

2022-2023

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Education Thérapeutique du
Patient en ambulatoire :
freins et attentes des
professionnels de santé du
territoire choletais**

LE RHUN Anaïs

Née le 19 mai 1994 à Saint-Herblain (France)

Sous la direction de Mme le Docteur GHALI Maria

Membres du jury

Mr le Professeur CONNAN Laurent | Président

Mme le Docteur GHALI Maria | Directeur

Mme le Professeur ANGOULVANT Cécile | Membre

Mr le Docteur PELE Nicolas | Membre

Soutenue publiquement le :
16 novembre 2023

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Anaïs LE RHUN déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine

COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie

LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RESTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine

BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVIAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ András	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie

MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIODERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Laurent CONNAN,
Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

À Madame le Professeur Cécile ANGOULVANT,
Merci de me faire l'honneur de prendre part à mon jury de thèse. Merci pour votre soutien en tant que tutrice pendant mon internat, j'ai beaucoup apprécié nos échanges qui m'ont permis de m'affirmer en tant que médecin.

À Monsieur le Docteur Nicolas PELE,
Merci de me faire l'honneur de prendre part à mon jury de thèse. Travailler avec toi, tant au cabinet qu'à l'HAD est un plaisir. Merci pour ton aide et ton soutien, tout particulièrement dans les situations difficiles.

À Madame le Docteur Maria GHALI,
Merci de m'avoir fait l'honneur d'être ma directrice de thèse. Merci pour ton aide, pour tous tes conseils, pour ta patience, ta gentillesse et ta bienveillance. Merci de m'avoir soutenue et rassurée tout au long de ce travail.



Aux professionnels de santé du territoire choletais,
Merci d'avoir accordé du temps et de l'intérêt à ce travail de thèse.

À tous les professionnels, médecins, infirmiers et aides-soignants que j'ai eu la chance de côtoyer tout au long de mon parcours et qui ont été un soutien durant mes études de médecine.

Un grand merci à toute l'équipe de l'HAD pour votre accueil et votre gentillesse au quotidien. Travailler à vos côtés est un plaisir de chaque instant.



À mes parents,
Merci pour votre aide, votre soutien à chacune des étapes de ma vie. Merci papa pour ton aide précieuse et indispensable sur ce travail de thèse. Merci maman pour ta gentillesse et ta douceur au quotidien. Votre amour inconditionnel m'aide à avancer chaque jour.

À ma sœur,
Mon modèle de toujours, tant par ta force et ton courage que par ta dévotion pour ta famille comme pour tes patients. Merci de ton amour et de ton soutien, tu es mon trésor le plus précieux.

À Noah,
Mon petit chat, mon neveu à moi, grandis mais reste toujours le même. Ton rire communicatif et ta joie de vivre me permettent de garder mon âme d'enfant. Quel plaisir de te regarder grandir.

REMERCIEMENTS

À ma Lily,
Merci pour ta gentillesse, ta présence et ta confiance. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi et pour tout ce que tu fais encore chaque jour. Ton soutien si précieux me permet d'avancer.

À Guy et Claudine,
Merci pour votre soutien, et pour tous ces souvenirs partagés. Même parfois pluvieux, le vent breton me portera toujours.

À Florian,
Merci pour ton amour et ton soutien au quotidien. Merci pour ton aide et merci de m'avoir supportée pendant ce long travail. Merci de croire en moi. A nos souvenirs et à tout ce qui nous reste encore à créer. Pensée toute particulière à ma belle Sookie. Je vous aime.

À ma belle-famille,
Merci pour votre accueil et votre soutien.



À mes amies de toujours,
Mes MTV's, Camille, Envell, Lucie, Marie, Marie et Marine, vous êtes si précieuses à mon cœur. Merci de me supporter depuis de si nombreuses années, merci d'être toujours là, à chaque étape de ma vie.

À mes Licornes,
Mathilde et Sandra, rien n'aurait été possible sans vous. Ces études de médecine ont été longues et difficiles mais votre soutien m'aura porté jusqu'au bout. Merci pour tous ces beaux souvenirs, ces escape games à n'en plus finir. Merci pour votre gentillesse, votre douceur, je suis si fière de vous et j'ai hâte de rejoindre vos rangs en tant que docteur !



Enfin à tous ceux qui ne sont plus là mais qui auraient tant aimé,
Mon amour pour vous dépasse les frontières de ce monde...

Liste des abréviations

ADOPS	Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
AMOC	Association médicale des omnipraticiens du choletais
ARS	Agence régionale de santé
ASALEE	Action de santé libérale en équipe
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	Diplôme universitaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Education thérapeutique du patient
FST	Formation spécifique transversale
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NR	Non répondu
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
SEP	Sclérose en plaques
URPS	Union régionale des professionnels de santé

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Taux de participation**
- 2. Caractéristiques épidémiologiques**
- 3. Connaissance et représentations de l'ETP**
- 4. Implication préexistante en ETP**
- 5. Freins et motivations à la réalisation de projets d'ETP**
 - 5.1. Intérêts recherchés en ETP
 - 5.1.1. Freins à l'implication ETP
 - 5.1.2. Motivations à l'implication en ETP

DISCUSSION

- 1. Forces de l'étude**
- 2. Limites de l'étude**
- 3. Comparaison avec la littérature**
 - 3.1. Connaissance de l'ETP
 - 3.2. Objectifs de l'ETP ambulatoire
 - 3.3. Facteurs limitant l'implication en ETP
 - 3.4. Facteurs favorisant l'implication en ETP

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet de renforcer l'autonomie du patient, pour lui permettre d'être acteur de sa propre santé, notamment dans le cadre des pathologies chroniques. Les soignants de premier recours ont alors toute leur place dans le développement de programmes d'ETP de proximité. L'objectif de cette thèse était de recueillir les freins et attentes des professionnels de santé libéraux concernant l'ETP sur le territoire choletais, dans le département du Maine-et-Loire.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et monocentrique à l'aide d'un questionnaire en ligne, adressé par courriel aux soignants libéraux du territoire choletais (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens et psychologues) de janvier à septembre 2023. L'analyse des données s'est faite sur Excel et à l'aide du logiciel BiostaTGV®.

Résultats : Au total, 79 questionnaires ont été recueillis (dont 84,8% de femmes). Il y avait 14 médecins généralistes, 36 infirmiers, 15 kinésithérapeutes, 10 psychologues et 4 diététiciens. Le taux de réponse était de 39,9%. La connaissance de l'ETP, notamment liée au manque de sensibilisation pendant les études supérieures, était faible pour un tiers des médecins et kinésithérapeutes et pour plus de la moitié des infirmiers. Trente pourcents des interrogés avaient déjà adressé un patient vers l'ETP et 10% y participaient activement. Les principaux freins identifiés étaient la méconnaissance du réseau d'ETP et des formations, le manque de temps et l'insuffisance de rémunération. Si des programmes attractifs et de proximité étaient développés (pathologies cardiovasculaires, diabète, douleurs chroniques, obésité, pathologies psychiatriques/addictologiques...), deux tiers des professionnels affirment vouloir y participer.

Conclusion : Malgré une connaissance insuffisante de l'ETP, et de nombreux freins limitant leur implication, certains professionnels de santé semblent motivés pour participer à de futurs programmes d'ETP de proximité.

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1), « *l'éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec la maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré aux soins et centré sur le patient* ». Les objectifs de l'ETP sont nombreux. En développant la relation médecin/patient, elle permet d'améliorer la santé et la qualité de vie des patients en favorisant leur compréhension de la maladie, leur observance et leur autonomie. L'ETP permet également l'intégration du patient dans le soin en le rendant acteur de sa propre santé.

A. Origines et histoire de l'ETP

Les origines de l'ETP sous forme d'éducation à la santé et à la prévention proviennent des Etats-Unis. Selon Edward E. Bartlett dans la revue *Patient Education and Counseling* en 1986, elles remonteraient à la création de la première société pour la prévention de la tuberculose à Philadelphie en 1892 (2). L'ETP s'est ensuite étoffée et développée à partir de 1922 avec l'apparition des premiers traitements par insuline des patients atteints de diabète de type 1. Pour le Professeur André Grimaldi, professeur de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière de Paris, l'ETP s'est développée en trois phases (3). La première phase se situe entre 1922 et 1972, elle avait alors l'image d'une éducation verticale et autoritaire, à sens unique. La seconde phase entre 1972 et 1999, est plus humaine, plus pédagogique et centrée sur le patient. Enfin, la troisième phase de 1999 à nos jours, est basée sur l'apprentissage par le biais de l'acquisition de compétences et de la validation d'objectifs. La relation médecin-patient y est privilégiée, ainsi que l'apport de connaissances à la fois par les soignants mais aussi par le biais de « patients experts » ; cette expertise résultant à la fois d'informations, d'apprentissages théoriques et d'expériences vécues dans leur vie quotidienne en tant que patient porteur d'une maladie chronique. Ces patients peuvent devenir, sur sollicitation des professionnels de santé, des sujets « ressources » en partageant leur expérience et leur vécu par le biais de programmes d'ETP et/ou d'associations de patients (4).

B. Intérêt et place de l'ETP dans le système de soins

Le vieillissement de la population entraîne une augmentation conséquente de la prévalence des pathologies chroniques (5) qui sont la cible prioritaire des programmes d'ETP et font de leur développement un enjeu sanitaire majeur. En effet, la prise en charge des maladies chroniques diffère de celle des maladies aiguës. Elle requiert des ajustements de la part du malade pour développer ses projets de vie tout en s'adaptant aux soins et à l'évolution de sa maladie. Les maladies chroniques nécessitent des soins continus, afin d'en ralentir l'évolution et d'éviter l'apparition de complications (6). Si en France l'ETP est historiquement liée au diabète, elle a ensuite été transposée à d'autres maladies chroniques telles que l'asthme, l'obésité et les maladies cardiovasculaires. Le rôle de l'ETP est alors d'autonomiser les malades dans un climat de collaboration entre le patient et les soignants afin de créer et de renforcer un sentiment d'auto-efficacité ou « empowerment » dans la littérature anglo-saxonne. La relation entre le soignant et le patient est équilibrée puisque « *dès lors que les médecins reconnaissent les patients comme des experts, ils peuvent ajouter leur expertise médicale à ce que les patients savent sur eux-mêmes pour créer un programme qui aidera les patients à réaliser leurs objectifs et conduire leurs propres activités de soin de soi* » (7).

Les dépenses de santé de l'Assurance Maladie en France sont, chaque année, plus importantes et les maladies chroniques représentent une part majeure et croissante de ces dépenses. L'Assurance Maladie via son site *ameli.fr* (8) a récemment mis en ligne une plateforme nommée « Data Pathologies » (9). Celle-ci permet de relever la part des dépenses de santé pour chaque type de pathologie. Les résultats obtenus pour l'année 2020 confirment la lourde part financière des pathologies chroniques : 62% du budget total soit 104 milliards d'euros pour un tiers des assurés (36% soit 24 millions de personnes) ce qui correspond à un coût moyen par patient de 4300 euros par an. Peu d'études ont investigué l'impact médico-économique de l'ETP sur le long terme. Il existe cependant une étude de 2009 montrant l'impact économique de l'ETP sur la prise en charge de l'obésité. Cette étude a été menée sur 49 patients, 9 mois avant et 9 mois après un programme d'ETP de 5 jours en hospitalisation. Elle montre les résultats suivants : une perte de poids de 8,6% et une baisse des coûts

médicaux de 15,8%, soit une économie de 492 euros par patient (10). L'ETP pourrait donc être une source d'économie importante chez les patients souffrant de maladies chroniques, en améliorant le suivi, l'observance thérapeutique et la motivation, réduisant ainsi le nombre d'épisodes aigus et d'hospitalisations imprévues.

C. L'ETP en Europe et en France

Dans son rapport fait au premier ministre en 2010, Mr Jacquat (député de la Moselle) (11) rapporte que dans la majorité des pays d'Europe, l'approche de l'ETP est souvent globale, s'incluant dans l'éducation du patient. Les programmes d'ETP sont initialement développés dans les établissements de santé sous l'impulsion de professionnels de santé convaincus de leur intérêt. Ceux-ci se sont ensuite étendus au secteur ambulatoire en étant essentiellement financés par les systèmes de protection sociale publics ou privés. Les ministères chargés de la santé ont accompagné la démarche sans toutefois que des cadres législatifs ou réglementaires soient clairement définis.

En France, L'ETP se développe sur l'ensemble du territoire, mais les différents programmes restent cependant très majoritairement hospitaliers. Selon l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire (12), au 31 décembre 2020, il existait 267 programmes d'ETP dans la région, dont plus de 70% hospitaliers. Il y avait 86 programmes d'ETP dans le département du Maine-et-Loire, dont près de 80% hospitaliers. Enfin, dans la région choletaise, il en existait 20 : 15 au Centre Hospitalier de Cholet, 3 à la Polyclinique du Parc et 2 en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), ces deux derniers étant à ce jour arrêtés.

D. Intérêts de l'ETP de proximité

Les patients souffrant d'une maladie chronique sont le plus souvent dépistés et suivis par leur médecin généraliste en secteur ambulatoire. De plus, la création de pôles de santé ambulatoires favorise le développement de projets pluriprofessionnels. Au sein de ces structures, le médecin généraliste et les différents acteurs de soins ambulatoires sont les premiers intervenants dans le parcours de soin. Pour le patient, le médecin généraliste possède un rôle de référent : il est le

professionnel de santé qui le connaît le mieux, sur le plan de sa pathologie, de son histoire de vie ou encore de son environnement. Il possède à la fois un rôle de prévention, de conseil et de coordination des soins. En ce sens, la création et la réalisation de programmes d'ETP relèvent pleinement de ses compétences (13), (14).

Si l'intérêt de l'ETP dans la prise en charge du patient est démontré, de nombreux freins à son développement sont également décrits dans la littérature. En effet, certaines thèses et mémoires récents ont déjà identifié plusieurs freins à l'instauration de l'ETP en ambulatoire. On peut noter en priorité le manque de temps. En effet, l'ETP demande une certaine disponibilité en raison de la nécessité de formation préalable, de la charge administrative lors de la création du projet ou encore de l'organisation et de la participation aux séances. La méconnaissance de la notion d'ETP et de son intérêt pour le patient, des programmes préexistants ou encore du réseau de soin peuvent également freiner de nombreux professionnels de santé. Enfin, le manque de rémunération attribuée à ces programmes contribue également à expliquer son manque de développement dans le secteur ambulatoire (15), (16), (17).

Pourtant, le développement de programmes d'ETP de proximité permettrait aux patients vivant à distance des hôpitaux de pouvoir plus facilement en bénéficier. En effet, plusieurs thèses mettent déjà en évidence que les programmes d'ETP de proximité favorisent l'accès au soin, en particulier en milieu rural. De plus, les rencontres locales et les échanges entre malades sont facilités et sont une importante source motivationnelle (18), (19). En effet, il est possible de prendre l'exemple du programme Solidarité Diabète créé en 2013 dans un quartier de Montpellier dont la moitié des habitants vit sous le seuil de pauvreté. Celui-ci a permis la rencontre de 10 professionnels de santé avec 10 patients diabétiques cumulant à la fois des difficultés sociales et d'équilibre glycémique. Après une dizaine d'ateliers, les patients témoignaient d'un changement significatif de leurs comportements tant sur le plan de l'alimentation, de l'activité physique que de la surveillance et du suivi. Ils mettaient en avant l'impact qu'ont pu avoir le soutien de la part des soignants et des autres patients, l'accès à des

professionnels de santé habituellement non remboursés (diététiciens, psychologues...), ou encore l'accès facilité aux connaissances en lien avec la maladie par le biais de différents supports (dont certains imagés donc plus accessibles). Par ailleurs, les professionnels de santé participants insistaient sur le temps gagné au bout du compte et approuvent également la création de liens et l'importance d'une compréhension et d'une connaissance mutuelle, favorisant les soins sur le long terme (20), (21). Il semble alors important de s'interroger sur la création et le développement de programmes d'ETP de proximité.

E. Objectif

Certaines études qualitatives par entretiens, avaient déjà été réalisées, notamment dans la région des Pays de la Loire, sur le bénéfice de l'ETP ressenti par les patients (22), (23). Il existait également quelques études quantitatives sur le territoire français (14), (24), mais aucune sur le Maine-et-Loire. Enfin, peu d'études ciblaient les professionnels de santé paramédicaux qui ont pourtant toute leur place dans la création et le développement de programmes d'ETP.

L'objectif principal de cette thèse était de réaliser un recueil de l'avis des professionnels de santé exerçant en ambulatoire, sur le territoire choletais (Maine-et-Loire), concernant l'ETP de proximité. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les motivations et les freins de ces professionnels quant à la mise en place de ces nouveaux programmes d'ETP.

MÉTHODES

A. Hypothèse préalable

L'hypothèse évoquée préalablement à l'étude était que les professionnels de santé ambulatoires seraient intéressés par l'ETP de proximité mais qu'il existait des freins à la création et au développement de nouveaux projets. En effet, certains freins et motivations à l'ETP ont déjà été mis en évidence dans de précédentes études. Il semblait donc intéressant de s'interroger sur les motivations et les freins des professionnels dans le territoire choletais mais surtout sur leurs attentes et leurs besoins, afin de favoriser l'émergence de nouveaux programmes d'ETP de proximité en ambulatoire.

B. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal de cette étude était l'évaluation des connaissances des professionnels de santé ambulatoires concernant les programmes d'ETP sur le territoire choletais. Les critères secondaires étaient d'évaluer à la fois les motivations mais également les freins de ces professionnels à la mise en place de ces programmes.

C. Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, monocentrique, à l'aide d'un questionnaire en ligne, adressé aux professionnels de santé ambulatoires exerçant sur le bassin choletais.

D. Population ciblée

La Haute Autorité de Santé (HAS) (12) indique que l'ensemble des professionnels de santé listés dans la Code de la Santé publique (25) peuvent être acteurs de l'ETP. Parmi ces professionnels, il a été décidé de cibler les médecins généralistes installés ou collaborateurs, les kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues et diététiciens libéraux du territoire. Les limites du territoire choletais étudié étaient celles fixées par l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins du département du Maine-et-Loire (ADOPS 49) (26). Ces professionnels ont été contactés par courriel.

Leurs adresses électroniques ont été récupérées par différents moyens : l'Association Médicale des Omnipraticiens du Choletais (AMOC) pour les médecins, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des infirmiers libéraux des Pays de la Loire pour les infirmiers, ainsi que par le réseau professionnel de l'Hospitalisation à Domicile (HAD) Mauges Bocage Choletais qui aura également permis le contact avec les kinésithérapeutes. Les psychologues ont été contactés, grâce au collectif des psychologues, et les diététiciens, grâce au réseau de la directrice de thèse.

E. Outil de recueil et analyse de données

Le questionnaire a été réalisé en ligne, à l'aide du logiciel LimeSurvey[©] (Annexe 1). Il était composé de questions à réponses simples ou multiples, regroupées en plusieurs parties :

- Les caractéristiques épidémiologiques des professionnels : profession, âge, année d'installation, mode d'exercice (seul, en groupe ou dans une MSP), activité simple ou mixte.
- La connaissance de l'ETP en général et des différents programmes existants sur le territoire.
- L'implication préexistante dans un projet d'ETP et les formations réalisées.
- Les motivations et les freins à la réalisation de projets d'ETP ainsi que les attentes et besoins des professionnels du territoire pour mettre ces projets.

Les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse qualitative.

Les réponses étaient anonymisées. Le temps estimé de réponse au questionnaire était de moins de 10 minutes. Trois relances ont été effectuées par courriel auprès des différents professionnels.

RÉSULTATS

1. Taux de participation

Le questionnaire a été envoyé à 198 professionnels de santé sur l'ensemble du territoire choletais, avec au total 79 réponses (39,9%), dont 13 étaient incomplètes (mais réponse au tiers des questions au minimum). Par catégorie professionnelle, les taux de réponse ont été les suivants :

- Médecins (installés et collaborateurs) : 45 envois et 14 réponses (31,1%)
- Infirmiers : 59 envois et 36 réponses (61%)
- Kinésithérapeutes : 57 envois et 15 réponses (26,3%)
- Diététiciennes : 20 envois et 4 réponses (20%)
- Psychologues : 17 envois et 10 réponses (58,8%)

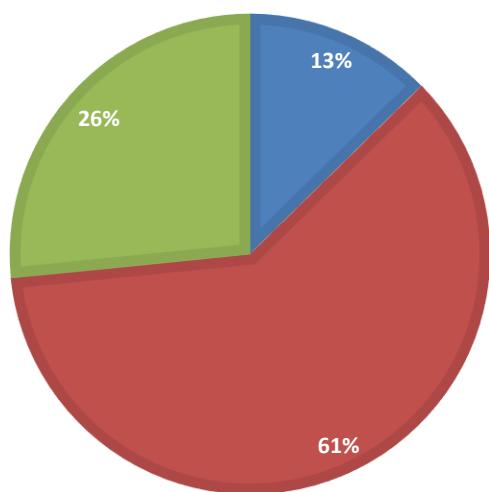
2. Caractéristiques épidémiologiques

Les réponses au questionnaire mettaient en évidence une très grande majorité de femmes (84,8%), toutes professions confondues. La répartition des âges (figure 1), ainsi que l'ancienneté d'installation (figure 2) sont représentées ci-dessous.

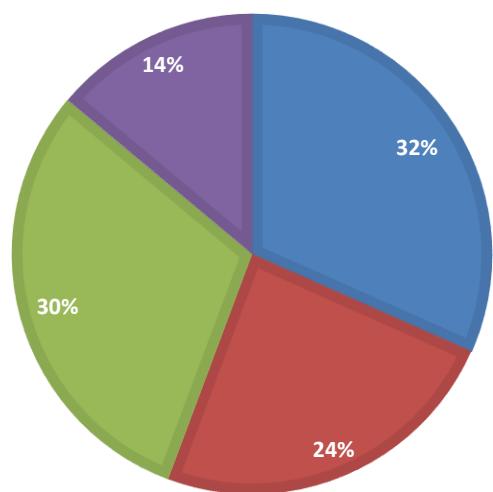
Figure 1 : Age des professionnels

Figure 2 : Ancienneté d'installation

■ < 30 ans ■ 30-50 ans ■ > 50 ans



■ < 5 ans ■ 5-10 ans ■ 10-20 ans ■ > 20 ans



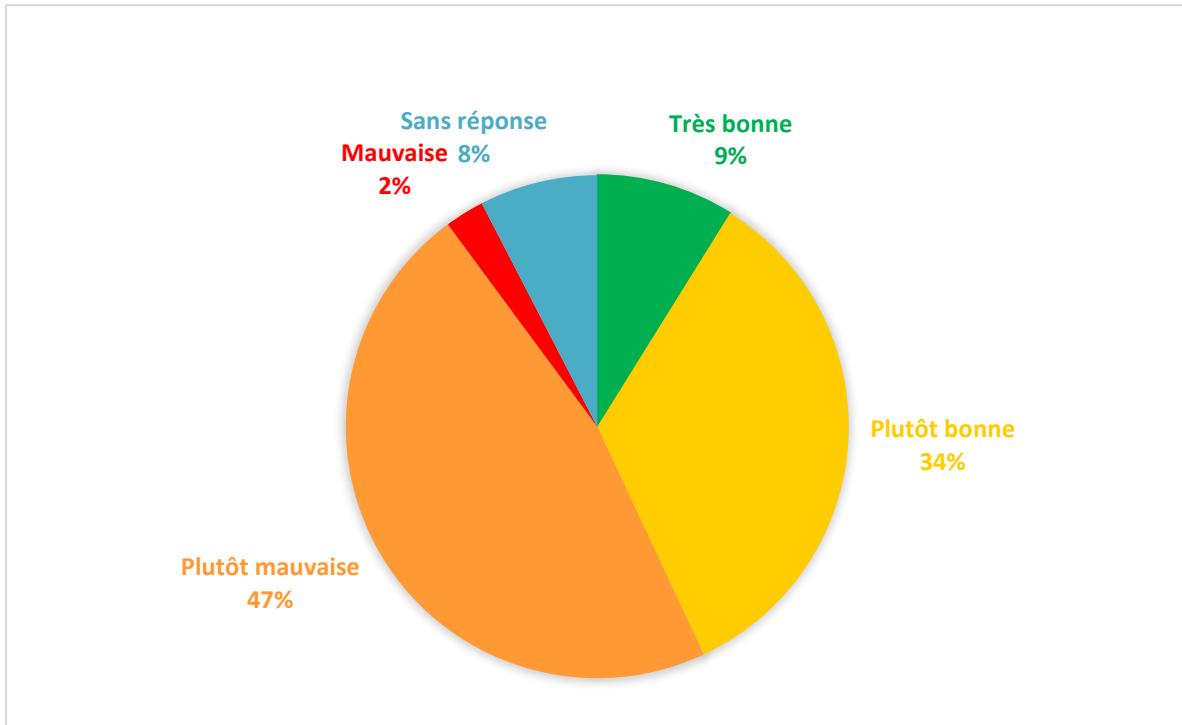
Près de deux tiers des professionnels avaient entre 30 et 50 ans. La durée d'exercice était équilibrée.

Les professionnels interrogés exerçaient en territoire urbain (> 300 habitants/km 2) pour 44,3% d'entre eux, en territoire rural (< 100 habitants/km 2) pour 31,6% et en territoire semi-urbain (entre 100 et 300 habitants/km 2) pour 24,1%. La très grande majorité de ces professionnels exerçait en cabinet de groupe (51,9%) ou en MSP (30,4%) contre 17,7% exerçant seuls. Ils exerçaient en secteur libéral dans 87,3% des cas. Il est à noter que sur 79 professionnels, 12 (15,2%) avaient une activité secondaire et celles-ci étaient variées : travail en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), travail de formation ou d'enseignement, HAD, protection maternelle et infantile (PMI), centres de soins non programmés, salariat en clinique ou encore en foyers pour enfants ou adultes handicapés.

3. Connaissance et représentations de l'ETP

La connaissance estimée de l'ETP par l'ensemble des professionnels est présentée dans la figure 3.

Figure 3 : Evaluation de la connaissance de l'ETP



La répartition, par catégorie professionnelle, est présentée dans le tableau I.

Connaissance de l'ETP / Catégorie professionnelle	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise	NR	Total
Médecins n (%)	1 (7,1)	8 (57,2)	5 (35,7)	0 (0)	0 (0)	14 (100)
Infirmiers n (%)	1 (2,8)	11 (30,6)	20 (55,5)	1 (2,8)	3 (8,3)	36 (100)
Kinésithérapeutes n (%)	1 (6,7)	6 (40)	5 (33,3)	1 (6,7)	2 (13,3)	15 (100)
Diététiciens n (%)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100)
Psychologues n (%)	1 (10)	1 (10)	7 (70)	0 (0)	1 (10)	10 (100)
Total n (%)	7 (8,9)	27 (34,2)	37 (46,8)	2 (2,5)	6 (7,6)	79 (100)

Tableau I : Connaissance de l'ETP par catégorie professionnelle

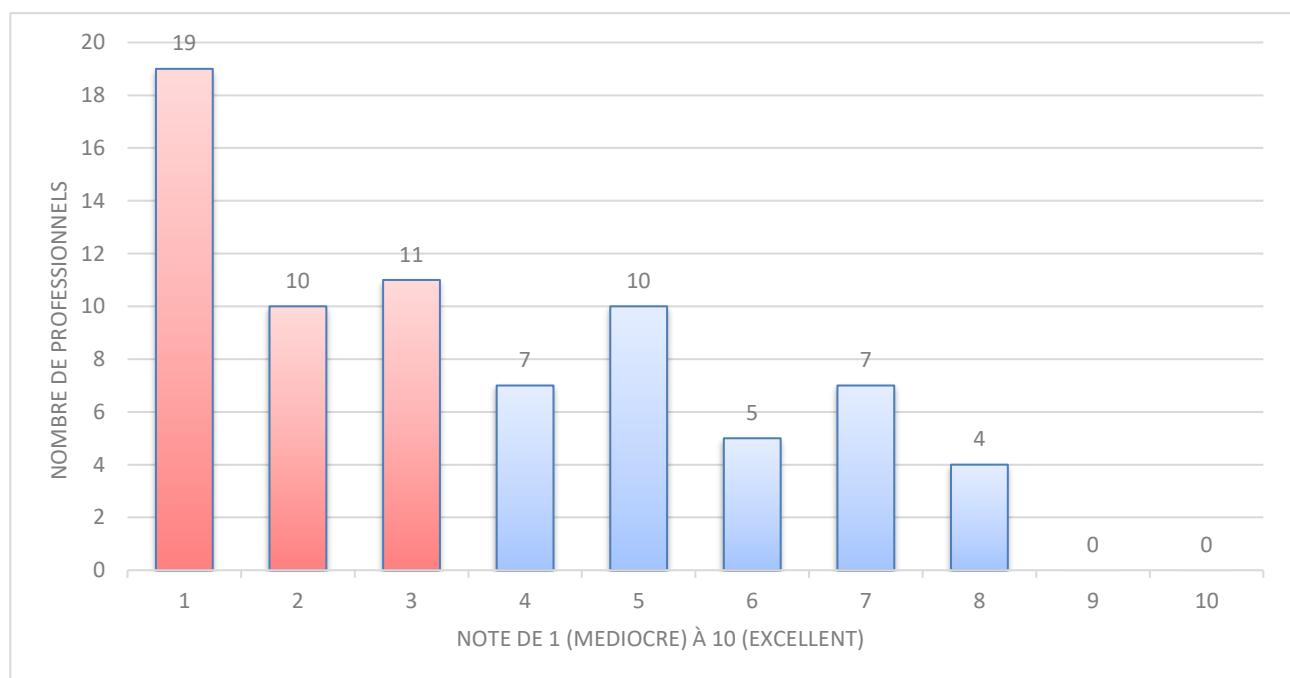
La connaissance de l'ETP était jugée mauvaise par un tiers des médecins et des kinésithérapeutes et par plus de la moitié des infirmiers et des psychologues. Les 4 diététiciens interrogés jugeaient à l'inverse avoir une bonne connaissance de l'ETP. Après analyse avec le test de Fisher, il y avait une différence statistiquement significative en fonction de la profession concernant l'estimation de la connaissance de l'ETP ($p<0,038$) lorsque l'on regroupe les réponses « très bonne » et « plutôt bonne », et les réponses « plutôt mauvaise » et « mauvaise ». Statistiquement et selon le groupement établi précédemment, les médecins et les diététiciens rapportaient avoir une bonne connaissance de l'ETP, en comparaison avec les réponses des autres professions.

Les professionnels ont ensuite été interrogés sur les différentes modalités par lesquelles ils ont connu l'ETP. Pour plus d'exhaustivité, cette question était à choix multiples. La plupart des répondants ont indiqué avoir entendu parler de l'ETP grâce à leurs collègues ou connaissances professionnelles

(50,7%), au cours de leur cursus universitaire/études supérieures (37%) et/ou de leur formation professionnelle continue (35,6%). D'autres ont été informés grâce à des formations spécifiques en ETP (16,4%), la lecture de revues scientifiques (12,3%), de thèses (4,1%) ou la participation à des séminaires (1,4%).

Les professionnels devaient ensuite choisir une note allant de 1 (médiocre) à 10 (excellent) afin de caractériser la qualité de la sensibilisation à l'ETP durant leurs études supérieures. Les résultats toutes catégories professionnelles confondues sont présentés dans la figure 4.

Figure 4 : Sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures



Plus de la moitié des professionnels jugeaient la sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures globalement mauvaise ($\leq 3/10$).

Les résultats par catégorie professionnelle et par âge sont présentés dans le tableau II. Les lignes « médecins < 30 ans » et « psychologues < 30 ans » ont été supprimées car elles ne correspondaient à aucun des répondants. Pour faciliter l'analyse et la lecture, les notes 1, 2 et 3 étaient considérées

comme « faible », les notes 4, 5 et 6 comme « moyenne », les notes 7, 8, 9 et 10 comme « bonne ». Il est à noter que l'insuffisance de formation était plus nette chez les professionnels de plus de 50 ans. Après réalisation d'un test de χ^2 , il existait une différence statistiquement significative par catégorie d'âge. Les professionnels entre 30 et 50 ans semblaient davantage sensibilisés à l'ETP durant leurs études supérieures ($p<0,001$).

Profil / Sensibilisation durant les études supérieures		Faible (notes 1 à 3)	Moyenne (notes 4 à 6)	Bonne (notes 7 à 10)	NR (Non inclus dans les %)
Médecins n (%)	30-50 ans	5 (50)	3 (30)	2 (20)	
	>50 ans	4 (100)			
Infirmiers n (%)	<30 ans	3 (50)	3 (50)		
	30-50 ans	3 (16,7)	8 (44,4)	7 (38,9)	2
	>50 ans	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	1
Kinésithérapeutes n (%)	<30 ans		1 (50)	1 (50)	1
	30-50 ans	5 (62,5)	3 (37,5)		1
	>50 ans	2 (66,7)	1 (33,3)		
Diététiciens n (%)	<30 ans	1 (100)			
	30-50 ans	2 (100)			
	>50 ans	1 (100)			
Psychologues n (%)	30-50 ans	6 (85,7%)	1 (14,3)		
	>50 ans	2 (100)			1
TOTAL n (%)		40 (54,8)	22 (30,1)	11 (15,1)	6

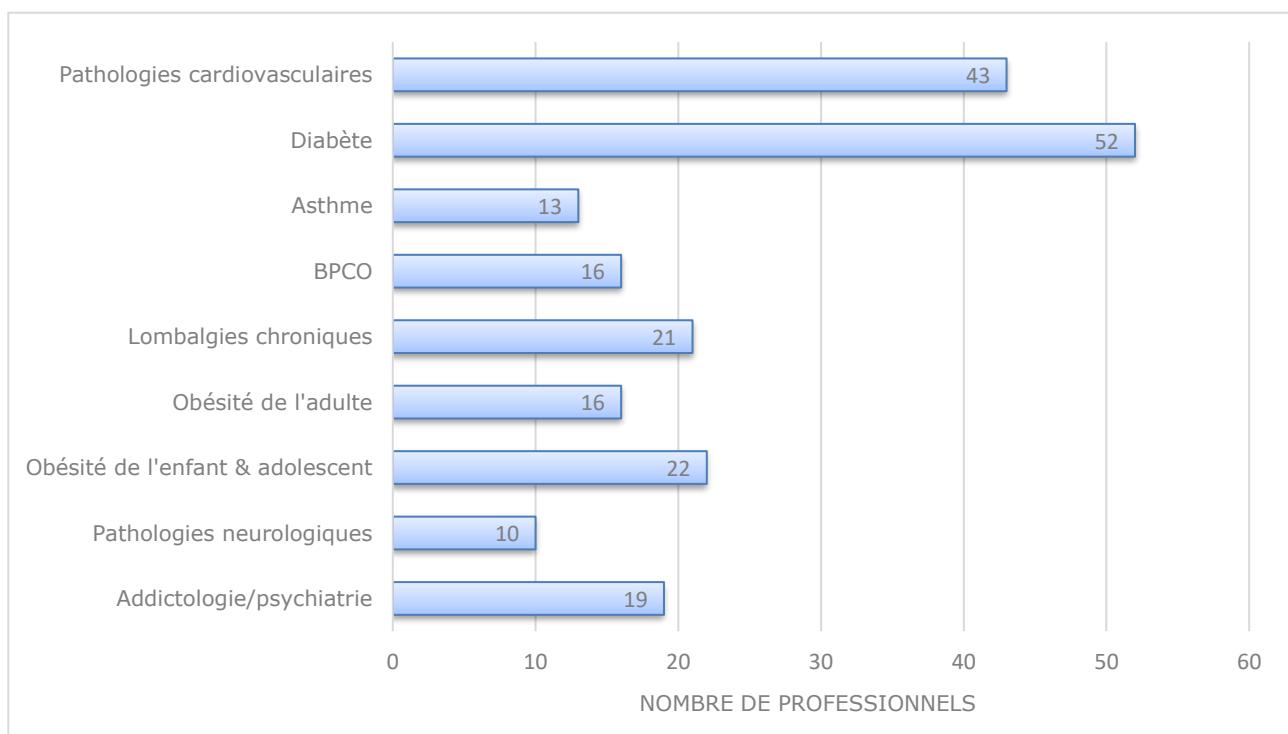
Tableau II : Sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures par profession et par âge

Parmi les professionnels interrogés, 12 personnes (16,4%) avaient réalisé une formation spécifique en ETP, ceux-ci avaient majoritairement réalisé des formations validantes de 40h et/ou diplôme universitaire (DU) d'ETP. Un seul avait réalisé une formation de moins de 40h, non validante.

Bien que l'ETP se pratique aujourd'hui en France majoritairement à l'hôpital, 57 professionnels (78,1%) savaient que l'ETP pouvait se pratiquer en ambulatoire. Parmi ceux-là, 40,4 % connaissaient au moins un programme d'ETP sur le territoire choletais. Les programmes cités portaient sur la prise en charge du diabète, de la maladie de Parkinson, des maladies cardiovasculaires, du Covid long, de maladies psychiatriques, l'ETP proposé par des infirmières d'action de santé libérale en équipe (ASALEE), ou encore le programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC).

Puis, les professionnels ont été interrogés concernant les pathologies qui pourraient, bénéficier le plus de programmes d'ETP de proximité. Chacun avait la possibilité de choisir entre 1 et 3 réponses. Les résultats sont résumés dans la figure 5.

Figure 5 : Pathologies qui bénéficiaient le plus de programmes d'ETP de proximité



Les pathologies cardiovasculaires et le diabète étaient majoritairement cités, mais l'obésité de l'enfant, les lombalgie chroniques et les pathologies psychiatriques ou addictologiques étaient tout de même citées par un professionnel sur quatre.

4. Implication préexistante en ETP

Parmi les 57 professionnels de santé qui connaissaient préalablement l'ETP ambulatoire, 17 (29,8%) avaient déjà orienté un patient vers un programme d'ETP ambulatoire. Les programmes vers lesquels ces patients ont été orientés concernaient le diabète, la maladie de Parkinson, les pathologies cardiovasculaires, les lombalgie chroniques ou encore les cancers.

Il a ensuite été demandé à tous les professionnels s'ils faisaient ou avaient déjà fait partie d'un programme d'ETP ambulatoire. A cette question, seuls 7 d'entre eux (10%) avaient répondu positivement. Ces programmes avaient pour thèmes le diabète, la maladie de Parkinson, les maladies métaboliques et cardiovasculaires, les cancers, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou encore le reconditionnement à l'effort. Certains de ces programmes existent toujours mais d'autres ont été arrêtés. Les raisons de fermeture évoquées étaient notamment la charge administrative trop importante ou encore l'absence de financement suffisamment conséquent pour permettre la poursuite du programme.

Parmi les 63 interrogés ayant répondu par la négative quant à leur participation à un programme d'ETP, 44 (69,8%) indiquaient être intéressés pour intégrer un programme d'ETP à l'avenir.

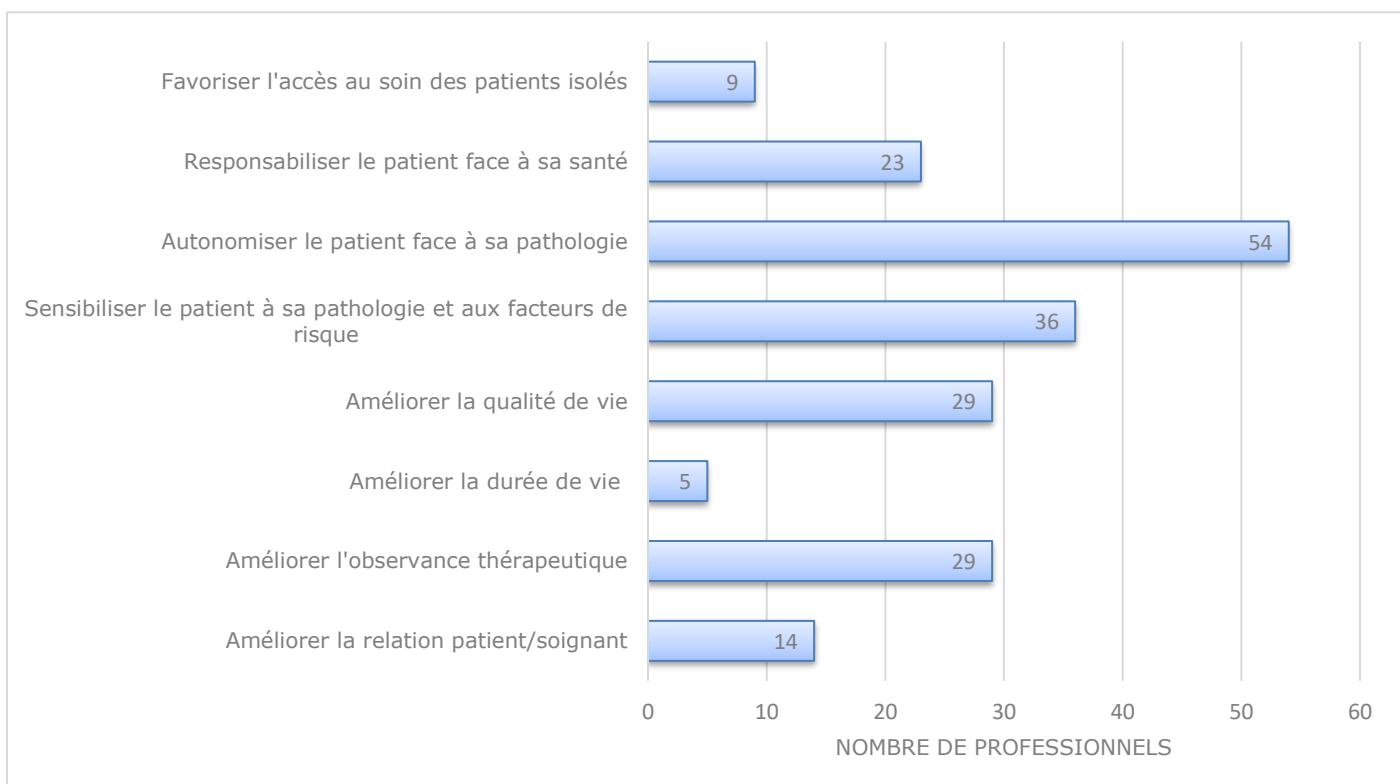
5. Freins et motivations à la réalisation de projets d'ETP

Les professionnels interrogés ont exprimé des intérêts et ont manifesté des freins à leur implication en ETP. Ils ont émis le souhait de programmes plus adaptés au territoire.

5.1. Intérêts recherchés en ETP

Les professionnels ont été interrogés sur les intérêts principaux de l'ETP. Ils pouvaient donner 1 à 3 réponses. Les résultats sont présentés dans la figure 6.

Figure 6 : Intérêts recherchés en ETP de proximité

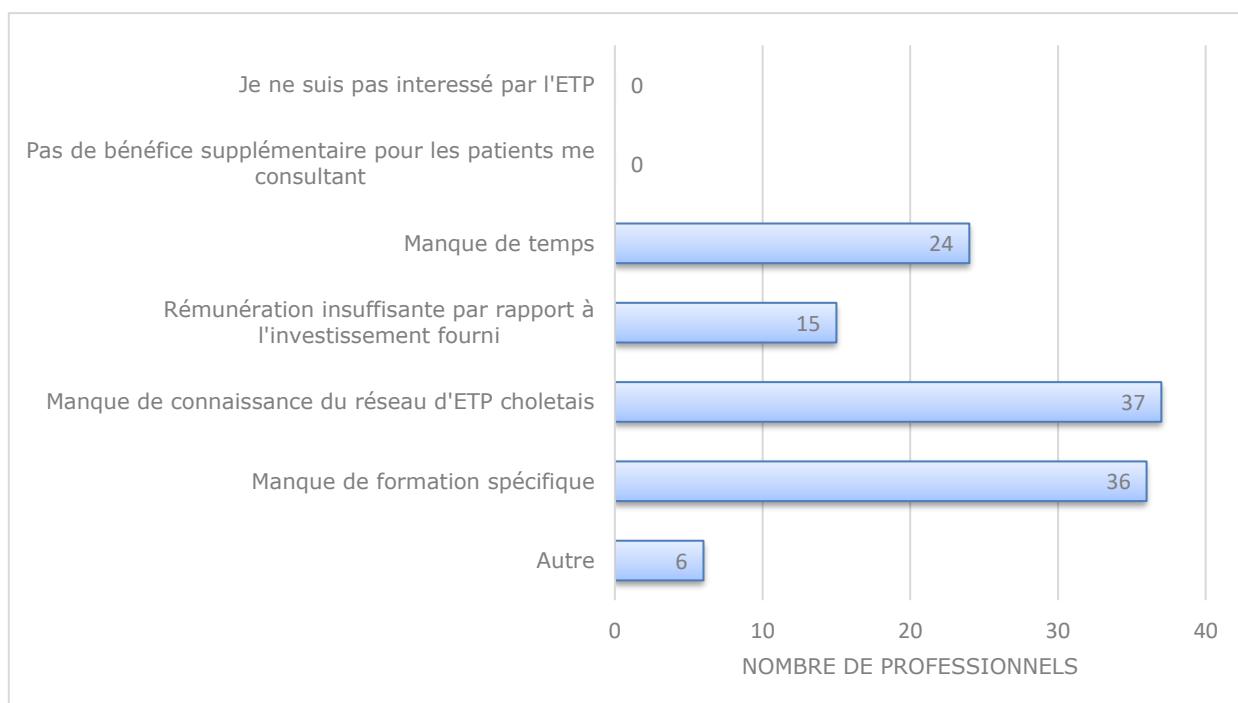


Concernant le motif d'adressage du patient à un programme d'ETP, le questionnaire permettait de nouveau un choix multiple. Les professionnels évoquaient en priorité un message éducatif insuffisant en consultation (71,6%), une prise en charge de la pathologie devenant complexe (65,7%) mais aussi une demande directe du patient (41,8%) ou d'un autre professionnel de santé (22,4%).

5.1.1. Freins à l'implication ETP

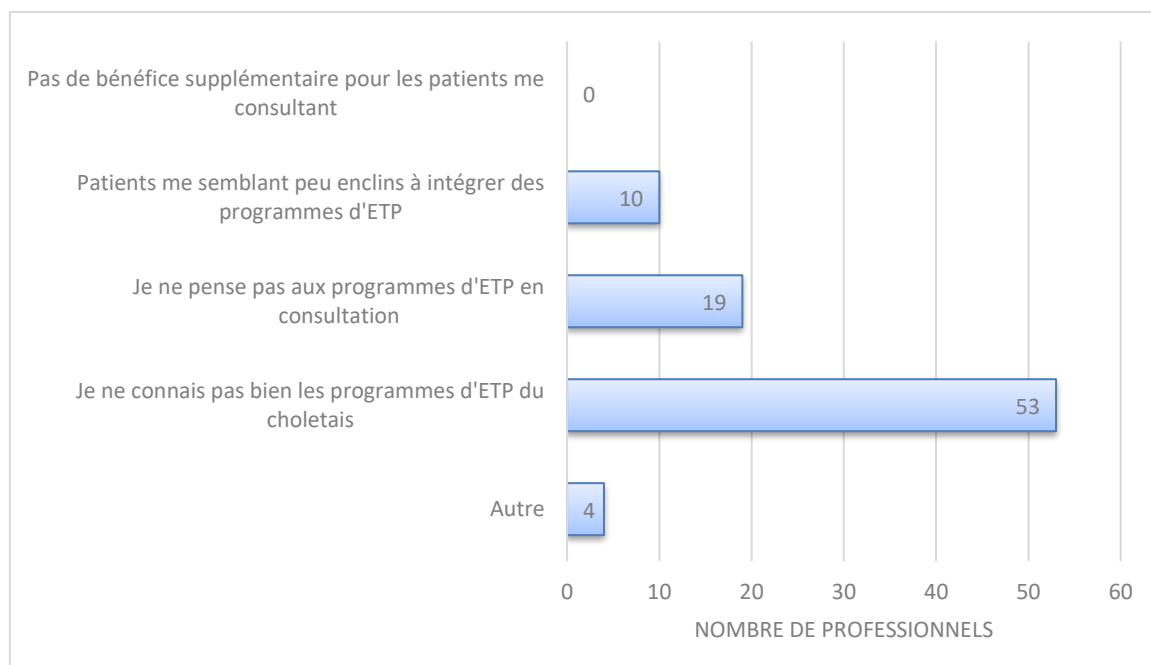
Les professionnels de santé mettaient en évidence des freins clairs à leur participation aux programmes d'ETP. Les résultats de cette question à choix multiples sont présentés dans la figure 7. Dans la réponse « autre », certains signalaient le désintérêt des patients ou encore le manque de programmes proposés ainsi que de formations considérées comme peu accessibles du fait de leur nombre et de leur coût notamment.

Figure 7 : Freins limitant la participation à des programmes d'ETP



L'adressage des patients vers ces programmes semblait également limité par plusieurs facteurs résumés dans la figure 8. Les professionnels ayant répondu « autre » indiquaient que les programmes n'étaient pas toujours adaptés à certains patients (troubles cognitifs, barrière de la langue ou socio-culturelle) limitant parfois leur adressage.

Figure 8 : Freins limitant l'adressage des patients vers des programmes d'ETP



5.1.2. Motivations à l'implication en ETP

Le questionnaire interrogeait ensuite les facteurs qui pourraient inciter les professionnels à s'impliquer davantage dans ce type de programmes, de nouveau par une question à choix multiple. Ceux-ci étaient prioritairement en demande d'acquérir une meilleure connaissance du réseau de soin et des programmes d'ETP du territoire choletais (65,7%), mais aussi d'une amélioration des relations ville/hôpital pour faciliter les demandes d'avis spécialisés et l'adressage aux spécialistes (56,7%), de l'allègement de la charge administrative des programmes (37,3%), de l'amélioration de la rémunération (25,4%) et de l'amélioration de l'accessibilité aux formations spécifiques en ETP (26,9%) en augmentant leur nombre et en diminuant leur coût par exemple. Les réponses par catégorie professionnelle sont détaillées dans le tableau III.

	Meilleure connaissance du réseau	Formations plus accessibles	Relations ville/hôpital améliorées	Meilleure rémunération	Charge administrative diminuée	Aucun	NR (non inclus dans %)
Médecins n (%)	8 (61,5)	4 (30,8)	6 (46,2)	2 (15,4)	6 (46,2)	2 (15,4)	1
Infirmiers n (%)	19 (63,3)	9 (30)	19 (63,3)	9 (30)	9 (30)	/	6
Kinésithérapeutes n (%)	8 (72,7)	2 (18,2)	8 (72,7)	2 (18,2)	5 (45,5)	1 (9)	4
Diététiciens n (%)	3 (75)	/	3 (75)	2 (50)	1 (25)	/	/
Psychologues n (%)	6 (66,7)	3 (33,3)	2 (22,2)	2 (22,2)	4 (44,4)	1 (11)	1
Total	44 (65,7)	18 (26,9)	38 (56,7)	17 (25,4)	25 (37,3)	4 (6)	12

Tableau III : Facteurs favorisant l'implication en ETP par profession

Puis, il leur a été demandé quels nouveaux programmes d'ETP pourraient les intéresser. Les réponses toutes professions confondues sont représentées dans la figure 9. Les réponses par catégorie professionnelle sont représentées dans la figure 10.

Figure 9 : Nouveaux programmes d'ETP souhaités par les professionnels de santé

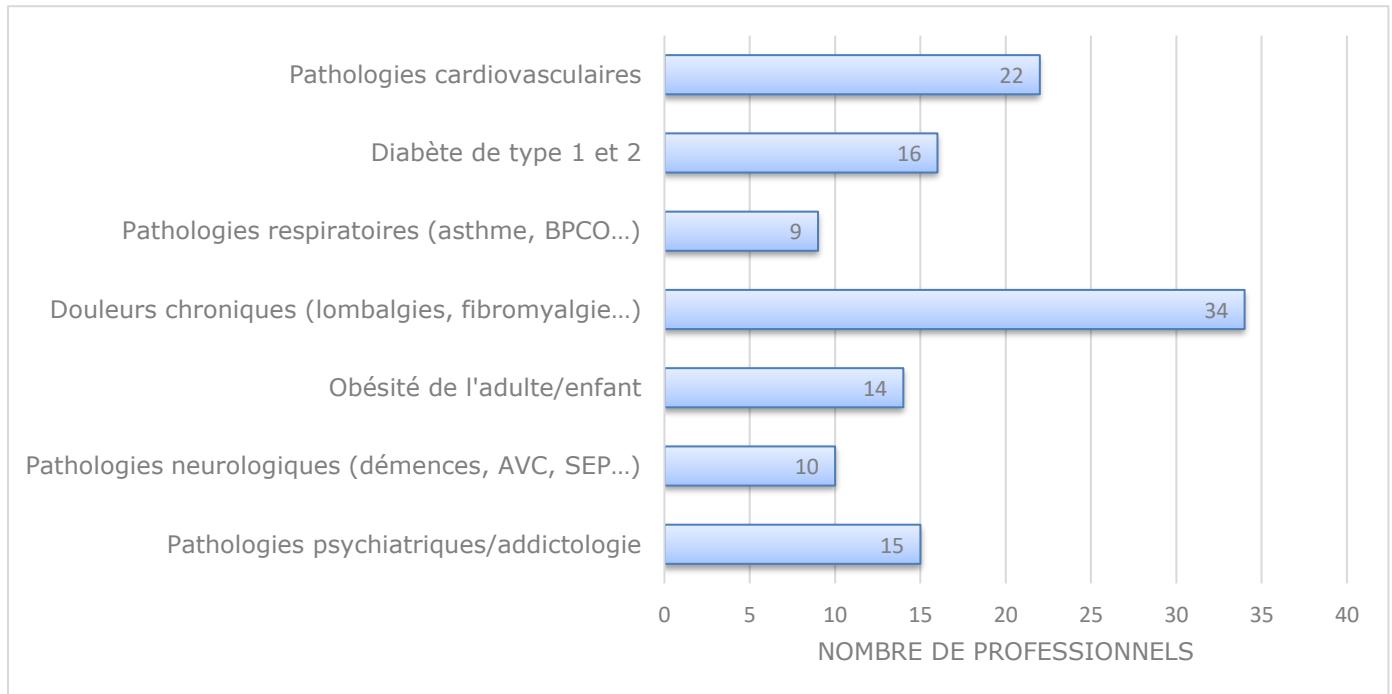
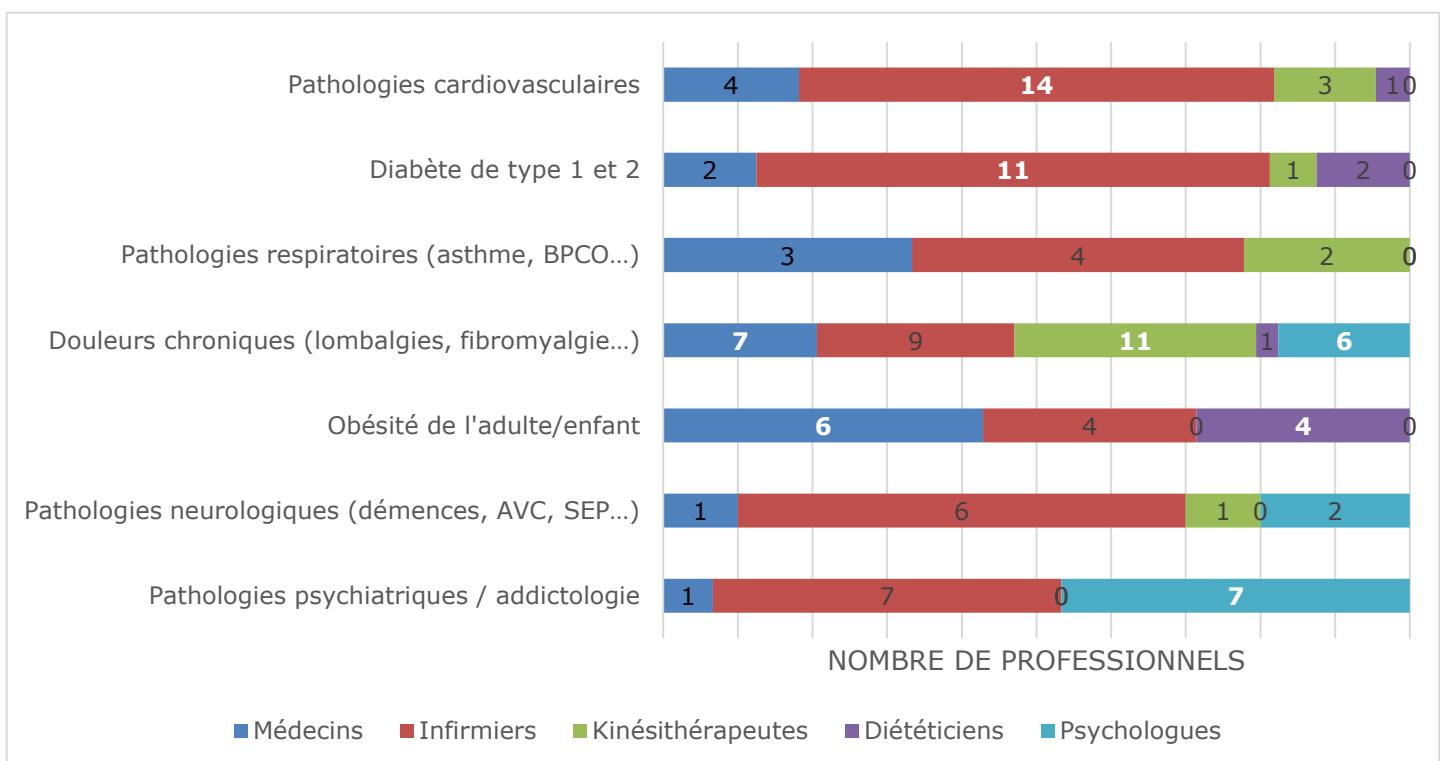


Figure 10 : Répartition par profession des programmes d'ETP souhaités



Enfin, si les programmes souhaités étaient développés, près de 65% des professionnels indiquaient qu'ils seraient prêts à y participer. Les autres signalaient un manque de temps, de formation, de rémunération ou simplement d'envie pour certains. Cependant, l'ensemble des participants déclaraient qu'ils y adresseraient leurs patients.

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

La principale force de cette étude résidait dans l'originalité du sujet. En effet, très peu d'études quantitatives se sont intéressées au sujet, et aucune d'entre elles n'a été réalisée dans le Maine-et-Loire.

De plus, cette étude a permis de s'intéresser à plusieurs catégories de professionnels de santé, avec une diversité en termes d'âges, d'ancienneté d'installation, avec des modes d'exercice variés, permettant une représentativité plus importante des soignants du territoire.

Enfin, une majorité de répondants étaient âgés de 30 à 50 ans. Cette catégorie d'âge était majoritaire dans chaque profession interrogée. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indiquait qu'au 1^{er} janvier 2022, pour les professions ciblées, la moyenne d'âge était de 46,1 ans (27). L'étude semble donc concorder avec la population ciblée sur le critère d'âge.

2. Limites de l'étude

Le taux de participation des médecins généralistes était relativement faible, ce qui a pu induire un **manque de puissance** pour l'étude, limitant les conclusions. Ceci peut s'expliquer par une activité professionnelle importante, notamment en raison de la pénurie médicale sur ce secteur. De plus, l'actualité politique et conventionnelle a peut-être limité leur intérêt pour le sujet.

En revanche, les professionnels non médicaux ont été plus répondeurs car probablement moins sollicités par les enquêtes et thèses.

Dans cette étude, le taux de réponse était de 39,9% (31,1% pour les médecins). Ce pourcentage est finalement supérieur à celui retrouvé dans des études similaires. Une étude réalisée en 2017 par le biais de questionnaires adressés aux médecins généralistes de Gironde à propos de l'ETP retrouvait un pourcentage de réponse de 19,5% (14). Une autre étude évaluant les pratiques en ETP, réalisée en Normandie en 2016, interrogeant les médecins par des questionnaires, retrouvait un pourcentage de réponse de 16,9% (24).

La DREES indiquait qu'en janvier 2022 la représentation féminine était de 76,6% pour l'ensemble des professions concernées, alors que dans cette étude, elle était de 84,8%. Elle recensait 111 034 femmes médecins sur 228 858 soit 48,52% (vs 81,8% dans l'étude), 661 502 infirmières sur 764 260 soit 86,55% (vs 94,4% dans l'étude), 43 558 femmes kinésithérapeutes sur 86 459 soit 50,38% (vs 46,6% dans l'étude), 15 678 diététiciennes sur 16 791 soit 93,37% (vs 100% dans l'étude) et 72 236 femmes psychologues sur 84007 soit 85,99% (vs 100% dans l'étude) (27). S'il est vrai que certains métiers de la santé sont historiquement plutôt féminins (28), d'autres, comme la médecine, ont une franche tendance à se féminiser (29). Cependant, cette surreprésentation féminine dans les réponses pourrait être à l'origine d'un **biais de sélection**.

Il existe aussi un probable **biais de désirabilité** dans la mesure où les professionnels déjà intéressés par l'ETP ont pu majoritairement participer à l'étude. Ce biais est peut-être limité par le fait que plusieurs professionnels ont déclaré avoir une mauvaise connaissance de l'ETP mais ont malgré tout répondu.

Il existe également un possible **biais de recrutement** puisqu'il a été fait le choix d'un envoi des questionnaires exclusivement par courriel pour limiter le temps de réponse et faciliter les relances mais aussi l'analyse des données. Cependant cela a pu exclure certains professionnels utilisant moins les moyens informatiques ou dont nous n'avions pas pu récupérer les adresses.

Il existe, enfin, un **biais d'attrition** lié au fait que, pour plus d'exhaustivité, il a été fait le choix de conserver tous les questionnaires, y compris ceux qui étaient incomplets, au nombre de 13, entraînant nécessairement quelques données manquantes. En effet, le questionnaire a été créé de façon à être réalisé en moins de 10 minutes. Cependant, le nombre de questions, notamment à choix multiples, a pu décourager un certain nombre de professionnels. En revanche, la plupart des questions possédaient une réponse « autre » permettant aux professionnels de s'exprimer librement par le biais d'un commentaire libre.

3. Comparaison avec la littérature

3.1. Connaissance de l'ETP

Cette étude a montré que la connaissance de l'ETP était jugée plutôt mauvaise par près de 50% des professionnels de santé interrogés. Moins de 10% estimaient avoir une très bonne connaissance de ce qu'est l'ETP. En revanche, les diététiciens indiquaient à 75% avoir une très bonne connaissance de l'ETP, mais ce résultat est à pondérer en raison du faible nombre de réponses. Il s'explique peut-être par la participation fréquente des diététiciens dans les programmes d'ETP actuels (diabète, obésité...). A l'inverse, 70% des psychologues estimaient avoir une connaissance « plutôt mauvaise » de l'ETP étant probablement moins souvent sollicités pour ces programmes. Un travail de thèse réalisé en 2015 (30) interrogeant par le biais d'entretiens les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais retrouvait des résultats similaires avec des professionnels déclarant méconnaître l'ETP ou la confondant avec la prévention ou l'éducation à la santé, dispensées sous forme de conseils à chaque consultation.

La majorité des professionnels indiquaient avoir entendu parler de l'ETP par le biais de leurs collègues mais aussi de leur formation universitaire et professionnelle. Pourtant, plus de 75% des interrogés associaient la note de 5/10 ou moins à la sensibilisation à l'ETP reçue durant leurs études supérieures. En comparant ces résultats par catégorie professionnelle et par âge, on peut remarquer que tous les médecins de plus de 50 ans estimaient cette sensibilisation médiocre. De même, tous les diététiciens et psychologues répondants indiquaient une note de moins de 5/10. Les résultats étaient plus mitigés, toutes professions confondues, pour les moins de 50 ans. Si le test de χ^2 a permis de mettre en évidence que les professionnels entre 30 et 50 ans semblaient davantage sensibilisés à l'ETP durant leurs études supérieures ($p<0,001$), il est possible que cela soit en lien avec la proportion nettement plus importante de professionnels dans cette tranche d'âge. Cependant, ces résultats permettent de supposer que la sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures est plutôt mauvaise, quel que soit le cursus mais qu'elle semble progressivement prendre plus d'importance. Une enquête réalisée en 2016 dans des instituts de formations en soins infirmiers (31) allait également dans ce sens, mettant en évidence, en comparaison avec d'autres enquêtes réalisées en 1999, 2005 et 2012, des

progrès quant à l'enseignement de l'ETP lors des études supérieures. Cependant, cet enseignement reste majoritairement théorique et superficiel, ne dispensant pas de réaliser une formation spécialisée pour les professionnels intéressés. Une autre étude comparative à la précédente, réalisée en 2021 (32) mettait en évidence une stabilité des enseignements avec l'introduction de mise en situation par la simulation pour pallier le manque de stages pratiques en ETP. Un article publié en 2019 sur le site remede.org (33) (site de communauté médicale et des professions de santé) évoquait un retard de la France quant à la formation en ETP avec cependant des améliorations d'années en années. Cet article prenait pour exemple la faculté de médecine de Bordeaux qui réalise à ce jour des enseignements pour les étudiants en médecine, sur la relation médecin-patient, l'entretien motivationnel et la sensibilisation à l'ETP ainsi qu'une option de formation spécifique transversale (FST) de 40h pour se former à l'ETP depuis 2020. Il existe également des formations dans la région des Pays de la Loire, notamment un DU d'ETP à Nantes ou une formation validante de 40h à Angers. Dans cette étude, 12 professionnels sur les 73 répondants (16,4%) avaient réalisé une formation spécifique en ETP, pour la majorité, des formations validantes de 40h ou plus.

Une grande majorité (78,1%) des professionnels savaient que l'ETP pouvait se pratiquer en secteur libéral et 40,4% d'entre eux connaissaient des programmes sur le territoire choletais, majoritairement sur le thème du diabète ou par le biais des infirmières ASALEE.

Près de 30% des professionnels avaient déjà orienté leurs patients vers des programmes d'ETP (diabète, maladies cardiovasculaires et neurologiques). Sept professionnels participaient même activement à ces programmes. Certains de ces programmes existent encore à ce jour, d'autres ont été arrêtés pour différentes raisons notamment des difficultés de financement ou une lourdeur de la charge administrative. Par ailleurs, la crise de Covid-19 a également impacté les programmes d'ETP partout en France. En effet, durant la pandémie mondiale de Covid-19, les soins ont été redirigés vers l'aigu et l'urgent, mettant souvent de côté les pathologies chroniques et certains programmes d'ETP en ont nécessairement été affectés. Une grande étude réalisée sur l'ensemble du territoire national (métropole et outre-mer), durant la période de confinement (mars à mai 2020), s'intéressait à l'adaptation de 714

programmes d'ETP durant la pandémie (34). Les résultats mettaient en évidence un arrêt de 70% des programmes. Les programmes restants ont poursuivi leur activité en adaptant leurs pratiques. Certains ont réalisé des séances visant l'éducation à la prévention du Covid-19. La plupart ont mis en place des séances individuelles intégrées au soin ou bien des séances à distance par le biais de l'outil numérique permettant leur persistance mais mettant de côté certains patients ne pouvant s'adapter à l'outil informatique.

Les professionnels semblaient être intéressés par l'ETP puisque près de 70% d'entre eux seraient prêts, à l'avenir, à participer à un programme d'ETP, 25% ont même demandé à recevoir les résultats de l'étude, témoignant d'un intérêt certain pour l'ETP. Les pathologies les plus citées étaient le diabète (71,2%) et les pathologies cardio-vasculaires (59%). Ces pathologies font déjà partie des programmes d'ETP en cours sur le territoire (libéral et hospitalier confondus) (35), mais les programmes existants sont peut-être insuffisants ou difficiles d'accès.

3.2. Objectifs de l'ETP ambulatoire

Les objectifs recherchés par les professionnels dans les programmes d'ETP de proximité, étaient l'autonomisation du patient face à sa pathologie (80,6%), la sensibilisation du patient face à sa pathologie et aux facteurs de risque (53,7%), l'amélioration de l'observance thérapeutique (43,3%) et de la qualité de vie du patient (43,3%). L'ETP permet, en effet, au patient de devenir proactif dans sa prise en charge et gérer au mieux leur vie quotidienne avec une pathologie chronique. Elle « vise à rendre le patient, premier acteur de soin, plus autonome par l'appropriation de nouvelles connaissances et capacités » et permet au soignant de « mener un projet centré et commun avec le patient, inscrit dans un parcours de soins dans le but d'apporter l'autonomie au patient, partenaire de ses soignants » (36).

Les principaux motifs d'adressage étaient le message éducatif insuffisant en consultation (71,6%) ou la complexité de la prise en charge de la maladie (65,7%). Les professionnels de santé ont souvent un temps de consultation limité ne permettant pas toujours de sensibiliser suffisamment le patient à

sa pathologie (facteurs de risque, complications...). La prise en charge des maladies chroniques est longue et parfois difficile pour le patient comme pour le soignant. Les patients peuvent se désinvestir ou ne pas prendre conscience de l'importance du suivi ou des traitements. En ce sens, les séances d'ETP permettent de transmettre les informations autrement, par différents supports (oral, papier, photo, vidéo...), par différents professionnels et même par l'intermédiaire d'autres patients. Cela permet ainsi d'assurer un lien et un soutien à travers les mois et les années, pour ces patients souffrant de maladies chroniques. Elle permet pour le soignant, un relais, une autre vision des choses mais aussi de comprendre et d'appréhender le patient dans son ensemble avec ses besoins et ses difficultés, favorisant ainsi l'alliance thérapeutique et la relation patient-soignant.

3.3. Facteurs limitant l'implication en ETP

Les deux raisons principales mises en avant étaient le manque de connaissance du réseau d'ETP du territoire (55,2%) et le manque de formations spécifiques en ETP (53,7%), décrites comme trop onéreuses, trop peu nombreuses et peu accessibles, avec nécessité de déplacements importants. Ces deux facteurs limitants étaient, pour la majorité des interrogés, situés avant le manque de temps (35,8%) et de rémunération (22,4%). Les résultats coïncident avec ceux retrouvés dans plusieurs études récentes. L'une menée en 2017 auprès des médecins généralistes de Gironde (14) retrouvait également une méconnaissance des réseaux d'ETP locaux (62%) impactant l'implication en ETP. Une autre étude de 2016 interrogeant quant à elle les médecins normands (24) retrouvait comme facteurs limitants prioritaires le manque de temps (77%), de formation (45%) puis de rémunération (36%). Enfin, une revue de la littérature réalisée en 2016 sur les obstacles et les solutions à l'ETP dans le diabète de type 2 montrait des freins similaires à l'implication en ETP (37).

L'adressage des patients était également limité par le manque de connaissance des programmes d'ETP existants (79,1%). Par ailleurs, certains interrogés signalaient que les séances d'ETP n'étaient pas toujours adaptées à certains patients (troubles cognitifs, barrière de la langue, niveaux sociaux différents...). De plus, certains patients sollicités refusent probablement la participation à ce type de programmes. En effet, la plupart des séances d'ETP se déroulent en groupe, permettant l'échange entre

patients mais pouvant en freiner certains qui rencontreraient des difficultés à évoquer leur maladie. D'autres freins à la participation des patients ont été décrits dans une étude publiée en 2016 (38), notamment l'impression de ne pas avoir besoin d'informations supplémentaires concernant la maladie ou encore simplement ne pas souhaiter prendre le temps de s'impliquer dans de tels programmes. Cependant il a aussi été mis en évidence que ce sont souvent les patients qui en auraient le plus besoin qui sont amenés à refuser. L'idée serait donc d'expliquer de façon simple les intérêts de l'ETP aux patients et de leur proposer, de façon adaptée et au bon moment, la participation à des séances.

3.4. Facteurs favorisant l'implication en ETP

Les premiers facteurs décrits par les professionnels étaient l'acquisition d'une meilleure connaissance du réseau d'ETP loco-régional (pour 65,7% et près de 2/3 des répondants de chaque profession) et l'amélioration des relations ville/hôpital afin de faciliter la demande d'avis spécialisés et l'adressage des patients (facilité par la création de parcours patient) (56,7%). En effet, s'il existe déjà un certain nombre de programmes d'ETP dans la région choletaise, notamment à l'hôpital de Cholet, de nombreux professionnels n'en connaissent pas l'existence ni les modalités d'adressage. C'est pourquoi il paraît important de rendre plus visibles les programmes préexistants et de favoriser les liens entre les acteurs de soin de premier recours et l'hôpital où se déroule à ce jour la majeure partie de l'ETP. Il pourrait être envisagé une liste des différents programmes d'ETP de la région et leurs modalités (thème, nombre de séances, nombre de participants, mode d'adressage...) qui pourrait être en versions numérique et papier qui serait régulièrement actualisée. Celle-ci pourrait également décrire les différentes formations à l'ETP existantes et leurs conditions d'accès.

Parmi les autres cibles d'amélioration citées par les professionnels, la diminution de la charge administrative des programmes semblait également nécessaire (37,3%), celle-ci étant décrite comme très conséquente et chronophage par de nombreux professionnels (13). En effet, le temps à consacrer en amont et pendant le programme est important. De la création du projet, à sa déclaration auprès de l'ARS, puis à la demande de financement, et jusqu'à la préparation puis la dispensation des séances et l'auto-évaluation du programme, l'implication est considérable. Il était donc espéré, par de nombreux professionnels, une simplification des démarches afin de rendre plus accessible la création de projets

d'ETP. Enfin, les autres axes d'amélioration sollicités par les interrogés étaient de faciliter l'accessibilité aux formations en ETP (en diminuant leur coût, en augmentant leur nombre ou encore en les rendant facilement accessibles à distance) (26,9%) et d'augmenter de la rémunération de l'ETP (25,4%) afin de valoriser le temps passé à la création puis la dispensation du programme. Il est tout de même à noter que quatre personnes indiquaient qu'aucun facteur ne les inciterait à prendre part à ces programmes (6%).

Le thème d'ETP le plus sollicité par la majorité des professionnels concernant leurs souhaits de nouveaux programmes sur le territoire, était la prise en charge des douleurs chroniques (lombalgie chroniques, fibromyalgie...) (50,7%). Un dossier publié en 2017 sur le site de l'INSERM (39) indiquait qu'environ 30% des adultes présentent des douleurs chroniques, cette prévalence augmentant avec l'âge. L'importance de ce symptôme dans la population générale et ses conséquences (anxiété, dépression, troubles de sommeil...) menant à de nombreuses consultations et examens complémentaires en font un enjeu majeur de santé publique. De plus, la prise en charge des douleurs chroniques est souvent longue et difficile. Le soignant qui peut ressentir du découragement et de l'impuissance face à la souffrance physique et psychologique du patient, aux consultations multiples et aux échecs des thérapeutiques classiques. « Le patient douloureux chronique met en échec la médecine et confronte le médecin à l'impuissance, la frustration et l'incertitude. Il n'est pas évident pour le médecin d'être confronté à l'incapacité à faire taire le symptôme et aux limites de son pouvoir médical, tout en maintenant une relation d'accueil plutôt que de rejet » (40). Cela pourrait expliquer la sollicitation de tels programmes d'ETP et justifierait leur développement en France.

Les professionnels sollicitaient aussi des programmes visant les pathologies cardiaques et facteurs de risque cardiovasculaires (32,8%), le diabète de type 1 et 2 (23,9%), programmes existant déjà sur le territoire mais insuffisamment en secteur libéral. La prise en charge des pathologies psychiatriques et/ou addictologiques était également sollicitée (22,4%). Ces pathologies sont courantes, complexes, et de prévalence croissante, en particulier depuis la pandémie de Covid-19 (41). De plus, le manque de professionnels a entraîné la fermeture de nombreux lits de psychiatrie à l'hôpital de Cholet à

l'automne 2021 et la menace de nouvelles fermetures cet été (42). Si l'accueil d'urgence est toujours possible les hospitalisations et avis psychiatriques deviennent de plus en plus difficiles à obtenir expliquant probablement la demande d'aide de nombreux soignants pour l'accompagnement de leurs patients. Les autres sollicitations concernaient l'obésité de l'adulte et/ou de l'enfant (20,9%), en augmentation en France et dans le monde (43), les pathologies neurologiques (démences, sclérose en plaques (SEP), accident vasculaire cérébral (AVC), épilepsie, Parkinson...) (14,9%) et respiratoires (asthme, BPCO...) (13,4%). Il est intéressant de remarquer que la plupart des professionnels ont choisi en fonction de leur métier, les pathologies correspondant au type de patients qu'ils reçoivent en consultation. Les psychologues ont majoritairement sollicité des programmes visant les pathologies psychiatriques ou addictologiques, les diététiciens, la prise en charge de l'obésité et du diabète et les kinésithérapeutes, les douleurs chroniques. Les choix des infirmiers étaient plus variés possiblement du fait de la diversité des pathologies rencontrées. Les médecins quant à eux sollicitaient des programmes sur l'obésité et les douleurs chroniques, motifs revenant de plus en plus souvent lors des consultations.

Enfin, si de tels programmes se développaient, plus de la moitié des interrogés seraient prêts à y participer et la totalité, à y adresser leurs patients, témoignant non seulement d'un intérêt pour l'ETP mais aussi d'un besoin sur le territoire.

CONCLUSION

Dans un système de soins où les pathologies chroniques ont une prévalence importante et croissante impactant directement la prise en charge des patients, ainsi que les coûts de santé, l'ETP a un rôle majeur à jouer. Elle permet l'autonomisation du patient, le rendant acteur de sa santé et permet une diminution des complications, du recours aux soins, en ville comme à l'hôpital. Il s'agit d'un outil essentiel pour permettre l'amélioration de la qualité de vie des patients, notamment lorsqu'ils y accèdent en proximité. Elle se développe partout en France mais reste à ce jour limitée et très majoritairement hospitalière excluant les patients les plus isolés. Les professionnels de premier recours sont ceux qui connaissent le mieux le patient, ils ont ainsi toute leur place dans le développement de programmes d'ETP de proximité.

Ce travail de thèse a permis de mettre en évidence que la sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures est médiocre et que les professionnels de santé du territoire choletais ont une faible connaissance de l'ETP et des programmes existants. Ils sont cependant intéressés par ce que peut apporter l'ETP à leurs patients, notamment pour les prises en charge les plus complexes : une sensibilisation à leur maladie et aux facteurs de risque de complications, une autonomisation et une amélioration de l'observance thérapeutique visant à terme une amélioration de leur qualité de vie avec la maladie.

Les freins à la participation aux programmes d'ETP ou à l'adressage des patients mis en évidence par l'étude sont prioritairement un manque de connaissance du réseau d'ETP préexistant, des formations insuffisantes, mais aussi un manque de temps et de rémunération de ces programmes. Les professionnels sollicitent des formations plus accessibles (en augmentant leur nombre et en diminuant leur coût) et une meilleure visibilité des programmes d'ETP. Celle-ci pourrait être apportée, par exemple, par une liste régulièrement actualisée (annuelle ?) répertoriant les programmes existants et leurs spécificités, ainsi que les formations d'ETP proposées sur le territoire. Les professionnels de santé sollicitent également une amélioration des relations ville-hôpital pour faciliter l'adressage des patients vers les programmes hospitaliers. Les thèmes les plus sollicités pour de nouveaux programmes en secteur libéral, sont la prise en charge des douleurs chroniques, des pathologies cardiovasculaires et

du diabète, et à un degré moindre, les troubles de l'alimentation et les pathologies psychiatriques ou addictologiques. D'autres modalités d'ETP pourraient également être explorées, par exemple une ETP personnalisée, à domicile ou encore une ETP numérique en cas d'accès difficile ou de déplacements limités comme cela a été le cas lors de la pandémie récente de Covid-19. Par ailleurs, cette étude a permis de recueillir la parole des professionnels de santé, il serait utile de recueillir en complément l'avis des patients du territoire choletais, leur connaissance de l'ETP, leurs souhaits et leurs motivations quant à la mise en place de programmes d'ETP de proximité. Il pourrait également être intéressant d'élargir cette étude en interrogeant tous les soignants du Maine-et-Loire, ou même des Pays de la Loire afin d'obtenir des résultats plus significatifs.

Enfin, il semble exister un réel intérêt des professionnels de santé pour l'ETP, au minimum pour l'adressage des patients (100% des professionnels) voire pour la participation active aux réseaux d'ETP pour plus de la moitié d'entre eux. Ces résultats, bien qu'encourageants, devront cependant être confirmés par des études complémentaires pour évaluer l'adhésion effective sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Europe WHORO for. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1998. p. viii, 76 p.
2. Bartlett EE. Historical glimpses of patient education in the United States. 1986;135-49.
3. Grimaldi A. Si l'histoire de l'éducation thérapeutique m'était contée... 2017;11:307-18.
4. Grimaldi A. Les différents habits de l'"expert profane". 2010;
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. Etudes Résultats. 2018;
6. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. Savoirs. 2014;35(2):9-48.
7. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 20 nov 2002;288(19):2469-75.
8. Dépenses de santé: concentration sur les maladies chroniques et poids important de la santé mentale [Internet]. 2022 [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/depenses-de-sante-concentration-sur-les-maladies-chroniques-et-poids-importants-de-la-sante-mentale>
9. Data pathologies [Internet]. [cité 28 févr 2023]. Disponible sur: <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>
10. Sanguignol F, Lagger G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. juin 2009;1(1):57-62.
11. Jacquat D. Education thérapeutique du patient. Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne. [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf
12. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Education thérapeutique du patient. Liste des programmes autorisés au 31 décembre 2020. 2020.
13. Hamy-Shoshany S. Freins et dynamiques à la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique du patient en soins primaires. 2015.
14. Train B. Éducation thérapeutique du patient et médecine générale: étude chez 301 médecins généralistes en Gironde. 2017.
15. Briat B. Freins et Leviers influençant la participation des médecins généralistes, kinésithérapeutes et orthophonistes de la région Toulon-Hyères à des activités d'éducation thérapeutique des patients, exemple en post-AVC. Marseille; 2017.

16. Moine M. 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. Poitiers; 2022.
17. Dufaure S. L'éducation thérapeutique du patient sur le territoire du Lot : freins et leviers à son développement. 2014.
18. Laboue J. Impact d'une éducation thérapeutique proposée en proximité chez des patients diabétiques de type 2 vivant en territoire rural. 2015.
19. Lucas H. Intérêts de la réalisation en proximité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient chez des patients diabétiques de type 2 suivis en quartier prioritaire de la ville. 2018.
20. Corbeau C, Fassler M. Le programme Solidarité Diabète. Santé Educ. 2015;03.
21. Corbeau C, Boegner C, Fassier M, Parada Bonte F, Mohammed R. Solidarité diabète : patients et professionnels, partenaires dans l'éducation thérapeutique de personnes diabétiques en situation de précarité. Santé Publique. 2013;S2(HS2):225-33.
22. Ghali M. Impact des programmes d'éducation thérapeutique, réalisés en ambulatoire, sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2, à travers le regard de leur médecin généraliste. 2018.
23. Doazan-Daussin P. Changements perçus par les patients diabétiques de type 2 à la suite de consultations avec un infirmier ASALEE : étude qualitative par entretiens individuels. 2018.
24. Chaar B. Education thérapeutique du patient et médecine de ville: évaluation des pratiques en 2016 dans le diabète de type 2 des médecins généralistes bas normands. Université de Médecine de Caen; 2016.
25. Articles L.4111-1 à L.4394-4 du Code de la Santé Publique.
26. ADOPS 49 [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.adops49.fr/public/>
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.
28. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):17-33.
29. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice. 2003 oct.
30. Diligent T. Etat des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais. Faculté de Médecine Henri Warenbourg; 2015.

31. Delahaut A, d'Ivernois JF, Albano MG. Enquête nationale sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les instituts de formation en soins infirmier (2016). *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 1 déc 2017;9(2):20205.
32. Laurendeau C, Marchand C, Gagnayre R. Évolution en 2021 de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en formation initiale et place de la simulation dans cet enseignement : une enquête auprès de 92 instituts de formation en soins infirmiers français. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 2022;14(1):10203.
33. Cousin S. Remede.org. [cité 12 sept 2023]. Education thérapeutique du patient : se former est urgent ! Disponible sur: <http://www.remede.org/documents/education-therapeutique-du-patient-se-former-est-urgent.html>
34. Lafitte P, Pétré B, Tribonnière X de la, 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 d'ETP. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 2020;12(2):20207.
35. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés/déclarés au 31 décembre 2021 [Internet]. [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/2765/download?inline>
36. Robert A. L'éducation thérapeutique du patient : toute une histoire ! [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492754/document>
37. Payet B. Obstacles et solutions à la réalisation de l'éducation en médecine générale dans le cadre du diabète de type 2 du côté du médecin généraliste. 2016.
38. Molins E, Tinquaut F, Oriol M, Rousset V, Okala J, Fournel P, et al. Pourquoi les patients refusent-ils de participer à l'éducation thérapeutique ? Une approche mixte pour expliquer le biais d'auto-sélection. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 mai 2016;64:S133-4.
39. Inserm [Internet]. [cité 29 sept 2023]. Douleur · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/douleur/>
40. Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cah Psychol Clin.* 2007;28(1):167-83.
41. Troubles mentaux [Internet]. [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
42. BOITEAU Y. Courrier de l'Ouest. 2023 [cité 29 sept 2023]. Cholet. Nouvelles menaces sur les services d'admission en psychiatrie de l'hôpital ? Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/cholet-49300/cholet-nouvelles-menaces-sur-les-services-dadmission-en-psychiatrie-de-lhopital-4f338ff8-20cb-11ee-99d3-d8f473980443>
43. Cara G. Obésité et surpoids : près d'un Français sur deux concerné. État des lieux, prévention et solutions thérapeutiques [Internet]. Salle de presse de l'Inserm. 2023 [cité 29 sept 2023]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/obesite-et-surpoids-pres-dun-francais-sur-deux-concerne-etat-des-lieux-prevention-et-solutions-therapeutiques/66542/>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Age des professionnels	9
Figure 2 : Ancienneté d'installation	9
Figure 3 : Evaluation de la connaissance de l'ETP	10
Figure 4 : Sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures	12
Figure 5 : Pathologies qui bénéficiaient le plus de programmes d'ETP de proximité	14
Figure 6 : Intérêts recherchés en ETP de proximité.....	16
Figure 7 : Freins limitant la participation à des programmes d'ETP.....	17
Figure 8 : Freins limitant l'adressage des patients vers des programmes d'ETP	17
Figure 9 : Nouveaux programmes d'ETP souhaités par les professionnels de santé	19
Figure 10 : Répartition par profession des programmes d'ETP souhaités.....	19

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Connaissance de l'ETP par catégorie professionnelle	11
Tableau II : Sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures par profession et par âge	13
Tableau III : Facteurs favorisant l'implication en ETP par profession	18

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	7
RÉSULTATS	9
1. Taux de participation	9
2. Caractéristiques épidémiologiques	9
3. Connaissance et représentations de l'ETP	10
4. Implication préexistante en ETP	15
5. Freins et motivations à la réalisation de projets d'ETP.....	15
5.1. Intérêts recherchés en ETP.....	15
5.1.1. Freins à l'implication ETP.....	16
5.1.2. Motivations à l'implication en ETP	18
DISCUSSION	21
1. Forces de l'étude.....	21
2. Limites de l'étude.....	21
3. Comparaison avec la littérature	23
3.1. Connaissance de l'ETP	23
3.2. Objectifs de l'ETP ambulatoire :	25
3.3. Facteurs limitant l'implication en ETP :	26
3.4. Facteurs favorisant l'implication en ETP :	27
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE.....	32
LISTE DES FIGURES	35
LISTE DES TABLEAUX.....	36
TABLE DES MATIERES	37
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Description :

Merci d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire de thèse qui est à destination des professionnels de santé ambulatoires (médecins installés et collaborateurs, kinésithérapeutes, infirmiers, sage-femmes, diététiciens et psychologues). Celui-ci vise à interroger les attentes, les motivations et les freins à la création de projets d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en ambulatoire sur le territoire choletais. Le but recherché est, à terme, de favoriser l'émergence de nouveaux programmes d'ETP de proximité sur ce territoire.

Si vous êtes intéressé par les résultats de cette étude ou que vous souhaitez avoir des informations complémentaires, merci de me communiquer vos coordonnées à la fin du questionnaire.

Durée de réalisation estimée : < 10 minutes.

Partie 1 : Caractéristiques épidémiologiques

Q1 : Quel est votre genre ?

R1 : Femme

R2 : Homme

Q2 : Quelle est votre profession ?

R1 : Médecin généraliste installé(e)

R2 : Médecin généraliste collaborateur

R3 : Infirmier(e)

R4 : Kinésithérapeute

R5 : Diététicien(ne)

R6 : Psychologue

Q3 : Quel est votre âge ?

R1 : Moins de 30 ans

R2 : De 30 à 50 ans

R3 : Plus de 50 ans

Q4 : Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) en territoire choletais ?

R1 : Moins de 5 ans

R2 : Entre 5 et 10 ans

R3 : Entre 10 et 20 ans

R4 : Plus de 20 ans

Q5 : Quel est votre lieu d'exercice ?

R1 : Milieu urbain (> 300 habitants/km2)

R2 : Milieu semi-urbain (entre 100 et 300 habitants/km2)

R3 : Milieu rural (<100 habitants par km2)

Q6 : Quel est votre mode d'exercice ?

R1 : J'exerce seul(e)

R2 : J'exerce en cabinet de groupe

R3 : J'exerce en maison de santé pluriprofessionnelle

R4 : Autre :

Q7 : Quel est votre mode de rémunération principal ?

R1 : Salariat

R2 : Libéral

Q8 : Avez-vous une activité secondaire (si oui laquelle) ?

R1 : Oui (veuillez mentionnez votre activité secondaire)

R2 : Non

Partie 2 : Connaissance et représentations de l'ETP

Q9 : Estimez-vous avoir une bonne connaissance de ce qu'est l'ETP ?

	Très bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Estimation de votre connaissance de l'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Q10 : Par quels biais avez-vous déjà entendu parler de l'ETP (choix multiple) ?

R1 : Cursus universitaire / études supérieures

R2 : Formation professionnelle continue

R3 : Séminaires

R4 : Lecture de revues scientifiques

R5 : Lecture de thèses

R6 : Via des collègues/connaissances personnelles

R7 : Via une formation spécifique en ETP

R8 : Autre :

Q11 : Sur une échelle de 1 à 10 (1 = médiocre / 10 = excellent), estimez-vous avoir été bien informé(e)/sensibilisé(e) à l'ETP lors de vos études supérieures ?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Qualité de votre sensibilisation à l'ETP durant les études supérieures	<input type="radio"/>									

Q12 : Avez-vous déjà réalisé une formation spécifique en ETP ?

R1 : Oui j'ai réalisé une formation spécifique en ETP

R2 : Non je n'ai réalisé aucune formation spécifique en ETP

Q12B : Quelle formation spécifique en ETP avez-vous réalisé ? [SI OUI]

R1 : Diplôme universitaire (DU) d'ETP

R2 : Formation d'ETP validante (40h)

R3 : Formation autres en ETP non validantes

R4 : Autre :

Q13 : Aviez-vous connaissance que l'ETP pouvait se pratiquer en ambulatoire ?

R1 : Oui, je savais que l'ETP pouvait se pratiquer en ambulatoire

R2 : Non, je ne savais pas que l'ETP pouvait se pratiquer en ambulatoire

Q13B : Connaissez-vous déjà des programmes d'ETP ambulatoires sur le territoire choletais (si oui, merci d'en indiquer le thème) ? [SI OUI]

R1 : Oui j'en connais

R2 : Non je n'en connais pas

Q14 : Quelles sont, pour vous, les pathologies chroniques qui bénéficiaient le plus des programmes d'ETP en ambulatoire ? (3 choix)

R1 : Pathologies cardiaques et facteurs de risque cardiovasculaires (infarctus, hypertension artérielle, dyslipidémies...)

R2 : Diabète de types 1 et 2

R3 : Asthme

R4 : BPCO

R5 : Lombalgies chroniques

R6 : Obésité de l'adulte

R7 : Obésité de l'enfant et de l'adolescent

R8 : Pathologies neurologiques (démences, sclérose en plaques, AVC, épilepsie...)

R9 : Addictologie / psychiatrie (dépression, bipolarité, schizophrénie...)

R10 : Autre :

Partie 3 : Implication préexistante en ETP

Q15 : Avez-vous déjà adressé un/des patient(s) vers un programme d'ETP ambulatoire (si oui, merci d'en indiquer le thème) ? [SI OUI A LA QUESTION 13]

R1 : Oui j'ai déjà adressé certains patients vers un/des programmes d'ETP ambulatoire

R2 : Non je n'ai jamais adressé de patient vers un tel programme

Q16 : Avez-vous, ou faites-vous actuellement partie d'un programme d'ETP ambulatoire ?

R1 : Oui je fais ou faisais partie d'un ou de plusieurs programme(s) d'ETP en ambulatoire

R2 : Non je n'ai jamais fait partie d'un programme d'ETP

Q16B : Si oui merci d'indiquer le thème de ce(s) programme(s) : [SI OUI]

Q16B2 : Ce ou ces programme(s) existe(nt)-il(s) toujours ? Sinon pourquoi ?

[SI OUI]

R1 : Oui ce programme existe toujours

R2 : Non ce programme n'existe plus

Q16C : Si non, aimeriez-vous dans l'avenir faire partie d'un programme d'ETP

ambulatoire ? [SI NON]

R1 : Oui, j'aimerai bien participer à un programme d'ETP ambulatoire si l'occasion se présentait

R2 : Non, je ne suis pas intéressé pour participer à un programme d'ETP ambulatoire

Partie 4 : Freins et motivations à la réalisation de projets d'ETP

Q17 : Quelles sont, pour vous, les intérêts principaux de l'ETP en ambulatoire ? (3 choix)

R1 : Amélioration de la relation patient/soignant

R2 : Amélioration de l'observance thérapeutique

R3 : Augmentation de la durée de vie du patient

R4 : Amélioration de la qualité de vie du patient

R5 : Sensibilisation du patient à sa pathologie et aux facteurs de risque

R6 : Autonomisation du patient face à sa pathologie

R7 : Responsabilisation du patient face à sa santé

R8 : Favorisation de l'accessibilité au soin des patients isolés

R9 : Autre :

Q18 : A quel(s) moment(s) pensez-vous intéressant d'adresser un patient à un programme d'ETP ? (choix multiples)

R1 : Jamais car je ne pense pas que l'ETP réponde à la problématique de mes patients

R2 : Sur demande du patient

R3 : Sur proposition d'un spécialiste suivant le patient

R4 : Lorsque la prise en charge devient complexe (multiples facteurs de risque, complications...)

R5 : Lorsque le message éducatif délivré en consultation/entretien ne semble pas suffire

R6 : Autre :

Q19 : Quels sont les facteurs limitant votre implication dans des programmes d'ETP ? (choix multiples)

R1 : Je ne suis pas intéressé(e) par l'ETP

R2 : Je ne pense pas que l'ETP apporterait un bénéfice supplémentaire à mes patients

R3 : Je n'ai pas le temps de prendre part à un programme d'ETP

R4 : La rémunération est insuffisante par rapport à l'investissement et au temps fourni

R5 : Je manque de connaissance concernant le réseau d'ETP du territoire

R6 : Je n'ai pas de formation spécifique en ETP

R7 : Autre :

Q20 : Quels sont les facteurs limitant l'adressage des patients vous consultant vers des programmes d'ETP ? (choix multiples)

R1 : Je ne pense pas que l'ETP apporterait un bénéfice supplémentaire à mes patients

R2 : Les patients me consultant me semblent peu enclins à aller dans de tels programmes

R3 : Lors des consultations/entretiens je ne pense pas toujours aux programmes d'ETP

R4 : Je ne connais pas bien les différents programmes d'ETP du territoire

R5 : Autre :

Q21 : Quels facteurs pourraient vous inciter à vous impliquer dans un programme d'ETP ? (choix multiples)

R1 : Acquérir une meilleure connaissance du réseau de soin du territoire en ETP

R2 : Rendre plus accessibles les formations en ETP (diminuer le coût, augmenter leur nombre ou leur réalisation à distance)

R3 : Améliorer les relations entre la ville et l'hôpital (afin de faciliter la demande d'avis spécialisés, l'adressage des patients ou la formation dans des domaines spécifiques)

R4 : Obtenir une meilleure rémunération du programme / des séances d'ETP

R5 : Diminuer la charge administrative de tels programmes

R6 : Aucun

Q22 : Quel(s) programme(s) d'ETP souhaiteriez-vous voir se développer prochainement dans le territoire choletais ? (1 ou 2 choix)

R1 : Un programme visant les pathologies cardiaques et facteurs de risques cardiovasculaires

R2 : Un programme visant le diabète de types 1 et 2

R3 : Un programme visant les pathologies respiratoires (asthme, BPCO...)

R5 : Un programme visant les douleurs chroniques (lombalgie, fibromyalgie...)

R6 : Un programme visant la prise en charge de l'obésité de l'adulte et/ou de l'enfant

R7 : Un programme visant les pathologies neurologiques (démences, SEP, AVC...)

R8 : Un programme visant les pathologies psychiatriques et/ou addictologiques

R9 : Aucun

Q23 : Si un tel programme venait à se développer, seriez-vous prêt à y participer en tant qu'intervenant ?

R1 : Oui je serais prêt à y participer

R2 : Non je n'y participerai pas

Q23B : Si non, pourquoi ? [SI NON]

Q24 : Si un tel programme venait à se développer, seriez-vous prêt à adresser vers celui-ci les patients vous consultant ?

R1 : Oui j'y adresserai volontiers certains patients

R2 : Non je n'adresserai pas de patient vers ce programme

Q24B : Si non, pourquoi ? [SI NON]

Partie 5 : Pour terminer

Q25 : Avez-vous des remarques concernant ce sujet ou cette étude ?

Q26 : Si vous avez des questions ou si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, merci de me communiquer vos coordonnées (nom, prénom, adresse mail).

En vous remerciant pour votre aide précieuse dans cette étude.

Anaïs LE RHUN

ABSTRACT

RÉSUMÉ

LE RHUN Anaïs

Education Thérapeutique du Patient en ambulatoire : freins et attentes des professionnels de santé du territoire choletais

Introduction : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) permet de renforcer l'autonomie du patient, pour lui permettre d'être acteur de sa propre santé, notamment dans le cadre des pathologies chroniques. Les soignants de premier recours ont alors toute leur place dans le développement de programmes d'ETP de proximité. L'objectif de cette thèse était de recueillir les freins et attentes des professionnels de santé libéraux concernant l'ETP sur le territoire choletais, dans le département du Maine-et-Loire.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et monocentrique à l'aide d'un questionnaire en ligne, adressé par courriel aux soignants libéraux du territoire choletais (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens et psychologues) de janvier à septembre 2023. L'analyse des données s'est faite sur Excel et à l'aide du logiciel BiostaTGV®.

Résultats : Au total, 79 questionnaires ont été recueillis (dont 84,8% de femmes). Il y avait 14 médecins généralistes, 36 infirmiers, 15 kinésithérapeutes, 10 psychologues et 4 diététiciens. Le taux de réponse était de 39,9%. La connaissance de l'ETP, notamment liée au manque de sensibilisation pendant les études supérieures, était faible pour un tiers des médecins et kinésithérapeutes et pour plus de la moitié des infirmiers. Trente pourcents des interrogés avaient déjà adressé un patient vers l'ETP et 10% y participaient activement. Les principaux freins identifiés étaient la méconnaissance du réseau d'ETP et des formations, le manque de temps et l'insuffisance de rémunération. Si des programmes attractifs et de proximité étaient développés (pathologies cardiovasculaires, diabète, douleurs chroniques, obésité, pathologies psychiatriques/addictologiques...), deux tiers des professionnels affirmaient vouloir y participer.

Conclusion : Malgré une connaissance insuffisante de l'ETP, et de nombreux freins limitant leur implication, certains professionnels de santé semblent motivés pour participer à de futurs programmes d'ETP de proximité.

Mots-clés : ETP de proximité, professionnels de santé libéraux

Local therapeutic patient education : obstacles and expectations in the Cholet area's healthcare professionals

Introduction : Therapeutic patient education (TPE) helps strengthen patient autonomy, allowing them to be an active part of their healthcare, especially regarding chronic diseases. Primary healthcare professionals then have a central role in the development of local TPE programs. The purpose of this thesis was to collect the obstacles and expectations facing primary healthcare professionals regarding TPE in the Cholet area in the Maine-et-Loire department.

Methods : The study was quantitative, descriptive, and single-centered using an online questionnaire sent by email to primary healthcare professionals (general practitioners, nurses, physiotherapists, dietitians, and psychologists) from January to September 2023. Data analysis was performed with Excel and BiostaTGV® software.

Results : In total, 79 questionnaires were collected (84,8% women). The participants were composed of 14 general practitioners, 36 nurses, 15 physiotherapists, 10 psychologists and 4 dietitians. The response rate was 39,9%. TPE knowledge, especially linked to the lack of awareness during college, was low for a third of the interviewed general practitioners and more than half of nurses. Thirty percent of those interviewed had already referred a patient to a TPE program, and 10% are actively involved in such programs. The main impediments identified were a general lack of knowledge of the TPE network and training programs, the lack of time, and insufficient remuneration in these programs. Two thirds of the healthcare professionals interviewed indicated that they would like to participate if attractive local programs (cardiovascular diseases, diabetes, chronic pain, obesity, psychiatric or addiction pathologies) were to be developed.

Conclusion : Despite an insufficient level of TPE knowledge and numerous impediments limiting their involvement, some healthcare professionals seem to be motivated to participate in future local TPE programs.

Keywords : local TPE, primary healthcare professionals