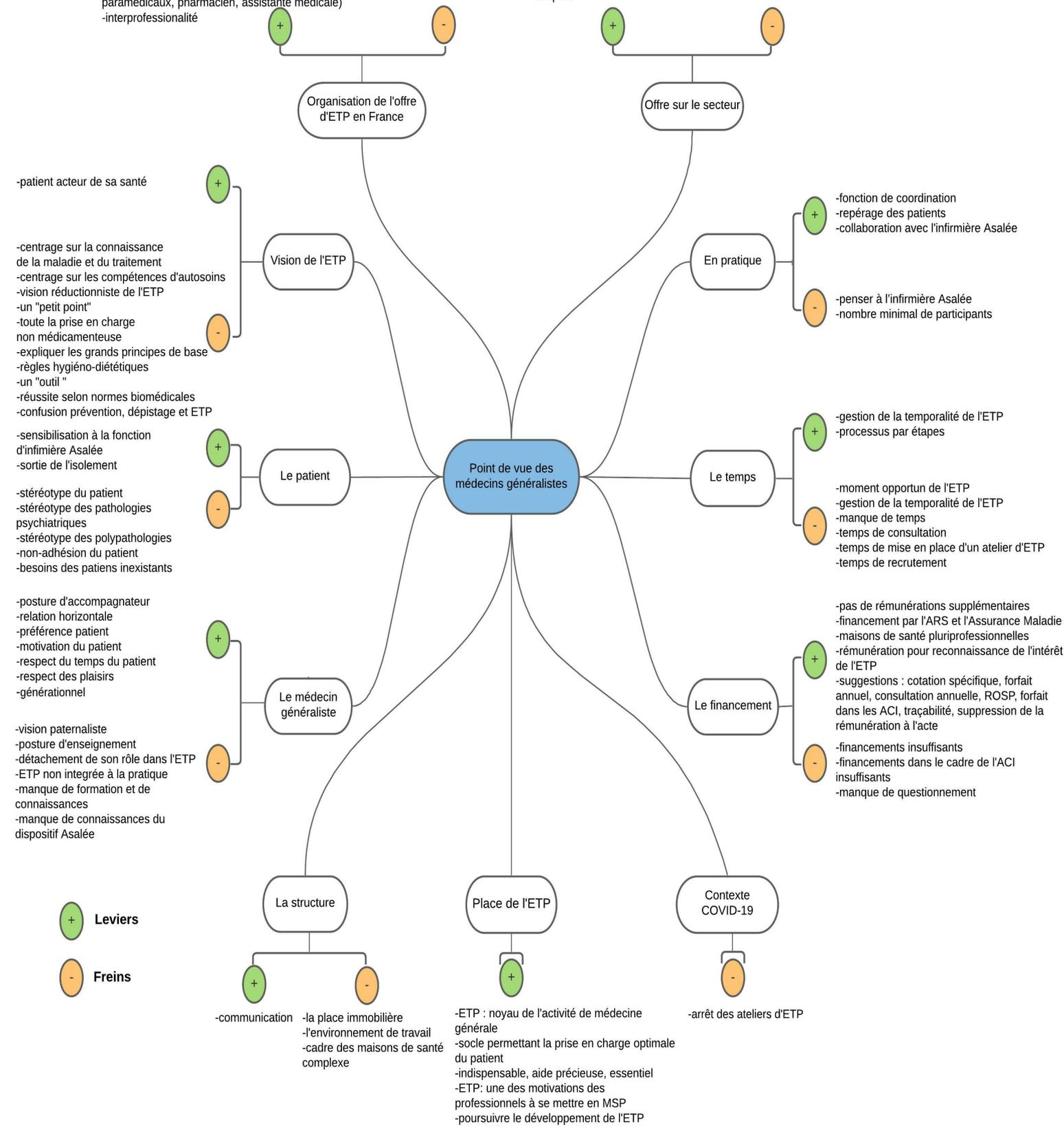


Figure 6 : Freins et leviers du point de vue des médecins généralistes.

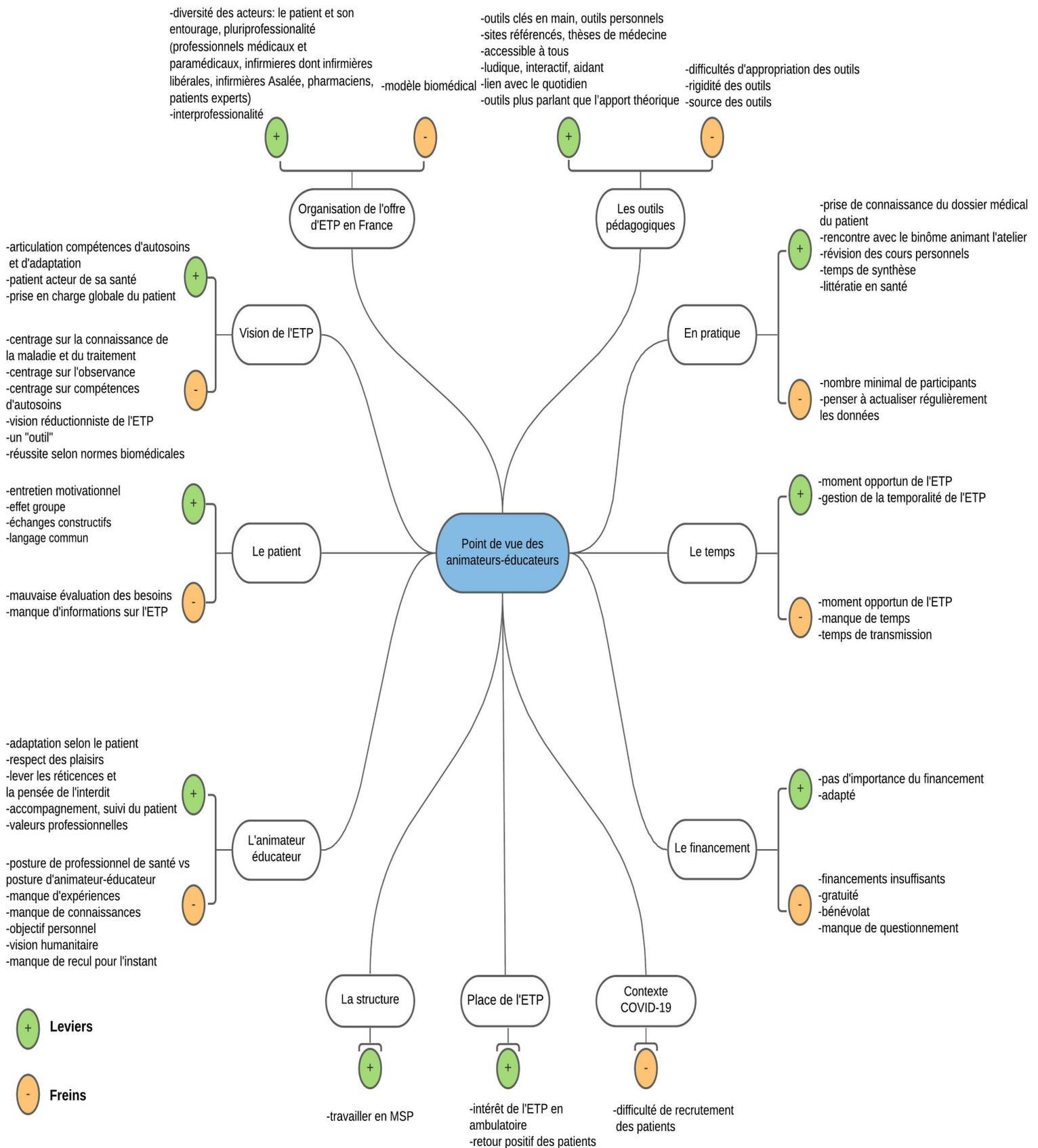


Figure 7 : Freins et leviers du point de vue des animateurs-éducateurs.

a) La vision de l'ETP

Les freins	
-centrage sur la connaissance de la maladie et du traitement	"l'éducation thérapeutique pour moi c'est avant tout déjà pour le patient de connaître sa pathologie, connaître les traitements qui y sont associés et tout ce qu'il peut faire au quotidien pour améliorer justement le suivi de sa maladie." (M11) "ce que ça représente en fait en plus valu pour le patient c'est une meilleure connaissance de sa maladie pour pouvoir faire en sorte que le patient soit autonome plus tard, donc c'est à dire que s'il connaît mieux sa maladie, il va connaître mieux son traitement" (A6)
-centrage sur les compétences d'autosoins	"nous alerter quand il faut et pas trop tard et pas pour rien." (M5) "il va pouvoir être vigilant par rapport à certaines manifestations d'évolution de sa maladie et pouvoir alerter son médecin traitant le plus tôt possible, pour pouvoir réévaluer et puis être attentif aux effets secondaires de ces traitements pour pouvoir réadapter notamment les insulines par exemple. Donc pour savoir adapter les doses d'insuline c'est hyper important de comprendre comment ça marche pour être autonome le plus possible et en fonction du but possible." (A6)
-vision réductionniste de l'ETP	"un petit bilan, de parler de la santé, revoir les principes alimentaires, les principes de conduite dans la vie." (M7) "c'est une manière d'obtenir de l'information." (A1)
-un "outil "	"un "outil" " (M1) "c'est un "outil" " (A5)
-réussite selon normes biomédicales	"et puis en plus il y avait les résultats derrière puisque sa tension était bien mieux équilibrée." (M6) "J'en ai quelques-uns que je n'arrivai pas à le faire, ni à les convaincre. C'est peut-être un des moyens pour être au top pour arriver à un meilleur résultat sur le plan thérapeutique." (A4)
-un "petit point"	"occasion de faire un petit point" (M7)
-toute la prise en charge non médicamenteuse	"toute la prise en charge non médicamenteuse" (M9)
-expliquer les grands principes de base	"grand principes de base" (M12)
-règles hygiéno-diététiques	"les règles d'hygiène de vie, le sel, les trucs comme ça. Ça reste des petites choses comme ça, l'activité physique." (M5)
-confusion prévention, dépistage et ETP	"La prévention (...) l'interrogatoire, voir si tous les examens de dépistage sont fait." (M2)
-centrage sur l'observance	"et en même temps pour pouvoir qu'ils soient vraiment mieux observants, + observant on va dire..." (A4)

Les leviers	
-patient acteur de sa santé	"et en fait une façon pour le patient d'être lui-même acteur de sa santé" (M8) "Le but c'est aussi de le rendre acteur de sa santé" (A3)
-articulation compétences d'autosoins et d'adaptation	"pour moi c'est l'articulation entre l'accompagnement du point de vue de la pathologie de la personne et l'aspect "apprendre à vivre avec" pour apporter du confort, tout simplement, dans le quotidien. (...) Il y a cette partie accompagnement psychique" (A5)
-prise en charge globale du patient	"Mais les patients ne viennent pas juste pour le diabète et le cholestérol. C'est la partie globale du patient" (A6)

b) Le patient

Les freins	
-non-adhésion du patient	<i>"les échecs auxquels je pense spontanément c'est ceux à qui je propose les ateliers qui ne sont pas du tout intéressés" (M1)</i>
-stéréotype du patient	<i>"un patient en particulier pour qui je n'aurai vraiment jamais imaginé un intérêt quelconque pour ce genre d'intervention" (M1)</i>
-stéréotype des pathologies psychiatriques	<i>"Échec cuisant (...) chez un patient de moins de 50ans mais compliqué parce qu'intriqué avec pathologie psychiatrique sous-jacente" (M12)</i>
-stéréotype des polyopathologies	<i>"il y a des cas où c'est des cas désespérés notamment pour des polyopathologies"(M5)</i>
-besoins des patients inexistant	<i>"Les besoins spontanés ils sont inexistant je pense parce que ce n'est pas un besoin qui est ressenti spontanément par les patients parce qu'eux ils ne connaissent pas encore." (M1)</i>
-mauvaise évaluation des besoins	<i>"Ces situations où un patient, le bilan initial si toute fois il n'était pas réalisé ou si toute fois on n'avait pas bien cerné les besoins de la personne, que la personne ne soit pas partie prenante dans la participation à l'atelier." (A5)</i>
-manque d'informations sur l'ETP	<i>"Les gens ne connaissent pas suffisamment encore." (A8)</i>

Les leviers	
-sensibilisation à la fonction d'infirmière Asalée	<i>"Ils sont déjà, en plus, 2eme levier important, sensibilisés à la fonction d'IDSP donc c'est pour eux dans la continuité de ce qu'on a déjà mis en place. Comme je vous le disais ils ont déjà une petite activité non négligeable d'ETP quelque part avec elles." (M12)</i>
-sortie de l'isolement	<i>"et la sortie de leur isolement et donc qu'ils se rendent à l'évidence, et ça c'est l'intérêt des ateliers de groupe, qu'ils ne sont pas seul à avoir cette maladie, que d'autres l'ont et que d'autres vivent avec." (M3)</i>
-entretien motivationnel	<i>"J'en reviens à l'entretien motivationnel (...) j'ai pris le temps de construire des entretiens motivationnels et de me rapprocher de l'éducation thérapeutique. Donc je prenais beaucoup plus de temps avec les patients. Et on a augmenté notre taux d'adhésion et d'observance de 30% qu'on a réussi à raccrocher." (A3)</i>
-effet groupe	<i>"Ce qui est intéressant aussi c'est que ça peut être en groupe, et donc l'échange d'expériences du vécu du patient et les choses comme ça qui sont très enrichissante en général pour eux ... l'échange avec les patients, l'expérience qu'on reçoit d'eux et du coup ça nous permet nous aussi de voir que tout le monde est différent. (...) c'est d'égale à égale dans cet atelier, que tout le monde écoute tout le monde, du coup la participation est plutôt facilitée par rapport à ça." (A3)</i>
-échanges constructifs	<i>"je trouve que c'est toujours très riche car on s'aperçoit finalement que les gens se libèrent presque plus facilement qu'en individuel. En côtoyant des gens qui ont les mêmes problématiques qu'eux je trouve que cela crée vraiment une dynamique qui est intéressante. (...) Il y aussi un échange avec les autres participants qui peut être constructif (...) et on arrive vraiment le plus souvent vers des échanges assez importants et du coup très souvent les gens sont satisfaits de l'atelier justement car ils ont pu trouver un petit peu cette aisance et libérer un petit peu leurs paroles." (A1)</i>
-langage commun	<i>"Quand on vous dit que vous avez une maladie chronique, une bronchite chronique, que vous avez du diabète, que vous avez un cancer ou ce genre de choses, on est seul face à la maladie. Alors que quand on est avec d'autres personnes qui partagent la même pathologie on peut vraiment échanger. Ce n'est pas la même chose que quand on échange avec son médecin généraliste ou avec un spécialiste. On a les mêmes mots et ça je crois que c'est important." (A8)</i>

c) Le médecin généraliste

Les freins	
-vision paternaliste	"c'est là que quand je le juge nécessaire je passe la main à l'IDSP. (...) Là c'est de l'échec dans le sens où j'ai fini par basculer sur le réseau obésité du CHU et d'envisager, même si j'étais pas très motivé, une prise en charge de chirurgie bariatrique chez ce patient-là." (M12)
-posture d'enseignement	"De l'éducation tout court." (M4), "Des cours de nutrition" (M5), "leurs devoirs préparés" (M7)
-détachement de son rôle dans l'ETP	"Et cet espace-là permet donc de pouvoir régler ces questions-là à ma place et d'avoir des professionnels de santé qui sont en permanence en capacité de pouvoir répondre à des questions auxquels je ne répondrai pas forcément dans ma consultation." (M3)
-ETP non intégrée à la pratique	"C'est des trucs qu'on aborde pendant les renouvellements justement quand ils viennent pour pas grand-chose, que la consultation est assez rapide et qu'on a un petit peu de temps." (M5)
-manque de formation et de connaissances	"Nous concernant nous médecins généralistes, je pense le manque de formation (...) Je pense déjà la promouvoir davantage à la fac. Je pense que la formation est très très mauvaise par rapport à ça" (M9)
-manque de connaissances du dispositif Asalée	"Ensuite, pour ce qui est des infirmières Asalée, peut-être un souci sur la mise en pratique, on sait pas à qui s'adresser, comment ça fonctionne, le temps qui sera dédié, quels sont les critères qui font qu'on a 1, 2 ou 3 ou 1 semaine complète, ce que ça coûte. Je pense que c'est ça les principaux freins, le manque d'info quoi clairement. (...) Après là encore pour l'infirmière Asalée, je n'attends pas d'en tirer un bénéfice, qu'on nous aiguille sur comment la mettre en place, sur qu'on sache ce que ça va coûter" (M9)

Les leviers	
-posture d'accompagnateur	"Et en leur expliquant qu'étant accompagné c'est possible je pense que c'est le facteur clé" (M12)
-relation horizontale	"Et puis faut pas les prendre de haut." (M10)
-préférence patient	"Je crois qu'il doit s'adapter encore une fois à chaque patient. (...) En fonction du patient, de sa réceptivité, de ses fonctions cognitives aussi, de ce qu'il est capable d'entendre, on va s'adapter aux différents supports." (M11)
-motivation du patient	"Bon bah vous voulez pas je respecte". Je respecte et puis je me prends plus la tête." (M11)
-respect du temps du patient	"Et prendre le temps de l'écoute" (M6)
-respect des plaisirs	"Le but c'est pas d'être trop restrictif. Toujours savoir se faire plaisir." (M11)
-générationnel	"Je pense que c'est générationnel on est plus une médecine de prévention qu'une médecine je pense curative du moins à penser qu'il y a que ça qui soigne." (M9)

d) L'animateur-éducateur

Les freins	
-posture de professionnel de santé vs posture d'animateur éducateur	<i>"Ce qui est difficile c'est justement la manip, de quitter sa chemise, on va dire de son costume de professionnel de base, de formation initiale, pour se mettre dans la peau d'éducateur parce que c'est quelque chose de nouveau dans lequel on est pas forcément habitué." (A7)</i>
-manque d'expériences	<i>"j'ai une petite expérience parce que autant on a beaucoup travaillé en formation, autant bah voilà c'est pas avec 2 ateliers" (A2)</i>
-manque de connaissances	<i>"Et puis les connaissances personnelles après dans mon domaine je connais il n'y a pas de souci mais après il y a tellement de pathologies qui existe qu'on ne connaît pas tout." (A3)</i>
-objectif personnel	<i>"c'est un vrai challenge" (A6)</i>
-vision humanitaire	<i>"On a toujours envie d'apporter quelque chose, envie de trouver une solution à un problème et le plus difficile c'est peut-être de se dire que ce qu'on apporte c'est peut-être pas grand chose mais c'est déjà ça, et que de toute façon quelqu'un qui est en grandes difficultés on aura peut-être pas les clés vraiment pour solutionner l'ensemble de ses problèmes. Il faut être assez humble et c'est pas facile en fait de se dire qu'on ne peut pas sauver le monde. Et on a tellement envie que c'est pas facile de se le dire." (A1)</i>
-manque de recul pour l'instant	<i>"on a pas vraiment eu le temps de faire plusieurs ateliers pour faire une sorte comment dirai-je? Un recul, on n'a pas eu le temps de le faire." (A4)</i>

Les leviers	
-adaptation selon le patient	<i>"Après c'est surtout sur le moment où on applique des choses, nos réponses à nos patients, la façon qu'on lui répond...Donc l'approche est différente à chaque fois. Selon les vécus des personnes ou le répondant des personnes, on ne va pas réagir de la même manière" (A3)</i>
-respect des plaisirs	<i>"L'alcool il faut pas leur dire aux personnes diabétiques "C'est bon l'alcool vous n'avez plus le droit" donc il faut leur dire qu'il y a des bières sans alcools qui sont effectivement à éviter et puis d'autres qui sont beaucoup moins sucrées. Donc je leur dis "Ce n'est pas pour vous dire de boire plus que ça mais en fait il y a certains alcools qui sont beaucoup moins sucrés". Donc j'ai fait une recherche internet par rapport à ça et ils aiment beaucoup parce que ça les rassure ils se disent "Bon bah c'est bon c'est pas interdit, j'y ai le droit car il existe autres choses, il y a des équivalences"." (A6)</i>
-lever les réticences et la pensée de l'interdit	<i>"On discute des freins, des réticences. Donc nous en tant qu'infirmière de Santé Publique on est là pour lever les réticences, les freins (...) Il faut les rassurer. On n'est pas sûr de l'interdit, on est sur proposer autre chose" (A6)</i>
-accompagnement, suivi du patient	<i>"et les accompagner...Ensuite sur un 2eme entretien et bien on fait le suivi...Et le 2eme entretien je leur demande effectivement ce qu'ils en ont retenu ... et ce qu'ils ont mis en place en fait par rapport à la dernière consultation, où ils en sont." (A6)</i>
-valeurs professionnelles	<i>"En fait moi avant je travaillai à l'hôpital et l'organisation de travail ne correspondait plus par rapport aux valeurs professionnelles que j'avais de ce métier." (A6)</i>

e) Organisation de l'offre d'ETP en France

Les freins	
-rôle des pouvoirs publics	<i>"surtout l'État qui devrait mettre plus de moyens et rembourser moins des actes curatifs et faire plus des actes préventifs. (...) ils feraient mieux de nous mettre des infirmières, de nous confier, de nous augmenter. Justement les 2 questions vont être ensemble. D'augmenter la taille des locaux pour qu'on puisse avoir des infirmières. Une délégation de tâches. (...) Tant qu'on n'arrêtera pas de faire du curatif en France et pas de préventif on y arrivera pas. Et donc c'est pour ça que moi j'aurais voulu avoir des infirmières de prévention enfin de délégations de tâches. Mais le problème du système de santé français c'est que tu peux pas prétendre à des honoraires si t'a pas les gens devant toi. Donc tu peux pas prendre d'honoraires si jamais voilà." (M4)</i>
-redéfinir les priorités nationales	<i>"La prise en charge nutritionnelle nous c'est un truc qui n'est pas pris en charge et qui pose financièrement beaucoup de problèmes et qui apporterait je pense pas mal de choses." (M5)</i>
-modèle biomédical	<i>"la prise en charge devrait d'abord venir du patient sauf qu'il a pas les outils pour, et puis il se pose pas vraiment les questions pour. On est dans un, en France enfin comme beaucoup d'endroits, mais ça commence à beaucoup changer, on est dans tout ce qu'on nous a appris jusqu'à maintenant, le docteur, le médicament, enfin tout ce qui fait qu'on est français quoi. Moi j'ai plutôt une culture américaine et canadienne dans mon parcours ce qui fait que je vois les choses de manière différente." (A2)</i>

Les leviers	
-le patient	<i>"Le 1er acteur c'est le patient lui-même. C'est le 1er acteur, c'est le patient lui-même sinon on est dans la verticalité et puis c'est un peu moins efficient à mon avis. Dans cette histoire, comme dans tout ce qui est santé, il y a un maître d'œuvre et un maître d'ouvrage donc le patient il a une expertise qu'il ignore mais qui est réelle." (M3) "Le patient avant tout" (A5)</i>
-l'entourage familial du patient	<i>"Mais en + les familles qu'on implique aussi beaucoup dans l'éducation thérapeutique. Parce que souvent c'est les dames qui gèrent les traitements dans les couples c'est comme ça. Et donc il faut absolument informer Madame qui souvent cuisine aussi pour que derrière ça puisse prendre avec Monsieur." (M11) "les aidants, les accompagnants. Je pense que ça c'est important qu'ils viennent, alors pas forcément à tous les ateliers de l'éducation thérapeutique mais qu'ils soient quand même présents car très souvent il y a des choses qui sont dites qui ne sont pas entendu par le patient puisqu'il ne veut pas les entendre. Très souvent. Mais que l'aidant pourrait entendre et mettre en place donc je pense que les aidants c'est important." (A8)</i>
-pluri-professionnalité	<i>"Et puis après c'est l'ensemble des professionnels de métiers différents qui vont participer à sa prise en charge, qui doivent intervenir dans l'éducation thérapeutique. Ce n'est pas quelque chose qui doit être médico-centré, surtout pas. Et c'est là-dedans, qu'on voit, nous en équipe pluriprofessionnelle coordonnée, c'est là où on voit tout l'intérêt de la pluriprofessionnalité. C'est que la pluriprofessionnalité c'est un espace et une organisation qui permet une expression horizontale et chaque métier apportant, on va dire sa compétence technique mais n'étant pas le centre du propos. Et c'est ça qui est intéressant. Et je pense que c'est là où il y a une valeur ajoutée. Ce que nous ici on ne ferait pas nous, dans un dialogue singulier de médecins à patients, il y a toujours cette tentation qui est là du sachant à l'apprenant." (M3) "c'est essentiel. Chacun a son rôle et on se complète." (A4)</i>
-inter-professionnalité	<i>"le fait d'être plusieurs et puis éventuellement de demander à un collègue si on est coincé avec un patient qu'on ne sait pas trop comment se dépatouiller du problème, il peut nous donner son expérience et avancer dans ce sens-là." (M6) "il y a toujours des situations dans lesquelles on se trouve un petit peu démuni et le fait de pouvoir en parler avec d'autres intervenants, d'autres professionnels ça permet de, pas forcément de solutionner, mais au moins de dédramatiser, d'avoir un avis extérieur donc c'est intéressant. C'est constructif aussi car les échanges permettent aussi d'améliorer les outils d'animations, les techniques d'animations." (A1)</i>

f) La structure

Les freins	
-la place immobilière	<i>"la place immobilière c'est à dire la structure. Avoir une salle dédiée c'est pas simple. On est trop à l'étroit nous ici donc ça complique un peu la possibilité d'accueil en plus de ce qu'on fait actuellement." (M12)</i>
-l'environnement de travail	<i>"moi j'ai envie de travailler sur les salles d'attentes, sur les supports au niveau des salles d'attente" (M11)</i>
-cadre des maisons de santé complexe	<i>"Le problème c'est toujours pareil. C'est qui paye quoi, il faut que les dossiers soient en commun, il faut que les autres médecins s'entendent, il faut que tout le monde travaille dans le même sens." (M10)</i>

Les leviers	
-communication	<i>"Donc on a les écrans en salle d'attente pour communiquer. On a fait un spot dédié à ça où on explique ce que c'est l'éducation thérapeutique." (M1)</i>
-travailler en MSP	<i>"c'est le fait finalement de travailler dans une maison de santé pluridisciplinaire (...). Donc dans notre projet de santé on avait effectivement initialement dégagé 2 axes de travail prioritaire donc 1 sur la pathologie du diabète et l'autre sur la BPCO. Et donc ça nous paraissait important finalement en marge de ce qu'on pouvait mettre en place à la maison de santé, de mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique." (A7)</i>

g) En pratique

Les freins	
-nombre minimal de participants	<i>"on se rend compte que les ateliers qui sont fait avec moins de 3-4 patients sont nettement moins bien perçus à la fois du côté des patients et des animateurs."(M1) "Alors moi j'ai fait des ateliers il y en avait 2 où ils étaient 4. Alors 4 je trouve que c'est pas mal comme nombre parce que sur 4 il y en a toujours 1 ou 2 qui vont être plus à l'aise pour démarrer et puis ensuite les autres vont suivre. Après on a fait 1 atelier où il n'y avait que 2 dames du coup à 2 c'est vrai que, du moins c'était peut-être là le "tirage" de cet atelier là, mais c'est souvent plus compliqué." (A7)</i>
-penser à l'infirmière Asalée	<i>"Et l'infirmière Asalée globalement c'est réussir à y penser nous" (M8)</i>
-penser à actualiser régulièrement les données	<i>"il faut aussi régulièrement regarder parce que ça change rapidement en fait il y a beaucoup de choses qui changent. Je pense qu'il faut pas oublier de les faire évoluer au fur et à mesure, prendre les dernières recommandations." (A6)</i>

Les leviers	
-fonction de coordination	<i>"La facilité voilà c'est qu'il y a cette fonction de coordination que j'occupe dans la maison de santé qui permet aussi d'avoir vraiment une personne dédiée à tout ce qui est coté administratif de la réalisation de ces programmes-là donc c'est facilitant aussi" (M1)</i>
-repérage des patients	<i>"ma tâche consiste à participer au repérage dans les patients que je reçois" (M3)</i>
-collaboration avec l'infirmière Asalée	<i>"l'avantage qu'on a c'est de pouvoir justement switcher, de pouvoir déléguer, de pouvoir décomposer le travail de l'éducation thérapeutique avec l'infirmière Asalée et puis nous de revoir les patients en consultation pour essayer de compléter ça. Les infirmières Asalée elles ont un rôle central, ça permet de relayer un message. Avoir plusieurs intervenants c'est aussi avoir plusieurs discours et du coup on est plus sûre que quand on a qu'un seul son de cloche, les patients peuvent être un peu plus réticents, ou se poser plus de questions, mettre en doute etc." (M6)</i>
-prise de connaissance du dossier médical du patient	<i>"Je vais d'abord regarder les dossiers des patients pour déjà m'imprégner de la pathologie et du contexte." (A7)</i>
-rencontre avec le binôme animant l'atelier	<i>"Avant les ateliers on s'est rencontré avec le médecin et avec la diététicienne car j'ai co-animé avec un médecin et avec une diététicienne." (A8)</i>
-révision des cours personnels	<i>"Je révise vraiment, je revois un peu tous les cours" (A4)</i>
-temps de synthèse	<i>"Et puis sur l'après, il y a le temps de synthèse" (A7)</i>
-littératie en santé	<i>"Être vraiment, avoir des réponses plus adaptées, éviter le charabia médical pendant l'atelier. Qu'on puisse vraiment être vraiment à leur niveau." (A4)</i>

h) Les outils pédagogiques

Les freins	
-difficultés d'appropriation des outils	"Connaître une espèce de panels d'outils pédagogiques peut être qu'on est assez limité. Moi à l'instant t j'en connais pas non plus des masses par exemple donc c'est peut être ça qui peut limiter rapidement." (A3)
-rigidité des outils	"Dans la construction des ateliers d'ETP (...) j'ai l'impression que c'est quelque chose en tout cas de très cloisonné. Enfin pas cloisonné mais au niveau du contenu on est sur quelque chose qui est relativement précis avec des timings, avec vraiment des choses à dire de manière assez précise, et ça moi j'ai toujours beaucoup de mal avec ça. Donc voilà peut-être dans le cadre de certains ateliers qu'on nous demande d'animer pour lesquels on a déjà les supports, le fait d'avoir un peu de souplesse dans l'animation et dans l'information qu'on transmet c'est quelque chose d'intéressant." (A1)
-source des outils	"Je pense qu'il faudrait certainement que je me penche davantage sur les études alors même si je le fais déjà, il faudrait certainement que quand je dis quelque chose que ça puisse s'appuyer sur quelque chose qui a été prouvé scientifiquement." (A1)

Les leviers	
-outils clés en main	"Alors nous les supports pédagogiques ils ont été conçu par le CAPETV (...) Donc nous dans la maison de santé de X on travaille avec le CAPETV donc qui a du coup mis en place tout le programme d'éducation thérapeutique parce que c'est effectivement lourd à monter. Donc en fait on a tous les ateliers clés en main." (A7)
-outils personnels	"c'est vraiment du pratico-pratique des objets de tous les jours liés à la cuisine et à l'alimentation (...) un livre (...) matériel de cuisine (...) emballages alimentaires (...), les valeurs nutritionnelles, la liste des ingrédients. (...) Cela m'arrive de remettre de la documentation Inpes, l'Ademe aussi (...). Mais c'est à la fin de l'atelier pour avoir éventuellement un petit support sur lequel s'appuyer" (A1), "Le photo langage." (A2), "des petites recettes, (...) c'était très personnel (...) le tableau, des post-it" (A8)
-sites référencés, thèses de médecine	"j'utilise pas mal d'outils sur des sites qui sont référencés comme le site des diabétiques de France, la Fédération Française de Cardiologie (...) Je fais de la lecture de thèse en médecine." (A6)
-accessible à tous	"Ils sont très simple donc je pense qu'ils sont accessible à tous et c'est ce qu'il faut car on s'aperçoit que dans les ateliers il y a tous les niveaux. Des gens qui connaissent bien et d'autres qui ne connaissent pas. Je pense qu'il faut que ça reste des outils très simple et très facile d'accès pour tout le monde. Donc je pense qu'ils sont assez bien conçus pour le moment ceux que j'en ai vu." (A8)
-ludique, interactif, aidant	"c'est bien finalement d'avoir un outil à manipuler car ça les rend moins passif. (...) C'est plus ludique." (A7), "Ils sont interactifs, ils sont très bien, ça aide beaucoup." (A4)
-lien avec le quotidien	"C'est pas quelque chose qui est purement théorique ça a vraiment un lien avec leur quotidien." (A1)
-outils plus parlant que l'apport théorique	"Je trouve que c'est plus parlant que de faire de l'apport théorique." (A1)

i) Le temps

Les freins	
-moment opportun de l'ETP	<i>"c'est à dire qu'on est avec des personnes qui écoutent pas, ou qui ont pas envie d'entendre ce qu'on a à dire, qui préfèrent prendre des médicaments plutôt que de gérer par eux même. (...) Du coup on se dit c'est peut-être une façon d'expliquer ou c'est juste qu'ils ont pas envie et puis voilà quoi." (M11) "Arriver à convaincre les gens pour participer. Parce que là je propose ça à plein de patients mais la plupart pour le moment ils sont réticents." (A4)</i>
-manque de temps	<i>"Le gros frein c'est le temps." (M1) "la contrainte potentiellement de caler ça dans l'emploi du temps en plus en fait voilà c'est ça. Donc c'est toujours compliqué on a quand même beaucoup de travail à côté en libéral donc ça serait compliqué de me mobiliser toutes les semaines pour faire des ateliers." (A7)</i>
-gestion de la temporalité de l'ETP	<i>"et les résultats sont difficiles à mesurer. Parce qu'on on est très souvent dans le cadre de la prise en charge de pathologies chroniques et que c'est dans la longue durée qu'on voit si les résultats sont porteurs. Donc c'est une activité dont l'appréciation des indicateurs est difficile. Et puis ça prend beaucoup de temps." (M3)</i>
-temps de consultation	<i>"le temps en consultation impartit est tellement court. (...) il faut qu'on fasse des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique mais bon ça pour l'instant clairement on ne peut pas." (M9)</i>
-temps de mise en place d'un atelier d'ETP	<i>"Alors les freins qu'on aurait pu avoir c'est si on n'avait pas eu justement cette opportunité de faire le lien avec CAPETV parce qu'un atelier d'éducation thérapeutique c'est lourd à mettre en place." (M1)</i>
-temps de recrutement	<i>"Les patients il faut les recruter à un moment donné et ça prend du temps de les recruter." (M1)</i>
-temps de transmission	<i>"Moi j'aimerais avoir plus de temps de concertations avec le médecin généraliste." (A6)</i>

Les leviers	
-gestion de la temporalité de l'ETP	<i>"Il faut beaucoup de patience. Dès fois il faut 10 ans, il faut 15 ans mais on y arrive." (M2) "et bien on prend le temps qu'il faut. (...) Donc c'est très très long l'ETP. Il y a certains patients qu'on va suivre des années. Donc c'est long c'est pas action réaction il faut de la patience et il faut du temps. C'est pour ça qu'on consacre une heure par patient" (A6)</i>
-processus par étapes	<i>"c'est que les patients quand ils sont atteints de pathologies chroniques, ils ont besoin d'un accompagnement de professionnels de santé pour leur expliquer par étapes la maladie" (M3)</i>
-moment opportun de l'ETP	<i>"Parce qu'on peut pas faire l'éducation thérapeutique auprès d'un patient s'il n'a pas envie. Donc très souvent les patients prennent RDV avec nous et on s'aperçoit très vite en fait qu'ils ne sont pas prêts, qu'ils s'y attendaient pas. Pour être dans une démarche d'éducation thérapeutique il faut que le patient soit prêt. S'il est pas prêt et bien nous on ne peut rien faire. Donc très souvent à la fin de la consultation on va débriefer et je suis très claire avec les gens en toute transparence je ne suis pas là pour leur faire perdre du temps ni moi donc je leur laisse la porte ouverte et je leur dis que le jour où vous serez prêt à venir en consultation avec moi et bien ma porte sera ouverte. Si 5min après je leur propose un RDV cela n'a pas d'intérêt (...) C'est l'adhésion du patient. Il faut absolument que les patients veuillent rentrer dans un programme d'ETP." (A6)</i>

j) L'offre sur le secteur

Les freins	
-manque de personnels	<i>"On n'a pas le personnel pour." (M10)</i>
-manque de médecins généralistes	<i>"D'autre médecins qui viennent s'installer ça serait pas mal aussi car on a quand même une grosse carence dans le secteur avec des départs à la retraite qui n'ont pas été remplacés. (...) On a eu un associé qui a eu un petit pépin de santé qui a été arrêté 1 semaine et tout de suite c'est la fin du monde." (M5)</i>
-réseau internet limité	<i>"le modèle internet nous à X c'est (pfff) " (M10)</i>
-résistance au déploiement	<i>"L'autre frein qu'on peut identifier c'est un frein un peu de secteur et vraiment propre à notre environnement c'est qu'on aimerait bien que nos interventions débordent de nos murs et les autres professionnels de santé aux alentours sont pas très ouverts à nos interventions proposées voir même clairement hermétiques donc on a du mal à atteindre les patients en dehors de nos murs." (M1)</i>

Les leviers	
-adaptée : CAPETV, ETP A DOM 86, CHU 86	<i>"Donc là on est quand même bien loti avec le CAPETV d'une part, l'ETP A DOM pour les interventions individuelles à domicile, et aussi les ateliers d'éducation thérapeutique qui sont faites au CHU. On a quand même une offre sur notre secteur qui est quand même assez adaptée je trouve." (M1)</i>
-CAPETV : aidante, réactive, adaptée	<i>"Et puis pour le coup le gros levier c'est le CAPETV. C'est une structure qui fonctionne bien, qui est aidante, qui est réactive et qui permet du coup que ça se mette en place rapidement et de façon tout à fait adaptée du coup." (M1)</i>

k) Le financement

Les freins	
-manque de questionnement	"J'avoue ne m'être jamais posé la question." (M12) "Je ne me suis pas vraiment posé la question donc je ne sais pas, je n'ai pas de réponse." (A8)
-financements dans le cadre de l'ACI insuffisants	"lorsqu'on regarde l'ensemble du budget de la maison de santé dans le cadre de l'accord conventionnel ça paraît minime, ce qui est paradoxale puisqu'on devrait + s'investir dans la prévention que dans le soin. Et c'est dommage que même dans le cadre du financement des équipes coordonnées, il n'y ait pas, qu'on ne tienne pas compte que c'est l'occasion et l'organisation qui permettrait vraiment de pouvoir privilégier la prévention au soin. C'est dommage. Donc oui il y a un cadre mais la hauteur de la rémunération dans ce cadre ne suffit pas. (...) le cadre de l'accord conventionnel était un peu trop rigide pour ce que nous on voulait faire, parce qu'on voulait dépasser un peu ça et que les financements qui sont apportés dans l'accord conventionnel sont largement insuffisant pour pouvoir nous permettre de le faire. Alors comment est-ce que ça devrait être financé ? Bon j'ai répondu. Je pense que ça devrait, toutes les maisons de santé pluriprofessionnelles, ça doit être financé dans le cadre de leur accord conventionnel mais à la hauteur je dirai, à la même hauteur qu'on finance le système d'informations partagés, les logiciels. Ça devrait être financé au moins à la même hauteur." (M3)
-financements insuffisants	"Et puis il faut les rémunérer aussi les autres, les infirmières de prévention et tout ça. C'est à la fois un problème de personnes au niveau quantité, de locaux au niveau quantité, au niveau structure et financier. On va mettre financier d'abord." (M4) "C'est toujours un peu compliqué tout ce qui est prévention et éducation même sur la partie un peu plus curative que préventive. Globalement c'est pas facile de trouver des financeurs." (A1)
-gratuité	"Je trouve que c'est bien après du coup ça ouvre à la gratuité pour les patients si je comprends bien aussi. Ce qui est intéressant et pas intéressant, enfin pour moi je pense c'est l'entre 2. C'est mon point de vue c'est à dire qu'à force de faire de la gratuité sur ces points là... Ce qui est bien c'est que c'est accessible à tout le monde donc ça c'est top. Par contre à contrario les gens pensent que ça leur ait dû, ils y ont droit et ils ont raison. Mais à force d'avoir des choses gratuites comme ça ils en profitent sur l'instant t après est-ce-que derrière ça dure et est-ce que cela dénature pas du coup les...? Ça n'empêche pas de faire de la qualité. Sur l'éducation thérapeutique non je trouve ça bien après c'est sur d'autres plans où je trouve ça parfois peut être un peu dommage car il y a des choses qui vont être payantes mais qui vont être tout aussi bien mais qui ne vont plus être intéressantes pour le patient car il va aller au moins cher." (A3)
-bénévolat	"Je fais beaucoup beaucoup de bénévolat ce qui fait que ça soit payé ou pas si j'ai envie de le faire je le fais." (A2)

Les leviers	
-pas de rémunérations supplémentaires	<i>"J'imagine pas être rémunéré pour ça car je pense que c'est une partie de mon job. J'attends pas en tant que généraliste être rémunéré pour ça car si clairement j'avais le temps de le faire je le ferai et je considérerai que ça fait partie de mes missions." (M9)</i>
-financement par l'ARS et l'Assurance Maladie	<i>"après les financements actuellement franchement moi je trouve que la CPAM et l'ARS elles encouragent quand même beaucoup à ça. Et que tant qu'on a des projets justement, qu'on est sur des protocoles ce genre de choses, qu'on répond à ce qu'ils demandent, bah ils financent et donc il y a moyen en fait de se trouver un financement." (M11)</i>
-maisons de santé pluriprofessionnelles	<i>"finalement quand on est en MSP, qu'on fait des protocoles, si ça rentre dans les protocoles, c'est rémunéré par ce biais-là." (M11)</i>
-rémunération pour reconnaissance de l'intérêt de l'ETP	<i>"Mais j'avoue que le temps même de participation à des ateliers ou quoique ce soit moi je le voyais en bénévole pour ma part. C'est un + que je voulais amener. Et en même temps après discussion avec des médecins, c'est de dire que si on met pas justement de rémunération là-dessus c'est qu'on déconsidère et qu'on trouve qu'il y a plus d'intérêt à la prescription qu'à l'éducation thérapeutique. Et donc en fait la rémunération elle viendrait pas pour soulager mon porte-monnaie ou quoique ce soit mais + comme une reconnaissance de ce que ça apporte au patient autant que de les voir en renouvellement pour leur faire une ordonnance. Et ça j'ai trouvé ça hyper juste." (M11)</i>
-suggestions : cotation spécifique, forfait annuel, consultation annuelle, ROSP, forfait dans les ACI, traçabilité, suppression de la rémunération à l'acte	<i>"pourquoi pas solliciter l'Assurance Maladie qu'il y ait une cotation spécifique" (M1) "Ce qui serait le plus logique ça serait un espèce de forfait par patient par an qui s'inscrit à l'ETP et qui vient à 2-3 réunions ou pour activité de groupe ou je sais pas des chose comme ça." (M5) "je sais pas peut être qu'il y ait soit un truc annuel, voilà une consultation annuelle. (...) Ou alors qu'il y ait un forfait qui répondent à certains critères si jamais on les a faits comme on a à la ROSP à la fin de l'année si on a satisfait à tout ça" (M6) "Je dirai que le plus simple peut-être et le plus cohérent étant donné que nous on a un label de MSP pour lequel on bénéficie de l'ACI et des financements par l'ACI cela serait avec une traçabilité de l'ETP qu'on réalise en nombre d'heures etc, d'avoir une rémunération forfaitaire incluse dans les ACI." (M12) "Je pense qu'il faudra supprimer la rémunération à l'acte en général pas forcément totalement mais trouver un moyen de faire un compromis entre." (M4)</i>
-pas d'importance du financement	<i>"Moi il n'y a pas de souci je ne fais pas ça pour l'argent." (A4)</i>
-adapté	<i>"Moi je le trouve tout à fait adapté au temps passé." (A7)</i>

I) Place de l'ETP

Les leviers	
-ETP : noyau de l'activité de médecine générale	<i>"un noyau de l'activité de médecine générale en soins primaires extrêmement important" (M11)</i>
-socle permettant la prise en charge optimale du patient	<i>"C'est l'un des socles qui va permettre la prise en charge optimale du patient" (M6)</i>
-indispensable, aide précieuse, essentiel	<i>"c'est indispensable." (M11), "Une aide précieuse. (...) essentiel." (M4)</i>
-ETP : une des motivations des professionnels à se mettre en MSP	<i>"Je pense que pour ce qui est des équipes pluriprofessionnelles coordonnées, l'ETP on est à la croisée des chemins. C'est à dire que dans les équipes, les maisons de santé pour faire simple, l'ETP était une des motivations des professionnels à se mettre en MSP dans le cadre du projet professionnel. Ils estimaient que c'était un axe important qui permettait de changer un peu leurs pratiques, d'y donner de la valeur. Et donc c'était une des motivations pour les professionnels d'intégrer une maison de santé." (M3)</i>
-poursuivre le développement de l'ETP	<i>"Qu'il y ait pourquoi pas d'autres réseaux qui s'organisent ça serait bien je pense. (...) Donc l'idée c'est surtout que ça perdure" (M1)</i>
-intérêt de l'ETP en ambulatoire	<i>"Moi je trouve que c'est hyper intéressant. Nous qui dans un milieu rural c'est intéressant aussi de pouvoir proposer des ateliers comme ça en local." (A7)</i>
-retour positif des patients	<i>"Pour les patients c'est quand même une chance. Et d'ailleurs le retour qu'on a est plutôt positif. Les patients sont ravis d'avoir ça à proximité en fait." (A7)</i>

m) Contexte Covid-19

Les freins	
-difficulté de recrutement des patients	<i>"Est-ce que c'est le Covid ou pas mais pour le moment donc on n'a pas vraiment réussi à intégrer assez de patients pour animer nos ateliers... On a été stoppé un peu d'entrée dans notre élan on va dire." (A4)</i>
-arrêt des ateliers d'ETP	<i>"L'épidémie Covid a un peu compliqué les choses en + en arrêtant les ateliers" (M1)</i>

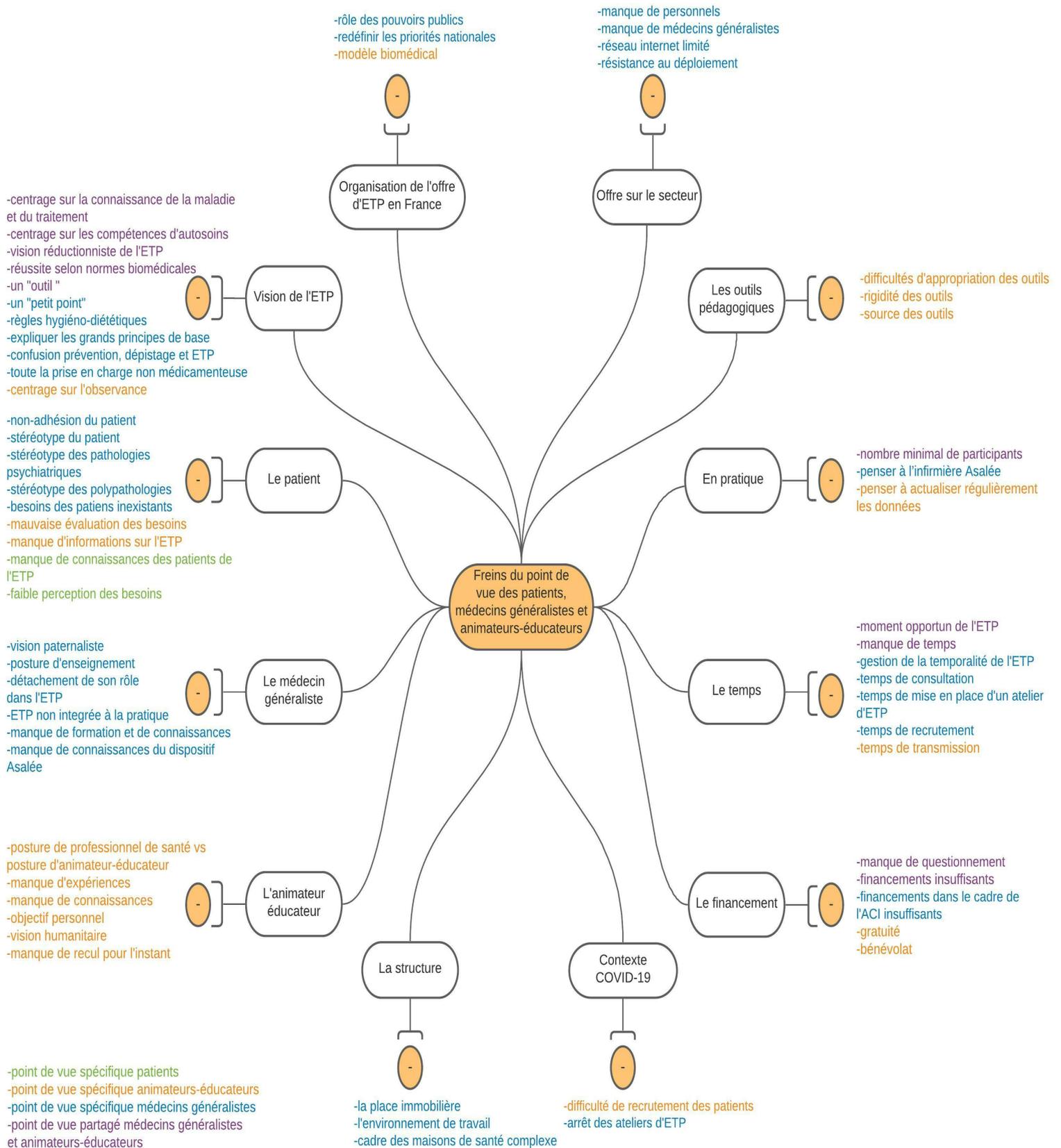


Figure 8 : Ensemble des freins exprimés par les patients, les médecins généralistes et les animateurs-éducateurs.

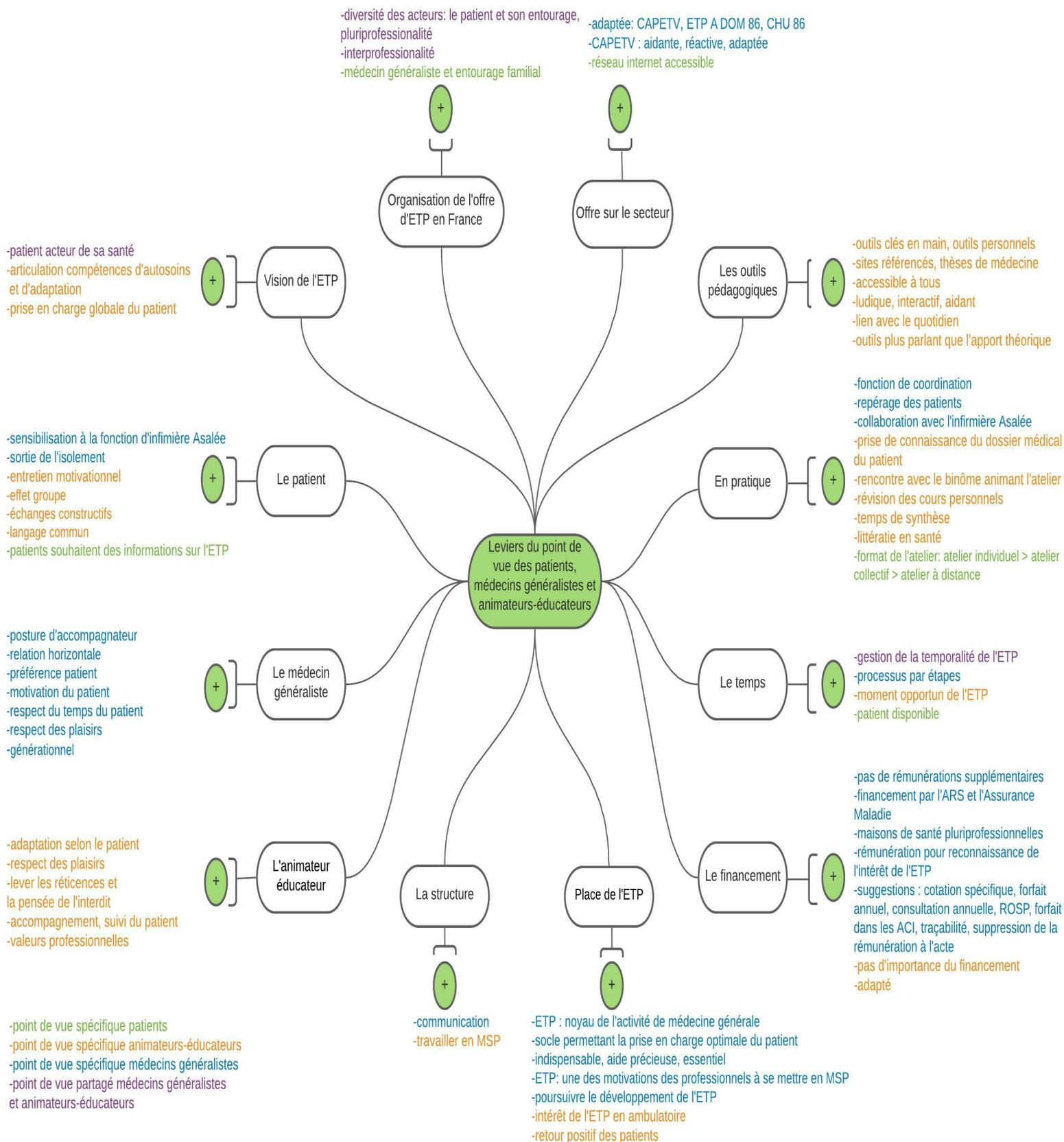


Figure 9 : Ensemble des leviers exprimés par les patients, les médecins généralistes et les animateurs-éducateurs.

IV. Discussion

Dans cette partie, nous aborderons les principaux résultats et les confronterons aux données de la littérature. Puis nous exposerons les forces et les faiblesses de l'étude. Enfin nous exposerons les perspectives de développement à ce travail.

1. Discussion des résultats principaux

L'analyse des résultats a donné des éléments de réponse à nos objectifs primaires et secondaires. En effet, nous avons mis en lumière de nombreux freins et leviers à la mise en place de l'éducation thérapeutique dans les MSP du Nord Vienne. Ces freins et leviers ont été exprimés par les patients, les MG et les AE.

a) La vision de l'ETP

Notre étude a mis en évidence que certains MG et AE avaient une vision de l'ETP centrée sur la connaissance de la maladie et du traitement, centrée sur les compétences d'autosoins et centrée sur l'observance. Également, une vision de l'ETP réduite à un "outil", à un "petit point", aux "règles hygiéno-diététiques", à "toute la prise en charge non médicamenteuse", aux "grands principes de base". En outre, ils estimaient que l'ETP était une réussite selon des "normes biomédicales". De plus, on a observé une confusion entre les termes préventions, dépistages et ETP chez certains MG. Ces résultats ont déjà été relevés dans la littérature (10-13). En exemple, on observe que les représentations qu'ont les soignants des pratiques d'ETP sont encore souvent confuses et peu de professionnels de santé les distinguent de celles d'information ou de conseil (10, 11). Également, une étude française montre que la plupart des MG pensent faire de l'ETP mais en réalité, faute de formation spécifique, ils privilégient l'apport de connaissances à l'échange interactif médecin-patient (12). A l'inverse, certains MG et AE ont mis en avant la notion de "rendre le patient acteur de sa santé" et certains AE ont intégré la notion de prise en charge globale du patient ainsi que l'articulation entre les compétences d'autosoins et d'adaptation dans leur définition de l'ETP. Cela correspond aux objectifs de santé publique déterminés par la loi du 9 août 2004 (14). L'essentiel lors d'une prise en charge médicale est de passer de la parcellisation du corps à la prise en charge globale en affectant un pouvoir d'acteur au patient. Il participera entièrement à son projet de soins, et plus largement à son projet de vie. En exemple, dans une étude dans le cadre du diabète de type I chez l'enfant, il apparaît que l'estime de soi des enfants diabétiques peut aisément se trouver altérée par la maladie chronique, et que les stratégies d'adaptation psychologique jouent un rôle majeur dans le cadre du contrôle du diabète (15).

b) Le patient

Notre étude a montré que pour certains MG, selon le type du patient et d'autant plus si le patient avait plusieurs pathologies et/ou des pathologies psychiatriques, l'ETP se solderait par un échec. Cette différenciation de la prise en charge, selon les caractéristiques des patients, est décrite dans la littérature sur les stéréotypes et préjugés des médecins, dans le cadre de ce qui est appelé les biais cognitifs dans la prise de décision médicale (16). Également, selon certains MG, les besoins des patients étaient inexistantes et de nombreux patients n'adhéraient pas à l'ETP. Le modèle de Levesque montre déjà ce défaut de perception des besoins d'accompagnement lié au patient lui-même et également au système de santé (17). D'ailleurs, notre étude a montré que 99% des patients ne connaissaient pas l'ETP et la plupart n'en percevait pas le besoin. Cela a déjà fait l'objet de nombreuses études (17-21). Cependant, tous les patients ont souhaité des informations sur l'ETP. En effet, comme observé dans la littérature, les patients souhaitent de plus en plus être informés (22, 23). De plus, selon certains AE, on constate un échec de l'ETP si les besoins initiaux du patient étaient mal évalués. Le diagnostic éducatif est une étape fondamentale de l'ETP. Ce travail ne peut s'opérer qu'à condition que le soignant soutienne le patient à adopter une posture intellectuelle dite "réflexive" et accepte de mettre momentanément à distance son expertise. Soutenir le patient à effectuer ce "retour sur soi", c'est lui donner les clés pour accéder à ses propres pratiques et développer ses capacités à analyser lui-même celles qui sont favorables à la gestion de sa maladie et de son traitement (22, 24). De la qualité du diagnostic éducatif découlent des programmes qui auront pour but de rechercher avec le patient la meilleure alliance entre certains impératifs du traitement et son projet de vie. Cependant, si la rencontre est soutenue par des guides d'entretien, des techniques, elle comporte toujours une part d'inconnue qui laisse place aux capacités créatives du soignant et du patient pour mieux se comprendre. Dans cette optique et pour reprendre l'expression de Bourdieu (25) sur les entretiens, le diagnostic éducatif est une "improvisation réglée". En outre, dans la réalité le diagnostic éducatif et les objectifs ne sont pas des préalables, mais se font avec le patient au long de l'éducation elle-même car, comme l'écrivent très justement Golay, Lager et Giordan (26) : "Voici le paradoxe : la finalité c'est le chemin !". Du côté des AE, certains ont évoqué le manque d'information aux patients de l'ETP. En exemple, une étude du programme d'ETP du Pôle de Santé de l'Envaligne (Vienne) (27) montre la difficulté de recrutement des participants en milieu rural de par le fait que la population rurale n'est pas habituée à la démarche éducative et qu'il existe une méconnaissance de cette offre et de

son rôle. Comme le témoigne le Dr Froment, "Informer le soigné et le faire participer aux décisions le concernant lui restituent la plus grande maîtrise possible sur sa vie, offrent les meilleures possibilités d'adapter les décisions à ce qu'il souhaite et lui permettent d'affronter les difficultés thérapeutiques prévisibles comme des difficultés délibérément acceptées" (28). Un MG a évoqué le fait que les patients sont sensibilisés à la fonction d'infirmière Asalée comme on le voit dans la littérature (29) et un autre a mis en avant le fait que l'ETP permet au patient de sortir de son isolement. En outre, la majorité des AE ont exprimé le bénéfice du groupe, l'effet de groupe avec des échanges importants et constructifs. Également, l'AE patient-expert a mis en avant le langage commun entre les patients avec le fait notamment d'employer les "même mots". L'avantage de l'ETP de groupe est déjà décrit dans la littérature (30). En effet, elle permet au patient de se rendre compte qu'il n'est pas seul. La mise en commun du vécu de la maladie, de la prise d'un traitement, des rapports avec les soignants, permet à un certain égard, d'échanger sur son expérience et de libérer ses émotions. Le groupe est alors pensé comme un soutien, un lien où il n'est nul besoin de se cacher et où il est possible de trouver des ressorts de motivation (30). Dans notre étude, plusieurs AE ont évoqué l'intérêt des patients-experts comme observé dans différentes études (27, 31). Certains AE ont mentionné l'entretien motivationnel. En ambulatoire, la résistance des patients à participer à un programme d'ETP est plus importante qu'à l'hôpital en raison de contraintes de temps et d'une répercussion plus faible de la maladie sur la vie quotidienne notamment. La nécessité de les motiver se pose avec plus d'acuité. Les soignants doivent acquérir pour cela des compétences spécifiques, inspirées de l'entretien motivationnel (32).

c) Le médecin généraliste

Dans notre étude, on a observé que certains MG avaient une vision paternaliste comme on le retrouve déjà dans la littérature (33). Également, certains MG avaient une posture d'enseignement avec des notions de "cours", de "devoirs préparés". Dans la littérature, des travaux montrent que l'utilisation de méthodes pédagogiques sous forme de cours ne donne pas envie au patient de s'investir. C'est par l'utilisation d'une pédagogie active faisant appel à des résolutions de problèmes concrets, des simulations de situations de vie et l'exécution d'exercices pratiques que l'attention du patient sera mobilisée (34). La posture éducative est l'attitude d'un soignant qui accompagne le patient dans son cheminement personnel face à sa maladie, qui l'aide à apprendre afin qu'il acquière plus d'autonomie dans la prise en charge de sa maladie. C'est une profonde évolution de la relation soignant/soigné très éloignée du modèle paternaliste et de sa relation très

asymétrique où le médecin s'occupe de tout et choisit pour son patient (35). La relation soignant-soigné doit évoluer d'une approche actuelle très biomédicale vers une autre approche plus élargie prenant encore plus en compte le mode de vie, le projet de vie des patients. D'ailleurs, Pr Reach souligne que la "posture" est une position non naturelle de l'esprit et dont l'adoption sous-tend des ruptures avec le modèle classique de la figure du médecin. Cette posture ne se décrète pas et relève d'un travail sur soi-même qu'une formation peut soutenir (36). On a pu observer également que pour certains MG, l'ETP n'était pas intégrée dans leur pratique et qu'ils se détachaient de leur rôle dans l'ETP en déléguant ce rôle aux infirmier(e)s Asalée notamment. Les conditions de mise en œuvre de l'ETP en ambulatoire ont été précisées par une enquête de la HAS en 2008. D'une manière générale, les médecins traitants étaient relativement peu impliqués, l'essentiel des prestations reposant sur les professionnels paramédicaux (37). En outre, selon certains auteurs, seulement 7 % des médecins adressent de manière systématique leurs patients vers des activités éducatives (38). Les MG ayant répondu à l'enquête ENTRED 2007 pensent que l'ETP améliore la santé et la qualité de vie des patients et revendiquent un rôle dans cette éducation thérapeutique. Ils perçoivent cependant ce rôle d'avantage comme une délégation que comme un engagement dans la réalisation de l'ETP (10). En outre, certains ont évoqué un manque de formation et de connaissances sur l'ETP mais également un manque de connaissances sur le dispositif Asalée. D'ailleurs, aucun des 12 MG interrogés n'était formé à l'ETP. Cela est déjà observé dans la littérature (39, 40). Une étude qualitative auprès de MG sur les difficultés à la pratique de l'ETP chez l'enfant asthmatique en médecine générale montre que le manque de connaissances des MG était la principale cause citée (20). Dans la littérature, des travaux montrent que les propositions et l'orientation des patients vers des activités d'ETP sont plus nombreuses et efficaces quand les professionnels y sont sensibilisés, notamment par la participation à des rencontres interprofessionnelles de formation continue (29, 41). La majorité des MG adoptait une posture d'accompagnateur, une relation horizontale, soignant-soigné. Comme le dit Sandrin-Berthon "Éduquer n'est pas convaincre, c'est accompagner" (42). L'accompagnement du patient doit se faire à son rythme et en phase avec son ressenti. Certains ont mis en avant l'importance de respecter les préférences du patient, respecter ses plaisirs, respecter son temps. D'autres encore ont mis en avant la motivation du patient. Ces critères de qualité correspondent aux critères proposés par l'OMS-Europe complétés par des critères similaires issus de démarches structurées d'ETP (43, 44). Également, une étude a montré que le principal facteur pour aboutir à une bonne

observance thérapeutique dans les maladies chroniques est la qualité de la relation médecin-malade (45). Des MG ont exprimé le fait que la "nouvelle génération de médecins" est davantage sensibilisée à l'ETP comme retrouvé dans une étude (46).

d) L'animateur-éducateur

Un AE a exprimé sa difficulté à passer de la posture de professionnel de santé à celle d'AE. Le manque d'expériences et de connaissances a également été mis en avant par plusieurs AE. Ces difficultés sont déjà observées dans la littérature (47-49). En effet, l'ETP demande aux professionnels de santé d'endosser un rôle d'éducateur qu'ils méconnaissent, avec peu d'outillages méthodologiques dus à des formations souvent courtes (40 heures). C'est pourquoi ils éprouvent des difficultés à se départir de leur démarche prescriptive liée à leur métier pour adopter une posture éducative tant parfois celle-ci pourrait, dans l'aspect méthodologique, s'apparenter de près à la démarche de soins (47). Il existe alors une variabilité des pratiques éducatives mobilisées par des concepts de référence, des méthodes utilisées, des organisations hospitalières avec une dominance biomédicale, qui engendre un équilibre difficile entre le "cure" et le "care" (48). De plus, certains AE ont expliqué que pour l'instant il leur était difficile de prendre du recul sur l'ETP dans le sens où certains n'avaient fait que peu d'ateliers. Aussi, on a observé que pour la moitié des AE il s'agissait surtout d'un objectif personnel. En outre, la vision humanitaire de certains qui pouvait être vécue difficilement. Certains AE ont évoqué le fait de s'adapter au patient, de respecter ses plaisirs, de lever les réticences et la pensée de l'interdit. Ils ont également mis en avant la notion d'accompagnement et de suivi du patient. Un AE a évoqué ses valeurs professionnelles dans son choix d'orientation vers l'ETP. Ces aspects sont observés dans la littérature (49).

e) Organisation de l'offre d'ETP en France

Certains MG ont exprimé des difficultés à la mise en place de l'ETP en lien avec l'organisation de l'offre d'ETP en France en mettant l'accent sur le fait qu'en France, on privilégie le curatif au détriment du préventif. Cela est déjà observé dans la littérature (50). En effet, chez les MG confrontés au défi d'assurer la prise en charge de maladies chroniques et la gestion de risques liés à des déterminants sociaux, il existe une volonté de dépasser le modèle curatif individuel pour s'inscrire dans un modèle de "santé publique", intégrant la prévention et la coordination des soins (50). D'autres MG ont également mis en avant le manque d'informations des pouvoirs publics sur ce qui est possible de faire au sein des MSP, sur les professionnels qui peuvent se former à l'ETP. Ces résultats sont déjà retrouvés dans différentes études (20, 59). Certains ont évoqué la

nécessité de redéfinir les priorités nationales. Ces remarques sont déjà observées dans la littérature (23, 51) où il est notamment montré que l'organisation des consultations de médecine générale en France rend difficile la réalisation de pratiques éducatives, à savoir délivrer un message d'ETP en 15 minutes alors que la salle d'attente est pleine derrière. De plus, un AE a remis en cause le modèle biomédical Français. D'une manière générale, il apparaît que la France n'est pas le pays le plus avancé en matière d'ETP ambulatoire. Dans de nombreux pays, l'ETP est maintenant institutionnalisée, et s'appuie généralement sur le partenariat entre professions de santé et le partage des tâches, avec des financements privés, publics ou mixtes (52, 53). La majorité des MG et des AE ont inclus le patient et son entourage ainsi que les professionnels de santé au sens large dans les acteurs de l'ETP. Les différents professionnels cités par les MG et les AE étaient les MG, les médecins spécialistes, les infirmières dont les infirmières libérales et les infirmières Asalée, les pharmaciens, les paramédicaux dont les psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, animateurs en physique adaptée, sages-femmes et podologues. Un MG a également cité les assistants médicaux et un autre les IPA, et certains AE ont également cités les patients-experts. Plusieurs MG et AE ont mis en avant l'intérêt de la pluriprofessionnalité et de l'interprofessionnalité. Les bénéfices de la pluriprofessionnalité pour le patient, le soignant et la société sont déjà observés dans la littérature (54) tout comme les avantages de l'interprofessionnalité (55). Les personnes ressources citées par les patients étaient majoritairement leur MG et leur entourage familial. Encore aujourd'hui, le MG occupe une place privilégiée pour les patients. L'instauration du parcours coordonné du médecin traitant réaffirme son rôle central dans la prise en charge du patient au sein du système de santé. Dans ce sens, il est la première personne à qui le patient va venir parler. L'intérêt de l'entourage familial fait déjà l'objet d'études qui soulignent l'importance de la reconnaissance du rôle du proche dans le quotidien avec la maladie (56).

f) La structure

Certains MG ont évoqué la place immobilière comme un frein avec pour eux la nécessité d'avoir des locaux en commun, une salle dédiée, une taille de locaux plus grande comme déjà identifié dans une étude (57). Un MG a évoqué la nécessité d'améliorer l'environnement de travail, dont un travail à faire sur les salles d'attentes comme retrouvé dans une étude (58). Un MG a évoqué la complexité du cadre des maisons de santé. L'analyse de l'expérience de MSP montre que le développement d'un travail pluriprofessionnel est un processus qui doit être investi dans une temporalité longue et

qu'un délai de 4 à 5 ans semble nécessaire à la construction et à l'atteinte d'un premier "équilibre" (59). Un MG a mis en avant les avantages d'avoir des écrans dans la salle d'attente pour communiquer. Un AE a évoqué le fait de travailler en MSP qui a favorisé le développement de l'ETP.

g) En pratique

Un MG a exprimé sa difficulté à penser à l'infirmière Asalée. Un MG et un AE ont évoqué le nombre minimal de participants à respecter afin que les ateliers soient les plus optimaux comme noté dans les recommandations de la HAS qui préconisent un minimum de 3 et un maximum de 10 patients (60). Un AE a également évoqué le fait de devoir penser à actualiser régulièrement les données. Un MG a évoqué la fonction de coordination de la MSP comme facilitant l'ETP ce qui est déjà retrouvé dans la littérature (10, 61). Un autre la fonction de repérage des patients pouvant bénéficier de l'ETP. Plusieurs ont évoqué la collaboration avec l'infirmière Asalée comme un atout. En effet, une étude montre que les MG sont satisfaits de leur coopération avec l'infirmière Asalée (57). En ce qui concerne les AE, certains ont évoqué la prise de connaissance du dossier médical du patient, la rencontre avec le binôme animant l'atelier, la révision des cours personnels, le temps de synthèse ainsi que la littérature en santé. En effet, la qualité de la communication est primordiale : plusieurs travaux ont démontré l'existence d'un lien entre l'efficacité de la communication soignant-patient et l'amélioration de la santé du patient (62). Ainsi, une communication améliorée, et en particulier le fait de recevoir des explications compréhensibles, augmente la satisfaction des patients, leur implication et améliore le ressenti de la maladie. En ce qui concerne le format de l'atelier, notre étude a montré que le plus envisageable pour les patients était le format individuel. En effet, plus de la moitié s'estimait prête à prendre du temps pour participer à ce type d'atelier contre la moitié pour les ateliers collectifs et moins de la moitié pour les ateliers à distance. Cette tendance corrobore les résultats d'une autre étude (13). Le CRES PACA (63) met en lumière le fait que l'ETP à distance ne répond "que partiellement aux problèmes d'accessibilité et d'inégalité de l'ETP". En effet, tous les patients n'ont pas d'accès ou d'expériences ou de compétences avec Internet. La crise de la Covid-19, a démontré "les opportunités que permettent les technologies numériques", mais elle a aussi "révélé que tout le monde ne suit pas le mouvement". Il est donc nécessaire de s'interroger sur les caractéristiques de la population que l'on peut atteindre avec une proposition d'ETP en visioconférence, mais également sur les stratégies à mettre en place pour favoriser l'accès aux personnes les plus éloignées du numérique, avec des relais (pharmacies, lieux tiers etc..).

h) Les outils pédagogiques

Un AE a évoqué ses difficultés à s'appropriier les outils comme on le retrouve dans la littérature (47). Un autre trouvait les outils trop rigides et estimait ne pas s'appuyer suffisamment sur les études scientifiques. La majorité des AE utilisait les outils pédagogiques "clés en main" de CAPETV et des outils personnels. D'autres utilisaient également des sites référencés et des thèses de médecine. La majorité en était satisfaite les trouvant accessible à tous, ludique, interactif, aidant, en lien avec le quotidien et plus parlant que l'apport théorique. Notre étude étant la première à s'intéresser à CAPETV, ces résultats sont donc nouveaux et encourageants.

i) Le temps

La majorité des MG et la moitié des AE ont évoqué un manque de temps comme retrouvé dans différentes études (21, 55). Un MG a mis en avant les avantages à travailler avec CAPETV, qui, en mettant en place tout le programme d'ETP, palie à la lourdeur de mise en place d'un atelier d'ETP. Également, ce MG a expliqué que le recrutement des patients prenait du temps comme mentionné dans des études (27, 55). Un autre MG a évoqué la gestion de la temporalité de l'ETP avec par conséquent des résultats difficiles à mesurer. Cela est déjà mis en avant dans les écrits du Dr Traynard et du Pr Gagnayre, où il est mentionné "qu'il faut accepter l'idée qu'il n'est pas possible de tout évaluer ni de manière toujours très précise" (64). En outre, l'ETP a montré son efficacité dans de nombreuses méta-analyses, mais le niveau de preuves n'est pas toujours très fort et ces études sont difficiles à réaliser (65). Certains MG et AE ont mentionné le moment opportun de l'ETP et la notion de processus par étapes comme des freins et d'autres comme des leviers. La notion de temporalité est à prendre en compte car la relation entre professionnels de santé et personnes atteintes de maladies chroniques est caractérisée par la discordance des temps : le temps du malade qui est celui de l'acceptation et des longs changements comportementaux, et le temps du professionnel de santé qui souhaite assurer au plus vite la prévention des complications (66). La maladie chronique pourrait être ainsi comparée à une "promenade" qui se ferait en 2 CV pour le patient, et en TGV pour le professionnel de santé (67). Un AE a évoqué un manque de temps de transmission avec un souhait d'avoir plus de temps de concertations avec le MG. Notre étude a montré que la majorité des patients estimait avoir du temps dans la semaine pour participer à des ateliers. On émet l'hypothèse que les patients interrogés étaient majoritairement retraités (57%).

j) L'offre sur le secteur

Un MG a évoqué le manque de professionnels de santé dont le manque de MG et de personnels soignants en général. En effet, une étude sur l'intérêt des jeunes MG de la Vienne pour les MSP a mis en évidence que le réel frein demeure la localisation des MSP, souvent en milieu rural dans la Vienne (46). Un autre a mis en avant le réseau internet limité sur le secteur ce qui n'est pas retrouvé chez les patients interrogés qui, à l'inverse, estimaient faisable en termes de réseau internet de réaliser des ateliers à distance. Un autre a mis en avant les difficultés au déploiement de l'ETP, la difficulté à atteindre les patients "hors les murs" comme déjà retrouvé dans la littérature (68). Cependant, ce MG trouvait que l'offre sur le secteur était adaptée avec CAPETV dans les maisons de santé, ETP A DOM 86 pour les interventions individuelles à domicile et le CHU de Poitiers. En effet, on observe dans la littérature que la proximité des lieux de vie des patients avec les structures éducatives facilite l'adhésion des patients aux programmes d'ETP et donc aux processus d'apprentissages sous-jacents (69). Également, ce MG a mis en avant les avantages et sa satisfaction à travailler avec CAPETV trouvant cette association aidante, réactive, permettant de mettre en place rapidement et de façon tout à fait adaptée les ateliers d'ETP. Comme expliqué précédemment, notre étude étant la première à s'intéresser à CAPETV, ces résultats sont nouveaux et encourageants.

k) Le financement

Certains MG et AE ne s'étaient jamais posés la question du financement de l'ETP. Des MG et AE trouvaient les financements insuffisants dont les financements dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). Cela est déjà observé dans différentes études (21, 55). Un autre AE a exprimé les limites de la gratuité, un autre a parlé de bénévolat. A l'inverse, certains MG ne souhaitaient pas de rémunérations supplémentaires considérant que l'ETP faisait partie intégrante de leurs missions. Un MG trouvait que les financements alloués par l'ARS et l'Assurance Maladie encourageaient au développement de l'ETP et que le fait d'être en MSP était facilitateur. Également, il a expliqué que la rémunération était importante pour la reconnaissance de l'intérêt de l'ETP. Un AE trouvait le financement adapté, un autre n'accordait pas d'importance au financement. La majorité des MG a émis des suggestions sur le financement tels qu'une cotation spécifique, un forfait annuel, une consultation annuelle, un indicateur ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique), un forfait dans les ACI, une traçabilité, la suppression de la rémunération à l'acte. Ces suggestions sont évoquées dans plusieurs études (70, 71).

l) Place de l'ETP

Notre étude a mis en lumière l'intérêt majeur des MG et des AE pour l'ETP le décrivant comme "le noyau de l'activité de médecine générale", "le socle permettant la prise en charge optimale du patient" comme cités par des MG. La majorité a exprimé le souhait de la poursuite du développement de l'ETP. La participation de 12 MG à notre étude sur les 14 éligibles renforce l'idée que les MG ont un intérêt pour l'ETP. Un AE a également exprimé son intérêt pour l'ETP en ambulatoire et a expliqué l'intérêt pour les patients avec d'ailleurs des retours positifs de leur part. De nombreuses études mettent en avant l'intérêt des MG pour l'ETP, comme cette enquête menée en 2009 dans 5 régions françaises (72) qui indique que 9 médecins interrogés sur 10 sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP.

m) Contexte Covid-19

Certains MG et AE ont mis en avant le contexte Covid-19 ayant rendu difficile le recrutement des patients et arrêté les ateliers d'ETP. Une enquête menée auprès de 714 programmes ETP témoigne de la fragilité de l'ETP et du faible niveau d'importance qu'on lui a accordé pendant la crise sanitaire (73). Cela fait l'objet de nombreuses études et "la Covid-19 n'a fait que révéler de manière plus évidente des enjeux qui lui préexistaient" comme le disent Berkesse et Gross (74).

2. Forces et faiblesses de l'étude

a) Biais de sélection et de recrutement

Les MG participants n'étaient pas représentatifs de la population de MG du territoire Français. En revanche, en ayant interrogé 12 MG sur les 14 éligibles, nous avons une vision quasi exhaustive des MG exerçant en MSP sur le territoire du Nord Vienne. Parmi les 8 AE interrogés, 1 seul était patient-expert laissant supposer un biais. Seulement, sur le territoire du Nord Vienne, sur les 18 AE existants, il n'y avait que 2 patients-experts. De plus, l'ensemble des AE interrogés avait des métiers différents ce qui renforçait la validité des résultats. L'échantillon avec 12 MG sur les 14 éligibles, 8 AE sur les 18 éligibles nous a permis d'atteindre la saturation des données. Cet effectif important a créé un gain de puissance. En ce qui concerne les patients, nous avons fait le choix d'inclure des patients pour lesquels il n'y avait pas encore d'offre de programmes ETP en ambulatoire afin de ne pas induire par l'étude un recrutement non validé de patients par les opérateurs de CAPETV. Les MG auraient pu sélectionner des patients selon des critères tels que leur âge, leur genre, leur niveau socio-culturel et socio-économique, etc induisant donc un biais. Mais finalement lorsque l'on regarde la patientèle des MG interrogés, ce biais semblait limité puisque la population était représentative de leur patientèle en termes d'âge notamment. Tous les MG ont accepté de participer au recrutement des patients. Au total, sur les 74 patients recrutés, 70 ont accepté de participer (2 patients ont été injoignables et 2 ont évoqué un manque de temps). Parmi l'ensemble des personnes interrogés, la thésarde ne connaissait que 4 MG ce qui a limité le biais de recrutement.

b) Biais d'information

La technique des entretiens semi-dirigés ne permet pas de vérifier la véracité des propos rapportés par l'interviewé, alors que l'analyse des résultats part du principe que ces données sont réelles. De plus, il est possible que les interviewés n'aient pas donné l'ensemble des informations par peur d'un jugement de la part de l'enquêteur. Cela a néanmoins permis de faciliter les échanges au cours des entretiens. Les entretiens en direct pour les MG et les entretiens téléphoniques pour les AE se déroulaient sur un temps libre, il a pu influencer le contenu des échanges. Pour les patients, la thésarde leur demandait à chaque fois si le moment était idéal pour eux ou s'ils préféraient être rappelé à un autre moment afin que l'entretien se déroule dans les meilleures conditions. Pour les MG, les entretiens ayant eu lieu dans des bureaux libres de la MSP, il n'y a ainsi pas eu de perturbations extérieures. Pour les AE et les patients, les entretiens ayant été

téléphoniques on ne peut affirmer l'absence de perturbations extérieures. Par ailleurs, il est possible que l'enregistrement des entretiens ait créé une certaine méfiance et inquiétude de la part des personnes interviewées, bien qu'elles aient été assurées de leur anonymat avant le début des interviews. La thésarde étant novice dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés, cela a pu retentir sur la qualité des entretiens. Cependant, de fait que tous les entretiens ont été menés par la même personne, on peut donc penser qu'ils ont été dirigés de la même façon, avec une certaine reproductibilité ce qui aurait été difficilement réalisable s'il y avait eu différents intervieweurs. L'analyse a été concomitante du recueil de données afin de minimiser les pertes de données non verbales.

c) Portée de l'étude

Cette étude est innovante. Il s'agit de la première étude sur le territoire du Nord Vienne et la première prenant en compte à la fois le point de vue des patients, des MG et des AE. Rare sont les études qui interrogent les patients alors qu'ils sont unanimement au cœur du dispositif. Aussi, il s'agit de la première étude qui parle de CAPETV et d'ETP A DOM 86.

d) Méthode

Le choix d'une méthode mixte avec un volet qualitatif par entretiens individuels semi-dirigés pour les MG et les AE et un volet quantitatif par hétéroquestionnaire pour les patients semblait adapté à la question de recherche. Les entretiens individuels semi-dirigés avec des questions ouvertes favorisaient l'expression du ressenti et permettaient de recueillir des données détaillées. Pour les patients, nous avons fait le choix d'utiliser une échelle de Likert à 5 entrées, car, premièrement, de fait que les patients inclus étaient des patients n'ayant jamais bénéficié d'ETP, il nous semblait plus adapté d'avoir un choix limité de réponses sur des thèmes bien défini au préalable. Deuxièmement, en imposant ces dits éléments de réponse, cela nous permettait de catégoriser plus facilement les données. L'élaboration de ces outils s'est faite en collaboration avec la directrice de thèse ayant une expérience de la recherche qualitative et quantitative suite à des échanges avec 4 personnes ressources impliquées dans l'ETP afin d'avoir des outils optimaux. Les questions étaient simples et neutres pour limiter le biais d'information. Certaines questions établies pour l'entretien avec les MG étaient proches de celles établies pour les AE de manière à pouvoir comparer leurs réponses. L'analyse des données a été effectuée lors d'une triangulation entre ma directrice de thèse, un médecin de santé publique référent UTEP de la Vie La Santé du CHU de Poitiers et moi-même ce qui a permis de limiter le biais d'information et de renforcer la validité interne des résultats.

3. Perspectives

a) Un travail novateur à poursuivre

Notre travail a ouvert la voie à de nombreuses possibilités de recherche. Il serait enrichissant de compléter cette étude sur un échantillon plus grand de patients et d'envisager des comparaisons de point de vue selon leur âge, leur sexe, leur niveau socio-culturel et socio-économique. En ce qui concerne les MG, il pourrait être intéressant de comparer leur point de vue selon leur âge, leur sexe et leurs stages réalisés durant leur cursus. Pour les AE, on pourrait envisager des comparaisons selon leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice ou bien encore selon s'ils sont professionnels de santé et/ou patient-expert. En outre, une fois que les AE auront gagné en expériences, il serait intéressant de réinterroger leurs pratiques professionnelles. Enfin, une fois que CAPETV aura pu inclure un nombre conséquent de patients dans chacun des programmes, envisager d'interroger les patients sur l'accompagnement dont ils ont bénéficié. En octobre 2021, 140 patients ont été inclus dans les programmes de CAPETV. L'ensemble de ces idées de recherche permettrait ainsi d'affiner les freins et leviers mis en lumière au cours de notre étude.

b) Le partenariat

On reste aujourd'hui encore en France sur une offre construite par des professionnels et non suffisamment co-construite avec les patients et leur entourage familial. En tant que soignant, nous aspirons à la meilleure qualité de vie pour les patients mais indéniablement nous sommes contraints car, premièrement, nous n'avons pas les moyens nécessaires sur le plan financier et, deuxièmement, nous n'avons pas l'expérience de la maladie. Les propositions que l'on estime comme "mieux pour le patient" ne sont-elles pas empreintes, même de façon inconsciente, de paternalisme ? En effet, au vu de nos connaissances médicales, il faudrait que le patient sache et apprenne cela mais finalement est-ce vraiment cela dont il a besoin ? Ainsi, inclure les patients-experts dans toutes les étapes de la démarche d'ETP et même dans les formations des professionnels de santé semble souhaitable. Ce nouveau modèle est déjà développé à la faculté de Médecine de Montréal depuis 2010 (75). En somme, le partenariat entre les patients ayant l'expérience de la maladie et les professionnels de santé l'expertise médicale, semble être une des clés à l'accompagnement optimal des patients dans leur quotidien.

V. Conclusion

En conclusion, compte tenu de l'évolution de l'épidémiologie des maladies chroniques, il apparaît indispensable de développer l'ETP en ambulatoire. Notre étude a permis de mettre en lumière les freins et les leviers à cette mise en place dans les MSP du Nord Vienne selon le point de vue des patients, des MG ainsi que des AE.

Les principaux freins partagés par les MG et les AE étaient le manque de temps et le manque de formation à l'ETP ayant pour conséquence une vision de l'ETP restreinte, confuse, centrée sur la connaissance de la maladie et du traitement, sur les compétences d'autosoins et sur l'observance et considérée comme une réussite selon des "normes biomédicales". En outre, des freins liés à l'organisation de l'offre d'ETP en France, à l'insuffisance du financement mais également au contexte Covid-19.

Les freins spécifiquement exprimés par les MG étaient en lien avec le type du patient et le fait que les patients ne ressentaient pas le besoin d'ETP. Certains MG adoptaient une posture d'enseignement avec une vision paternaliste. Aussi, un détachement des MG de leur rôle dans l'ETP avec une délégation aux infirmier(e)s Asalée notamment sans même pour certains être au clair avec le dispositif Asalée. En outre, des freins liés à la taille de la structure et des freins propres au secteur avec un manque de professionnel sur le territoire du Nord Vienne.

Les freins spécifiquement exprimés par les AE étaient en lien avec le manque d'informations aux patients de l'ETP. Également, des difficultés à passer de la posture de professionnel de santé à celle d'AE, des difficultés pour certains à évaluer les besoins des patients et des difficultés à s'approprier les outils en lien avec le manque d'expériences et de connaissances.

En ce qui concerne les patients, le frein majeur était le manque de connaissance de l'ETP avec 99% des patients de notre étude ne connaissant pas l'ETP. Leur perception du besoin en ETP était faible.

A l'inverse de nombreux leviers ont été mis en lumière. Les principaux leviers partagés par les MG et les AE étaient avant tout un intérêt majeur pour l'ETP et le souhait de la poursuite de son développement. A cela on peut ajouter la considération du patient et de son entourage comme des acteurs de l'ETP, l'intérêt de la pluriprofessionnalité et de l'interprofessionnalité, ainsi qu'une posture d'accompagnement positionnant le patient comme acteur de sa santé.

Les leviers spécifiquement exprimés par certains MG étaient en lien avec la fonction de coordination, de repérage des patients et la collaboration avec l'infirmière Asalée. Quant

aux AE, certains ont mis en avant les avantages à travailler en MSP, le bénéfice des ateliers de groupe, l'intérêt des patients-experts, la satisfaction du travail avec CAPETV, l'entretien motivationnel et la littératie en santé.

En ce qui concerne les patients, le principal levier était leur souhait d'être informé sur l'ETP. Leurs principales personnes ressources pour les aider à mieux vivre au quotidien étaient leur MG et leur entourage familial.

Ainsi donc, les MSP et le développement de réseaux allant au plus proche des patients tels que CAPETV apportent des réponses à la mise en place de l'ETP en ambulatoire. Informer les patients et leurs proches, former les MG et développer la culture de travailler ensemble en considérant le patient comme un partenaire sont des pistes d'amélioration pour un accompagnement optimal des patients.

VI. Bibliographie

1. CESE. Les maladies chroniques. [Internet]. [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>
2. WHO Working group. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998.
3. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. [Internet]. 2007 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] www.has-sante.fr
4. Fédération française des maisons et pôles de santé. Qu'est-ce qu'une maison de santé? [Internet]. 2014 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-unpole-de-sante>
5. Cartosanté. Rapports et portraits de territoires. 3 communautés de communes. [Internet]. 2020 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=list_geo&report=r01
6. Le Département de la Vienne. Les maisons de santé pluridisciplinaires. [Internet]. 2019 [cité 2 octobre 2020]. [En ligne] <https://www.lavienne86.fr/au-quotidien/sante/les-maisons-de-sante-pluridisciplinaires>
7. ARS Nouvelle Aquitaine. Liste des programmes ETP. [Internet]. 2020 [cité 2 octobre 2020]. [En ligne] https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-07/Liste_Pgm_Contacts_ETP_06_07_2020.pdf
8. CAPETV. Centre Ambulatoire de Prévention et d'Éducation Thérapeutique de la Vienne. [Internet]. 2020 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] <https://capetv.fr/capetv/>
9. ETPADOM. L'éducation thérapeutique en polypathologies à domicile dispensé par les professionnels de santé libéraux sur le département de la Vienne. [Internet]. 2020 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] <https://etpadom86.wixsite.com/monsie>
10. Fournier C., Fagot-Campagna A., Traynard P.-Y., Gautier A., « Démarche éducative : comment les médecins la perçoivent-ils ? Résultats de l'étude ENTRED 2007 » *Le Concours Médical*, 2009;20(131):810-812.
11. Levesque J.-F., Feldman D., Gagne V., et al., « Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques », *Pratiques et Organisation des soins*, 2009;40(4):251-265.
12. Bourit O., Drahi E. Education thérapeutique du diabétique en médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*. 2007;3:229-34.
13. Dard C. Éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 en cabinet de médecine générale à Marseille : pratiques, limites et modalités de recours aux programmes d'ETP. [Thèse d'exercice]. Marseille ; 2018.
14. HCSP : Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 30 octobre 2021]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/haut-conseil-de-la-santepublique-objectifs-de-sante-publique-evaluation-des>

15. Malivoir S. Impact de la dimension psychologique dans le traitement du diabète. L'estime de soi, frein ou moteur à la mise en place de stratégies de soins et d'adaptation à la maladie. Archives de Pédiatrie. 2013;20:S1448.
16. Saposnik G., Redelmeier D., Ruff CC., Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 2016;16(1):138.
17. Hugonenq N., Prévost J., Albouy-Llaty M. Comprendre les déterminants du non-recours aux programmes d'éducation thérapeutique du patient à partir du modèle de Levesque appliqué à un programme ambulatoire. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2020;12, 20205.
18. Cohen J-D., Combe B., Tropé S. Étude du recrutement de patients dans un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ. 2018;10(2):20202.
19. Sourisse J. Attentes des médecins généralistes de la Villa Santé du CHU de Poitiers : une étude qualitative. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2020.
20. Laurent D. Difficultés à la pratique de l'éducation thérapeutique chez l'enfant asthmatique en médecine générale : étude qualitative auprès d'un groupe de médecins généralistes de l'Indre et Loire. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2018.
21. Codron J., Piras L. Mise en place de programmes d'éducation thérapeutique de proximité: Expérience des professionnels de santé de premier recours en Midi-Pyrénées. [Thèse de Médecine]. Toulouse; 2016.
22. Orsini D. Étude d'un programme d'éducation thérapeutique de patients atteints de maladies chroniques et en situation de précarité : étude qualitative avec recueil auprès des professionnels de santé. [Thèse de Médecine]. Paris Descartes ; 2016.
23. Fisher EB., Brownson CA., O'Toole ML., Shetty G., Anwuri VV., Glasgow RE. Ecological Approaches to Self-Management: The Case of Diabetes. American Journal of Public health. 2005; Vol 95 (9): 1523-1535.
24. Iguenane J. L'éducation thérapeutique du patient : une approche. L'escarre 2002 ; 15:6-7.
25. Bourdieu P. Le sens pratique. Paris Ed. Minuit, 1982.
26. Golay A., Lager G., Giordan A. Comment motiver le patient à changer ? Paris : Maloine, 2009, 247p.
27. Blancke A. Intérêt de la pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient en ambulatoire : étude du programme du Pôle de Santé de l'Envigne (Vienne) s'adressant à un groupe de patients porteurs de facteurs de risque cardio-vasculaire. [Thèse de Médecine]. Poitiers ; 2015.
28. Froment A. Elaborer la décision avec le soigné. Prescrire août 2008;(299): p 576.
29. Bourgueil Y., Fur PL., Mousquès J., Yilmaz E. La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2 Evaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. IRDES; 2008 p. 149. Rapport N°544.
30. Gagnayre R., Traynard PY. Education thérapeutique du patient. Editions scientifiques et médicales Elsevier 2002; 7-1027:p7.

31. Cherillat M. Evolution des pratiques et transformations identitaires à l'oeuvre chez les professionnels de santé pratiquant l'Education Thérapeutique du Patient. [Thèse de Sciences]. Clermont Auvergne; 2021.
32. Golay A., Lagger G., Giordan A., Comment motiver le patient à changer ? Paris, Éditions Maloine, coll. « Éducation du patient », 2010, p. 71-170.
33. Fernandez G. Quand des décisions touchent à l'autonomie des personnes : quelle place pour les médecins généralistes ? *Retraite et société* 2014/1 (n° 67), p.111-129.
34. Deleris J.-F., Gagnayre R., « Planifier un programme de formation en IFSI choix d'un modèle pédagogique », *Soins Cadres*, 2005;55:63-66.
35. Emanuel Ej. Emanuel II, « four models of the physician-patient relationship » *JAMA*, 1992;267(16): 2221-6.
36. Reach G., « une éducation thérapeutique sans posture n'est qu'une imposture » in Grimaldi A., éducation thérapeutique : la mise en oeuvre, éditions scientifiques I&c, Paris, 2011.11-3.
37. Midy F., Dekussche C., « L'Education thérapeutique du patient en ambulatoire », *ADSP*, 2009; (66):43-45.
38. Fournier C., Buttet P., Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. [Internet]. 2009 [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] http://peidd.fr/IMG/pdf/Reseaux_et_MG.pdf
39. Bros B., Fontan G., Fostier P., Lafon F., Alias F. Pratique de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Union régionale des médecins libéraux Midi-Pyrénées juin 2010 : p23-32.
40. Razafindralambo S. La perception et la pratique des médecins généralistes face à l'éducation thérapeutique du patient asthmatique : enquête auprès de 66 médecins de la commune de Nanterre. [Thèse de Médecine]. Paris Diderot ; 2012.
41. Vileyn M., Organisation de l'éducation thérapeutique au sein des maisons de santé pluridisciplinaires. [Thèse de Médecine]. Grenoble; 2011.
42. Sandrin-Berthon B. Eduquer un patient : Comment être plus performant ? *La revue du praticien Médecine Générale* 2001; 15(549) : 1727-1730.
43. HAS guide méthodologique. Structuration d'un programme d'ETP dans le champ des maladies chroniques. HAS-INPES juin 2007; p 13-49.
44. Working group on therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: World Health Organization 11-14 june 1999; 61-67].
45. Boisliveau A. Facteurs intervenant dans la non - observance des maladies chroniques en médecine générale. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2016.
46. Moutoussamy A. Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de santé pluriprofessionnelles : Enquête auprès de 15 jeunes médecins généralistes par entretiens semi directifs. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2014.

47. Sandrin B. Education thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? Santé publique, hs2(s2). 2013 :125-135.
48. Rothier-Bautzer E. Entre cure et care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière. Rueil-malmaison. Lamarre; 2012.
49. Pétré B., Gagnayre R., De Andrade V., Ziegler O., Guillaume M. From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals – a pragmatic approach for defining competencies and resources. Patient Preference and Adherence 2017;11 603–617.
50. Bourdillon F., Mosnier A., Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes, Santé publique, 5. 2008 ; 489-500.
51. Traynard PY., Gagnayre R. ETP en ville et sur les territoires. Broché 2013; p17-58.
52. Bourgueil Y., Marek A., Mousques J., « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec », questions d'économie de la santé, juin 2005 ; (95) :1-12.
53. Breton M., Levesoue J.-F., Pineault R., « L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires », Pratiques et organisation des soins, 2011 ;42(2) :101-109.
54. De La Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. Education thérapeutique patient juin 2013; 5(1): 166-169.
55. Payet B. Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation thérapeutique en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2016.
56. Brignon M. Caractérisation et influence du proche et de l'environnement social dans le quotidien des patients souffrant de maladie chronique. [Thèse de Sciences]. Lorraine; 2019.
57. Vezien C. Identification des freins à la coopération interprofessionnelle entre médecins généralistes et infirmières Asalée en Charente. [Thèse de Médecine]. Poitiers; 2017.
58. Guyot A. Représentation et enjeux de la salle d'attente : points de vue comparés de médecins généralistes et de patients d'après une enquête qualitative. [Thèse de Médecine]. Nancy; 2010.
59. Fournier C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes. [Thèse Doctorat de Santé Publique]. Paris Descartes ; 2015.
60. HAS. Education Thérapeutique du Patient. Comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007.
61. Sandrin-Berthon B., Attali A., Fournier C. L'ETP intégrée aux soins de premiers recours. Haut Conseil de la Santé Publique novembre 2009 : 19-27.
62. Stewart M.A. Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: a review. Canadian Medical Association Journal, 1995;152(9):1423-33.

63. CRES-PACA. Préconisations pour la mise en place de l'ETP à distance, 2018. [Internet]. [cité 30 octobre 2021]. [En ligne] http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2412/etp-a-distance_doc.pdf
64. Gagnayre R., Traynard PY. Education thérapeutique du patient. Editions scientifiques et médicales Elsevier 2002 ; 7-1027:p7.
65. Lagger G., Pataky Z., Golay A., « Efficacité de l'éducation thérapeutique », Revue médicale Suisse, 2009;5(196):688-690.
66. Grimaldi A. La maladie chronique. Les Tribunes de la santé, 2006; 4(13), 45-51.
67. Barrier P. Le temps du patient (chronique). In D.Simon, P.-Y. Traynard, F. Bourdillon, R. Gagnayre et A. Grimaldi (eds), Education thérapeutique. Prévention et Maladies chroniques. Paris: Elsevier Masson. 2013: 83-93.
68. Fournier C., Frattini M-O., Naiditch M., Traynard P-Y., Gagnayre R., Lombrail P. Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique pour leurs patients ? Santé Publique 2018; S1(HS1):69–80.
69. Masseron S. Des principes pour la conception d'un programme d'ETP en ambulatoire. Broché mars 2013: p176.
70. Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale : analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliquées en éducation thérapeutique. [Thèse de Médecine]. Nantes ; 2011.
71. Vileyn M. Organisation de l'éducation thérapeutique au sein des maisons de santé pluridisciplinaires. [Thèse de Médecine]. Grenoble ; 2011.
72. Paraponaris A., Guerville M.-A., Verger P., et al., « Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile: opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises », études et résultats, 2011;(753):1-8.
73. Lafitte P., Pétré B., De La Tribonnière X., Gagnayre R. Comment les soignants-éducateurs ont-ils adapté leurs pratiques de l'ETP durant la crise du COVID-19 ? Une enquête descriptive sur 714 programmes ; Educ Ther Patient/Ther Patient Educ ; 2020, 12, 20207. <https://doi.org/10.1051/tpe/2021001>
74. Berkesse A., Gross O., Quels enseignements tirer de l'expérience de la pandémie de la Covid-19 dans l'accompagnement des patients chroniques ? Médecine des maladies métaboliques. Volume 15, issue 1, 2021 ; 33-39.
75. Pomey MP., Flora L., Karazivan P. and al. Le « Montreal Model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique 2015 ; HS (S1) : p 41-50.

VII. Annexes

Annexe 1 :

Guide d'entretien Médecin généraliste :

Caractéristique du Médecin Généraliste :

- 1) Sexe
- 2) Age
- 3) Année d'installation
- 4) Lieu d'exercice : urbain/ semi-rural/ rural
- 5) Pourcentage de la patientèle ayant une maladie chronique
- 6) Formation à l'ETP. Si oui le type de formation et l'année.
- 7) Exercice avec une/plusieurs infirmière(s) Asalée(s)
- 8) Exercice avec un/plusieurs professionnel(s) formé(s) à l'ETP hors Asalée

- 1) Que représente pour vous l'éducation thérapeutique du patient ?
- 2) Que faites-vous en pratique dans le cadre de l'ETP ?
- 3) Pourriez-vous donner des souvenirs de cas particuliers de très bonne réussite et au contraire, d'échec avec vos patients dans le cadre de l'ETP, en essayant d'expliquer ce qui à votre avis a pu amener de tels résultats ?
- 4) Selon vous, quels sont les besoins des patients dans le cadre de l'ETP ?
- 5) Selon vous, quelles sont les acteurs qui doivent intervenir dans l'ETP ?
- 6) Quels sont les freins à la mise en place de l'éducation thérapeutique dans votre maison de santé pluriprofessionnelle ?
- 7) Quels sont les leviers dans votre structure qui favorisent le développement de l'ETP ?
- 8) Comment imaginez-vous d'être rémunéré lorsque vous réalisez de l'ETP ?
- 9) Pour finir, quelles sont vos remarques, vos suggestions, vos interrogations ?

Guide d'entretien Animateur-éducateur :

Caractéristique de l'Animateur-éducateur :

- 1) Sexe
- 2) Age
- 3) Patient-expert et/ou professionnel de santé
- 4) Métier
- 5) Année de formation à l'ETP
- 6) Nombre d'ateliers animés

- 1) Que représente pour vous l'éducation thérapeutique du patient ?
- 2) Que faites-vous en pratique ?
- 3) Pourquoi avez-vous choisi de vous orienter vers l'ETP ?
- 4) Qu'est-ce qui vous plaît ?
- 5) Que pensez-vous de la participation des patients lors des ateliers ?
- 6) Quels outils pédagogiques utilisez-vous ?
- 7) Qu'en pensez-vous ?
- 8) Que représente pour vous le travail en équipe en ETP ?
- 9) Selon vous, quelles sont les acteurs qui doivent intervenir dans l'ETP ?
- 10) Que pensez-vous du financement des ateliers ?
- 11) Qu'est-ce qui est difficile pour vous pour réaliser l'ETP ?
- 12) Quelles sont les modifications que vous apporteriez à votre pratique d'ETP ?
- 13) Pour finir, quelles sont vos remarques, vos suggestions, vos interrogations ?

Questionnaire patient :

- 1) Sexe
 - 2) Age
 - 3) Occupation principale actuelle : Retraité/Actif occupé/Sans emploi/Etudiant
 - 4) Connaissance de l'éducation thérapeutique.
- Si oui, ce que le patient peut m'en dire et s'il souhaite un complément d'informations.
Si non, si le patient souhaite que je lui explique en quoi cela consiste.

X : nom(s) de la(les) pathologie(s) chronique(s) préalablement renseigné par le médecin généraliste lors de phase de recrutement du patient

	Pas d'accord		D'accord		Je ne sais pas
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Parfaitement d'accord	Je ne sais pas
1) A ce jour, je me sens en bonne santé					
2) Je connais X (mécanismes, causes, conséquences, traitements)					
3) Cela me gêne dans la vie de tous les jours					
4) J'ai besoin d'aide dans le cadre de X					
5) Je souhaiterais en savoir davantage sur X, mon traitement et sur comment mieux vivre au quotidien avec X					
6) J'ai du temps dans la semaine pour participer à des ateliers					
7) Je suis prêt à prendre du temps pour participer à des ateliers individuels en lien avec X					
8) Je suis prêt à prendre du temps pour participer à des ateliers collectifs avec d'autres patients en lien avec X					
9) Je suis prêt à prendre du temps pour participer à des ateliers à distance par ordinateur ou téléphone ou autre outils numériques					
10) C'est faisable en termes de réseau internet, d'accès à l'outil informatique et à internet de réaliser des ateliers à distance					

- Dernière question où cette fois-ci vous pouvez répondre ce que vous voulez :
-Selon vous, quelles sont les personnes qui peuvent vous aider à mieux vivre avec votre (vos) maladie(s) chronique(s) ?

Annexe 2 :

Document pour les médecins généralistes pour le recrutement des patients

Thèse : Mise en place de l'éducation thérapeutique dans les maisons de santé pluriprofessionnelles du Nord Vienne : Freins et leviers du point de vue des patients, des médecins généralistes et des animateurs-éducateurs
(MOINE Marion interne en Médecine Générale à Poitiers)

Présenter mon projet d'étude à vos patients :

-Me présenter comme une étudiante en médecine réalisant une étude sur l'éducation thérapeutique

-Dire au patient que j'ai juste besoin de son nom (qui sera anonymisé dans l'écriture de ma thèse), de son numéro de téléphone et de la (ou des) pathologie(s) chronique(s) pour laquelle(lesquelles) vous le suivez.

-Demander l'accord à vos patients que je les contacte par téléphone.

-Chaque patient reçoit un consentement éclairé de façon direct, oral, qu'il doit accepter avant de démarrer l'entretien téléphonique.

Patient cible :

-Patient ayant une ou plusieurs pathologies chroniques pour lesquelles CAPETV a un programme (c'est-à-dire diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate).

-Patient n'ayant jamais bénéficié d'ETP

-Patient > 15ans

Nom du patient (sans le prénom)	Numéro de téléphone	Pathologie(s) chronique(s) (merci d'entourer la ou les cases)
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate
		diabète, asthme, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité, MICI, cancer colorectal, cancer sein, cancer prostate

Merci de me renvoyer ce document par mail à l'adresse suivante : XXX

Si nécessaire vous pouvez me joindre au : XXX

Merci d'avance de ce que vous faites pour moi. MOINE Marion

VIII. Serment d'Hippocrate

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



IX. Résumé

Introduction : Compte tenu de l'évolution de l'épidémiologie des maladies chroniques, il apparaît indispensable de développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en ambulatoire. Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) rassemblent plusieurs qualités propices au développement de l'ETP en ambulatoire. Seulement, en 2020, sur le territoire du Nord Vienne, on ne compte que 2 programmes d'ETP en MSP.

Objectifs : Identifier les freins et les leviers à la mise en place de l'ETP dans les MSP du Nord Vienne du point de vue des patients, des médecins généralistes et des animateurs-éducateurs.

Matériels et Méthodes : Etude observationnelle transversale mixte avec un volet qualitatif par entretiens individuels semi-dirigés pour les médecins généralistes et les animateurs-éducateurs et un volet quantitatif par hétéroquestionnaire pour les patients. Inclusion des médecins généralistes installés en MSP dans le Nord Vienne, des animateurs-éducateurs de l'association CAPETV et des patients n'ayant jamais bénéficié d'ETP.

Résultats : 12 médecins généralistes, 8 animateurs-éducateurs et 70 patients ont été interrogés. Les principaux freins étaient liés au manque de temps, au manque de formation des médecins généralistes et au manque d'information des patients (99% des patients ne connaissaient pas l'ETP). Des difficultés pour les animateurs-éducateurs à passer de la posture de professionnel de santé à celle d'animateur-éducateur. Des freins liés à l'organisation de l'offre d'ETP en France et à l'insuffisance du financement. Les principaux leviers étaient un intérêt majeur des médecins généralistes pour l'ETP, la considération du patient et de son entourage comme des acteurs de l'ETP et l'intérêt de l'interprofessionnalité. Tous les patients ont souhaité des informations sur l'ETP. Les animateurs-éducateurs ont mis en avant le travail en MSP, le bénéfice des ateliers de groupe, l'intérêt des patients-experts et la satisfaction du travail avec CAPETV.

Discussion : Etude novatrice par le recueil à la fois du point de vue des patients, des médecins généralistes et des animateurs-éducateurs de CAPETV. Les MSP et le développement de réseaux allant au plus proche des patients apportent des réponses à la mise en place de l'ETP en ambulatoire. Informer les patients et leurs proches, former les médecins généralistes et développer la culture de travailler ensemble en considérant le patient comme un partenaire sont des pistes d'amélioration pour un accompagnement optimal des patients.

Mots clés : Education thérapeutique du patient, Maisons de santé pluriprofessionnelles, patients, médecins généralistes, animateurs-éducateurs, CAPETV.

Summary

Introduction : Taking into account the epidemiology's evolution of chronic diseases, it appears essential to develop therapeutic patient education (TPE) on an outpatient basis. Multi-professional health centers (MSPs) bring together several qualities that are conducive to the outpatient TPE development's. However, in 2020, in the North Vienne's territory, there are only 2 TPE programs in MSP.

Targets : To identify the weaknesses and the strenghts of the implementation of the TPE in North Vienne's MSPs from the patients point of view, the general practitioners and the facilitator-educators.

Materials and Methods : Mixed observational cross-sectional study with a qualitative component by individual semi-directed interviews by general practitioners and facilitator-educators and a quantitative component by heteroquestionnaire for patients. Inclusion of general practitioners located in North Vienne's MSPs, facilitator-educators from CAPETV Association and patients who have never taken advantage of TPE.

Results : 12 general practitioners, 8 facilitator-educators and 70 patients were interviewed. The main obstacles were linked to the lack of time, the lack of training for general practitioners and the lack of information for patients (99% of patients did not know the TPE). Difficulties for facilitator-educators to move from the posture of health professional to the facilitator-educator's one. Brakes linked to the organization of the TPE offer in France and the funding short fall. The main levers were a major interest of general practitioners for TPE, the consideration of the patient and his entourage as actors of TPE and the interest of interprofessionality. All the patients wanted information about the TPE. The facilitator-educators highlighted the work in MSP, the benefit of group workshops, the interest of expert patients and the satisfaction for the work done with CAPETV.

Discussion : Innovative study by collecting from both patients's point of view, general practitioners's and facilitator-educators's CAPETV. MSPs and networks development reaching as close as possible from the patients provide answers to outpatient TPE's implementation. Inform patients and their families, train general practitioners and develop the culture of working together by considering the patient as a partner are ways to improve optimal patient care.

Keywords : Therapeutic patient education, multi-professional healthcare centers, patients, general practitioners, facilitator-educators, CAPETV.