

UNIVERSITE DES SCIENCES ET ETCHNOLOGIES DE LILLE – LILLE I
CENTRE UNIVERSITE ECONOMIE D'EDUCATION PERMANENTE (CUEEP)

UNIVERSITE DROIT ET SANTE DE LILLE – LILLE II
DEPARTEMENT FORMATION MEDICALE CONTINUE (FMC)

UNIVERSITE SCIENCES HUMAINES – LETTRES ET ARTS DE LILLE – LILLE III
FORMATION CONTINUE – EDUCATION PERMANENTE (FCEP)

CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL / CARSAT NORD
PICARDIE – CENTRE DE RESSOURCES ET DE FORMATION A L'EDUCATION DU PATIENT
(CERFEP)

DIPLOME UNIVERSITAIRE EN EDUCATION DU PATIENT

**Opportunité et faisabilité d'une Unité Transversale
D'Education du Patient (UTEP) inter-établissements
en Sambre Avesnois**

Lille, Septembre 2010 – Décembre 2012

Président du Jury : Mme Mélanie SEILLIER

Directeur de mémoire : Mme SZYMCZAK Viviane.

Tuteur professionnel : M Le Dr PARADIS

Sabine ODIN - GRABOWECKI

Décembre 2012

DIPLOME UNIVERSITAIRE
EN EDUCATION DU PATIENT

**Opportunité et faisabilité d'une Unité Transversale
D'Education du Patient (UTEP) inter-établissements
en Sambre Avesnois**

Résumé :

Le contexte législatif, financier, régional et territorial du domaine sanitaire est en pleine restructuration. Ces réformes impactent également les programmes d'éducation du patient qui doivent être structurés, formalisés et organisés en prenant en compte ces nouveaux éléments.

De nouveaux modes de coopération sont donc à envisager, l'éducation du patient doit être pensée et intégrée dans les filières de soins en cours de développement.

Pour cela, la création d'une unité inter-établissements en éducation du patient pourrait être un outil innovant d'optimisation de la prise en charge éducative des malades chroniques du territoire.

Mots clés :

Éducation du patient ; Loi Hôpital Patient Santé Territoire ; filière de soins ; UTEP ;

« L'éducation n'est pas une potion que le médecin prescrit, que l'infirmière administre et que le patient ingurgite. L'éducation est une aventure humaine. »

Sandrin – Berton B.

Remerciements :

A M Le Dr PARADIS pour m'avoir fait confiance lors de mon recrutement il y a 14 ans, et m'avoir permis de m'épanouir dans ma profession ;

A Mme SZYMCZAK Viviane, pour ces précieux conseils prodigués dans l'élaboration de ce travail ;

Aux collègues de promotion pour ces deux années extrêmement enrichissantes tant d'un point de vue professionnel que personnel ;

Aux professionnels qui ont accepté de participer à mon enquête ;

A Chantal, Aurélie et Divine, pour me supporter au quotidien ;

A Muriel, et Sylvie mes amies, pour m'avoir soutenue dans ce voyage DUEP et m'avoir stimulée dans l'élaboration de ce travail ;

Et pour terminer à Stéphane, mon mari, Gaétane et Louison, mes enfants, pour m'avoir soutenu pendant ces deux ans.

SOMMAIRE

Introduction	P. 6
I : Éléments contextuels liés à la loi HPST :	P. 8
1.1 : La création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) :.....	P. 8
1.2 : L'Education thérapeutique du patient dans la loi HPST :	P. 9
1.3 : Les modalités de financement de l'ETP :	P. 10
II : Opportunité régionale et territoriale :	P. 12
2.1 : La politique régionale de santé et l'ETP :	P. 12
2.2 : L'ETP et les filières de soins :	P. 13
2.3 : L'ETP en Sambre Avesnois :	P. 16
III : Faisabilité du projet :	P. 18
3.1 : Définition de l'ETP pour les professionnels interviewés :	P. 19
3.2 : Perception des freins et leviers dans le développement des programmes d'ETP .	P. 20
3.3 : Perception d'une UTEP :	P. 24
IV : Proposition pragmatique d'une UTEP inter-établissements :	P. 26
4.1 : Les attentes des professionnels :	P. 26
4.2 : État des lieux et missions de l'UTEP :	P. 28
4.3 : Organisation :	P. 31
Conclusion	P. 33
Bibliographie	P. 35
Index des sigles	P. 37
Annexe	P.38

INTRODUCTION :

Agent de santé publique depuis quatorze ans au Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, au sein du Service de Santé Publique, pour l'UPEPS (Unité de Prévention Éducation et Promotion de la Santé), ma mission consiste à développer auprès des professionnels de l'établissement labellisé Hôpital Promoteur de Santé Réseau OMS, une culture de promotion et d'éducation à la santé.

Dans ce cadre et de façon pragmatique, mon intervention consiste à proposer aux équipes de soins qui le souhaitent un accompagnement méthodologique et logistique dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de leur programme relevant de l'éducation à la santé, comme de l'éducation du patient, et de coordonner ainsi l'ensemble de ces activités.

De formation initiale non-soignante, la réalisation du DUEP m'a permis d'acquérir une légitimité institutionnelle quant à mon profil de poste qui avait été créé dans le cadre des dispositifs « emploi-jeune », et surtout de développer des axes méthodologiques et réflexifs me permettant d'optimiser cet accompagnement.

Depuis ces dix dernières années, la structuration des programmes d'éducation du patient s'est considérablement développée. La promulgation de la loi Hôpital Patient Santé Territoire légiférant notamment les programmes d'éducation du patient est perçue par les équipes de soins comme un élément perturbant, augmentant les difficultés de mise en œuvre des activités éducatives.

En parallèle, cette même loi instaurant les ARS (Agence régionale de santé) réforme le système de santé territorial en créant les communautés hospitalières de territoire qui sont en cours d'organisation.

Dans ce contexte de restructuration, ma réflexion s'est orientée sur l'opportunité et la faisabilité d'une unité transversale d'éducation du patient (UTEP) inter-établissements.

En effet, la communauté hospitalière de notre territoire (CHT) n'étant pas encore opérationnelle, j'ai choisi de conduire ma réflexion sur le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (établissement MCO [Médecine, Chirurgie, Obstétrique]) et l'Hôpital Départemental de Felleries Liessies (établissement SSR [Soins de Suite et de Réadaptation]) tous deux sous direction commune. L'objectif est de proposer des axes de travail concrets, base de maillage

éducatif des patients présentant une pathologie chronique avec les autres structures qui composeront la CHT.

Ainsi, après m'être attachée à décrire les éléments contextuels de l'éducation du patient, je présenterai les perceptions et attentes des professionnels des deux structures, tant d'un point de vue décisionnel que pratique, pour terminer par une proposition d'organisation d'une UTEP inter-établissements.

I : Éléments contextuels liés à la loi HPST¹ :

L'éducation du patient est une discipline qui est apparue il y a une vingtaine d'années. Elle s'est développée davantage autour d'une philosophie de prise en charge des maladies chroniques.

Au fur et à mesure, les activités se sont déployées de façon informelle et plus ou moins organisée.

Ainsi, en Juin 2007, la Haute Autorité de Santé publie un guide méthodologique permettant aux équipes de structurer leurs programmes d'éducation du patient.

Par la loi HPST, le législateur légifère les programmes d'éducation thérapeutique du patient dans le but d'assurer aux patients des programmes de qualité, et propose de façon plus général une réorganisation du système de soin territorial.

1.1 La création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) :

La loi HPST a bouleversé le contexte territorial des établissements de santé puisqu'elle légifère la création des Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

La finalité d'une CHT est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

Dans le cadre de cette convention, les établissements membres visent la convergence de leurs projets médicaux et la structuration de filières de prise en charge des patients, afin d'adapter l'offre de soins au plus près des besoins de santé de la population sur un territoire donné.

Les CHT ont pour objectif d'harmoniser l'activité de plusieurs établissements situés sur un même territoire, dans le but d'organiser les soins dans une logique de parcours de soins au bénéfice des patients.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

A partir d'un « établissement pivot » sont rattachés des établissements de proximité. Cette structuration partagera un projet médical commun, proposera une gradation des soins dans le cadre d'une complémentarité des établissements, ainsi qu'une mobilité des personnels.

Deux types de CHT sont envisagés : les CHT fédératives correspondent à une délégation de compétences des établissements à un établissement préexistant assurant le rôle de siège. Chaque établissement conserve alors son budget. Et les CHT intégrées correspondent, quant à elles, à une situation intermédiaire entre la CHT fédérative et l'établissement unique.

La création des CHT impactera le développement de l'éducation thérapeutique du patient, qui est elle-même structurée, formalisée par la loi HPST

1.2 L'Education thérapeutique du patient dans la loi HPST :

Cette loi et ses décrets d'application du 02 août 2010² ont considérablement révolutionné la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique du patient qui sont désormais soumis à des demandes d'autorisation de programme d'éducation auprès de l'Agence Régionale de Santé. Ces demandes sont réalisées à partir d'un cahier des charges précis reprenant :

- la description de l'équipe et son niveau de formation. Pour être recevable, il est nécessaire que l'équipe soit pluridisciplinaire et qu'au moins un de ces membres justifie de 40 heures de formation en éducation du patient ;
- la description du programme lui-même (description des modalités d'organisation et des différents outils permettant la réalisation du diagnostic éducatif, du contrat d'éducation, des séances pédagogiques et de l'évaluation à la fois des compétences des patients, mais aussi du programme lui-même) ;

² Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient

- la description des différents degrés de coordination entre les membres de l'équipe et les professionnels de santé inclus dans le parcours de soins du patient. L'approbation du patient doit être recueillie concernant les informations transmises.

Désormais les programmes d'éducation du patient ne peuvent plus être mis en œuvre sans cette autorisation, octroyée pour 4 ans.

1.3 Les modalités de financement de l'ETP :

Dans les établissements publics de santé MCO, à l'ère de la tarification à l'activité (T2A), l'éducation du patient est une des activités relevant des MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation : enveloppe budgétaire permettant le financement des activités non incluses dans la T2A).

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 et plus précisément, à partir du 1er Mars 2012, une réforme de l'attribution des MIGAC s'est opérée par la création des fonds d'intervention régionaux (FIR). Le FIR correspond à une mise en commun de différents crédits régionaux, afin de permettre aux ARS une plus grande souplesse de gestion des financements qui leurs sont délégués et ainsi de s'inscrire dans la logique de décloisonnement entre le soin et la prévention, l'ambulatoire et l'hospitalier, le sanitaire et le médico-social.

Même si l'éducation du patient fait partie intégrante de la prise en charge, cette réforme de tarification impacte les programmes d'éducation du patient, puisque désormais pour y être éligible, il est nécessaire que les programmes d'éducation du patient soient mis en œuvre en dehors de l'hospitalisation et des consultations externes. Une réorganisation des activités doit donc être pensée.

Quant aux établissements publics de santé SSR (Soins de suite et de réadaptation), leur mode de financement est en cours d'évolution. Pour l'heure, ils sont toujours financés par dotation globale. Cependant une réforme est également en cours, puisque ces établissements seront, d'ici 2016, soumis à la T2A.

Cette dotation globale ne prévoit pas de financement spécifique pour l'éducation du patient.

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Ces établissements assurent les missions suivantes : des soins médicaux, curatifs et palliatifs ; de la rééducation et réadaptation ; des actions de prévention et d'éducation thérapeutique ; la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

Le secteur des SSR connaît un développement continu, compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, aux événements de santé invalidants et au vieillissement de la population. Cette offre est également de plus en plus sollicitée du fait de la diminution des durées moyennes de séjour en médecine et en chirurgie.

Les missions de ce secteur, de nature sanitaire, sont axées sur le retour du patient vers son lieu de vie ou de travail. Les SSR constituent donc aujourd'hui les pivots des filières de prise en charge, dont ils assurent la fluidité.

Ces différentes réformes s'accompagnent au niveau régional par la création des Agences Régionales de Santé (ARS), prévues par la loi HPST, et créées en avril 2010. Les ARS regroupent, au niveau régional, plusieurs organismes chargés des politiques de santé, qu'ils soient dépendants de l'Etat ou de l'assurance maladie. Elles sont chargées de piloter la politique de santé publique (prévention, veille et sécurité sanitaires) en région et de réguler l'offre de soins tant dans le domaine hospitalier que dans celui de la médecine de ville.

Ainsi, de nouvelles politiques de santé sont proposées.

II : Opportunité régionale et territoriale :

La politique régionale de santé trouve son socle dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), lui même décliné au sein du Projet Régional de Santé (PRS) fixant les grandes orientations et les objectifs de santé pour la région pour cinq ans. Il est le garant de la cohérence entre la politique de santé menée dans la région et les politiques nationales de santé. Il repose sur une évaluation des besoins de santé et de leur évolution prévisible et sur une analyse de l'offre préventive, sanitaire et médico-sociale proposée pour satisfaire ces besoins.

2.1 : La politique régionale de santé et l'ETP :

Le PSRS est complété par trois schémas thématiques permettant de préciser les actions à mener :

- le schéma régional de prévention (SRP) vise à promouvoir une politique de prévention, de promotion de la santé et d'éducation pour la santé,
- le schéma régional de l'organisation des soins (SROS) doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique, dans le domaine de l'organisation des soins en ville et à l'hôpital,
- le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) a quant à lui pour but de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux.

Au sein du SROS, une annexe spécifique est dédiée à la politique régionale à mener autour de l'éducation du patient (une des spécificités de la région Nord Pas-de-Calais). Cette stratégie de développement de l'ETP doit, par ailleurs, s'intégrer dans l'amélioration de la prise en charge globale des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie, notamment dans la mise en place d'un véritable parcours de soins coordonné.

Dans cette annexe, plusieurs niveaux de structuration sont proposés autour d'un objectif général qui est de développer l'ETP dans le cadre d'une organisation territoriale lisible et cohérente de l'offre et garantir sa qualité et son accessibilité.

Pour atteindre cet objectif, l'ARS Nord Pas de Calais propose une déclinaison d'objectifs opérationnels :

- régionaux : créer les instances de suivi du dispositif d'ETP et de ressources et compétences en ETP ; mettre en place un comité thématique maladies chroniques ; développer un centre régional de ressources et de compétences en ETP ; disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins.

- territoriaux : structurer l'offre d'ETP sur les territoires afin de réduire les inégalités de santé ; mettre en place une coordination territoriale de l'ETP ; déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de 1er recours ; hiérarchiser et réguler l'offre en Éducation Thérapeutique.

Face à ce cadrage régional, il apparaît nécessaire d'organiser les activités d'éducation du patient, dans le cadre des filières de soins des patients. Le but est de coordonner l'ensemble des acteurs d'un territoire, dans l'objectif d'optimiser et de rendre cohérente la prise en charge éducative des patients atteints de maladie chronique.

2.2 : L'ETP et les filières de soins :

La prise en charge des patients passe, notamment dans le cadre des maladies chroniques, par l'intervention de structures et de professionnels de santé multiples, le système de soins s'organisant notamment autour de la notion de filière.

En 1999, l'ANAES³ définit les filières de soins comme une description de trajectoires : elle peut être définie à posteriori ou à priori. Une filière définie a posteriori résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : les "lieux de passage", la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés.

A partir de la théorie économique, M. Frossard⁴ propose les définitions suivantes :

– **services intégrés** : ensemble de services mis en œuvre pour une population particulière sur un territoire, ou pour la population d'un territoire, par une même entreprise ou organisation, qui les rassemble sous un même pouvoir de décision ;

– **réseau ou coordination** : organisation volontaire de professionnels, pouvant inclure des bénévoles, qui mettent en commun leurs moyens, leurs ressources. Cette mise en commun permet de développer des actions d'information, d'aides et de soins, de prévention, destinées à résoudre des situations complexes ou urgentes, identifiées comme prioritaires sur un territoire selon des critères élaborés au préalable en concertation.

Dans le premier cas, il s'agit d'une organisation stable qui assure une couverture complète des besoins de santé d'une population, dans le second d'une collaboration, temporaire ou définitive, d'organismes sur une question précise.

A cette typologie des formes d'organisation, Frossard superpose une typologie des logiques d'intervention des services intégrés ou des réseaux. Ainsi, pour Frossard, une filière est une trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau ou un ensemble intégré ; cette trajectoire est légitimée, soit par l'état des connaissances scientifiques, soit par l'expérience professionnelle, soit par des logiques réglementaires ou tarifaires. La logique de filière est

³ Direction de l'évaluation, Principes d'évaluation des réseaux de santé, ANAES. Août 1999, p.19.

⁴ Frossard M., Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et société* 2002, n° 100, p.35-48.

essentiellement une logique de financeur, qui recherche l'efficacité au meilleur coût, sur la base d'un standard de référence. Alors qu'une trajectoire est un parcours effectué par une personne ou un patient dans un dispositif d'offre de services ou de soins.

Dans cette notion de filière, Frossard y intègre la notion de chaîne de valeur.

Ainsi, la filière, terme issu de l'économie, associe dans un champ d'activité de soins :

- **l'intégration verticale** entre les structures successives dans lesquelles passe le patient lors de son parcours, en veillant au meilleur chaînage des soins, grâce à des conventions de partenariat ;

- **l'intégration horizontale**, vise à optimiser, dans un souci d'efficience, la complémentarité territoriale des structures correspondant à un même niveau de la chaîne de valeur (que ce soit au stade de la prévention, des soins aigus, de la réadaptation, du retour et maintien au domicile..) en organisant une offre apte à répondre à la diversité des situations, veillant à éviter les doublons, les redondances inutiles nuisibles aux économies d'échelle, au besoin, en favorisant des fusions d'activités similaires ou complémentaires, ou en favorisant des implantations et des alternatives là où l'offre est insuffisante et ne permet pas un accès équitable aux soins ;

- **enfin, l'intégration transversale** doit permettre de répondre aux contraintes liées à la convergence de prestations et d'interventions là où il faut faire coopérer les acteurs au-delà des murs et du temps de chaque structure, en équipe multidisciplinaire et en réseau.

On comprendra que la notion de filière de soins est davantage un outil de structuration que de coordination des professionnels. Intégrer l'éducation du patient au sein des filières de soins amène du sens dans la prise en charge globale du patient. Pour cela, il est essentiel d'intégrer la dimension éducation du patient à l'ensemble des niveaux d'intégration proposé par Frossard.

2.3 : L'ETP en Sambre Avesnois :

Le contexte national et régional impacte directement l'organisation des territoires.

En novembre 2012, le bassin de vie du Hainaut compte 22 programmes d'éducation du patient autorisés par l'ARS, dont 11 pour la zone de proximité Sambre Avesnois.

De plus, sur cette zone, une CHT est pressentie entre le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, l'Hôpital Départemental de Felleries Liessies, le Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes, le Centre Hospitalier de Jeumont et le Centre Hospitalier d'Hautmont.

La structuration de cette nouvelle organisation n'étant pas encore aboutie et afin de proposer une base de travail pragmatique, la réflexion sera menée sur deux établissements : le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (pressenti pour être l'établissement pivot de la CHT) et l'Hôpital Départemental de Felleries Liessies.

Le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois et l'Hôpital Départemental de Felleries Liessies se situent dans l'arrondissement d'Avesnes sur Helpe, à l'extrême est de la Région Nord Pas de Calais, aux frontières de la Belgique au nord et de la Picardie au sud. L'arrondissement est composé d'une portion du Pays de Mormal (canton de Bavay) et de deux autres zones géographiques :

- Le bassin de la Sambre, agglomération industrielle organisée de part et d'autre de la rivière de la Sambre, caractérisé par la présence de grandes industries (fonderie, travaux des métaux, construction électrique et électronique, automobile, verre, céramique, matériaux de construction). Il comprend les cantons de Berlaimont, Hautmont, Maubeuge-Nord et Sud.

- L'Avesnois (région d'Avesnes sur Helpe et Fourmies) qui réalise un équilibre entre les zones herbagères et les zones à vocation industrielle, et comprend des petites et moyennes entreprises de textile, de visseries-boulonneries et des activités du secteur agroalimentaire. Il constitue un environnement particulièrement attractif sur le plan du tourisme vert. Il est formé des cantons d'Avesnes Nord et Sud, Landrecies, Solre le Château et Trélon.

Il s'agit d'un secteur excentré, où les communications, dans le secteur lui-même et avec le reste de la région ne sont pas évidentes. Par exemple, par la route : Maubeuge – Lille : 85 Km (55 minutes) ; Maubeuge – Paris : 225 Km (2h20) ; Maubeuge – Valenciennes 35 Km (30 minutes).

Concernant l'état de santé de la population, la zone de proximité de Sambre-Avesnois connaît une mortalité tous âges de 29% supérieure au niveau national, chiffre très proche du niveau régional. Les hommes sont fortement touchés par la mortalité prématurée évitable par des actions sur le système de soins, par la mortalité prématurée liée au tabagisme et à l'alcoolisme. L'alcoolisme impacte également une surmortalité tous âges et prématurée féminine conséquente.

Les maladies de l'appareil circulatoire impactent une surmortalité tous âges et prématurée élevée, dépassant clairement la surmortalité régionale. La mortalité prématurée atteint notamment +69% dans la zone de proximité, contre +47% dans la région. Les maladies cérébrovasculaires touchent fortement les hommes. Les femmes, quant à elles, connaissent également une surmortalité prématurée conséquente du fait des cardiopathies ischémiques.

Le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, à Maubeuge, est un établissement public de santé, labellisé Hôpital Promoteur de Santé depuis 2006. Il est situé en plein cœur de la ville. Il comporte 302 lits en MCO, 90 en psychiatrie (dont 15 places en infanto juvénile), 120 lits d'EHPAD, 80 places CAMSP.

L'Hôpital Départemental de Felleries Liessies, ancien sanatorium des années 30, est construit quant à lui, au sein d'un parc de 98 hectares arborés et est composé de 3 pavillons. Reclassé en établissement classique dans les années 70, face à la récession de la tuberculose, l'HDFL, structure SSR, développe aujourd'hui des activités de soins de suite polyvalents, une unité spécifique Alzheimer, cérébro-lésés, post-cure addictologie, court séjour de soins en toxicomanie, rééducation de l'appareil locomoteur et neurologique, maison d'accueil spécialisée et médico-diététique.

Ces deux établissements, sous direction commune, ont depuis plusieurs années engagés des partenariats et convention, notamment pour faciliter le parcours des patients, mais aussi dans le cadre de la mutualisation de moyens, et notamment de compétences professionnelles.

L'existant est un atout pour envisager des pistes de réflexion, de travail et de structuration autour de l'éducation du patient.

III : Faisabilité du projet :

Afin d'envisager la création d'une UTEP inter-établissements, il paraissait indispensable de recueillir auprès des professionnels engagés dans les deux structures, leurs représentations et leurs attentes autour d'une telle unité.

Cette enquête, basée sur des entretiens semi-guidés (Cf. Annexe 1) d'environ 30 minutes, a concerné 20 professionnels : 8 de l'HDFL et 12 du CHSA. Après avoir pris des rendez-vous avec chaque professionnels, les entretiens se sont déroulés en colloque singulier, hormis un qui s'est déroulé par entretien téléphonique.

Sur les 20 professionnels interviewés, 15 sont des acteurs « directs » de l'ETP, c'est-à-dire des professionnels qui animent des programmes d'éducation du patient ; et 5 sont des « décideurs » relevant de la direction générale ou de la direction des soins.

Les acteurs « directs » sont représentatifs d'une équipe pluridisciplinaire : médecins (3), cadres de santé (3), kinésithérapeute (1), diététicienne (1), IDE (6 dont 4 référentes en ETP), psychologue (1).

Quant aux « décideurs », les entretiens ont permis de recueillir les perceptions de 3 cadres supérieurs de santé représentatifs des pôles d'activités impliqués dans l'ETP (Pôle médecine, Pôle Mère – Enfant, Pôle prestataire spécialisé A gérant les activités des diététiciens et des kinésithérapeutes notamment), de la Direction des soins et de la Direction de l'HDFL et du CHSA représentée par la même personne.

L'analyse qualitative de l'enquête s'attache à évaluer la représentation de l'ETP pour les professionnels, la cohérence des freins et leviers perçus au développement des programmes d'ETP entre les acteurs « directs » et les « décideurs », ainsi que les perceptions et les attentes d'une UTEP.

3.1 Définition de l'ETP pour les professionnels interviewés :

La définition de l'ETP revêt plusieurs orientations, et les perceptions de l'ETP sont différentes :

- L'ETP comme dynamique d'autonomisation des patients porteurs de maladies chroniques :

L'ETP, manière de passer un savoir, un savoir faire, cherche à rendre autonome le patient et/ou son entourage par rapport à des objectifs de sécurité, d'autonomie et des objectifs personnels contractualisés avec lui et l'équipe, afin qu'au quotidien la maladie ne l'empêche pas de vivre comme il a envie.

L'ETP a pour objectif de rendre le patient acteur de sa maladie chronique, en lui apportant des informations adaptées à ses besoins, pour vivre le plus longtemps possible en limitant les recours médicaux, en lui proposant des activités interactives, par la mise en œuvre de méthodes, pratiques permettant au patient la prise en charge de sa maladie.

L'ETP doit prendre en compte l'environnement global de la personne, pour permettre une amélioration de sa qualité de vie sur un plan bio-psycho social.

- L'ETP comme dynamique de développement des cognitions :

L'ETP doit prendre en compte les ressources du patient, et le niveau d'évolution de sa pathologie, pour apporter des connaissances sur la pathologie, sur les traitements et la surveillance afin de diminuer le handicap dans la vie.

L'ETP est ici perçue comme un accompagnement à la compréhension de la pathologie, de la prise en charge à l'évaluation avec le patient

- L'ETP comme dynamique d'apprentissage :

L'ETP est perçue comme un outil pratique d'apprentissage de comportements d'auto soins, d'apprentissage du patient à connaître et comprendre sa maladie, et agir en limitant les effets sur sa vie, en évitant les décompensations, dans le but d'éviter l'aggravation de la maladie, ralentir son évolution, par des actions individuelles et collectives.

Cet apprentissage est global et concerne les traitements, le suivi, l'évaluation, la réinsertion professionnelle et familiale en interaction avec le psychisme.

Apprendre au malade à gérer sa maladie / aux traitements, aux règles hygiéno-diététiques

- L'ETP comme dynamique de communication :

L'ETP c'est aussi un espace de dialogue et de discussion, permettant de répondre aux questions et attentes des patients, de les orienter vers des intervenants adaptés, de les faire s'interroger, de mettre en lien les patients entre eux pour trouver des solutions.

3.2 Perception des freins et leviers dans le développement des programmes d'ETP :

L'intérêt d'identifier les freins et les leviers est de les analyser pour l'élaboration de l'UTEP.

- *Les freins identifiés :*

- **Pour les acteurs « directs » :**

- Les freins liés aux ressources :

Ces freins sont identifiés comme majeurs par les professionnels interviewés, puisqu'il est exprimé à 86,6 %.

Les ressources sont constituées par :

- le temps et les ressources humaines dédiés aux projets et programmes d'éducation thérapeutique du patient. Les argumentations apportées par les professionnels sont un décalage entre le temps réflexif de structuration du programme d'éducation du patient et la pression médicale pour sa mise en œuvre ; les difficultés de gestions des plannings des unités ;
- la formation qui est source de décalage dans la prise en charge éducative, et parfois d'incohérence par absence de vocabulaire commun.

- Les freins liés aux équipes :

Dans les unités où les programmes restent à l'état de projet, la difficulté provient du manque de motivation de l'équipe tant médicale que paramédicale, car peu de personnes sensibilisées à l'ETP.

Par ailleurs, il est également évoqué un frein culturel, puisque l'ETP est plutôt vue à l'hôpital comme de l'information et non comme une activité à part entière.

Pour les programmes effectifs, un des freins rencontrés par les équipes est le non respect des critères d'inclusion des patients dans les groupes, et notamment de leur motivation à intégrer une telle démarche.

- Les freins liés à l'aspect administratif :

L'application de la loi HSPT autour des programmes d'éducation du patient est perçue comme une lourdeur administrative liée à la demande d'autorisation de programme.

Par ailleurs, est également exprimé un manque de lisibilité par rapport au financement des programmes d'éducation, lié à une insuffisance de communication entre les équipes et les services administratifs.

- Les freins liés aux patients :

Pour les programmes effectifs, il est exprimé une difficulté de recrutement des patients, et une non perception de l'intérêt de l'ETP par les familles.

▪ **Pour les « décideurs » :**

L'organisation par pôle d'activités limite les échanges et la compréhension des difficultés, impression d'un système encore trop cloisonné, ce qui est source de limitation d'une vision globale de certains projets (cf. : projet institutionnel Obésité). La perception de l'ETP diffère entre les professionnels.

Cependant la pluridisciplinarité requise pour les programmes d'ETP demande ce décroisement, un frein lié au détachement des ressources humaines entrave le développement de certains programmes.

Même si les professionnels ont envie de s'investir dans une démarche éducative, la non formalisation du pilotage et le portage médical freine le développement. L'ETP est une activité différente de ce qui est enseigné lors des études de médecine.

Par ailleurs, il est également identifié une difficulté pour permettre aux agents d'accéder à la formation, difficultés liées au financement et au détachement du personnel des unités de soins.

– *Les leviers identifiés :*

▪ **Pour les acteurs « directs » :**

Le travail en équipe est stimulant, il permet d'élaborer de nouveaux projets stimulant, en s'inspirant de l'expérience d'autres services et d'autres structures. La force d'une équipe pluridisciplinaire réside dans la motivation de ses membres, dans la cohérence de leur prise en charge éducative (discours commun).

La mise en œuvre d'un projet est dépendante de son portage médical, et de l'implication de l'encadrement maîtrisant lui-même le concept d'ETP.

De plus, l'intégration de l'ETP dans le nouveau référentiel de formation à l'IFSI dynamise les équipes des unités de soins lors des stages des étudiants en soins infirmiers, et permet aux professionnels d'avoir un regard critique sur leurs pratiques.

Des ressources identifiées dans les structures permettent un soutien au développement des projets et programme d'ETP, notamment l'UPEPS ; la direction et les IDE référentes en ETP ; ainsi que des appareillages techniques et des ressources médicales spécialisées sur certaines pathologies.

La relation soignant – soigné est modifiée. Positionner le patient au centre de la démarche crée un rapport différent entre l'équipe éducative et les patients, et permet de lever cette étiquette soignant soigné, d'instaurer la relation de confiance, d'autant plus que les programmes se déroulent en dehors des situations de crise.

D'ailleurs les familles participant aux programmes expriment l'intérêt de ce type d'accompagnement qui répond à leurs attentes.

▪ **Pour les Décideurs :**

La concordance entre la prise en charge du patient, le projet médical, le projet d'établissement et le CPOM traduit une réelle volonté institutionnelle.

L'ensemble des projets et notamment les projets d'ETP sont soumis à validation auprès de la commission de soins avant la mise en œuvre dans les unités.

Des ressources sont dédiées à l'ETP, notamment une IDE financée par les MIGAC et un temps de diététicien ; ainsi que l'UPEPS pour la structuration des projets.

L'implication des médecins et de l'encadrement, ainsi que la motivation des professionnels et la remise en cause de leurs pratiques sont des leviers au développement des activités d'ETP.

On peut remarquer une discordance entre les acteurs « directs » de l'ETP et les décideurs au niveau du temps et des ressources humaines dédiés.

D'un point de vue décisionnel, des ressources spécifiques ont été affectées à l'ETP, néanmoins, dans la pratique, au vue du développement croissant des programmes, ces éléments paraissent sous-dimensionnés.

Par ailleurs tous deux s'accordent sur le fait que le portage médical est un élément indispensable pour la réussite d'un projet, tout comme la formation des professionnels à l'ETP.

3.3 Perception d'une UTEP :

La troisième partie de l'entretien s'attache à recueillir les perceptions des professionnels sur ce qu'est une UTEP pour eux, ainsi qu'une UTEP inter-établissements.

Même si pour certains professionnels, l'UTEP n'évoque rien ; pour d'autres elle existe déjà, en partie à travers l'UPEPS. L'UTEP est perçue comme :

- une unité ressources et de coordination en ETP :

L'UTEP est une structure d'accompagnement, de mise en place et d'évaluation de projet proposant une valeur technique de soutien méthodologique, logistique et documentaire (gestion des programmes : constitution, dossier, coordination).

C'est également une structure managériale de l'ETP avec une vision politique ayant pour mission la dynamisation des équipes pluridisciplinaires ; le relais des difficultés vers l'ARS ; la formation des professionnels ; l'identification et la gestion des ressources humaines dédiées à l'ETP, en garantissant la cohérence opérationnelle entre l'organisation et la réalité de terrain.

L'UTEP est également perçue comme une ressource pivot avec des satellites dans les unités proposant des programmes communs pour l'ensemble des services autour de thématiques ; un espace où on applique une méthode uniforme dans l'accompagnement des patients, avec un langage commun des acteurs autour de l'amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques, dans le but d'harmoniser la communication vis à vis des patients (Garantie de savoir faire pour les autres soignants).

L'UTEP serait aussi une unité de coordination Ville Hôpital, permettant le développement de l'éducation en ambulatoire, en-dehors de l'hôpital.

- une unité d'animation des programmes d'ETP :

L'UTEP serait une équipe qui pourrait mettre en place des programmes d'ETP dans différents services, autour de différentes pathologies ; voire même une équipe mobile qui interviendrait dans les services à la demande ;

L'UTEP serait également une unité proposant une prise en charge psychologique, physique et sociale du patient.

Quant à l'identification des perceptions d'une UTEP inter-établissement, elles varient très peu par rapport à l'UTEP.

Quand elle est perçue comme unité d'animation des programmes, elle est génératrice de craintes.

Quand elle est perçue comme unité ressources, elle est perçue comme un outil de collaboration dans la prise en charge des patients entre les établissements aussi bien public que privé, santé scolaire et santé au travail, permettant ainsi un élargissement de l'offre, une complémentarité de la prise en charge entre l'aigu et le chronique (cf. parcours du patient) ;

L'UTEP inter-établissements est également perçue comme un outil de mutualisation, permettant la polyvalence des professionnels (cf. Maîtrise des coûts) : source d'enrichissement et de complémentarité des structures ;

Deux options à la structuration d'une UTEP inter-établissements :

- un site pilote qui rayonne sur d'autres situés par un système de transmission
- ou
- des professionnels qui participent au développement, ce qui induit un partage des ressources : chaque établissement alimentant l'unité.

L'UTEP inter-établissements est aussi perçue comme une « usine à gaz », un projet très ambitieux, nécessitant un travail d'organisation, permettant le développement de projets transversaux, mais nécessitant l'adhésion des équipes des différentes structures, afin d'aboutir à une harmonisation des pratiques, un partage de valeurs communes autour de l'ETP, voire même envisager des programmes communs MCO SSR

IV : Proposition pragmatique d'une UTEP inter-établissements :

4.1 : les attentes des professionnels :

L'UTEP devrait être une unité non étiquetée pour limiter les fuites et la récupération de patient, et doit être une unité non attachée à un établissement, avec une mutualisation inter-établissement des professionnels. L'UTEP doit être organisée comme un lien en relation avec les unités et non comme une juxtaposition, elle doit respecter et laisser la place aux professionnels.

L'UTEP devrait être un lieu de développement de compétences en ETP, pour aider les soignants à prendre en charge les patients différemment :

- par des échanges de pratiques,
- par la mise en œuvre de formation,
- par une uniformisation du vocabulaire des acteurs,
- par un partage d'expériences, de compétences, de difficultés rencontrées,
- par des échanges sur des approches spécifiques de la maladie chroniques (ex. psychologie, ...trouver des axes ou piste d'amélioration ou outils concrets pour la pratique quotidienne).

L'UTEP devrait être un espace de soutien méthodologique :

- aide méthodologique à l'élaboration de programmes,
- accompagnement dans la réalisation d'outils pédagogiques et le choix des techniques d'animation,

- gestion de projet, avec un focus spécifique sur l'évaluation.

L'UTEP devrait être le garant qualité des programmes :

- par un regard objectif des activités déjà mises en place en vue de l'amélioration des pratiques,
- par un accompagnement à l'évaluation des pratiques par rapport à ce qui a déjà été fait,
- par l'observation des pratiques par un « œil extérieur » en vue de l'échange et l'amélioration des pratiques.

L'UTEP devrait être un espace de ressources documentaires, législatives et techniques :

- information des professionnels,
- besoin d'outils pratiques dans le quotidien éducatif,
- veille documentaire et veille sur les brochures d'information patient.

L'UTEP devrait être un espace d'ouverture de l'hôpital vers les partenaires :

- opportunité de présentation des activités à l'extérieur des murs de l'hôpital,
- ouverture sur les activités du bassin de vie : valorisation des actions du territoire connaître et se reconnaître aussi bien avec les autres professionnels de santé, qu'avec les associations de patients,
- intervention à d'autres moments et autres endroits qu'à l'hôpital pour démedicaliser l'ETP,
- information des professionnels sur l'existant sur le territoire du Hainaut : catalogue d'offres de programmes pour orientation (notion de filière éducative).

L'UTEP devrait être une unité de coordination :

- outils de coordination entre les différents partenaires du parcours du patient par la mise en œuvre de supports de coordination concret simplifié pour ne pas être chronophage,
- mixité des groupes d'éducation autour d'une problématique et non forcément autour d'une pathologie ce qui nécessite une grande anticipation de la coordination,
- organisation des programmes,

- organisation de rencontres pour travailler ensemble sur des axes d'amélioration de la prise en charge des enfants atteints de maladies chroniques (amélioration de la communication),
- moyens de développement des activités à dimensionner sur l'ensemble de l'environnement des patients : lien avec les professionnels de santé de 1er recours, service de santé scolaire, service de santé au travail,...pour une prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques.

L'UTEP devrait être une unité de management :

- affectation réelle de moyens financiers et humains formés,
- échange de ressources humaines entre les structures,
- définition précise du rôle de chacun et notamment des IDE ETP et des cadres, pour clarifier la complémentarité avec les IDE des unités et ainsi ne pas générer de conflit d'intérêt.

4.2 État des lieux et missions de l'UTEP :

L'HDFL a deux autorisations de programmes : une pour les patients atteints de rhumatismes inflammatoires chroniques et une autre pour les patients atteints d'ostéoporose.

Par ailleurs, l'HDFL participe depuis de nombreuses années au réseau RENODO et a développé, dans le cadre de son activité SSR, une école du dos.

L'HDFL est également doté d'un service de médico-diététique proposant notamment une hospitalisation de 3 semaines. Ce service élabore également un projet d'accompagnement en hôpital de jour pré et post chirurgie bariatrique, en collaboration avec la Clinique de Wignehies.

Le CHSA a, quant à lui, 5 programmes d'éducation du patient autorisés : l'école de l'asthme, le diabète, l'épilepsie, le surpoids et l'obésité chez les enfants ; le diabète chez l'adulte. Un programme éducation du patient insuffisant rénal chronique du stade précoce au stade de suppléance, co-construit avec Santély, est en cours d'instruction à l'ARS.

Par ailleurs différentes unités sont en cours d'élaboration de programmes autour de l'insuffisance cardiaque, la BPCO, la sclérose en plaque ; les psychoses chroniques.

Face à ce développement d'activités, complété par l'enquête ci-dessus restituée, une unité transversale d'éducation du patient inter-établissement paraît être un outil nécessaire.

Cette unité aurait pour mission :

- ***Coordonner les programmes et les intervenants en éducation thérapeutique du patient des établissements :***

La dynamisation et la coordination d'équipes pluridisciplinaires inter-établissements nécessite de nommer une personne référente, identifiée par les professionnels des différentes structures, ainsi que les autres professionnels du territoire impliqués dans le parcours de soins du patient.

La coordination des activités de l'équipe transversale avec les autres intervenants facilite une participation active de l'ensemble des professionnels, participe à la cohérence de la prise en charge et à l'harmonisation des discours, au bénéfice des patients.

Cette coordination veillera à une organisation commune des différents aspects de la prise en charge éducative, dont la proposition de l'offre d'ETP ; en facilitant la participation du patient et éventuellement de ses proches, à la mise en œuvre de l'ETP ; en envisageant avec le patient la place qu'il peut prendre dans cette coordination, par la mise en place d'un dossier d'éducation thérapeutique propre à chaque patient.

Ce dossier d'éducation thérapeutique permettra en effet, d'une part, d'assurer la traçabilité des actions d'ETP et, d'autre part, de centraliser et ainsi de mettre à disposition de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge, l'ensemble des informations recueillies.

L'optimisation de cette coordination sera également effective avec les missions décrites ci-après.

- ***Proposer des formations :***

Afin de proposer aux patients une prise en charge éducative cohérente entre les différentes unités et les différentes structures, proposer des formations communes répondant aux

référentiels de compétences nécessaires pour l'animation des programmes d'éducation, formations inscrites dans le plan de formation de chacune des structures ;

Proposer des séances d'échanges de pratiques entre les professionnels des différents établissements pour échanger sur les freins et les leviers au développement des programmes d'éducatifs du patient et envisager des pistes d'amélioration de pratiques, pour présenter et échanger sur les programmes d'ETP effectifs sur notre territoire, pour partager des outils d'animation.

Participer à la formation initiale des étudiants en soins infirmiers dans le cadre du module « soins éducatifs et préventifs »

- *Offrir un soutien méthodologique et logistique pour le développement des programmes d'ETP :*

Le soutien méthodologique et logistique consiste à proposer aux unités de soins un accompagnement méthodologique dans l'élaboration de leur projet, afin de l'inscrire, dès le début de la réflexion, dans la dynamique de la demande d'autorisation de programme d'ETP.

Cet accompagnement est basé sur le respect des quatre phases d'un programme d'éducation du patient : élaboration d'un diagnostic éducatif, pour aboutir à un contrat d'éducation dont les objectifs sont négociés avec les patients, participation à des séances d'éducation individuelles et / ou collectives, évaluation.

L'UTEP proposera également un accompagnement à la rédaction du cahier des charges en vue de la demande d'autorisation de programme d'ETP auprès de l'ARS, ainsi qu'un accompagnement à l'élaboration du rapport d'activité annuel, de l'auto-évaluation annuelle et à l'évaluation quadriennale.

L'UTEP proposera également un soutien logistique administratif (réalisation des comptes-rendus de réunions, convocation des patients,...) et opérationnel en mettant à la disposition des équipes les locaux et le matériel nécessaires à l'animation de leurs programmes d'éducation.

- ***Etre ressource documentaire :***

En partenariat avec les centres de documentation locaux et les centres de ressources documentaires régionaux, l'UTEP pourra répondre aux demandes des équipes en matière d'articles ou de bibliographies.

L'UTEP assurera une veille documentaire afin de faciliter l'identification des ressources pertinentes et de maintenir un flux régulier d'informations appropriées autour du concept d'éducation du patient (ouvrages, articles, congrès, colloques,...).

L'UTEP sera également un espace ressource en matière d'outils pédagogiques, accessible en prêt à l'ensemble des équipes.

- ***Animer des programmes d'éducation thérapeutique du patient :***

L'UTEP n'a pas vocation à faire de l'ETP, elle est complémentaire aux équipes impliquées. Cependant, des temps dédiés à l'ETP seront octroyés à l'UTEP, afin de faciliter le détachement des professionnels des unités de soins pour l'animation des programmes d'ETP.

Pour faire connaître l'ensemble de ces missions, et pour informer l'ensemble des professionnels sur les différentes actions engagées par l'UTEP, des outils de communication seront développés : une newsletter, une présentation de l'unité sur les sites internet respectifs des structures, sous forme de plaquette,...

4.3 Organisation :

- Un comité de pilotage composé de membres de direction générale, de la direction des soins, du président de CME, des professionnels référents en ETP et de représentants des usagers de chacun des établissements. Ce comité de pilotage devra nommer parmi ses membres un référent.

Se réunissant deux fois par an, il aurait pour mission d'impulser la politique de l'UTEP, de fixer ses objectifs annuels, de valider les rapports d'activités.

- Une équipe composée d'un médecin coordinateur, d'une IDE coordinatrice, d'une diététicienne, d'un éducateur médico-sportif, d'un psychologue, d'un agent de santé publique et d'une secrétaire aura pour mission de :

- Conduire les projets pour répondre aux objectifs annuels de l'unité
- Communiquer
- Coordonner les acteurs
- Favoriser l'interactivité des équipes pluridisciplinaires
- Favoriser le développement de compétences et les apprentissages mutuels
- Recenser et mettre en synergie les projets qui peuvent faire l'objet d'actions en communs
- Favoriser le développement et la mise en œuvre des programmes d'éducation du patient
- Accompagner les équipes dans l'évaluation pour ajuster les programmes de façon positive et constructive
- Renseigner les outils de suivi et d'évaluation
- Réaliser la veille documentaire et alimenter l'outithèque

- Des équipes pluridisciplinaires, composées de professionnels des unités de soins, dont des temps dédiés sont attribués à l'UTEP pour l'animation des programmes d'éducation du patient.

- des groupes de travail transversaux inter établissements, animés par l'équipe de l'UTEP, composés de professionnels volontaires pour créer le dossier éducatif, la traçabilité inter-établissements du parcours éducatif du patient, la réflexion de programmes communs entre les deux structures, la cohérence et la poursuite de prise en charge éducative entre le MCO et le SSR,...

CONCLUSION :

Le contexte politique, régional, local et épidémiologique est propice au développement croissant des programmes d'éducation du patient.

La loi HPST, ainsi que les attentes de l'ARS, imposent désormais une structuration de ces programmes, ainsi qu'une cohérence dans la prise en charge entre les différents niveaux d'intervention en éducation thérapeutique du patient.

La réalisation d'une enquête auprès des professionnels hospitaliers permet de mettre en exergue des difficultés liées au temps dédié pour l'éducation et à la formation des équipes pluridisciplinaires autour de l'éducation du patient.

Cet audit a permis également d'identifier des leviers forts que sont la motivation des professionnels engagés dans l'élaboration et/ ou l'animation de programmes d'éducation du patient, la volonté institutionnelle de soutenir le développement de l'éducation du patient, la modification des pratiques professionnelles face au développement d'une relation soigné-soignant différente dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

Face à ce contexte, la création d'une UTEP inter-établissements permettrait de soutenir les équipes engagées, et de permettre de lever les freins identifiés par les professionnels.

La création d'une UTEP serait également une plate-forme ressources en ETP pour les professionnels, un levier au développement des programmes d'ETP, et un outil de synergie, de coordination entre les différents acteurs engagés dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique.

Ce travail a pour vocation de poser une base de réflexion pour l'élaboration d'une telle unité entre deux établissements publics de santé.

Désormais, une phase pratique devrait être engagée, afin de mettre en place un groupe de travail pluri professionnel, multidisciplinaire et inter-établissements afin de trouver un consensus sur les objectifs, le fonctionnement et le processus d'évaluation de l'unité, de planifier son développement sur 5 ans et de faire valider le projet par les instances des deux établissements (CME, Conseil de surveillance).

A court terme, et en fonction du rapport d'activité de l'UTEP, il est envisageable de l'ouvrir à l'ensemble des professionnels impliqués dans des programmes d'éducation du patient sur le territoire (les autres centres hospitaliers de la CHT, les cliniques privées et les professionnels de premier recours, notamment les maisons de santé et les pôles de santé).

A moyen terme, selon le rapport d'activité et l'évaluation, cette UTEP « territoriale » serait intégrée dans un projet de territoire, plus global, de prévention éducation et promotion de la santé, intitulé « Espace de Promotion de Santé » : projet co-piloté par l'Agglomération Maubeuge Val de Sambre et le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois.

BIBLIOGRAPHIE :

Textes Législatifs :

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Articles :

Marseille S., Financement, organisation, prévention : les éternels défis du système de santé français, *Décision Santé*, Juin – Juillet 2012, n°286, p.12.

Devailly J-P., Josse L., En attendant la T2A en SSR. *Gestions hospitalières*, 2012, n°516, p.16-21.

Rouprêt-Serzec J., et al. Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient après la loi « Hôpital patient santé territoire » : comment passer de la pratique d'une action non coordonnée à une offre de soin structurée et une reconnaissance des compétences ? *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, Volume 46, n° 2, Juin 2011, p.110-115.

Vigneron E., Accès aux soins et territoires de santé. *Gestions hospitalières*, juin/juillet 2010, n°497, p.367-374.

Frossard M., Coordination, intégration, réseaux de services. Enjeux pour la gestion des politiques publiques en direction des personnes âgées, *Gérontologie et société* 2002, n° 100, p.35-48.

Sandrin–Berton B., Éducation du patient et partenariat Ville – Hôpital : un double défi ?, *Bulletin d'éducation du patient*, Vol. 20, n°4, 2001, p.5-9.

Rapports, études, statistiques :

ARS Nord Pas-de-Calais, Projet régional de santé Nord Pas-de-Calais – Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012-2016 – Annexe Éducation Thérapeutique du patient (ETP).

Poirier G., Lacoste O., Diagnostics statistiques des Projets Locaux de Prévention (par zone de proximité) ZP de Sambre-Avesnois – Mise à jour : Juin 2012.

Extrait du rapport de commission des comptes de la sécurité sociale (juin 2011) : fiche éclairage « maladies » p.136-141.

INPES, Élaboration d'un référentiel de compétences en éducation du patient. Le référentiel pour la conception et la coordination d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient, 1^{er} août 2011.

Ministère de la santé et des sports, Société Française de Santé Publique, Mieux vivre au quotidien avec une maladie chronique, journées des 22 et 23 octobre 2009.

HAS – INPES Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007.

URCAM Franche-Comté, Unité transversales d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : recommandations d'organisation et cahier des charges, Décembre 2005.

Direction de l'évaluation, Principes d'évaluation des réseaux de santé, ANAES. Août 1999, p.19.

INDEX DES SIGLES :

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARS :	Agence Régionale de Santé
CHSA :	Centre Hospitalier de Sambre Avesnois
CHT :	Communauté Hospitalière de Territoire
CME :	Communauté Médicale d'Établissement
DUEP :	Diplôme Universitaire en Éducation du Patient
ETP :	Éducation Thérapeutique du Patient
FIR :	Fond d'Intervention Régional
HDFL :	Hôpital Départemental de Felleries Liessies
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoire
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC :	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PRS :	Projet Régional de Santé
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP :	Schéma Régional de Prévention
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifification A l'Activité
UPEPS :	Unité de Prévention Éducation et Promotion de la Santé
UTEP	Unité Transversale d'Éducation du Patient

ANNEXE 1

Guide d'entretien

TRAME D'ENTRETIEN

- Quelle définition donneriez-vous de l'éducation thérapeutique du patient ?

- Quels sont les projets dans lesquels vous êtes impliqués ?

Avez-vous identifié des freins et des leviers ? si OUI, lesquels ?

- Qu'évoque pour vous le terme UTEP (unité transversale d'éducation du patient) ?

- Que pensez-vous d'une UTEP inter-établissement ?

- Qu'attendriez-vous de cette unité ?