

2024-2025

Thèse

pour le

Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**Partage d'information sur la prise en charge éducative
du patient : quels sont les besoins et attentes du
patient et de ses professionnels de santé ?**

--

**Sharing information about the patient's educational
care: what are the needs and expectations of the
patient and their healthcare professionals?**

Vergnaud Chloé

Née le 02 avril 1997 à Bressuire (79)

Sous la direction de Mme le Docteur Spiesser-Robelet Laurence

Membres du jury

Monsieur le Professeur Sébastien Faure	Président
Madame le Docteur Laurence Spiesser-Robelet	Directrice
Madame le Docteur Claire Berge-Bouchara	Membre
Madame le Docteur Séverine Dubois	Membre
Madame le Docteur Marie Gaumé	Membre
Monsieur le Docteur Jocelyn Lepelletier	Membre

Soutenue publiquement le :
02 octobre 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) **VERGNAUD Chloé**
déclare être pleinement conscient(e) 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.

signé par l'étudiant(e) le **31 / 08 / 2025**

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT DE L'AUTEUR

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."



LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

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
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
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	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	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	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	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
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine

JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	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
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	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
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	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
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
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, RECONSTRUCTRICE 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

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
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
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFJ Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX 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
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	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
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
MARSAN-POIROUX Sylvie	COMMUNICATION	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
AHU		
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
ROBIN Julien	DISPOSITIFS MEDICAUX	Pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur **Sébastien FAURE**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et votre confiance.

A Madame **Laurence SPIESSER-ROBELET**, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. De ton soutien, de tes conseils et de ta disponibilité durant la rédaction de cette thèse et depuis le début de mon internat. Sois assurée de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame **Claire BERGE-BOUCHARA**, merci d'avoir accepté de participer et d'examiner mon travail. Travailler avec vous était un réel plaisir, merci pour toutes les choses que vous m'avez transmises tant sur le plan professionnel que personnel.

A Madame **Séverine DUBOIS**, je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je te remercie aussi de m'avoir accueilli dans les locaux de l'UTET avec Cécile. J'ai grandement appris à vos côtés.

A Madame **Marie GAUME**, je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de ta confiance et de ta disponibilité.

A Monsieur **Jocelyn LEPELETTIER**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de relire mon travail et de votre disponibilité.

A **l'équipe de la stérilisation de Cholet** : Juju, Théo, Sarah-Caro, Soizick, Nora, Béné, Didier, Karine, Blondie, Élise, Ludo, Mathilde, Anouk. Avoir travaillé avec vous a été un réel plaisir dès le premier jour. Je vous remercie pour tous les supers moments passés ensemble, je suis impatiente de vous revoir.

A la **dream team de l'URC et des Essais Cliniques** : Dodo, Juju, Lulu, Gigi, Merry, Soso, Maud, Susu et la Mazoute. Vous êtes des PPH et des femmes extraordinaires, ne changez pas. Merci pour tout. Des poutoux, on se dit qu'on s'aime... en tous les cas moi je vous aime.

A mes **co-internes angevins** : Guillaume, Justine, Adèle, Marie, Lucile et Louise pour votre soutien et tous les bons moments passés ensemble.

Aux **7 rayons de soleils** qui ont illuminé mon internat,

- A **Mathieu, Paul, Alizée et Juliette**, mes bios préférés, merci pour tous les bons moments, les fous rires, les week-ends, les verres et bien sûr : les potins. Vous êtes une bouffée d'oxygène à chaque fois.

- A **Marine**, merci du soutien et de ta joie de vivre chaque jour. De ta franchise et de ton naturel. Je sais que je peux compter sur toi.

- A **Solène**, ma Soso, merci pour ton calme légendaire et ta bienveillance depuis le premier jour. Merci d'avoir été si compréhensive devant nos diverses plaintes. La vie serait bien trop chaotique sans toi.

- A **Florestan**, je n'aurais pu rêver mieux que toi comme co-interne. Merci de courir à mon bureau dès que tu as une info croustillante, du soutien pendant les gardes et la rédaction de cette thèse, des milliers de messages échangés souvent pour critiquer. Dès que je t'ai vu arrivé j'ai su que tu allais devenir le tic de mon tac.

Aux **poitevins, à la Mif que j'ai choisi** : Mathilde, Aurélien, Aymeric, Louis, Caillet, Millot, Baptiste, Mathieu, Flo, Clément, Marine et Paul. Merci de m'avoir accueilli non pas comme une plus un, mais bien comme l'une des vôtres. Merci depuis toutes ces années pour le soutien dans les hauts comme dans les bas, de tous les bons moments et de tous ces fous rires. Vivement la suite à vos côtés.

A **ma famille**,

- A **Honorine**, ma sœur préférée, tu as commencé par me faire réviser mes acides aminés et aujourd'hui tu relis et corrige mes résumés d'articles. Merci de m'avoir supporté depuis tout ce temps et d'être toujours au bout du fil en cas de besoin.

- A **Maman et Papa**, merci d'être toujours présents, de trouver des solutions à chaque problème de ma vie et d'avoir fait tous ses sacrifices pour qu'on puisse avoir ce qu'on a aujourd'hui.

A nous 4, on soulèvera n'importe quelle montagne. Même celle qui pousse en 1 jour.

A **Adrien**, notre complicité et complémentarité m'étonnera toujours, même après toutes ces années. La vie est tellement facile quand tu es à mes côtés. Merci pour ce soutien indéfectible depuis le premier jour et dans toutes les épreuves. Merci de me faire rire dans n'importe quelle situation et de faire de moi une meilleure personne. Je suis impatiente de réaliser avec toi tous nos beaux projets. Je t'aime.

Plan

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

- 1. L'éducation thérapeutique du patient**
 - 1.1. Définition et objectifs
 - 1.2. Développement de l'ETP en France
 - 1.3. Intérêt de l'ETP en santé publique
- 2. Lien ville-hôpital en éducation thérapeutique**
 - 2.1. Des programmes principalement hospitaliers
 - 2.2. Une coordination ville-hôpital en défaut
- 3. L'éducation thérapeutique au CHU d'Angers**
- 4. Justification du travail**

ARTICLE N°1 – ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE SOINS PRIMAIRES CONCERNANT LA TRANSMISSION D'INFORMATION ENTRE L'HOPITAL ET LA VILLE DANS LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE DES PATIENTS.

- 1. Introduction**
- 2. Objectifs**
 - 2.1. Principal
 - 2.2. Secondaire
- 3. Matériels et méthodes**
 - 3.1. Type d'étude
 - 3.2. Population ciblée
 - 3.3. Mode de recueil des données
 - 3.4. Contenu du questionnaire
 - 3.5. Stratégie de diffusion du questionnaire
 - 3.6. Période de collecte
 - 3.7. Analyse des données
 - 3.8. Considérations éthiques
- 4. Résultats**
 - 4.1. Caractéristiques démographiques des participants
 - 4.2. Perception des professionnels de santé concernant la communication en lien avec les programmes d'ETP
 - 4.2.1. Connaissance de l'offre éducative proposée au CHU d'Angers par les professionnels de santé de soins primaires
 - 4.2.2. Orientation vers les programmes d'ETP
 - 4.2.3. Poursuite des actions éducatives en ville
 - 4.2.4. Communication concernant le suivi de leurs patients
 - 4.3. Besoins et attentes des professionnels de santé
 - 4.3.1. Que transmettre ?
 - 4.3.2. Comment transmettre ?
 - 4.3.3. Quand transmettre ?
 - 4.3.4. Une transmission bilatérale
- 5. Discussion**
 - 5.1. Discussion des résultats en lien avec l'objectif principal
 - 5.2. Discussion des résultats en lien avec les objectifs secondaires
 - 5.3. Forces et limites de l'étude
 - 5.3.1. Limites de l'étude
 - a) Biais de sélection
 - b) Biais déclaratif
 - c) Biais de représentation
 - 5.3.2. Force de l'étude
 - a) Une thématique transversale et actuelle

b) La diversité du panel

6. Conclusion

ARTICLE N°2 – ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AVEC DES PATIENTS AYANT BENEFICIE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU CHU D'ANGERS.

1. Introduction

2. Objectifs

2.1. Principal

2.2. Secondaire

3. Matériels et méthodes

3.1. Conception de l'étude

3.2. Cadre et population de l'étude

3.3. Échantillonnage

3.4. Recueil des données

3.5. Analyse des données

3.6. Considération éthique

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des patients de l'étude

4.2. Résultats issus des entretiens

4.2.1. Thème 1 – La communication entre les différents acteurs de santé

4.2.2. Thème 2 – Perception des connaissances des professionnels de santé

4.2.3. Thème 3 – Relations avec les professionnels de santé de soins primaires

4.2.4. Thème 4 – Stratégies d'adaptation du patient

4.2.5. Thème 5 – Les attentes post-programme

4.2.6. Thème 6 – Avis sur le programme

5. Discussion

6. Conclusion

DISCUSSION DES DEUX ARTICLES

1. Les points de convergence

2. Les points de divergence

3. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

Liste des abréviations

[illegible]

Introduction

1. L'éducation thérapeutique du patient

1.1. Définition et objectifs

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1998 comme permettant « aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'ETP implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. » (1).

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a formulé ses recommandations sur l'ETP et ses objectifs. Selon la HAS, l'ETP « participe à l'amélioration de la santé du patient [...] ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches » (2). Pour atteindre ces objectifs, elle distingue deux types de compétences essentielles : les compétences d'autosoins, incluant notamment les compétences de sécurité, et les compétences d'adaptation.

1.2. Développement de l'ETP en France

La France possède une particularité, le développement de l'ETP se fait sous forme de programme et est légiféré dans le code de la santé publique (CSP) avec la loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009 (3). Différents décrets issus de cette loi, encadrent l'ETP en France. Celui du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser et coordonner

l'éducation thérapeutique et celui du 14 janvier 2015 précisant les modalités de mises en œuvre des programmes et les compétences requises pour les professionnels de santé impliqués (4,5).

Les programmes d'ETP sont dispensés après autorisation et transmission du cahier des charges entre 2010 et 2021 auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et depuis 2021 par un régime de déclaration. Ces programmes possèdent une trame en 4 étapes qui suit un cadre logique décrit d'abord par Gagnayre et d'Ivernois en 2002 et repris par la HAS en 2007 : élaborer un diagnostic éducatif, définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissages, planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective en alternance et réaliser une évaluation des compétences acquises du déroulement du programme (2,6).

1.3. Intérêt de l'ETP en santé publique

L'espérance de vie n'a cessé d'augmenter ces dernières années, atteignant 85,4 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes en 2022 (7). Ainsi, la France se distingue au sein des pays européens en se plaçant parmi les premiers en matière de longévité. Toutefois, elle n'occupe que la 10^{ème} position au niveau mondial en ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé (8). En France en 2021, 37,5 % des personnes de plus de 16 ans sont concernées par des « problèmes de santé chroniques ou durables », ce taux s'élève à 50,0 % chez les plus de 50 ans (9).

Face à la progression constante des maladies chroniques, l'ETP joue un rôle essentiel. C'est dans cette optique que la loi HPST de 2009 a intégré l'ETP au parcours de soins, en précisant : « Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

Depuis sa mise en place, l'éducation thérapeutique du patient a démontré son efficacité dans de nombreux domaines, en particulier par ses effets positifs directement liés à l'amélioration de l'état de santé des patients. Une méta-analyse regroupant 557 études rapporte ainsi une amélioration de 58 % de la santé des patients concernés (10). Au-delà de cet impact clinique, l'ETP favorise également l'adoption de comportements de santé plus adaptés, qu'il s'agisse de la gestion de la maladie, de la qualité de la relation médecin-patient ou encore de l'hygiène de vie de manière générale (11). Ces bénéfices comportementaux s'accompagnent par ailleurs d'enjeux économiques notables : des patients mieux informés et davantage impliqués dans leurs choix de santé sollicitent moins fréquemment le système de soins, contribuant ainsi à la réalisation d'économies (12).

L'émergence de l'ETP a permis de recentrer le patient au cœur de sa prise en charge. Celui-ci dispose désormais du droit de connaître, de choisir, de décider et de contrôler son parcours de soins, tout en affirmant son existence à travers sa maladie et son traitement. Cette évolution favorise une approche fondée sur l'éducation et la prise de décision partagée entre les professionnels de santé et les patients. L'éducation à la santé et l'ETP sont perçus comme des outils d'aide à la prise de décision partagée, comme étudié dans une revue de la littérature regroupant plus de 105 études et mettant en évidence une amélioration de la communication médecin/patient, une participation active accrue des patients, une perception augmentée du risque sans impact négatif sur leur prise en charge (13,14).

L'ETP s'est pendant de nombreuses années développées au sein de l'hôpital. Ce développement est principalement dû à l'organisation hospitalière : budgets globaux et disponibilités de compétences pluridisciplinaires. À la suite des recommandations HAS de 2007 et à la loi HPST de 2009 ainsi que ses différents décrets d'application, des Unités Transversales d'Éducation Thérapeutique (UTET) ont été créées. Ces dernières ont pour rôle

d'être des « structures de coordination et de ressources » qui permettent de coordonner l'offre d'ETP (15).

2. Lien ville-hôpital en éducation thérapeutique

2.1. Des programmes principalement hospitaliers

Le nombre exact de programmes d'ETP en France reste inconnu. En 2018, environ 4 300 programmes étaient répertoriés et autorisés par les ARS, et une estimation de 4 500 programmes a été avancée fin 2019. Bien que près de 20 millions de personnes soient atteintes de maladies chroniques, seules 250 000 à 450 000 d'entre-elles auraient bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, selon des estimations larges (16).

Malgré une volonté institutionnelle de développer ces programmes afin de mieux répondre aux enjeux de santé publique liés aux maladies chroniques, plus de 75,0 % des programmes demeurent hospitaliers et peinent à s'intégrer dans les soins primaires (17).

En France en 2014, seulement 3,9 % des programmes d'ETP sont assurés en ville (18). Ce développement peut être en lien avec les textes actuels qui limitent les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) à développer des programmes puisqu'elles « ne sont pas des effectrices de soins » (19). Il n'existe pas actuellement de données nationales permettant la comptabilisation des programmes portés par des structures de ville. Dans son bilan du 31 décembre 2021, l'ARS des Pays de la Loire fait état d'une augmentation du nombre de programmes portés par les soins de premiers recours, passant de 22 en 2021 à 32 en 2024 (20). Ce chiffre est à mettre en lien avec le nombre de CPTS sur la région, s'élevant à 39 au 30/04/2025 (21).

2.2. Une coordination ville-hôpital en défaut

Dès 2010, le rapport Jacquat soulignait les bénéfices de l'ETP tout en mettant en évidence les obstacles à son déploiement en ville (22).

Il formulait ainsi 19 propositions visant à assurer une mise en œuvre rapide et pérenne de l'éducation thérapeutique du patient.

Parmi ces 19 propositions, l'une d'elles souligne la nécessité d'instaurer une coordination entre la ville et l'hôpital. Cette recommandation repose sur le constat d'un développement cloisonné et insuffisamment structuré de l'ETP, avec un nombre limité de programmes intégrant une liaison avec les structures ambulatoires. Le rapport met en évidence un manque de coordination entre les équipes hospitalières, souvent à l'origine des programmes, et les professionnels de santé en ville, chargés d'assurer la continuité de la prise en charge. Parmi ces derniers, il cite notamment le médecin traitant qui « n'est généralement pas informé de la participation à un programme d'ETP du patient qu'il suit habituellement ».

Pour garantir une prise en charge cohérente et continue, l'ETP doit s'appuyer sur une approche multi-professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle. L'absence de transmission efficace des informations entre les acteurs hospitaliers de l'ETP et les professionnels de santé de premier recours compromet la continuité des soins et peut entraîner une perte de suivi des patients.

3. L'éducation thérapeutique au CHU d'Angers

Le CHU d'Angers est un établissement hospitalier de près de 1.800 lits pour une file active de plus de 217.000 patients en MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique) regroupant principalement le bassin de population du Maine et Loire et de ses départements limitrophes (23).

Au sein de ses différents services on retrouve l'UTET d'Angers développée en 2010 et financée comme un service à part entière du CHU (24). L'UTET est composée au niveau du personnel de 1,5 équivalent temps plein, regroupant le médecin responsable de l'unité ainsi qu'une infirmière coordinatrice de l'éducation thérapeutique dans l'établissement.

Concernant ces nombreuses missions nous pouvons citer :

- Celle de coordonner, aider au développement, évaluer les programmes d'ETP sur le CHU. En 2024, le CHU d'Angers développe 55 programmes d'ETP répartis sur l'ensemble des services de MCO.

- Celle de la formation continue. Ainsi, l'UTET du CHU d'Angers dispose de deux formations principales, la formation initiale aux 40 heures et la formation à la coordination des programmes.

4. Justification du travail

La transmission d'informations entre l'hôpital et la ville constitue un enjeu majeur pour la continuité des soins, en particulier dans le cadre de l'ETP. En effet, l'ETP repose sur une approche interdisciplinaire, individualisée et coordonnée, impliquant de nombreux acteurs de santé, tant hospitaliers que libéraux. Dans la pratique, cette coordination reste souvent insuffisante, voire absente.

Malgré l'importance de cette problématique, il n'existe pas d'écrits dans la littérature scientifique traitant spécifiquement de la transmission d'informations entre l'hôpital et la ville dans le contexte de l'ETP.

Afin de répondre à cette problématique, il nous a paru nécessaire de recueillir et d'analyser les perceptions des professionnels de santé concernant la transmission d'information interprofessionnelles dans le domaine de l'ETP mais aussi, de recueillir le point de vue des patients, principaux bénéficiaires des programmes d'ETP.

En croisant les attentes et besoins des différents acteurs, ce travail permettra de mieux identifier les défaillances et les leviers possibles à une meilleure coordination et articulation du lien ville-hôpital, mais aussi de pouvoir proposer des pistes concrètes d'optimisation.

Dans ce cadre nous avons réalisé deux études :

- La première étude quantitative et transversale réalisée sous forme de questionnaire destinée aux professionnels de santé des soins primaires du Maine et Loire (médecins généralistes et pharmaciens d'officine).

- La deuxième étude qualitative concernant les besoins, des patients inclus dans des programmes d'ETP, en termes de communication entre le secteur hospitalier et la ville concernant le partage d'informations sur leur prise en charge éducative.

Article n°1 – Enquête auprès des professionnels de santé de soins primaires concernant la transmission d'information entre l'hôpital et la ville dans la prise en charge éducative des patients.

1. Introduction

L'ETP est une discipline transversale qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique comme défini par l'OMS en 1998 et confirmé par la HAS en 2007 (1,2). Elle s'inscrit dans un processus permanent, centré sur le patient dans un continuum de soins mis place par plusieurs professionnels formés. Son développement s'est accéléré depuis les années 70. En France, l'ETP est inscrite dans le CSP, depuis la loi HPST. La loi définit son exercice et également son application sous forme de programme (3). Cette mise en place nécessite la formation des professionnels de santé comme indiqué dans les décrets du 2 août 2010 et du 14 janvier 2015 ainsi qu'un travail interprofessionnel et interdisciplinaire afin de pouvoir la mettre correctement en œuvre (4,5).

L'éducation thérapeutique possède une plus-value tant sur le versant du patient de manière individuelle, mais aussi sur le versant collectif en termes de santé publique. En prenant l'exemple de l'insuffisance cardiaque, plusieurs études se sont attardées sur l'impact positif des programmes d'éducation thérapeutique en termes d'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage après la participation à un programme (25). D'autres études mettent en évidence l'aspect bénéfique de l'ETP sur un plan économique par la réduction des complications et ainsi des coûts de santé à moyen et long terme. L'insuffisance cardiaque reste une maladie dont le taux de réhospitalisation est élevé : en 2022, près de 20,0 % des patients étaient réhospitalisés dans les 6 mois qui suivaient leur sortie de

l'hôpital et la participation à un programme permet une diminution du taux de réhospitalisation (26,27). En plus de de cette pathologie, la HAS a publié un rapport d'orientation permettant l'analyse économique et organisationnelle à travers divers secteurs parmi lesquels nous pouvons citer l'asthme et le diabète (15).

Face à l'augmentation du nombre de patients vivants avec une pathologie chronique, l'ETP semble être une discipline pivot et transversale favorisant la continuité des parcours de soins. Initiée le plus souvent à l'hôpital, la prise en charge éducative se poursuit et s'adapte en ville, véritable lieu de résidence des patients. Environ 4300 programmes étaient autorisés en 2018, malgré l'absence de données nationales récentes, nous pouvons citer les recensements faits par les différentes ARS, à titre d'exemple l'ARS Ile de France comptabilise plus de 800 programmes en 2021 avec une répartition de l'ordre de 85/15 en faveur de l'hôpital (28). L'hôpital est souvent le lieu de l'initiation de la prise en charge éducative grâce à la présence d'équipe pluri-professionnelle formée à l'ETP mais son action se limite à un temps restreint, généralement au moment du diagnostic ou bien lors des complications en lien avec la pathologie chronique. Les soins primaires étant donné leur proximité et leur disponibilité sont donc en première ligne pour assurer la continuité de la prise en charge éducative. Afin d'éviter une rupture entre les deux lieux de soins, le lien ville-hôpital semble être une réelle nécessité pour favoriser un continuum et la cohérence des soins. Des recommandations ont été émises par la HAS concernant la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient (2,29). A notre connaissance il n'existe pas de données dans la littérature étudiant la transmission d'information et la communication interprofessionnelle dans le cadre de l'ETP entre les PDS hospitaliers et de soins primaires.

Au regard de ces différents éléments nous avons souhaité réaliser un état des lieux des perceptions des professionnels de santé de soins primaires quant à la communication et à la transmission d'informations dans le domaine de l'éducation thérapeutique sur le territoire angevin.

2. Objectifs

2.1. Principal

Réaliser un état des lieux auprès des PDS de soins primaires concernant la communication émise par le CHU d'Angers, à la fois sur l'offre de programmes d'ETP et sur le suivi de leurs patients pris en charge dans ces programmes.

2.2. Secondaire

Analyser les attentes et les besoins des professionnels de santé de soins primaires en matière de transmission d'informations concernant leurs patients pris en charge en ETP au CHU d'Angers (contenus, fréquence, canaux, pertinence).

3. Matériels et méthodes

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle et transversale basée sur un questionnaire auto-administré en ligne à destination des médecins généralistes (MG) et pharmaciens d'officine (PO) exerçant dans le Maine et Loire.

3.2. Population ciblée

Les professionnels de santé de soins primaires : MG, PO et Infirmiers Diplômés d'État Libéraux (IDEL) exerçant dans le Maine-et-Loire.

3.3. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne, auto-administré, diffusé *via* la plateforme Sphinx Déclic®.

3.4. Contenu du questionnaire

Le questionnaire comportait 28 questions (5 questions à choix simples, 21 questions à choix multiples permettant de choisir une ou plusieurs réponses proposées ou de répondre par commentaire libre et 2 questions ouvertes permettant les éventuelles suggestions). Le temps estimé pour compléter ce questionnaire était de 5 à 10 minutes.

Le questionnaire comportait 3 parties : les deux premières parties étaient identiques pour les MG et PO, la dernière partie était légèrement différente (« type d'exercice » spécifique aux MG et « statut du répondant » spécifique aux PO).

- La première partie portait sur des données générales relatives à l'ETP, incluant notamment la connaissance de l'offre éducative proposée par le CHU d'Angers, les modalités d'orientation des patients vers des programmes spécifiques d'ETP, les moyens mobilisés pour cette orientation, ainsi qu'un bref état des lieux des pratiques de suivi éducatif mises en œuvre, ou non, à l'issue de ces programmes. Cette partie comportait 10 questions.
- La deuxième partie portait sur la transmission d'informations entre les différents PDS. Elle visait à évaluer à la fois le niveau actuel de cette transmission et les besoins exprimés en la matière, notamment en ce qui concerne la fréquence, le moment, les modalités de notification, la nature des informations échangées ainsi que la possibilité de transmettre des informations allant de la ville vers l'hôpital. Cette partie comportait 12 questions.
- La troisième partie était dédiée à la récupération de données démographiques concernant les PDS répondant à l'enquête. Parmi ces questions figuraient : l'éloignement par rapport au

CHU, le type d'exercice (libéral, salarié, titulaire...), l'âge du répondant, ainsi que le sexe. Cette partie comportait 6 questions.

Ce questionnaire avait été relu par différents PDS formés en ETP du milieu hospitalier (infirmier, pharmacien, médecin), permettant d'affiner les questions et de les reformuler le cas échéant.

3.5. Stratégie de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé par sollicitation institutionnelle (Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) des IDEL et Faculté de Santé). L'URPS des IDEL n'a pas donné suite aux sollicitations, cela n'a pas permis d'explorer les perceptions des IDEL initialement prévues.

Le questionnaire ainsi qu'un message d'accompagnement (précisant les objectifs, la durée de remplissage, la confidentialité et l'absence de données nominatives) avaient été diffusés par liste de diffusion aux maîtres de stage universitaires (MSU) MG et maîtres de stage PO. Le nombre de maitres de stages MG et PO s'élevait respectivement à 167 et 113 dans le département du Maine et Loire.

3.6. Période de collecte

La diffusion du questionnaire s'est tenue à compter du 23/04/25 au 03/07/25. Différentes relances ont été prévues et effectuées à trois reprises de manière mensuelle par voie électronique.

3.7. Analyse des données

Une analyse descriptive initiale des données quantitatives a été réalisée à l'aide des outils intégrés de Sphinx Déclic®. Des analyses statistiques complémentaires ont ensuite été menées à l'aide du tableur de statistique Excel® et du site en ligne BiostatsTGV.

Pour l'analyse statistiques, les données discontinues ont été analysées à l'aide de nombres et de pourcentages, et des tests statistiques ont été réalisés : celui du χ^2 d'indépendance pour les variables catégorielles notamment lors de comparaisons entre les deux professions répondantes ou le test Z permettant la comparaison de proportions. Les tests ont été réalisés au risque alpha de 5 %.

3.8. Considérations éthiques

Les réponses issues du questionnaire ne contiennent aucune donnée de santé et ne permettent pas d'identifier les participants. A ce titre, aucune soumission au comité d'éthique (CE) ou à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'a été nécessaire. Cependant, une attention particulière a été portée au respect de la législation en vigueur, notamment en ce qui concerne l'anonymat des participants et la confidentialité des données. Par ailleurs, le questionnaire diffusé a fait l'objet d'une validation préalable par les instances universitaires compétentes de la faculté de santé d'Angers.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques démographiques des participants

Le questionnaire a permis de recueillir 68 réponses de PDS. Parmi les participants, 36 étaient des MG et 32 des PO, soit un taux de participation de 21,5 % pour les MG et de 28,3 % pour les PO par rapport aux listes de diffusion. Les données démographiques des recueillies sont présentées dans le tableau 1.

Tableau I : Données démographiques des participants

	MÉDECIN GÉNÉRALISTE n (%)	PHARMACIEN D'OFFICINE n (%)
Sexe		
Homme	18 (50,0)	12 (37,5)
Femme	18 (50,0)	20 (62,5)
Age		
25-34 ans	1 (3,0)	3 (9,0)
35-44 ans	14 (39,0)	14 (44,0)
45-54 ans	14 (39,0)	9 (28,0)
55-65 ans	4 (11,0)	6 (19,0)
>65 ans	3 (8,0)	0 (0,0)
Distance par rapport au CHU		
< 5km	5 (14,0)	6 (19,0)
5-20km	8 (22,0)	5 (15,0)
> 20km	23 (64,0)	21 (66,0)
Statut d'exercice		
Titulaire		30 (94,0)
Adjoint		2 (6,0)
Type d'exercice		
Cabinet seul	1 (3,0)	
Maison de santé (MSP)	19 (53,0)	
Cabinet de groupe	16 (44,0)	

Par comparaison, en 2020 dans le Maine et Loire, les pharmaciens titulaires d'officine étaient au nombre de 301 (30). Leur répartition par sexe était de 45,0 % pour les hommes

et 55,0 % pour les femmes. Au niveau de la tranche d'âge, 10,0 % étaient âgés de moins de 36 ans. En réalisant les tests statistiques :

- L'âge et le sexe n'étaient pas significativement différent dans la population répondante par rapport à la population théorique avec, respectivement, des p-values de 0,80 et 0,40.

Pour ce qui est des MG, en 2020 dans les Pays de la Loire, les médecins généralistes libéraux étaient au nombre de 3730 avec 21,0% de praticiens âgés de moins de 35 ans. Leur répartition par sexe était de 49,0 % pour les femmes et 51,0 % pour les hommes (31). En réalisant les tests statistiques :

- L'âge est significativement différent entre les deux populations ($p = 0.008$) tandis que la répartition homme/femme n'était significativement pas différente ($p=0,9$).

4.2. Perception des professionnels de santé concernant la communication en lien avec les programmes d'ETP

4.2.1. Connaissance de l'offre éducative proposée au CHU d'Angers par les professionnels de santé de soins primaires

L'objectif de cette partie était d'évaluer le niveau de connaissance concernant l'offre éducative disponible au CHU d'Angers. Les résultats sont présentés dans le Tableau II. Les PDS de soins primaires connaissaient (réponse « oui » et « partiellement ») à 50,0 % l'offre éducative proposée au CHU d'Angers avec une différence significative entre les deux professions.

Tableau II : Connaissance de l'offre éducative proposée au CHU d'Angers

	GLOBAL n (%)	MEDECINS GENERALISTES n (%)	PHARMACIENS D'OFFICINE n (%)	P-value
Connaissance de l'offre éducative	34 (50)	23 (68,0)	11 (32,0)	0.003

Parmi les 34 personnes ayant répondu « oui » ou « partiellement, quelques programmes », les modalités d'accès à l'information sur l'offre éducative étaient variées, la connaissance grâce aux relations professionnelles était la plus citée. Les résultats sont présentés dans la Figure 1.

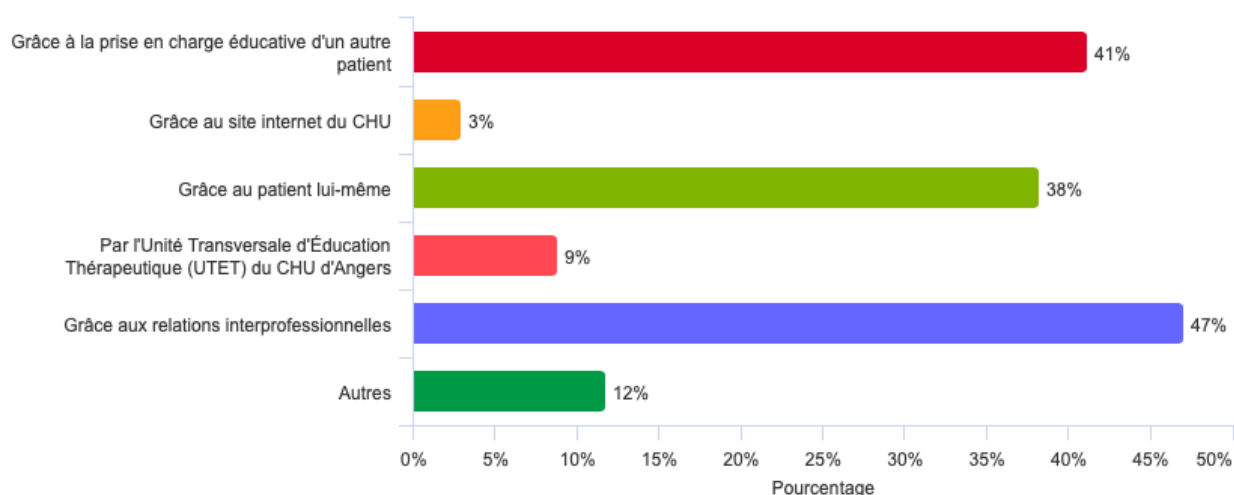


Figure 1 : Par quels moyens les PDS connaissent-ils l'offre éducative proposée au CHU d'Angers

4.2.2. Orientation vers les programmes d'ETP

Dix-neuf pourcents des PDS orientaient leurs patients vers des programmes d'ETP. Les effectifs et proportions diffèrent significativement entre les deux professions, les résultats sont présentés dans le Tableau III.

Tableau III : Orientation des patients vers un programme d'éducation thérapeutique

	GLOBAL n (%)	MEDECINS GÉNÉRALISTES n (%)	PHARMACIENS D'OFFICINE n (%)	P-value
Orientation des patients vers un programme	13 (19,0)	11 (85,0)	2 (15,0)	0.009

Le principal motif invoqué (n=44, soit 80 %) pour cette absence d'orientation est le manque d'information concernant l'offre éducative disponible.

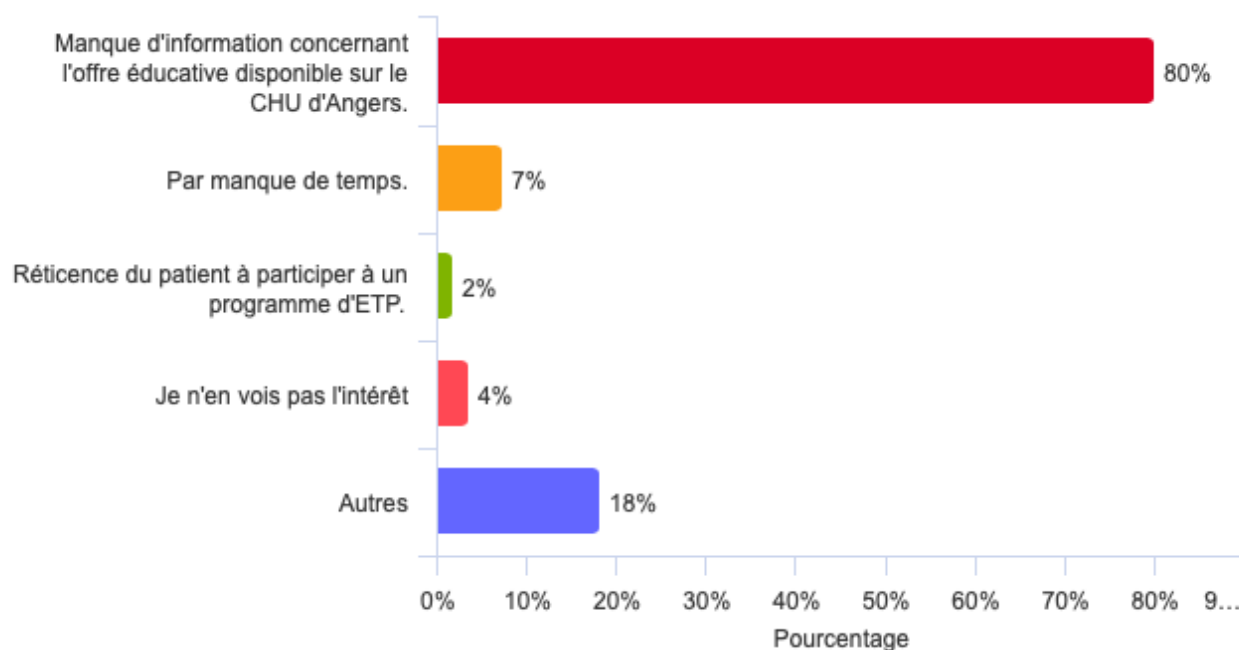


Figure 2 : Motif déclarés de l'absence d'orientation des patients

4.2.3. Poursuite des actions éducatives en ville

Tout comme l'orientation des patients, 19,0 % des PDS indiquaient poursuivre des actions éducatives avec une différence significative entre les deux professions. Les résultats sont présentés dans le Tableau IV.

Tableau IV : Poursuite des actions éducatives en ville

	GLOBAL n (%)	MÉDECINS GÉNÉRALISTES n (%)	PHARMACIENS D'OFFICINE n (%)	P-value
Poursuite des actions éducatives en ville	13 (19,0)	11 (85,0)	2 (15,0)	0.009

Les deux raisons principales étaient le manque de temps (n=11, 16,0 %) et le manque de formation (n=14, 20,0 %). Les PDS de plus de 45 ans sont plus représentés dans cette catégorie (n=10, 71,0 %) que les moins de 45 ans (n=4, 29,0 %).

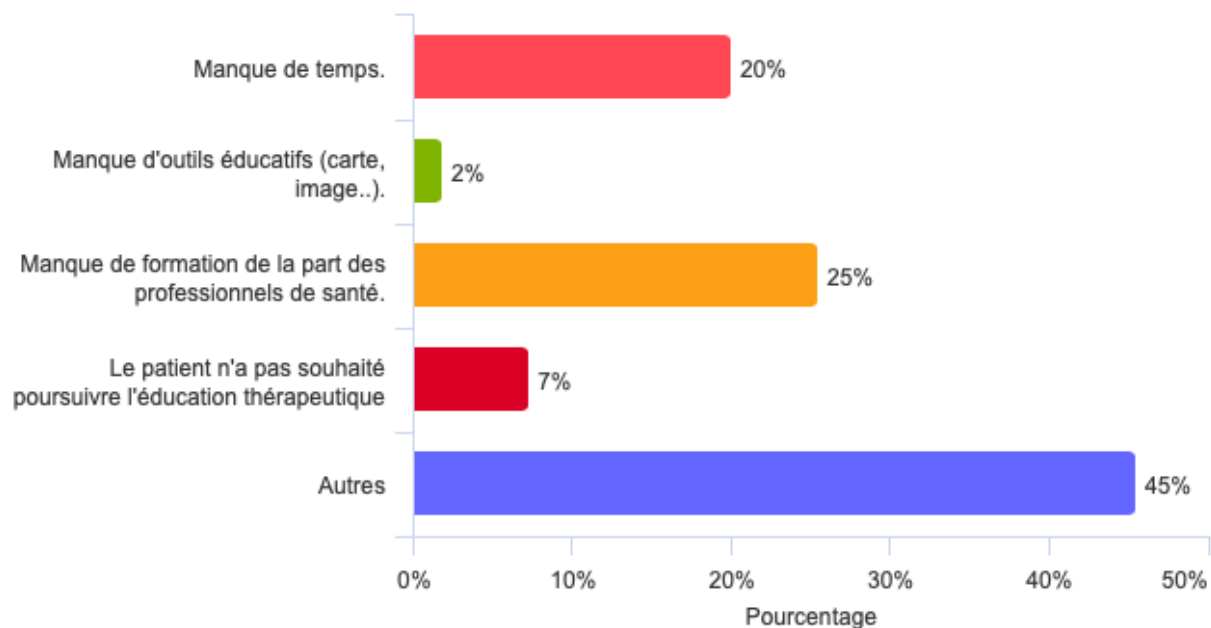


Figure 3 : Raisons exprimées à la non-poursuite des actions éducatives

En analysant les verbatims des participants, d'autres raisons sont mises en évidence notamment l'absence de patient ayant bénéficié d'un programme d'ETP dans leur patientèle (n=11, 16,0 %) mais aussi un manque de coordination entre l'hôpital et la ville ou la non-sollicitation à la poursuite des actions éducatives (n=4, 6,0 %). Pour les PDS qui ont poursuivis les actions éducatives, leurs dispensations s'est faite majoritairement lors de moments informels, au décours d'une consultation.

4.2.4. Communication concernant le suivi de leurs patients

Environ un tiers des PDS indiquaient recevoir une lettre d'information avec une différence significative entre les deux professions. Le moyen de communication le plus cité était le courrier de synthèse, qu'ils recevaient majoritairement à la fin du programme. Les résultats sont présentés dans le Tableau V.

Tableau V : Communication actuelle émise par le CHU d'Angers

	GLOBAL n (%)	MEDECINS GENERALISTES n (%)	PHARMACIENS D'OFFICINE n (%)	P-value
Reçoivent une lettre d'information	23 (34,0)	20 (56,0)	3 (9,0)	p = 0.00001
Moyen de communication				
Courrier synthèse	20 (87,0)	19 (95,0)	1 (33,0)	
Du patient	13 (57,0)	12 (60,0)	1 (33,0)	
Autres	1 (4,0)		1 (33,0)	
Moment de communication				
Au début	5 (22,0)	4 (20,0)	1 (33,0)	
A la fin	19 (83,0)	18 (90,0)	1 (33,0)	
Autre	4 (17,0)	3 (15,0)	1 (33,0)	

Concernant le mode de communication, un PDS déclarait : « mail sécurisé »

Concernant le moment de communication : « souvent le courrier arrive des mois après » et « parfois en cours de programme si on voit le patient à ce moment-là »

4.3. Besoins et attentes des professionnels de santé

4.3.1. Que transmettre ?

Dans un but d'optimisation de la communication inter professionnelle, une des questions de l'enquête a permis de cibler quel type d'information les PDS aimeraient voir porté à leur connaissance.

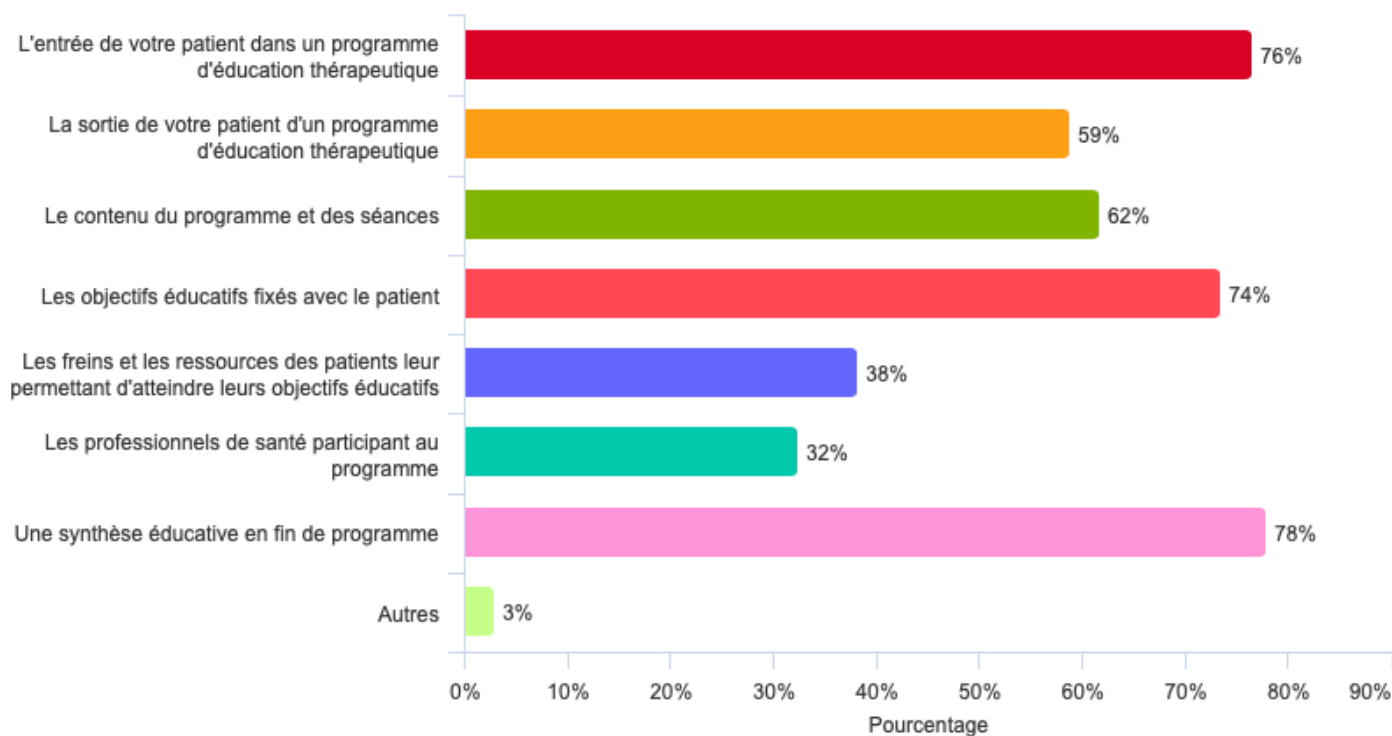


Figure 4 : Types d'informations jugées utiles de la part des PDS répondant

Certaines catégories ont été plus plébiscitées que les autres : l'entrée du patient dans le programme d'ETP (n=52, 76,0 %), les objectifs éducatifs fixés avec le patient (n=50, 74,0 %) ainsi qu'une synthèse éducative en fin de programme (n=53, 78,0 %).

4.3.2. Comment transmettre ?

Dans le cadre de l'évaluation des moyens de communication, les PDS de soins primaires ont déclaré à 90,0 % (n=61) préférer recevoir des informations par messagerie sécurisée.

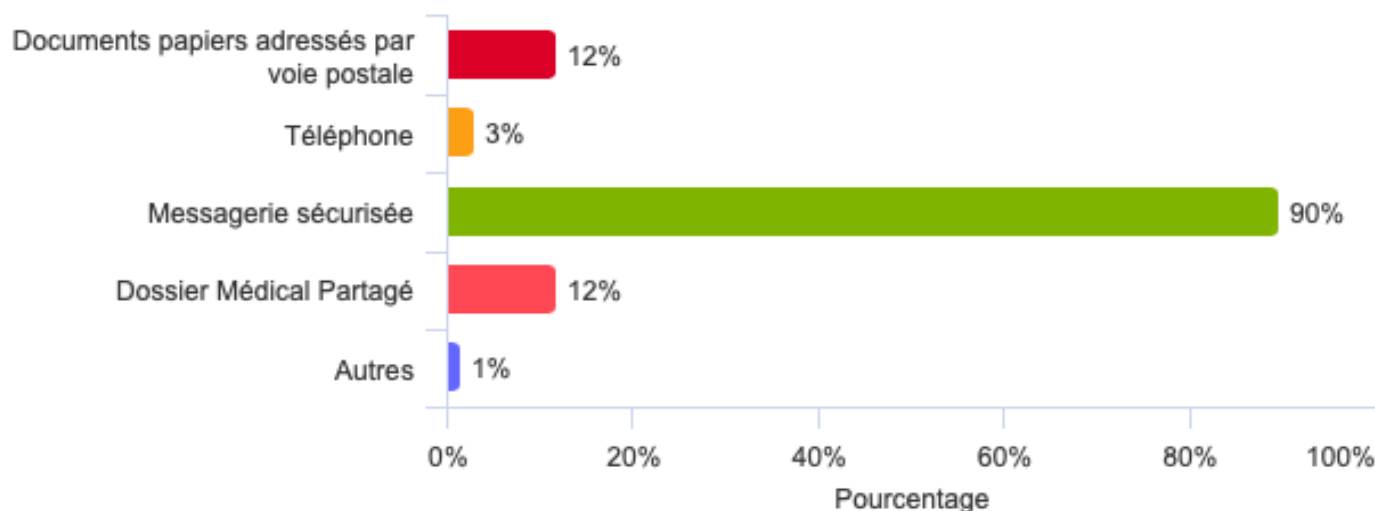


Figure 5 : Moyens de communication plébiscités par les PDS

4.3.3. Quand transmettre ?

Le paramètre temporel de transmission d'information a aussi été exploré. Deux moments ont été jugés plus propice à la communication d'informations concernant la prise en charge éducative de leurs patients dans les programmes d'ETP : l'entrée dans un programme (n=41, 60,0 %) et la sortie du programme (n=50, 74,0 %).

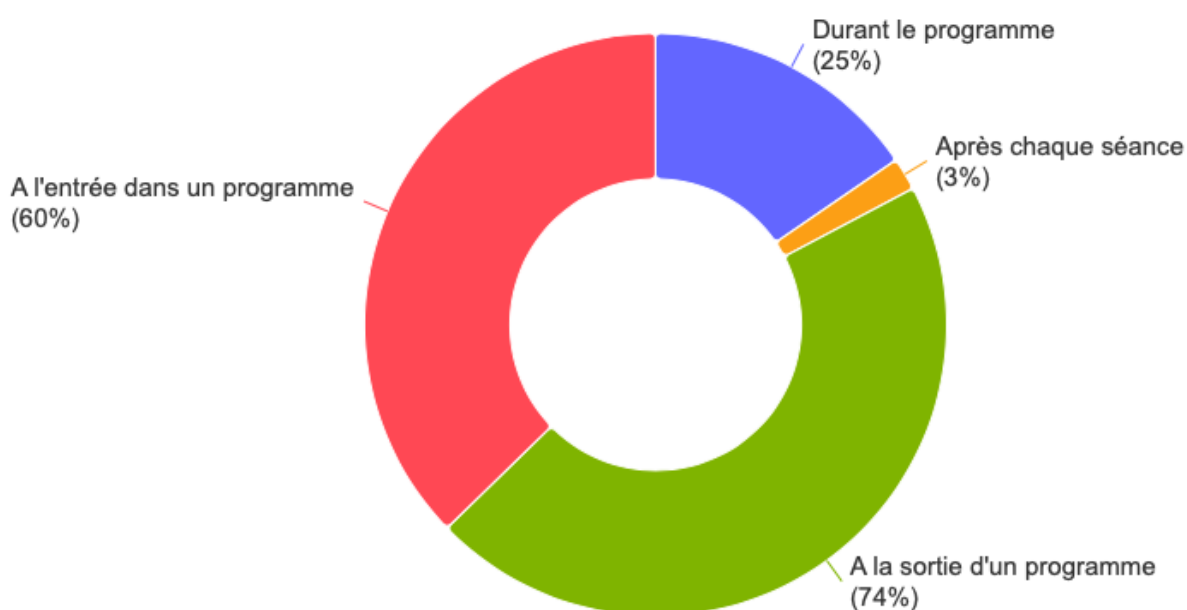


Figure 6 : Moment jugé propice par les PDS pour recevoir une notification

4.3.4. Une transmission bilatérale

À 74,0 % (n=50) les participants désireraient transmettre des informations aux PDS intervenant dans les programmes d'ETP.

Aucune différence significative n'est à souligner entre les deux types de professions pour la transmission d'informations entre la ville et l'hôpital. En ce qui concerne les destinataires des informations à qui ils aimeraient transmettre, les PDS déclarent à 90,0 % (n=45) vouloir informer les médecins spécialistes, à 58,0 % (n=29) les infirmiers et à 44,0 % (n=22) les pharmaciens.

Bien que les résultats ne soient pas significativement différents avec le test du Chi2 d'indépendance, ($p = 0.09 > 0.05$), une tendance s'observe : les MG plébiscitent à plus de 90 % une transmission d'information entre médecin, comparativement aux PO où la transmission d'information est désirée de manière pluri-professionnelle.

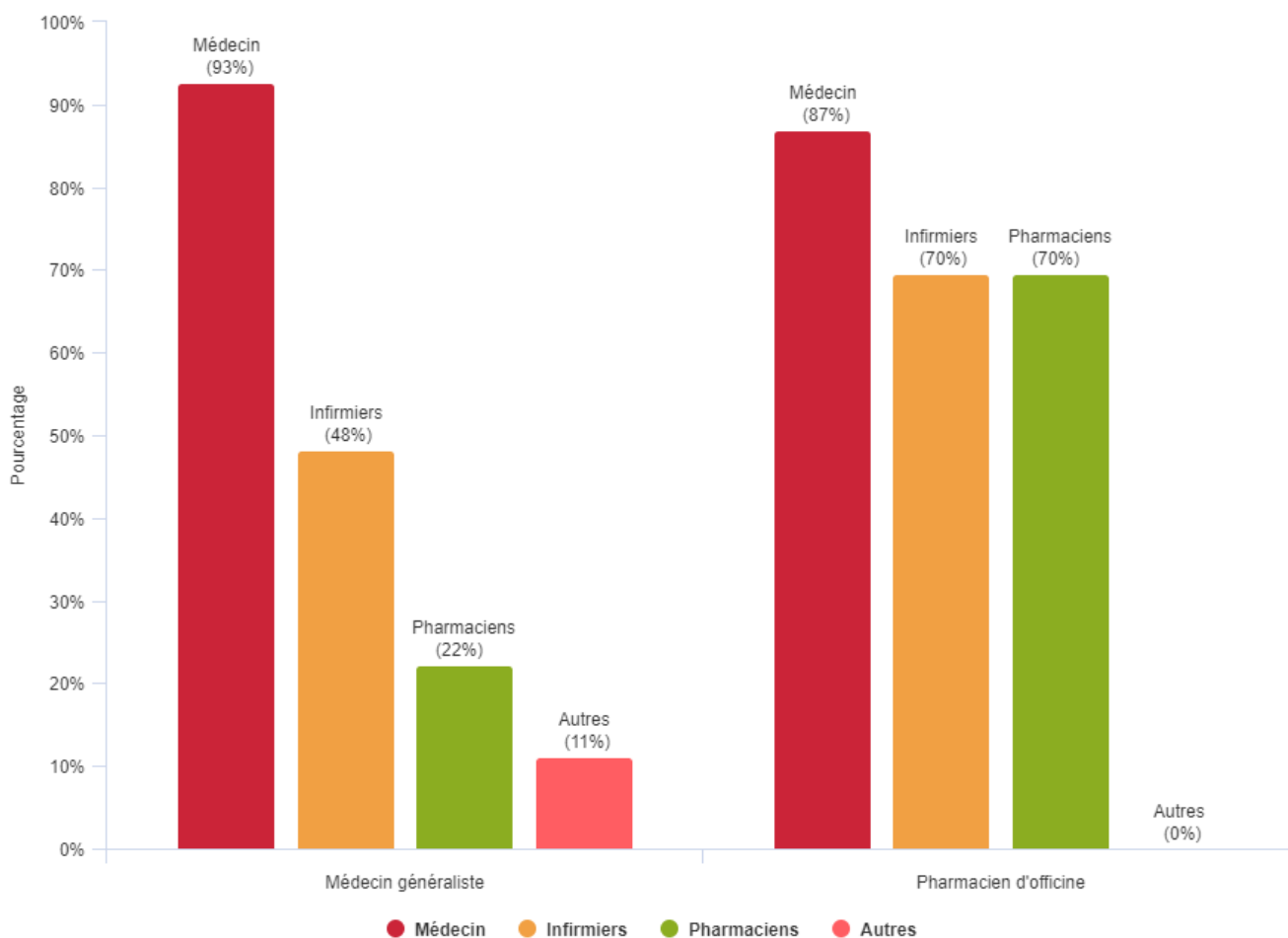


Figure 7 : Destinataires préférentiels en fonction des différentes professions

5. Discussion

5.1. Discussion des résultats en lien avec l'objectif principal

Les résultats du questionnaire indiquent que seulement 34,0 % des participants déclaraient recevoir une notification de participation de leurs patients à un programme d'ETP avec une large prédominance des médecins généralistes. Ce taux reste faible face aux recommandations. Selon la HAS « Tout patient doit bénéficier d'un partage d'information entre l'équipe et au moins son médecin traitant » (29).

La décision de partager ces informations avec d'autres professionnels reste cependant à la discrétion de l'équipe. Ce déséquilibre notable suggère que les médecins traitants sont fréquemment intégrés au parcours éducatif de leur patient conformément aux recommandations, contrairement aux pharmaciens d'officine. Les pharmaciens sont pourtant des PDS de premiers recours largement plébiscités par les patients, à 93,0 % ces derniers jugent que les PO sont disponibles et à l'écoute contre 77,0 % pour les MG (32). A l'heure où les CPTS et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont appelées à coordonner les soins en ville notamment dans les Pays de la Loire (33), il serait important d'intégrer d'ores et déjà une pharmacie référente à chaque patient afin que les objectifs éducatifs puissent être renforcés tout au long du parcours et améliorer la transmission d'information.

Les résultats de l'enquête indiquent une attente claire et partagée des PDS concernant la réception d'une information lorsqu'un de leurs patients intègre un programme d'ETP. Cette volonté transversale témoigne de l'envie d'être intégré au parcours éducatif du patient. Dès sa mise en place de manière officielle, la HAS précisait que l'ETP se devait d'être intégrée à l'organisation des soins et non pensée comme une activité isolée ou ponctuelle, ce qui suppose un partage d'informations structuré entre les différents PDS (34). L'implication de divers PDS, notamment ceux de soins primaires permettrait de multiplier les séquences

éducatives permettant d'accroître les opportunités d'apprentissage afin de se rapprocher au plus près du patient, mais aussi de renforcer le caractère multi-professionnel composant essentiel de l'ETP (35). Face à cette transmission d'information encore largement perfectible, il paraît essentiel de poursuivre les investigations afin de comprendre les besoins exprimés par les PDS en réalisant une étude qualitative soit par focus group ou entretiens semi-dirigés afin de proposer des pistes d'amélioration.

5.2. Discussion des résultats en lien avec les objectifs secondaires

Alors que tous les PDS impliqués dans le parcours de soins du patient atteint d'une maladie chronique peuvent informer et proposer au patient de bénéficier de l'ETP en tenant compte des ressources locales, les difficultés de recrutement dans les programmes d'ETP persistent aussi bien en ville qu'à l'hôpital (36,37). La première difficulté réside dans la méconnaissance de l'ETP. Son insertion dans le parcours de soins reste encore insuffisante, en 2024, seulement 5,0 % des patients atteints d'une pathologie chronique a pu bénéficier d'un programme (36). Cette hypothèse est corroborée par les résultats du questionnaire : plus de la moitié des PDS de premiers recours ne connaît pas du tout l'offre éducative du CHU d'Angers. Cette méconnaissance est à mettre en lien avec une problématique largement étudiée dans la littérature : celle du recrutement des patients en ETP qui repose principalement sur les circuits hospitaliers. En 2024 à l'AP-HP, 96,6 % des patients recrutés dans des programmes l'étaient grâce au circuit intra-hospitalier (38). Les résultats obtenus dans l'enquête appuient cette donnée, seulement 19,0 % des PDS participants orientent des patients vers des programmes d'ETP.

L'enquête met en lumière une rupture dans la prise en charge éducative initiée à l'hôpital en ville, plus de 80,0 % des PDS n'ont pas poursuivi d'actions éducatives particulières. Cette continuité est pourtant cruciale pour les patients vivants avec une maladie chronique. En effet, toujours dans une logique de parcours de soins, l'ETP ne devrait

pas être un acte ponctuel et réservé à l'hôpital mais bien une prise en soins globale adaptée au cadre de vie du patient. Les raisons évoquées à cet arrêt de continuité sont principalement le manque de temps, de formation et de sollicitation de la part des institutions à la poursuite des actions éducatives. Ces éléments sont cohérents avec les constats de plusieurs travaux antérieurs (39). La formation initiale en ETP est de plus en plus fréquente chez les PDS de la région Pays de la Loire (40). À la faculté de pharmacie de l'Université d'Angers, par exemple, une formation de 40 heures est intégrée au cursus, comme dans de nombreuses facultés de pharmacie.

Le développement de la formation continue serait également un levier majeur pour la sensibilisation des PDS n'ayant pas pu bénéficier d'une formation initiale en ETP. En effet, la réalisation de l'ETP nécessite une formation obligatoire de 40 heures et permettrait le développement de compétences spécifiques à l'ETP.

Il est important de souligner que la poursuite d'une démarche éducative nécessite un soutien organisationnel. La faible coordination entre les acteurs hospitaliers et de la ville, le défaut de reconnaissance (notamment financier) ainsi que l'absence de relais formalisé peut décourager certains professionnels d'y investir du temps.

Cette communication se doit d'être la plus optimale possible afin de relayer les bonnes informations aux bons moments. L'enquête a permis d'explorer les besoins et attentes concernant la communication. Dans notre cas, la messagerie sécurisée est le moyen le plus largement plébiscité par les PDS pour faciliter la communication. Dans une étude de 2017 menée aux États-Unis dans le domaine des soins primaires, il ressort que la messagerie sécurisée possède des aspects positifs (facilitation des échanges, amélioration de la qualité des soins) et négatifs (charge accrue de travail avec un volume trop important de notifications, contenu parfois trop long ou trop complexe) (41). Pour ce qui est d'un canal de communication asynchrone, la messagerie sécurisée possède un fort potentiel pour accroître

la communication interprofessionnelle notamment entre l'hôpital et la ville si son utilisation est rationalisée et son contenu optimal.

Le contenu ainsi que le moment de communication semblent avoir une importance dans les besoins que les PDS exprimaient. Les modalités de coordination sont décrites par la HAS comme le partage d'information pour assurer la cohérence de l'ETP et sa continuité, cette coordination peut être réalisée à partir de différents moments du programme d'ETP (2). En effet, concernant la temporalité des échanges : les PDS interrogés identifient deux moments clés pour la transmission d'information : l'entrée dans le programme (60,0 %) et la sortie du programme (74,0 %) ce qui confirme l'importance d'avoir une transmission ciblée à des moments utiles. Cette envie est en complète adéquation avec les recommandations de la HAS concernant la communication interprofessionnelle. Concernant le contenu transmis, aucune catégorie d'information n'est clairement représentée, cela pourrait représenter une hétérogénéité des attentes en fonction des disciplines et pourrait ouvrir la perspective d'une information à la fois standardisée mais aussi individualisée en fonction des contextes (patient, pathologie...). La création d'un courrier outils pourrait être un sujet d'étude plus approfondi par l'intermédiaire d'entretiens pour comprendre et construire une transmission adaptée en fonction des besoins et des contextes.

Enfin, la communication entre ville et hôpital est souvent envisagée dans un seul sens (de l'hôpital vers la ville). Pourtant, plus de 70,0 % des PDS de soins primaires interrogés expriment également le souhait de pouvoir transmettre des informations aux équipes hospitalières. Ce résultat, sans différence significative entre les professions (MG et PO), traduit un besoin transversal de communication bidirectionnelle. Une étude qualitative de 2016 confirmait déjà cette envie et ce besoin de communication bidirectionnelle de la part des médecins généralistes (42). Il s'agit là d'un enjeu important pour renforcer l'articulation des soins et garantir une prise en charge coordonnée et efficiente du patient.

5.3. Forces et limites de l'étude

5.3.1. Limites de l'étude

a) Biais de sélection

Une première tentative de diffusion a été menée par l'intermédiaire des unions régionales : l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), URPS – Pharmacien et l'URPS – Infirmier. Toutefois devant différentes raisons, la diffusion du questionnaire a été réalisée par l'intermédiaire des départements de Médecine et de Pharmacie de la Faculté de Santé d'Angers. Cette méthode de diffusion a restreint la population cible aux maîtres de stages universitaires de ces deux disciplines, introduisant une limite notable dans les effectifs participants.

Un biais de sélection est également présent : en raison de l'utilisation des listes de diffusion des départements de Médecine et de Pharmacie, les questionnaires ont principalement été adressés à des PDS davantage engagés dans la formation et dans une démarche de transmission des connaissances.

b) Biais déclaratif

Bien que les questionnaires soient anonymisés, il existe un biais déclaratif : le biais cognitif de désirabilité sociale. C'est le décalage entre ce que les personnes répondent et la réalité. La récupération de données issues d'un sondage peut être biaisée. C'est pourquoi un maximum de questions étaient neutres et non jugeantes afin d'effacer au maximum ce biais.

c) Biais de représentation

Cette étude présente un biais de représentation, puisqu'elle inclut uniquement les MG et les PO, sans couvrir l'ensemble des professions de santé (IDE, kinésithérapeute, podologue...). Il serait pertinent de reproduire l'étude à une échelle plus large afin d'obtenir un éventail de réponses plus représentatif.

5.3.2. Force de l'étude

a) Une thématique transversale et actuelle

La thématique actuelle est une force de l'étude, en effet, l'ETP est un sujet central en santé publique, impliquant plusieurs professions et directement lié à l'amélioration de la qualité des soins.

Le focus sur les modes de communication et leur optimisation répond à un besoin concret des PDS. Dans un contexte de surcharge informationnelle (courriels, lettres, résultats), cette problématique est particulièrement connectée aux réalités de terrain et pourtant sans données publiées à ce jour.

b) La diversité du panel

Bien que l'échantillon soit faible, l'inclusion à la fois des MG et des PO constitue un point fort. Cela permet d'avoir une diversité de points de vue tout en assurant une représentativité interprofessionnelle, ce qui renforce la validité et la portée des résultats.

6. Conclusion

Les maladies chroniques représentent un enjeu majeur de santé publique en France, touchant un grand nombre de patients en lien avec le vieillissement de la population. Dans ce contexte, l'ETP du patient s'impose comme un élément central de la prise en soin globale, en permettant aux patients de mieux comprendre leur pathologie et d'acquérir les compétences nécessaires pour la gérer au quotidien.

Longtemps centrés sur le milieu hospitalier, les programmes d'ETP nécessitent aujourd'hui une ouverture vers une approche plus décloisonnée, impliquant une coordination renforcée entre les différents acteurs du parcours de soins. Cette coopération interdisciplinaire et interprofessionnelle est essentielle, notamment avec les PDS de ville, afin d'assurer une continuité éducative et thérapeutique adaptée au lieu de vie des patients.

Ce travail a mis en lumière une carence importante en termes de visibilité et de connaissance de l'offre éducative proposée au sein du CHU d'Angers. Cette méconnaissance pourrait constituer l'un des freins majeurs au recrutement des patients dans les programmes d'ETP.

Par ailleurs, notre étude a permis d'identifier des leviers d'amélioration souhaités par les PDS : une meilleure information sur les possibilités d'inclusion dans les programmes, mais aussi un suivi post-programme structuré, notamment via l'envoi systématique de synthèses éducatives par messagerie sécurisée. Ces éléments témoignent de la volonté d'intégrer davantage les acteurs de première ligne dans la dynamique éducative, et de renforcer le lien entre l'hôpital et la ville.

En définitive, le suivi optimal d'un patient atteint de maladie chronique repose sur une coordination fluide entre les différents professionnels impliqués. La qualité de cette

coordination dépend en grande partie de la qualité de la transmission d'information, qui doit être rigoureuse, pertinente et sécurisée.

Article n°2 – Entretiens semi-dirigés avec des patients ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique au CHU d'Angers.

1. Introduction

L'ETP s'est imposée depuis les années 1970 comme une stratégie incontournable dans la prise en charge des maladies chroniques. L'ETP du patient est définie par l'OMS en 1998 comme visant « à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. » (1). En France, les programmes d'ETP sont inscrits dans le CSP en 2009 avec la HPST (3).

Pendant une grande partie du XX^{ème} siècle, la relation médecin/patient était unilatérale, fondée sur le modèle du paternalisme (43). Cette asymétrie reposait sur la confiance en la compétence du médecin mais ne laissait que peu de place aux préférences ou aux connaissances du patient sur sa propre santé. Avec l'essor des maladies chroniques et la reconnaissance du « vécu de la maladie » comme un savoir légitime, un nouveau modèle s'impose : le modèle autonomiste. Ce dernier est soutenu par un cadre légal avec la loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002 (44).

Dans ce contexte d'évolution de la relation soignant-soigné, l'ETP s'inscrit comme un levier central favorisant l'autonomie, l'engagement et la responsabilisation des patients dans la gestion de leur quotidien avec une maladie chronique. En effet, l'ETP ne se limite pas à la simple transmission d'informations, mais repose sur une approche participative et centrée sur le patient, favorisant la prise de décision partagée (14).

Ce changement de paradigme ne concerne pas uniquement la relation entre le patient et un PDS, mais implique aussi un changement dans la communication entre les différents acteurs de soins, en particulier entre les PDS hospitaliers et de ville. En effet, le parcours de

soins des patients atteints de maladie chronique est souvent parcellaire multipliant les PDS, les temporalités et les lieux de soins (45). Dans ce contexte, la continuité éducative ainsi que la cohérence des messages transmis deviennent des enjeux majeurs pour garantir l'efficacité de l'ETP. Malgré les évolutions vers un modèle plus collaboratif avec notamment l'inclusion de l'ETP dans les schémas régionaux d'organisations sanitaire (SROS) dès la 3^{ème} génération (46). Les pratiques restent souvent marquées par une logique de cloisonnement et de développement hospitalo-centré : en Île de France, en 2023, 85 % des programmes étaient portés par des structures hospitalières (28). Les bénéfices des programmes d'ETP sont souvent documentés, notamment en termes d'amélioration de la qualité de vie, d'adhésion thérapeutique et de réduction de l'utilisation des soins non programmés et des hospitalisations (47,48). La période post-programme ainsi que la complémentarité et le renforcement des compétences par les PDS de soins primaires demeurent des champs d'investigation peu explorés.

Le CHU d'Angers est un établissement hospitalier de près de 1800 lits de MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique). Parmi ses différents services, on retrouve l'UTET créée en 2010 qui a permis la création de 55 programmes d'ETP répartis dans divers domaines de la santé.

Il nous a donc paru essentiel de mieux comprendre comment les patients perçoivent la qualité de la communication entre leurs soignants hospitaliers et de soins primaires mais aussi d'explorer leurs besoins et attentes en post programme d'ETP.

Afin de répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude qualitative *via* des entretiens semi-dirigés.

2. Objectifs

2.1. Principal

Explorer les ressentis des patients concernant la communication interprofessionnelle ville-hôpital, existante dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

2.2. Secondaire

Évaluer les besoins et attentes des patients concernant la période post-programme d'éducation thérapeutique.

3. Matériels et méthodes

3.1. Conception de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive menée à l'aide d'entretiens semi-dirigés individuels.

Cette approche permet d'explorer en profondeur les perceptions, expériences et représentations des participants concernant leur ressenti sur la communication interprofessionnelle entre l'hôpital et la ville dans le cadre de leur prise en charge éducative mais également leurs besoins et attentes à ce sujet (49).

L'étude a été menée en suivant les recommandations du guide COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) pour les entretiens individuels (50).

3.2. Cadre et population de l'étude

L'équipe de recherche comprenait le chercheur principal qui était investigateur (CV) et un chercheur qui avait une expérience en recherche qualitative (LSR). Les deux étaient des professionnels de santé (un junior et un sénior) et expérimentés en ETP et dans les liens ville-Hôpital. Des réunions ont été organisées régulièrement afin de discuter des positionnements, des biais et interprétation afin de renforcer la crédibilité des analyses.

L'étude a été menée entre le 04/06/25 et le 25/07/2025 dans le territoire du bassin de la population du CHU d'Angers. Angers est une ville de 300 000 habitants bénéficiant d'un nombre moyen de professionnels de santé égal à celui du national (51). La population du Maine et Loire a un âge moyen de 56 ans quel que soit le sexe. Parmi cette population 25,0 % des hommes et 20,0 % des femmes étaient suivis pour une pathologie chronique, en 2020. Nous pouvons ainsi citer parmi les pathologies chroniques les plus fréquentes : les maladies neurovasculaires (7,3 %), le diabète (5,2 %) et les cancers (5,0 %) (52).

Les critères d'inclusion pour cette étude sont :

- être âgés de plus de 18 ans
- parler français et être en capacité de consentir à un entretien enregistré
- avoir participé à un programme d'éducation thérapeutique au cours de l'année 2024-2025

Le critère d'exclusion pour cette étude est :

- s'opposer à la recherche

3.3. Échantillonnage

Le recrutement a été réalisé selon la méthode de l'échantillonnage raisonné, grâce aux professionnels de santé impliqués dans les programmes d'éducation thérapeutique du CHU d'Angers. Ces derniers ont agi en tant que relais, en informant les patients de l'existence de l'étude et en leur remettant une note d'information. Les patients y ont eux-mêmes renseigné leurs coordonnées, permettant ainsi d'être recontactés ultérieurement en vue d'une éventuelle inclusion dans l'étude.

Le suivi des inclusions a permis de s'assurer d'une répartition équilibrée des participants selon leur profil géographique, âge, sexe ainsi que la pathologie chronique pour laquelle ils ont bénéficié d'un programme d'ETP afin de garantir une représentativité adaptée.

Au total : 6 patients ont été inclus.

3.4. Recueil des données

La méthode de recueil des données repose sur des entretiens semi-dirigés permettant d'orienter le discours vers des thèmes définis (49). Cette technique permet d'obtenir des informations sur des connaissances et attentes ainsi que sur les représentations et perceptions des patients quant à la communication et la transmission d'information entre la ville et l'hôpital.

Afin d'assurer la fiabilité et la rigueur méthodologique, les entretiens ont été réalisés par le même chercheur en face à face (CV), dans un lieu calme au domicile des patients. La durée des entretiens était comprise entre 13 minutes et 35 secondes et 22 minutes 15 secondes. La durée moyenne d'entretien était de 16 minutes et 45 secondes.

La saturation des données a été retenue comme critère d'arrêt des inclusions : le recrutement a été interrompu dès lors que les entretiens supplémentaires n'apportaient plus d'informations nouvelles ni l'émergence de thèmes inédits.

Un guide d'entretien a été réalisé en collaboration avec des professionnels de santé formés en éducation thérapeutique (infirmier, médecin et pharmacien) à partir d'hypothèses issues de l'expérience des chercheurs. La grille portait sur les thèmes suivants : la perception de la communication et le partage d'information entre les professionnels de santé hospitaliers et de soins primaires ainsi que le suivi éducatif post-programme. L'entretien permettait également de laisser émerger des thèmes qui n'avaient pas été prédéfinis.

3.5. Analyse des données

La note d'information initialement transmise au patient faisait mention de l'enregistrement audio de l'entretien. Cette information a ensuite été systématiquement réitérée et validée par le patient avant chaque entretien. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone dédié spécifiquement à l'étude et anonymisés.

Chaque entretien a été intégralement retranscrit et analysé aussitôt après.

Les données recueillies lors des entretiens patients ont été analysés selon une approche thématique basée sur la méthode de Mucchielli et Paillé (53). Cette méthode possède deux fonctions : identifier à travers le corpus les thèmes pertinents par rapport à l'objectif de la recherche et documenter les thèmes en évaluant leur occurrences, convergences et divergences. Cette méthode permet de faire émerger des catégories de sens à partir du discours des patients.

Pour réaliser cette analyse le processus suivant a été suivi :

Tableau VI : Méthodologie d'analyse de Mucchielli et Paillé

Problématisation	Définir une question de recherche, des objectifs ainsi que des hypothèses ouvertes.
Transcription	Transcrire à l'écrit (mot par mot) les données orales de manière fidèle (respect des intonations, silences, émotions)
Codage	Identifier à travers les corpus des unités de signification et leur assigner un code. Ce codage a été réalisé ligne à ligne manuellement par deux chercheurs (CV et LSR) de manière indépendante avec annotation des unités de sens.
Catégorisation	Structuration des catégories en thèmes et sous thèmes avec mise en commun régulière. En cas de divergence, les transcriptions ont été relues, les désaccords résolus par consensus.
Mise en lien	Analyser les relations entre les différentes catégories (causes, conséquences, oppositions...)

Afin d'assurer la qualité de la recherche différents critères ont été recherchés : (54)

- Transférabilité : augmenté par la description du contexte et de l'échantillon ainsi que par la méthode utilisée

- Crédibilité : par la triangulation des chercheurs et la relecture par l'un des participants

- Codage indépendant puis mise en commun

Des extraits des verbatims illustratifs ont été présentés dans les résultats afin de soutenir l'analyse et rendre compte de la diversité des points de vue et d'assurer la crédibilité des résultats.

3.6. Considération éthique

Ce travail a été soumis au comité d'éthique du CHU d'Angers et a reçu un avis favorable. Il est enregistré sous le numéro 2025-102. De plus, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commissions Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (n°202500084).

4. Résultats

4.1. Caractéristiques des patients de l'étude

Les données démographiques des 6 participants sont présentées dans le Tableau VII.

Tableau VII : Caractéristiques démographiques des patients ayant participé aux entretiens

Caractéristiques	n (%)
Age	
25-45 ans	1 (17,0)
45-65 ans	3 (50,0)
>65 ans	2 (33,0)
Sexe	
Masculin	2 (33,0)
Féminin	4 (67,0)
Lieu du domicile	
-5km du CHU d'Angers	3 (50,0)
Entre 5 et 25km du CHU d'Angers	2 (33,0)
+25km	1 (17,0)
Type de programme	
Diabète	1 (17,0)
Cardiologie	3 (50,0)
Insuffisance corticotrope	2 (33,0)
Participation au programme	
<1 mois	6(100,0)
>1 mois	0 (0,0)

4.2. Résultats issus des entretiens

L'analyse a déterminé 19 catégories répartis en six thèmes. L'ensemble de ces thèmes et catégories sont représentées dans la Figure 8. Les entretiens avec les patients sont indiqués par un « P » suivi du numéro d'entretien (1 à 6).

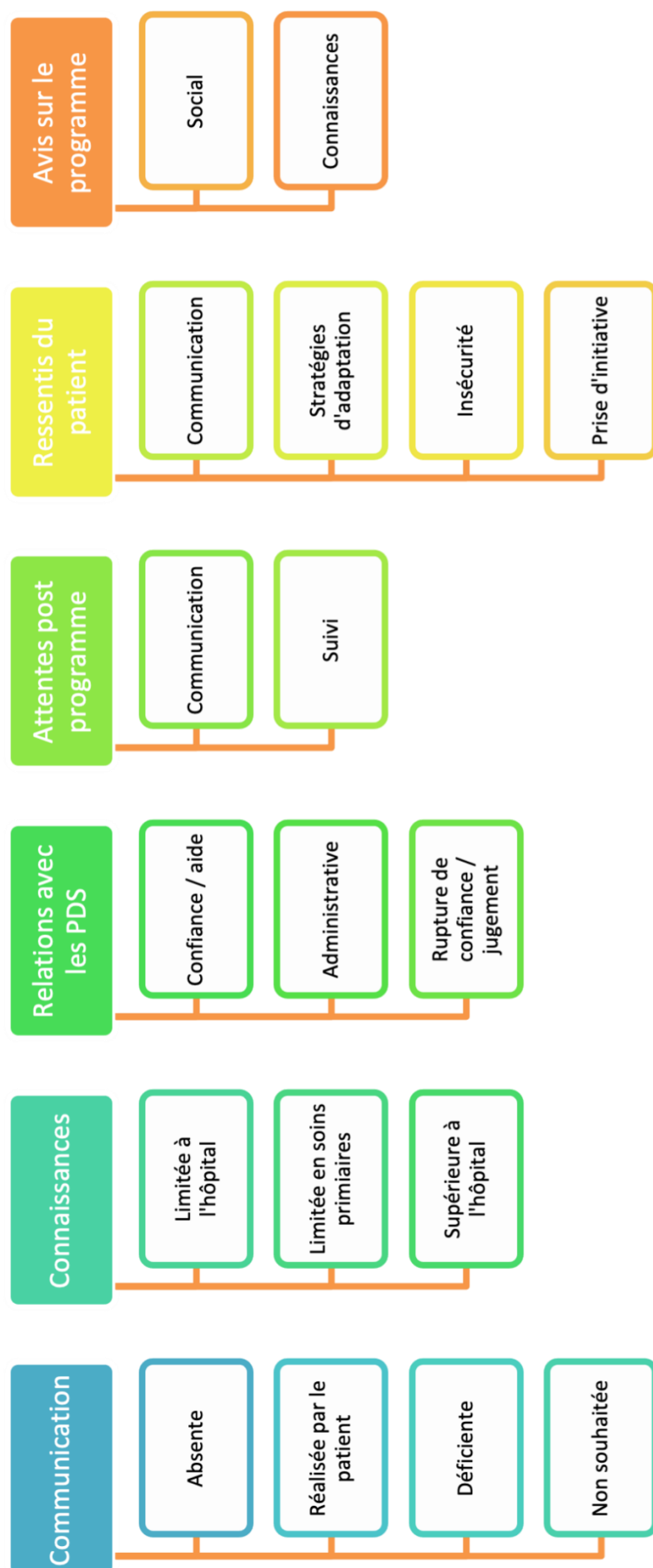


Figure 8 : Arbre thématique issus des entretiens patients

4.2.1. Thème 1 – La communication entre les différents acteurs de santé

Cette catégorie a été divisée en quatre thèmes :

Tout d'abord, tous les patients interrogés ont rapporté une absence de communication depuis l'hôpital vers les professionnels de santé de soins primaires, dans le cadre de l'éducation thérapeutique et plus spécifiquement concernant leur participation à un programme d'ETP hospitalier. P2 a expliqué que « *personne ne les avait prévenus* » tandis que P3 a précisé « *ils sont au courant de mes problèmes de santé mais par contre qu'on ait fait des ateliers thérapeutiques, je dirais que non* ».

Face à ce déficit, des participants ont indiqué avoir eux-mêmes assuré le relais entre les différents intervenants. Ainsi P2 affirmait « *ça ne me gêne pas de faire la courroie de transmission* » et P6 a qualifié ce rôle en disant « *c'est de la communication patient/médecin* ».

Lorsqu'une communication existait entre professionnels hospitaliers dans le cadre de l'ETP et les PDS de ville, elle a été jugée insuffisante ou inefficace. P1 a évoqué « *un décalage entre les professionnels de santé de la ville et ceux de l'hôpital* », et P3 a décrit cette communication comme « *pas très fluide* ». Cette insuffisance a été associée à un sentiment d'insécurité et de manque de suivi, comme l'ont illustré P1 « *finalement c'est nous au milieu* » et P3 « *je suis livré à moi-même* ».

Enfin, certains participants n'ont pas souhaité établir de communication avec certains professionnels de santé exerçant en ville, notamment les pharmaciens. À ce sujet, le participant P4 a précisé : « *La pharmacie, je ne pense pas que cela les concerne vraiment [...] c'est personnel* ».

4.2.2. Thème 2 – Perception des connaissances des professionnels de santé

Ce thème s'est articulé autour de trois catégories principales.

Premièrement, l'hôpital a été perçu comme un lieu de savoir, où les professionnels de santé disposaient de connaissances plus approfondies et de moyens techniques plus importants. P1 a affirmé : « *Je pense qu'ils sont plus habitués* », tandis que P5 a souligné : « *On sait qu'on a affaire à des spécialistes [à l'hôpital]* ».

En revanche, selon eux, les professionnels de santé de soins primaires disposaient de connaissances limitées concernant leurs pathologies. Cette observation a été rapportée à la fois pour le diabète et pour l'insuffisance surrénalienne. Dans le cas du diabète, P1 a rapporté que certaines informations spécifiques à la prise en charge ne semblaient pas maîtrisées, expliquant : « *on a dû commander des fioles d'insuline, ils connaissaient pas du tout* » et en ajoutant : « *j'ai dû leur montrer un petit peu la pompe parce que parfois ils connaissent pas du tout* ». Pour l'insuffisance surrénalienne, cette méconnaissance s'est manifestée notamment dans la reconnaissance des symptômes et la gestion des situations à risque. P6 a déclaré « *elle n'entendait absolument pas ma fatigue* » et « *je ne suis pas du tout comprise en ville* » tandis que P5 a rapporté : « *il ne m'a pas du tout expliqué le triplage des doses, j'aurais pu y passer* ».

Enfin, concernant les professionnels hospitaliers, certains patients ont également perçu une connaissance limitée de leur pathologie, notamment dans le cadre des pathologies rares. P6 a illustré ce point en témoignant « *quand on arrive aux urgences si on tombe sur quelqu'un qui n'a aucune notion bah c'est foutu* ».

4.2.3. Thème 3 – Relations avec les professionnels de santé de soins primaires

Cette catégorie s'est divisée en trois thèmes principaux.

Des participants ont rapporté une relation de confiance et de soutien avec leur professionnel de santé de ville. P4 a décrit cette relation en déclarant : « *on est en bons termes, même un lien plus que médecin/patient* », tandis que P6 a souligné que son professionnel de santé de soins primaires est « *la seule personne qui m'épaulait* ».

Un autre aspect est ressorti des entretiens : une relation plus hiérarchique, où le médecin était porteur du savoir et le patient adoptait une posture passive dans sa prise en charge. Cette dynamique a été exprimée par les patients issus des programmes d'ETP en cardiologie. P2 exprime : « *je ne prétends pas savoir mieux que les professionnels* », P3 a mentionné « *pour le profane* » et P4 a rapporté : « *ils me l'ont dit, alors je me bouge* ».

Ensuite, la relation médecin-patient a été avant tout perçue comme une relation administrative plutôt qu'éducative. Le suivi éducatif semblait absent en ville, comme l'ont illustré les propos de P1 : « *la diabétologue de ville j'y vais que pour prescrire les choses c'est tout* ». De plus, les patients monopathologiques, contrairement aux patients polyopathologiques, ont accordé une place moins importante dans leurs parcours de soins aux professionnels de santé de soins primaires. Ainsi, P1 a affirmé : « *je ne suis pas trop malade, je l'ai pas trop vu* », et P5 a précisé : « *je les vois rarement en fait* » avant d'ajouter « *je suis suivi par un spécialiste* ».

Enfin, la rupture de confiance a été rapportée, associant ce suivi en ville à une relation marquée par le jugement : « *j'en étais à lui mentir, bonjour la relation de confiance* » en précisant que c'était « *parce qu'elle me tapait sur les doigts* » (P6).

4.2.4. Thème 4 – Stratégies d'adaptation du patient

Un thème émergent portait sur le vécu des patients face à leur prise en charge, et plus particulièrement sur les stratégies d'adaptation qu'ils ont dû mettre en place pour gérer leur pathologie chronique. Ce vécu était marqué par l'absence ou l'insuffisance de communication entre les différents acteurs de soins, générant un sentiment d'insécurité. Certains patients ont décrit des situations vécues comme « *assez stressantes* » et « *sans solution de repli* » (P1), avec l'impression d'être « *livré à moi-même* » (P3), ou encore de se retrouver « *chez moi sans aucune aide* » (P5).

Face à ces difficultés, plusieurs participants ont pris des initiatives personnelles pour améliorer leur prise en charge : « *j'en avais parlé à mon diabétologue de ville* » - (P1) et « *j'ai demandé l'adresse mail de l'IDE* » (P6), allant jusqu'à exercer une forme de pression sur leurs interlocuteurs « *soit vous me supplémentez soit je n'y vais pas [au bloc opératoire]* » (P6).

De ces démarches ont découlé différentes stratégies d'adaptation. Certains ont cherché à mieux s'organiser : « *j'ai tout fluoté* » (P6) et à mieux se renseigner « *je l'ai peut-être lu 10 fois [la brochure]* » (P3). D'autres ont instauré des habitudes précises : « *j'ai toujours la même boîte que je recharge et j'écris dessus [...] c'est mon rituel* » (P2). Enfin, la fidélisation à un professionnel de santé est apparue comme une stratégie pour sécuriser le suivi : « *maintenant ils me connaissent, je vais toujours à la même pharmacie* » (P1).

4.2.5. Thème 5 – Les attentes post-programme

Ce thème s'est divisé en deux catégories : la communication, considérée tant sur le plan qualitatif que quantitatif, et le suivi post-programme d'éducation thérapeutique.

Les participants ont souligné un manque d'échanges d'informations entre les différents professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge. P1 a formulé « *plus de dialogue entre eux ça serait bien* ». Au-delà des professionnels de santé de ville et de l'hôpital, certains ont évoqué la nécessité d'élargir la transmission d'informations à d'autres acteurs intervenant dans leur parcours, notamment du secteur médico-social. P5 a illustré cette idée en expliquant : « *j'ai souvent eu affaire à des ambulances ou des pompiers qui sont intervenus chez moi et c'est là qu'il aurait peut-être fallu qu'ils aient des informations* ».

Outre l'aspect quantitatif, la qualité de l'information transmise a été décrite comme à améliorer, P5 a indiqué « *les médecins sont peut-être aussi mal informés* ». Certains ont également pris en compte la réalité du terrain comme l'évoque P2 : « *ils sont déjà coincés dans leurs ordinateurs* » avec l'aspect chronophage liés aux courriers reçus par les

professionnels de santé de soins primaires. Selon eux, cela a pu contribuer au manque de transmission d'informations pertinentes : « *c'est de l'accumulation d'information dont on ne sait pas quoi faire* » (P2). Pour améliorer la situation, l'idée d'une transmission d'informations centrée sur le patient et sa pathologie a été évoquée comme une alternative, P6 a proposé ainsi : « *il faudrait une synthèse adaptée à mon cas* ».

En ce qui concerne le suivi post-programme, plusieurs participants ont estimé qu'il n'était pas nécessaire à court terme, le programme ayant été récemment suivi et les connaissances étant encore présentes à l'esprit. Comme l'exprime l'un d'eux, « *pour l'instant ça va* » (P4). Néanmoins, un participant reconnaît la difficulté à mémoriser l'ensemble des informations transmises : « *j'ai tout compris mais je n'ai pas tout retenu* » (P2) et y verrait un intérêt tout de même.

À plus long terme, tous les participants se sont montrés favorables à un renouvellement du programme, évoquant l'intérêt d'une « *piqûre de rappel* » (P3) d'un « *genre de recyclage* » (P5) ou affirmant « *ça m'intéresserait que ça se renouvelle* » (P2). Plusieurs ont souligné que, avec le temps, certaines connaissances se sont estompées et que de nouvelles interrogations apparaissaient au fil de la vie quotidienne : « *c'est vrai qu'on a des questions qui viennent après, avec notre vie quotidienne ça chemine* » (P6) ou encore « *c'est toujours bien un suivi [...] on se laisse un peu aller parfois, enfin on est dans le truc, dans le quotidien* » (P1).

Le lieu envisagé pour ce suivi a semblé dépendre de la pathologie. Pour les maladies rares, comme l'insuffisance surrénalienne, le cadre hospitalier a été perçu comme plus adapté : « *c'est bien je trouve le cadre de l'hôpital* ». En revanche, pour les pathologies cardiaques, un suivi en soins primaires a été jugé plus pertinent : « *ça peut être en ville [...] parce que le cadre de l'hôpital c'est pas le meilleur* ».

Enfin, plusieurs patients ont exprimé le besoin d'outils concrets pour soutenir l'éducation thérapeutique après le programme, tels qu'« *une carte, un protocole* » (P6) ou encore l'idée de « *faire une semaine idéale* » (P3).

4.2.6. Thème 6 – Avis sur le programme

Pour terminer, les entretiens ont permis aux patients de donner leurs ressentis quant à la réalisation de programme d'éducation thérapeutique. Le lien social procuré par les ateliers d'éducation thérapeutique n'est pas à négliger « *ça fait du lien social* » (P2). Cela leur a permis de se sentir intégrés dans un ensemble « *revoir les gens autour, savoir qu'on n'est pas tout seul* » (P1) et d'apprendre de leurs pairs « *le témoignage d'autres personnes, comment les autres vivent avec ça* » (P5).

L'acquisition de nouvelles connaissances est également mentionnée. Certains participants ont souligné avoir découvert ou mieux compris leur maladie : « *ça a été très clair, j'ai découvert ma maladie* » (P6). D'autres ont mis en avant la révision « *ça fait du bien de revoir les bases* » (P1) et la mise à jour de leurs savoirs : « *il y a ce qu'on croyait savoir et ce qu'on a appris* » (P3).

5. Discussion

L'analyse des entretiens semi-dirigés réalisés a permis de mettre en évidence six thèmes : la communication, les connaissances, les attentes post-programme, les relations professionnels de santé / patient, les stratégies d'adaptation du patient et le ressenti sur le programme d'ETP auquel ils ont participé.

Les entretiens mettent en évidence que la communication interprofessionnelle, dans le cadre de l'ETP semble déficiente. La quasi-totalité des participants rapporte avoir assuré eux-mêmes la transmission des informations relatives à leur participation à un programme d'ETP. Cette situation contraste avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé, qui

préconisent une coordination structurée entre PDS afin de garantir la continuité de l'ETP (2). Dans les faits, cette coordination semble reposer essentiellement sur le patient.

Si les personnes interrogées déclarent assumer ce rôle de relais avec implication et ne pas en percevoir d'impact négatif immédiat sur leur prise en charge — comme l'illustrent plusieurs verbatims à l'instar de « *ça ne me gêne pas de faire la courroie de transmission* » — cette délégation implicite soulève néanmoins des questions. Elle pourrait, masquer des difficultés plus silencieuses, liées par exemple à la complexité des informations transmises, à des barrières linguistiques ou à des inégalités d'accès aux ressources.

Ce constat rejoint l'évolution de la relation patient-médecin, dans laquelle le patient tend à devenir un acteur à part entière de son parcours de soins plutôt qu'un simple bénéficiaire (55). Il renvoie également à un enjeu plus large : celui de la littératie en santé, définie comme « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ». (56) Or, cette définition implique notamment la capacité à communiquer efficacement avec les PDS, une compétence qui, dans les faits, peut s'avérer moins aisée qu'il n'y paraît et dont l'hétérogénéité pourrait contribuer à creuser des inégalités dans la continuité des soins. La littératie en santé est une notion très souvent abordée dans les référentiels de compétence patient définis au préalable des programmes, l'ETP est l'une des clés pour gommer les inégalités qui peuvent exister.

Un thème émergent lors des entretiens concerne le niveau de connaissances des différents professionnels intervenant dans le parcours de soins de patients atteints de pathologies chroniques. Les témoignages recueillis, en particulier auprès de participants atteints de pathologies rares telles que l'insuffisance surrénalienne, révèlent des lacunes, voire une méconnaissance de leur pathologie. Ce déficit de connaissances peut avoir des conséquences directes sur la sécurité des soins « *j'aurais pu y passer* » et notamment des

erreurs dans l'adaptation des traitements. Le quatrième plan national des maladies rares (PNMR 2025-2030) (57) inscrit cet objectif dans sa stratégie, en prévoyant, dès son objectif n°2, de « renforcer la coordination ville-hôpital et les parcours de santé ». Parmi les actions envisagées figure le déploiement de protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS), accompagnés d'outils intégrés destinés à améliorer l'information et la prise de décision des professionnels. Cette orientation rejoint les attentes exprimées par plusieurs participants, qui souhaitent disposer d'outils concrets « *une carte, un protocole* » afin de faciliter la transmission d'informations essentielles à leurs interlocuteurs médicaux. L'un des participants a également proposé d'élargir le cercle des destinataires de ces informations à d'autres acteurs du parcours, notamment du secteur médico-social et de l'urgence (ambulanciers, sapeurs-pompiers). Cette proposition est en phase avec les engagements du PNMR visant à développer des protocoles d'urgence validés par les sociétés savantes de réanimation et d'urgences.

Enfin, l'objectif n°3 du quatrième PNMR met l'accent sur le renforcement de l'éducation thérapeutique du patient. Dans ce domaine, le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers occupe une position pionnière, avec le développement de 23 programmes spécifiquement orientés vers la prise en charge des maladies rares, témoignant d'une approche innovante et inclusive.

Concernant les attentes post-programme, il convient de souligner que l'ensemble des patients interrogés avait participé à un programme d'ETP récemment. Cet élément peut être relié au fait qu'aucun participant n'a perçu un intérêt à renouveler le suivi éducatif à court terme. Ces observations sont cohérentes avec les résultats rapportés par une étude menée en 2011, qui mettait en évidence une augmentation significative des connaissances entre la période préprogramme et la période post-programme, passant de 35,0 % à 75,0 % (58). Cette progression suggère que le programme récent est suffisant pour répondre aux besoins

éducatifs immédiats des patients, rendant difficile l'identification de lacunes dans leur quotidien.

En revanche, le suivi éducatif à long terme est perçu favorablement par la majorité des participants. Ceux-ci évoquent les difficultés liées à la mémorisation des informations dans la vie quotidienne et considèrent qu'une « *piqûre de rappel* » ou un « *recyclage* » périodique serait bénéfique pour maintenir et consolider leurs connaissances. À ce jour, peu d'études dans la littérature scientifique ont évalué les connaissances des patients à long terme après un programme d'éducation thérapeutique, ce qui souligne un enjeu important pour la recherche et pour l'optimisation des stratégies de suivi post-programme.

Au-delà du suivi éducatif, les participants ont exprimé des attentes précises concernant la qualité et la quantité d'informations transmises à leurs professionnels de santé. À notre connaissance, aucune étude scientifique n'a spécifiquement évalué le point de vue des patients concernant la qualité de ces transmissions dans le champ de l'ETP. Toutefois, deux enquêtes — l'une menée en 2023 auprès des médecins libéraux de la région Grand Est (59) et l'autre réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2019 (60) — mettaient en évidence qu'un médecin consacrait en moyenne 7 heures par semaine, sur un temps de travail d'environ 50 heures, à des tâches administratives. Cette réalité, perçue par les patients (« *ils sont coincés dans leur ordinateur* »), souligne l'importance de concevoir des outils de communication efficaces et peu chronophages. Dans cette perspective, la mise en place d'une synthèse concise, adaptée à la pathologie du patient pourrait optimiser la transmission des informations pertinentes entre acteurs de santé.

Cette étude présente plusieurs atouts majeurs. Elle explore un sujet innovant : la qualité de la communication interprofessionnelle en éducation thérapeutique du point de vue des patients ainsi que leurs attentes et besoins en termes de suivi post-programme, sujets

pour lesquels aucune donnée n'a été publiée à notre connaissance. De plus, les patients inclus dans l'étude sont issus de différents programmes ce qui nous permet d'accentuer la diversité des points de vue.

La rigueur méthodologique a été assurée par la triangulation des données, la validation du guide d'entretien et la vérification auprès des participants. La transférabilité et la fiabilité ont été garanties par une description précise du contexte, une analyse cohérente et l'arrêt des inclusions à la saturation des données.

Cette étude présente certaines limites. Le recrutement des participants sur une base volontaire peut introduire un biais de sélection. L'échantillonnage des patients a permis de recruter des patients atteints de différentes pathologies ce qui peut induire un biais de déclaration sur ce qui est des besoins et aussi connaissance de leurs PDS. Comme dans toute recherche qualitative, un biais d'interprétation reste inévitable, l'objectif n'étant pas de quantifier mais de comprendre en profondeur les expériences des patients malgré le fait que leurs expériences soient limitées par la validation des patients. Enfin, l'inexpérience du chercheur principal dans la conduite de ce type d'entretien constitue un facteur à prendre en compte, malgré qu'il soit gommé par limité par le fait d'avoir une double codification.

Le renforcement de la communication interprofessionnelle apparaît comme un levier essentiel. Cela pourrait se traduire par le développement de protocoles standardisés de transmission d'informations entre les différents acteurs de soins. Ou bien la remise d'un support au patient qui serait à discuter avec les professionnels de santé de soins primaires permettant une démarche proactive du patient. Cette communication pourrait s'associer à l'utilisation d'outils numériques sécurisés tels que *Mon Espace Santé*.

Parallèlement, l'optimisation des supports d'information constitue une autre piste non négligeable : élaborer et diffuser des documents synthétiques adaptés au patient et à sa

pathologie, permettraient de garantir la clarté et la pertinence des informations transmises. L'élargissement de leur diffusion au-delà du cercle médical strict — notamment aux pharmaciens, acteurs du secteur médico-social et professionnels de l'urgence — contribuerait à améliorer la continuité et la sécurité des soins et de la prise en charge éducative.

Enfin le renforcement de la formation des professionnels de santé, en éducation thérapeutique, demeure un enjeu central. Le développement de formations continues avec des modules d'apprentissage en ligne (e-learning, MOOC (Massive Open Online Course) —, webinaires) offrirait aux professionnels la possibilité d'actualiser et d'élargir leurs compétences, tout en tenant compte de leurs contraintes organisationnelles. Ces orientations, en combinant innovation organisationnelle, accessibilité de l'information et montée en compétence des acteurs de santé, pourraient contribuer à améliorer significativement la qualité et l'efficacité de l'ETP.

6. Conclusion

Cette étude qualitative permettant l'exploration des ressentis des patients concernant la communication interprofessionnelle dans le cadre de l'ETP est la première sur ce sujet.

Elle met en évidence les limites de la communication interprofessionnelle perçues par les patients dans le cadre de l'ETP, ainsi que leurs répercussions sur la continuité des soins et le sentiment de sécurité. Elle rappelle combien le partage d'informations et la coordination entre l'hôpital et les soins de ville sont essentiels pour soutenir l'autonomie du patient et assurer la continuité de la prise en charge éducative.

Ces constats soulignent la nécessité d'imaginer de nouveaux dispositifs favorisant la transmission et le suivi, qu'il s'agisse d'outils organisationnels ou de modalités de collaboration plus intégrées.

Discussion des deux articles

L'analyse croisée des deux études permet de dégager des points de convergence majeurs, mais aussi des divergences significatives, révélant la complexité de la coordination interprofessionnelle dans le cadre de l'ETP.

1. Les points de convergence

L'analyse croisée des deux études met en évidence plusieurs convergences fortes entre les points de vue des patients et des PDS concernant la transmission d'informations dans le domaine de l'ETP. Les deux groupes partagent avant tout le constat d'un déficit majeur de communication interprofessionnelle entre l'hôpital et la ville, perçu comme un maillon fragile du parcours de soins. A titre d'exemple, la région Auvergne-Rhône-Alpes durant l'année 2023 a recensé 41 évènements indésirables graves en lien avec des problématiques de parcours et de coopération interprofessionnelle (61) pouvant entraîner des décès ou des hospitalisations.

Ce constat semble corroborer les résultats de notre étude : du côté des PDS de soins primaires, l'enquête met en évidence une perception d'insuffisance des transmissions émanant de l'hôpital : seuls un tiers d'entre eux déclarent recevoir une notification concernant la participation de leurs patients à un programme d'ETP, et cela de façon inégale selon les professions. Du point de vue des patients, les constats rejoignent ceux des PDS. Les participants aux entretiens rapportent majoritairement qu'aucune transmission formalisée n'a eu lieu entre l'hôpital et leurs soignants de ville.

Bien qu'elle ne soit pas exprimée explicitement par les patients, l'asymétrie de la communication, majoritairement orientée de l'hôpital vers la ville, constitue un point de convergence entre les deux études. Les PDS de soins primaires expriment le souhait de pouvoir, eux aussi, transmettre des informations aux acteurs hospitaliers, tandis que les

patients relèvent plus largement un déficit de communication entre PDS de soins primaires et hospitaliers.

L'absence ou le déficit de communication interprofessionnelle nécessite de trouver des alternatives pour la transmission d'informations. Ainsi certains patients rapportent assumer eux-mêmes le relais, ce qui rejoint les résultats de l'étude n°1 : les PDS sont souvent informés par leurs patients.

Si certains patients déclarent accepter ce rôle sans difficulté apparente, il engendre néanmoins un sentiment d'insécurité et d'isolement, particulièrement marqué chez ceux atteints de pathologies rares ou complexes dans notre recherche.

Malgré l'absence de publication dans la littérature scientifique, de nouvelles ressources « parcours et coopération interprofessionnelle » voient le jour afin de d'optimiser la qualité de la communication. Parmi eux, on peut citer l'outil SAED (Situation, Antécédents, Évolution, Demande) développé par la HAS (62). Cet outil, pourrait être adapté à la transmission d'informations dans le cadre de l'ETP.

2. Les points de divergence

Concernant le contenu de la communication, les avis des PDS et des patients divergent. Les PDS insistent sur une communication à des moments clés du parcours de soins des patients (entrée et sortie des programmes) ainsi que la nécessité d'un contenu synthétique. Les patients quant à eux insistent moins sur la nécessité d'une standardisation et davantage sur la qualité et l'adaptation de l'information à leur situation personnelle : ils demandent des transmissions synthétiques, centrées sur leurs besoins éducatifs en fonction de leur pathologie. De manière complémentaire, certains participants suggèrent d'élargir le cercle des destinataires à des acteurs non médicaux mais néanmoins essentiels dans leur quotidien (ambulanciers, pompiers).

Cette différence quant au contenu permet aussi de soulever un autre point divergent, celle des connaissances : dans l'enquête menée auprès des MG et des PO, les professionnels reconnaissent l'importance de l'ETP, mais décrivent des obstacles organisationnels plus que des limites de leurs propres savoirs. Une étude qualitative réalisée en 2021 (63) souligne les mêmes obstacles quant au développement de l'ETP en ville.

Plusieurs témoignages des patients mettent en évidence une impression de méconnaissance, parfois critique, concernant les spécificités de certaines pathologies chroniques, et plus encore pour les maladies rares. Ces situations sont décrites comme génératrices d'incompréhension, de sentiment d'abandon et, dans certains cas, de risque direct pour la sécurité des soins.

Ainsi, si les professionnels identifient avant tout un besoin de formation complémentaire et d'outils pratiques pour optimiser leur rôle éducatif, les patients expriment une attente forte de reconnaissance, de mise à jour et de consolidation des compétences médicales et éducatives dans l'ensemble du parcours de soins. Le renforcement de la formation déjà décrit dans le rapport Jacquat de 2010 pourrait être une solution aux différentes lacunes exprimées (22).

L'Université d'Angers dans sa filière pharmacie propose déjà la validation initiale de l'ETP avec la formation des 40 heures, obligatoire pour l'animation de séances d'ETP, ainsi qu'une formation pratique par une mise en œuvre dans le milieu d'exercice.

3. Perspectives

Les résultats obtenus invitent à repenser la structuration des échanges entre les acteurs hospitaliers et les PDS de soins primaires. La mise en place de transmissions synthétiques et systématiques à l'ensemble des intervenants dans le parcours de soins du patient apparaît comme une condition indispensable pour garantir la continuité de la prise en

charge éducative. Cette communication pourrait être pensée plus moderne en utilisant des moyens numériques à notre disposition (messagerie sécurisée par exemple).

L'élaboration de documents de référence adaptés aux patients, favorisant leur compréhension et leur autonomie, permettrait de consolider leur rôle d'acteurs dans le processus éducatif.

Enfin, le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé de soins primaires en particulier sur les enjeux de l'ETP représente un levier majeur pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Conclusion

L'articulation des résultats issus des deux études met en lumière la nécessité de repenser en profondeur la communication interprofessionnelle dans le cadre de l'ETP. Si les PDS et les patients partagent le même constat d'un déficit ou d'une absence de transmission entre l'hôpital et la ville, leurs attentes, bien que convergentes sur certains points, diffèrent dans leurs priorités : les premiers insistent sur la standardisation et la structuration des échanges, tandis que les seconds valorisent une communication adaptée, personnalisée et élargie aux acteurs de leur quotidien.

L'originalité de ce travail réside dans l'approche croisée des perceptions des professionnels et des patients, rarement étudiées individuellement et conjointement. Cette double perspective montre que l'amélioration de la continuité éducative ne saurait se limiter à une optimisation technique des transmissions, mais nécessite le développement d'une véritable culture partagée du continuum de soins. Plusieurs pistes émergent : instaurer des protocoles de communication bidirectionnels entre ville et hôpital, renforcer la formation initiale et continue des professionnels en intégrant l'expérience patient, et développer des

outils numériques sécurisés offrant des synthèses standardisées mais personnalisables selon les situations.

Ces résultats invitent à considérer l'ETP non plus comme une activité ponctuelle et hospitalo-centrée, mais comme une composante transversale et continue du parcours de soins chroniques, mobilisant l'ensemble des acteurs, y compris le patient en tant que partenaire.

Des perspectives de recherche restent ouvertes. Il s'agit d'évaluer l'impact de dispositifs de communication innovants sur la continuité éducative. Il convient aussi d'analyser les inégalités liées au rôle de relais confié aux patients, selon leur niveau de littératie en santé. Enfin, il importe de développer une construction partagée d'outils de communication intégrant savoirs professionnels et savoirs expérientiels du patient. Ces chantiers permettront de renforcer la place de l'ETP comme levier de qualité, de sécurité et d'autonomie dans la prise en charge des maladies chroniques.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. 1998. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/345371>.
2. Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. mars 2009;4(1):39-43.
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
4. Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
5. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
6. adsp n° 39 - L'innovation en santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=75>
7. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
8. Adultes et avancée en âge [Internet]. Santé Publique France. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/adultes-et-avancee-en-age>
9. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 22 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>
10. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Med Suisse [Internet]. 25 mars 2009 [cité 30 août 2025];196(12):688-90. Disponible sur: <https://doi.org/10.1051/tpe/2009011>
11. Garbacz L, Jullière Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G, Coudane H, et al. Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie : perception des patients et de leurs proches. Santé Publique [Internet]. 5 nov 2015 [cité 27 août 2025];27(4):463-70. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-463>
12. Sanguignol F, Lager G, Golay A. L'efficacité médico-économique de l'éducation thérapeutique chez des patients obèses. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ [Internet]. juin 2009 [cité 26 août 2025];1(1):57-62. Disponible sur: <http://www.etp-journal.org/10.1051/tpe/2009011>
13. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 sept 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante
14. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 12 avr 2017 [cité 26 août 2025];2017(4):CD001431. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6478132/>

15. Haute Autorité de Santé. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques - Analyse économique et organisationnelle [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499485/fr/l-education-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-analyse-economique-et-organisationnelle
16. de la Tribonnière X. L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? Médecine Mal Métaboliques [Internet]. 1 mai 2020 [cité 12 mars 2025];14(3):207-13. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255720001017>
17. Traynard PY, Gagnayre R. Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Paris: Maloine; 2013. [Internet]. [cité 12 mars 2025]. Disponible sur: 10.1016/S1957-2557(13)70551-0
18. Avis et rapports du HCSP [Internet]. Avis relatif à la mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapports?Annee=&Langue=&Type=&MC1=&MC2=728&filtrer=filtrer>
19. Saugeron B, Sonnier P. Le développement de l'ETP de proximité, enquête et recommandations [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.cres-paca.org/education-therapeutique-du-patient-1/innovation-et-communication/les-recommandations-et-enquetes/le-developpement-de-letp-de-proximite-enquete-et-recommandations>
20. Programme d'ETP - bilan au 31 décembre 2024 ARS Pays de la Loire.
21. Liste des CPTS [Internet]. CPTS Pays de la Loire. [cité 27 août 2025]. Disponible sur: <https://cpts-pdl.org/liste-des-cpts/>
22. Travail M du, Santé de la, Familles des S et des, Travail M du, Santé de la, Familles des S et des. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. Remise du rapport « Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne ».
23. Les chiffres clés du CHU [Internet]. CHU-ANGERS. Disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/le-chu-d-angers/qui-sommes-nous-/les-chiffres-cles-du-chu/les-chiffres-cles-du-chu-55158.kjsp>
24. Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTET) [Internet]. CHU-ANGERS. Disponible sur : <https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/etp-education-therapeutique-du-patient/politique-generale-etp/unite-transversale-d-education-therapeutique-utet--55815.kjsp>
25. Pichard S, Convers-Domart R, Tardivel V, Charbonnel C, Gibault-Genty G, Brunet L, et al. Éducation thérapeutique dans l'insuffisance cardiaque chronique : expérience du centre hospitalier de Versailles depuis 2010. Ann Cardiol Angéiologie [Internet]. 1 nov 2014 [cité 4 sept 2025];63(5):406. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003392814001528>
26. Santé Publique France (SPF). Épidémiologie de l'insuffisance cardiaque en France [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/insuffisance-cardiaque/documents/article/epidemiologie-de-l-insuffisance-cardiaque-en-france>
27. Juillièrè Y, Jourdain P, Suty-Selton C, Béard T, Berder V, Maître B, et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: A

propensity analysis. Int J Cardiol [Internet]. 20 sept 2013 [cité 22 janv 2025];168(1):388-95. Disponible sur: [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(12\)01136-9/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(12)01136-9/fulltext)

28. Programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) et plateformes ressources en ETP portés par l'Agence. 2024.
29. Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadriennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation
30. Les pharmaciens - Panorama au 1er janvier 2020 - brochures régionales [Internet]. CNOP. Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie/les-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2020-brochures-regionales>
31. Démographie des médecins en Pays de la Loire. Médecins généralistes. Situation 2020 et évolution [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/demographie-des-medecins-en-pays-de-la-loire-medecins-generalistes-situation-2020-et>
32. Baromètre de confiance à l'égard des professionnels de santé, réalisé par Viavoice pour Pasteur Mutualité. France Assos Santé. 2010.
33. Le Projet Régional de Santé 2023-2028 des Pays de la Loire arrêté le 26 octobre 2023 [Internet]. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2023-2028-des-pays-de-la-loire-arrete-le-26-octobre-2023>
34. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/fr/structuration-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
35. de la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ [Internet]. juin 2013 [cité 14 août 2024];5(1):163-76. Disponible sur: <http://www.etp-journal.org/10.1051/tpe/2013027>
36. Cohen JD, Combe B, Tropé S. Étude du recrutement de patients dans un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ [Internet]. déc 2018 [cité 5 juill 2025];10(2):20202. Disponible sur: <https://www.etp-journal.org/10.1051/tpe/2018013>
37. Araujo A de, Ezanno-Alias AS, Saunier P. Méthode de recrutement pour un programme d'éducation thérapeutique en ville : état des lieux et expérimentation sur le programme POLIPATO (POLIPACOM). 15 juin 2021 [cité 3 juill 2025];91. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03284741>
38. Husson M, Chassseral P, De Andrade V, Crozet C, Rugard M, Gagnayre R. Étude descriptive des programmes d'éducation thérapeutique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (2011). Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ [Internet]. déc 2014 [cité 24 juill 2025];6(2):20101. Disponible sur: <http://www.etp-journal.org/10.1051/tpe/2014010>
39. Moyat C. Motivations et freins des professionnels de santé et ressentis des patients participant au programme d'éducation thérapeutique au sein d'une maison de santé: une approche phénoménologique interprétative.

40. Structure Régionale d'Éducation Thérapeutique en Pays de la Loire. État des lieux de la place de l'ETP dans la formation initiale des professionnels de santé en Pays de la Loire (2017)
41. Hoonakker PLT, Carayon P, Cartmill RS. The impact of secure messaging on workflow in primary care: Results of a multiple-case, multiple-method study. *Int J Med Inf* [Internet]. avr 2017 [cité 9 juill 2025];100:63-76. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8365630/>
42. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication.
43. Parsons T. *The social system*. Glencoe, Ill. : Free Press; 1951. 600 p.
44. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
45. P H, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique: Prat Organ Soins [Internet]. 1 sept 2010 [cité 10 août 2025];Vol. 41(3):237-45. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-3-page-237.htm?ref=doi>
46. Labalette C, Buttet P, Marchand AC. L'éducation thérapeutique du patient dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3e generation 2006-2011.
47. Maurer C, Douali N, Nozick M, Viste S, Bensalem M, Honiat S, et al. 395 patients asthmatiques revus à 1 an après éducation thérapeutique : effets positifs surtout en cas de profils sociodémographiques à risque. *Rev Mal Respir* [Internet]. janv 2018 [cité 10 août 2025];35:A42. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0761842517303753>
48. Haute Autorité de Santé. Promotion Santé Grand Est. Education thérapeutique du patient. Evaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques.
49. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Économique* [Internet]. 24 juin 2015 [cité 17 juill 2025];Tome LIII(4):67-82. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-reflets-et-perspectives-de-la-vie-economique-2014-4-page-67.htm?ref=doi>
50. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. janv 2015;15(157):50-4.
51. Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 | Insee [Internet]. [cité 29 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
52. Santé observée dans le Maine-et-Loire - ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 30 août 2025]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/la-sante-observee-dans-le-maine-et-loire>
53. Paillé, Mucchielli - 2012 - L'analyse Qualitative en Sciences Humaines Et Sociales | PDF.
54. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual* [Internet]. 2019 [cité 26 janv 2025];38(1):53. Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1059647ar>
55. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique* [Internet]. 2007 [cité 14 août 2025];19(5):413-25. Disponible sur: <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2007-5-page-413>

56. DICOM_Raphaelle.B. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. « Des territoires vers l'Europe » : le Gouvernement lance le 4e plan national consacré aux maladies rares.
57. Plan-national-maladies-rares-4-2025-2030.pdf [Internet]. [cité 14 août 2025]. Disponible sur: <https://respifil.fr/wp-content/uploads/2025/02/Plan-national-maladies-rares-4-2025-2030.pdf>
58. Bernard-Leclerc J, Conort O, Bacq Y, Antier D. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les connaissances, l'observance et la satisfaction des patients traités pour hépatite chronique virale C. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ [Internet]. 1 juin 2011 [cité 14 août 2025];3(1):21-33. Disponible sur: <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2011/01/tpe110005/tpe110005.html>
59. Enquête | Temps de travail des médecins spécialistes - URPSML Grand Est [Internet]. Disponible sur : <https://www.urpsmlgrandest.fr/enquete-temps-de-travail-des-medecins-specialistes-2.html>
60. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>.
61. Parcours et coopération interprofessionnelle : les outils pour fluidifier le travail [Internet]. 2025 [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/parcours-et-cooperation-interprofessionnelle-les-outils-pour-fluidifier-le-travail>
62. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 août 2025]. Saed : un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1776178/fr/saed-un-guide-pour-faciliter-la-communication-entre-professionnels-de-sante
63. Tempereau G. Unité transversale et territoriale d'éducation pour le patient et développement de l'éducation thérapeutique du patient ville-hôpital : quels sont les facteurs internes et externes à prendre en compte par l'UTTEP 79 pour initier l'ETP ville-hôpital en Deux-Sèvres? 27 sept 2021;106.

Table des matières

.....	1
PLAN	9
LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	1
1. L'éducation thérapeutique du patient	1
1.1. Définition et objectifs	1
1.2. Développement de l'ETP en France	1
1.3. Intérêt de l'ETP en santé publique	2
2. Lien ville-hôpital en éducation thérapeutique	4
2.1. Des programmes principalement hospitaliers	4
2.2. Une coordination ville-hôpital en défaut	4
3. L'éducation thérapeutique au CHU d'Angers	5
4. Justification du travail	6
ARTICLE N°1 – ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE DE SOINS PRIMAIRES CONCERNANT LA TRANSMISSION D'INFORMATION ENTRE L'HOPITAL ET LA VILLE CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE EDUCATIVE DES PATIENTS.	8
1. Introduction	8
2. Objectifs	10
2.1. Principal	10
2.2. Secondaire	10
3. Matériels et méthodes	10
3.1. Type d'étude	10
3.2. Population ciblée	10
3.3. Mode de recueil des données	11
3.4. Contenu du questionnaire	11
3.5. Stratégie de diffusion du questionnaire	12
3.6. Période de collecte	12
3.7. Analyse des données	13
3.8. Considérations éthiques	13
4. Résultats	14
4.1. Caractéristiques démographiques des participants	14
4.2. Perception des professionnels de santé concernant la communication en lien avec les programmes d'ETP	15
4.2.1. Connaissance de l'offre éducative proposée au CHU d'Angers par les professionnels de santé de soins primaires	15
4.2.2. Orientation vers les programmes d'ETP	16
4.2.3. Poursuite des actions éducatives en ville	17
4.2.4. Communication concernant le suivi de leurs patients	18
4.3. Besoins et attentes des professionnels de santé	19
4.3.1. Que transmettre ?	19
4.3.2. Comment transmettre ?	20
4.3.3. Quand transmettre ?	21
4.3.4. Une transmission bilatérale	22
5. Discussion	23
5.1. Discussion des résultats en lien avec l'objectif principal	23
5.2. Discussion des résultats en lien avec les objectifs secondaires	24
5.3. Forces et limites de l'étude	27
5.3.1. Limites de l'étude	27
a) Biais de sélection	27
b) Biais déclaratif	27
c) Biais de représentation	27
5.3.2. Force de l'étude	28
a) Une thématique transversale et actuelle	28
b) La diversité du panel	28

6.	Conclusion	29
ARTICLE N°2 – ENTRETIENS SEMI-DIRIGES AVEC DES PATIENTS AYANT BENEFICIE D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE AU CHU D'ANGERS. 31		
1.	Introduction	31
2.	Objectifs	33
2.1.	Principal	33
2.2.	Secondaires	33
3.	Matériels et méthodes	33
3.1.	Conception de l'étude.....	33
3.2.	Cadre et population de l'étude	33
3.3.	Échantillon	34
3.4.	Recueil des données	35
3.5.	Analyse des données.....	35
3.6.	Considération éthique	37
4.	Résultats.....	38
4.1.	Caractéristiques des patients de l'étude	38
4.2.	Résultats issus des entretiens	38
4.2.1.	Thème 1 – La communication entre les différents acteurs de santé.....	40
4.2.2.	Thème 2 – Perception des connaissances des professionnels de santé.....	40
4.2.3.	Thème 3 – Relations avec les professionnels de santé de soins primaires	41
4.2.4.	Thème 4 – Stratégies d'adaptation du patient.....	42
4.2.5.	Thème 5 – Les attentes post-programme	43
4.2.6.	Thème 6 – Avis sur le programme	45
5.	Discussion	45
6.	Conclusion	50
DISCUSSION DES DEUX ARTICLES		51
1.	Les points de convergences.....	51
2.	Les points de divergences	52
3.	Perspectives	53
CONCLUSION		54
BIBLIOGRAPHIE		56
TABLE DES MATIERES		61
TABLE DES ILLUSTRATIONS		63
TABLE DES TABLEAUX.....		64
ANNEXES.....		65

Table des illustrations

Figure 1 : Par quels moyens les PDS connaissent-ils l'offre éducative proposée au CHU d'Angers	16
Figure 2 : Motif déclarés de l'absence d'orientation des patients	17
Figure 3 : Raisons exprimées à la non-poursuite des actions éducatives	18
Figure 4 : Types d'informations jugées utiles de la part des PDS répondant	20
Figure 5 : Moyens de communication plébiscités par les PDS	21
Figure 6 : Moment jugé propice par les PDS pour recevoir une notification	21
Figure 7 : Destinataires préférentiels en fonction des différentes professions	22
Figure 8 : Arbre thématique issus des entretiens patients	39

Table des tableaux

Tableau I : Données démographiques des participants	14
Tableau II : Connaissance de l'offre éducative proposée au CHU d'Angers	15
Tableau III : Orientation des patients vers un programme d'éducation thérapeutique	16
Tableau IV : Poursuite des actions éducatives en ville.....	17
Tableau V : Communication actuelle émise par le CHU d'Angers	19
Tableau VI : Méthodologie d'analyse de Mucchielli et Paillé	36
Tableau VII : Caractéristiques démographiques des patients ayant participé aux entretiens	38

Annexes

Partage d'information sur la prise en charge éducative du patient : quels sont les besoins et attentes du patient et de ses professionnels de santé ?

RÉSUMÉ

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un élément central de la prise en charge des maladies chroniques, favorisant autonomie et qualité de vie. Pourtant, sa mise en œuvre reste hospitalo-centrée, avec un déficit de continuité en ville. Cette étude vise à explorer les perceptions croisées des professionnels de santé (PDS) de soins primaires et des patients concernant la communication et la transmission d'information interprofessionnelle en ETP.

Deux études complémentaires ont été conduites au CHU d'Angers. La première, quantitative, a reposé sur un questionnaire en ligne auto-administré adressé aux PDS de soins primaires du Maine-et-Loire. La seconde, qualitative, consistait en entretiens semi-dirigés avec six patients ayant récemment participé à un programme d'ETP analysés par méthode thématique.

Un tiers des professionnels déclaraient être informés de la participation d'un patient à un programme d'ETP. La majorité souhaitait une transmission structurée à des moments clés, via messagerie sécurisée. Les patients confirmaient ce déficit de communication et rapportaient devoir souvent jouer le rôle de relais d'information, situation perçue comme insécurisante, surtout pour les pathologies rares. Alors que les PDS évoquaient principalement des obstacles organisationnels (temps, formation), les patients insistaient sur le manque de connaissances et la nécessité d'une information personnalisée, incluant d'autres acteurs de leur parcours (ambulanciers, pompiers).

Ces études convergent sur le déficit de communication interprofessionnelle en ETP, mais divergent quant aux attentes : standardisation pour les PDS et personnalisation pour les patients. Ces résultats plaident pour des outils de transmission bidirectionnels, sécurisés et flexibles, ainsi qu'un renforcement de la formation continue, intégrant l'expérience patient afin d'améliorer la continuité éducative et la prise en charge des maladies chroniques.

Mots-clés : Éducation thérapeutique du patient, maladies chroniques, communication interprofessionnelle

Sharing information about the patient's educational care: what are the needs and expectations of the patient and their healthcare professionals ?

ABSTRACT

Therapeutic patient education (TPE) is a central component of chronic disease management, promoting autonomy and quality of life. However, its implementation remains hospital-centred, with a lack of continuity in the community. This study aims to explore the cross-perceptions of primary care health professionals (HP) and patients regarding interprofessional communication in TPE.

Two complementary studies were conducted at Angers University Hospital. The first, quantitative study was based on an online questionnaire sent to primary care HPs in Maine-et-Loire. The second, qualitative study consisted of semi-structured interviews with six patients who had recently participated in a TPE programme, analysed using a thematic method.

One-third of professionals reported being informed of a patient's participation in a TPE programme. The majority wanted structured communication at key moments, via secure messaging. Patients confirmed this communication gap and reported that they often had to act as information relays, a situation perceived as unsettling, especially for rare diseases. While professionals mainly cited organisational obstacles (time, training), patients emphasised the lack of knowledge and the need for personalised information, including other actors in their care pathway (paramedics, firefighters).

These two studies converge on the lack of interprofessional communication in TPE, but diverge in terms of expectations: standardisation for professionals, personalisation for patients. These results call for secure and flexible two-way communication tools, as well as enhanced continuing education that incorporates patient experience, in order to improve educational continuity and the management of chronic diseases.

Keywords : Therapeutic patient education, chronic disease, interprofessional communication