

# Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins

*The development of therapeutic education in France: proposals for its sustainable integration in the health system*

Béatrice Grenier <sup>(1)</sup>, François Bourdillon <sup>(2)</sup>, Rémi Gagnayre <sup>(1)</sup>

**Résumé :** L'important développement de l'éducation thérapeutique du patient amène, en regard de la disparité du dispositif de soins actuel, la nécessité de considérer un ensemble de propositions visant à intégrer durablement cette activité dans l'environnement de santé français. Ces propositions tiennent compte des valeurs fondatrices de l'éducation thérapeutique et des spécificités de la prise en charge des maladies chroniques. Elles s'appuient sur les exemples pratiques récents de structures reconnues pour leur activité en éducation thérapeutique [7]; elles visent à favoriser la mise en réseau, à faciliter l'intervention des professionnels de santé quelles que soient les modalités d'exercice. Cet ensemble de propositions a pour objectif d'enrichir les réflexions actuelles portant sur la valorisation financière de l'éducation thérapeutique du patient.

**Mots-clés :** Éducation thérapeutique du patient - système de soin - maladies chroniques - prévention - santé publique.

**Summary:** *The significant development of therapeutic patient education (TPE) in light of the current disparities observed in the organization of health care necessitates the consideration and delineation of proposals to better integrate TPE in the French health care setting and context in the long term. These proposals take into account the fundamental values of therapeutic patient education as well as the specificities of chronic disease management. They are based on actual examples from practice in medical structures that are recognized for the implementation of TPE activities and programmes: they aim at strengthening these through networking and at facilitating the work of all health professionals regardless of the methods of practice relative to the specific medical interventions they perform. These proposals aim to enrich current thinking on the organization, value and benefits of investing in TPE.*

**Keywords:** Therapeutic patient education - health system - chronic disease - prevention - public health.

(1) Laboratoire de Pédagogie de la Santé : Education et Observance – EA 3412 – Ufr SMBH Léonard de Vinci – Université Paris 13 – 74 rue Marcel Cachin, 93017 Bobigny cedex.

(2) Département de Santé publique, information médicale, bio-statistiques. CHU Pitié-Salpêtrière. Groupe hospitalier universitaire Paris Est, Président de la société française de santé publique.

## Introduction

La maladie chronique, de par son inscription dans la durée et son caractère multi factoriel, requiert une réponse adaptée et nuancée à une situation de santé plutôt qu'en référence à une maladie. Par essence, l'éducation thérapeutique vise l'implication du patient lui-même pour participer à l'atteinte d'un équilibre optimal de son état de santé. Elle contribue, auprès du patient, à envisager des changements dans ses modes de vie dont la décision lui revient de plein droit. Elle se centre sur son apprentissage de compétences d'auto-soins tout en soutenant ses processus d'adaptation à la maladie comme par exemple la confiance en soi, l'auto-efficacité. L'enjeu réside alors à fonder une offre d'éducation thérapeutique la plus large possible, qui convienne aux caractéristiques du patient atteint d'une maladie chronique, à la maladie chronique même et aux spécificités actuelles de sa prise en charge médicale et de soins.

D'une part, la volonté actuelle de développer l'éducation thérapeutique et d'autre part, le constat d'une multiplication et d'une grande hétérogénéité des lieux-ressources pour l'éducation thérapeutique des patients d'éducation [6], posent le problème à la fois du respect des principes fondamentaux relatifs à l'exercice de cette activité mais aussi des possibilités d'offrir à tous les malades chroniques une prise en charge éducative répondant à leurs besoins. Dans le contexte d'un besoin inévitablement croissant de suivi médical des patients porteurs de maladies chroniques, l'analyse présentée dans un article précédent [7] souligne la nécessité d'apporter des propositions pouvant contribuer au large développement de l'éducation thérapeutique, en réponse aux besoins de la population, indépendamment d'un contexte libéral ou hospitalier, de dynamiques territoriales, ou de la profession médicale ou soignante exercée.

À partir de l'identification, au sein du dispositif actuel, des conditions susceptibles de répondre de manière à la fois qualitative et efficiente aux besoins d'éducation des malades porteurs d'affections chroniques, l'article actuel tente d'apporter des repères pour une intégration durable de l'éducation thérapeutique dans un contexte d'offre de soins contraint.

Cet objectif ambitieux et complexe cherche ainsi à répondre aux problèmes d'accessibilité secondaire aux soins, source d'importantes inégalités de santé [9]. En effet, outre l'inertie du système de santé, la qualité de la relation et de l'interaction médecin-malade sont présentées comme des hypothèses explicatives à l'origine de ces inégalités, notamment dans la prise en charge des malades porteurs d'affections chroniques.

## Les principes fondamentaux et les conditions-clés pour une intégration durable

L'éducation thérapeutique [11] se décline sous forme de méthodes favorisant la participation active du patient, l'apprentissage significatif du patient. Ces méthodes laissent une place importante à la considération des besoins mutuellement identifiés, entre patients et professionnels de santé dont découlent des compétences d'auto-soins. Le sens et la perception d'utilité de ces compétences par le patient sont essentiels pour l'aider à mieux vivre avec

la maladie. Ces méthodes sont référencées dans les recommandations scientifiques et professionnelles relatives aux pratiques et programmes d'éducation thérapeutique [8]. Leur application est considérée comme la forme la plus optimale pour soutenir l'apprentissage du patient même si des ajustements sont toujours nécessaires. Ainsi pour intégrer l'éducation thérapeutique dans le système de soins actuel tout en conservant les critères qui en fondent la qualité, il est important d'identifier certaines conditions-clés. Celles-ci paraissent, en effet, au vu des expériences et des travaux d'évaluation précédemment cités [7], assurer la pertinence de l'éducation thérapeutique et son positionnement réaliste dans l'offre de soins.

Ces conditions-clés concernent :

- les phases de recours à l'éducation thérapeutique par rapport à l'évolution de la maladie et au projet du patient ;
- un ensemble coordonné de lieux et acteurs de l'éducation ;
- la mise à disposition de formes éducatives individuelles et collectives pour l'éducation des patients.

#### **Les phases de recours à l'éducation thérapeutique selon l'histoire de vie du patient et l'évolution de sa maladie**

Trois phases ont été schématiquement identifiées par rapport à l'offre d'éducation du patient, en fonction du stade évolutif de la maladie mais également des changements intervenus dans sa vie. Celles-ci ont été décrites dans le rapport d'évaluation sur les écoles de l'asthme et précisées dans d'autres recommandations [7]. L'important est de pouvoir insérer dans l'offre de soins, les moyens de proposer ces différentes phases d'éducation :

- **La phase de sensibilisation (S) à une éducation thérapeutique** : celle-ci nécessite certaines compétences et en premier lieu, une connaissance des programmes d'éducation thérapeutique, pour inviter un patient à s'inscrire dans un programme plus structuré, déconstruire des représentations scolaires liées au terme éducation, faire percevoir l'utilité de l'éducation par des exemples d'acquisition.  
Cette phase est aussi un moment primordial d'interaction soignant-soigné pour induire chez le malade, un intérêt pour apprendre à mieux gérer la maladie, le traitement et recourir aux soins. Elle nécessite, pour le soignant d'aller au-delà de l'identification des facteurs de risques de la maladie, notamment chez les personnes les moins favorisées.
- **La phase d'éducation initiale (I)** : cette phase initie l'apprentissage formel. Elle comporte une étape incontournable qui est le diagnostic éducatif (I a) [12]. Celui-ci facilite la proposition d'éducation personnalisée. La réalisation d'un diagnostic éducatif est parfois envisagée comme une activité spécifique pour les médecins généralistes (rémunération existant en réseaux de santé). Les premiers apprentissages (I b) réclament du temps et se déroulent souvent dans les lieux où le diagnostic médical et la stratégie thérapeutique sont posés. L'éducation initiale est le temps des premiers acquis, des premiers essais du patient, sous une supervision de sécurité proposée par les soignants.
- **La phase de suivi éducatif** : elle comprend deux modalités qui sont une éducation dite de reprise (Rep) et une éducation de renforcement (Ren). Elles permettent de revenir sur un aspect de l'éducation, sur un temps plus ou moins important selon les besoins, les demandes du patient,

l'évolution de la maladie, les changements de traitement. Ce suivi fait appel à des acteurs en des lieux différents selon le niveau d'adéquation entre leur proposition éducative et les besoins du patient.

### **Un ensemble coordonné d'acteurs et de lieux de l'éducation**

L'éducation thérapeutique du patient est proposée dans le cadre d'une structure habilitée (programme formalisé, professionnels formés, méthodes d'évaluation mises en œuvre comme dans le cadre du programme COMPAQH de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière), à proximité du cadre de vie de la personne. La coordination des différents lieux et acteurs permet de proposer au patient un parcours « dynamique » (non figé) de l'éducation thérapeutique. Il s'agit d'assurer un *continuum* éducatif. Si l'on recense l'ensemble des lieux et des acteurs dispensant des programmes d'éducation thérapeutique, il est fort probable que, sous condition d'une mise en lien pertinente et sans chercher la même formule dans tous les territoires de santé, l'offre d'éducation puisse rapidement s'installer et couvrir ainsi de nombreux besoins.

### **Des formes individuelle et collective pour l'éducation des malades**

L'apprentissage du patient atteint d'une maladie chronique [5] nécessite de faire appel à de nombreuses techniques, supports pédagogiques. L'une d'entre elles est basée sur l'alternance de séances individuelles et de séances collectives avec supplémentaires des entretiens à distance. Les séances individuelles permettent d'initier l'éducation, de faire des bilans, de conserver la singularité de la prise en charge. Les séances collectives favorisent les échanges entre pairs dont on connaît l'importance pour les processus d'appropriation des compétences et leur perception d'utilité.

## **Les propositions**

Notre hypothèse d'intégration se base sur l'importance de l'apprentissage du patient. En centrant notre réflexion sur le parcours d'apprentissage et les ressources pour le soutenir, nous identifions auprès des acteurs, des structures, leurs potentialités à participer à un parcours éducatif. C'est l'accessibilité des patients, en se rendant dans une structure de proximité mais également la mobilité des professionnels de santé à changer de structures et à terme, des membres d'associations, qui fonde sa fonctionnalité. L'intégration de l'éducation thérapeutique dans le système de soins nécessite que les professionnels reçoivent en fonction de leurs besoins des formations à l'éducation thérapeutique.

### **Renforcement des dispositifs et des structures d'éducation thérapeutique existants**

Ainsi, nous envisageons de relier les mises en œuvre d'éducation thérapeutique, spécialisées dans une maladie ou généralistes (reproduisant ainsi les formes actuelles de prise en charge des malades) avec une approche éducative, qui puisse être aussi bien individuelle que collective (Tableau I). Pour cela, nous émettons l'hypothèse qu'en renforçant les structures et les dispositifs d'éducation thérapeutique identifiés dans notre article précédent [6], il est possible de concilier, en sus de l'approche individuelle ou collective, les deux autres aspects représentés par le moment (phases) de l'éducation

thérapeutique et l'ensemble coordonné de lieux et d'acteurs. Pour cela, nous rapportons à chaque structure, ses caractéristiques sur le plan de l'éducation thérapeutique tout en soulignant néanmoins, qu'aucune structure ne peut cependant prétendre réaliser de manière isolée et totale l'ensemble d'un programme d'éducation thérapeutique d'un patient. Le tableau I suggère par ailleurs, la possibilité de coordonner les lieux et structures pour renforcer un *continuum* éducatif qui soit pleinement intégré dans le suivi médical habituel du patient. Nous les nommons lieux-ressources d'éducation thérapeutique.

Cette proposition vise également à permettre des synergies entre les différents professionnels de santé et préciser notamment la place du médecin généraliste mais également du médecin spécialiste dans l'offre d'éducation thérapeutique. Le rôle du médecin traitant a été identifié comme pivot dans le parcours de soins. Il amène à faire de lui un acteur privilégié pour participer aux étapes de sensibilisation, du diagnostic éducatif et de renforcement des séances collectives, comme le montrent certaines expériences [3, 9]. Par ailleurs, elle souligne l'importance de développer pour les professionnels de santé et plus particulièrement chez les médecins traitants, des dispositifs de formation leur permettant de répondre largement aux besoins d'éducation du patient qui ont été identifiés.

**Tableau I : Mise en lien des lieux-ressources d'éducation thérapeutique selon une approche médicale spécialisée à généraliste et selon la forme individuelle ou collective de l'éducation**

	<i>Approche spécialisée</i>	<i>Approche généraliste</i>
<b>Éducation individuelle</b>	A - Hôpital - court séjour : hospitalisation complète (Ia, Ib Rep) Journée d'HDJ (Ia, Ib, Rep, Ren)  B - Structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR - moyen séjour - (Ia, Ib, Rep, Ren)	C - Hospitalisation à domicile (Ia, Ib, Ren)  D - Maisons médicales, Centres de santé (S, Ia, Ren)  D - Médecin traitant ou autre professionnel de santé libéral (S, Ia, Ren)
<b>Éducation collective</b>	A - Hôpital - court séjour : semaine d'éducation (Ia, Ib, Rep)  B - Structures de SSR - moyen séjour (Ia, Ib, Rep, Ren)  B' - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) (Ia-Ib- Rep- Ren)  E - Réseaux spécialisés (diabète, BPCO...) (S, Ia, Ib, Ren)  G - AJD (Ib, Ren), Ecoles d'asthme (Ia, Ib), Pôles prévention des maladies cardiovasculaires (Ia, Ib, Ren)	E - Réseaux de santé non spécialisés (S, Ia, Ren)  D - Maisons médicales, Centres de santé (S, Ia, Ren)  F - Ateliers éducatifs en milieu rural (patients en ALD) organisés par la MSA (Ib, Ren)

**Phases d'éducation**

S Phase de Sensibilisation

I Phase d'éducation Initiale comprenant : diagnostic éducatif (Ia) - séances initiales (Ib)

Rep Phase de Reprise ou

Ren Phase de Renforcement

**Lieux-ressources en éducation thérapeutique**

Structures Hospitalières : Court séjour (A) - Moyen séjour (B-B') - HAD (C)

Structures ou dispositifs ambulatoires : D - E - F - G

Cette proposition suggère enfin, de concevoir l'offre d'éducation selon les ressources mobilisées dans le territoire sanitaire et selon l'évolution de la maladie, comme présenté sous forme d'exemple dans le tableau II. En d'autres termes, ce n'est pas l'homogénéité des dispositifs d'éducation qu'il faut rechercher mais l'opportunité de mettre en lien des acteurs, et des structures déjà mobilisées dans ce champ. En effet, le développement de l'éducation thérapeutique a conduit les professionnels de santé, le monde associatif à mettre en place différents types de structures, de programmes selon les logiques du moment. Une analyse par territoire pourrait montrer que les ressources existent déjà et doivent être soutenues dans leur mise en lien, leur financement. Dans d'autres territoires, il s'agira d'inciter à la création de nouvelles ressources (dispositifs, structures) pour renforcer l'accessibilité et l'implication des patients.

**Tableau II : Exemples de correspondance entre le type de prise en charge éducative et les lieux-ressources, selon la situation du patient**

<i>Situation du patient</i>	<i>Réponse ou type d'éducation</i>	<i>Ressources humaines et structures</i>
<b>Découverte de la maladie</b>	Sensibilisation Éducation initiale	Médecin traitant
<b>Phase subaiguë de la maladie</b>	Éducation de renforcement précoce de l'éducation initiale Reprise des objectifs prioritaires (de type sécuritaire) initiés en court séjour hospitalier puis élargissement à d'autres objectifs éducatifs	Service hospitalier – court séjour – hospitalisation à domicile  Équipe pluri professionnelle
<b>Stabilisation</b>	Renforcement (consolidation) portant sur des aspects en rapport avec les diverses compétences déjà acquises	Médecin traitant et autres professionnels de santé du secteur ambulatoire : infirmière, diététicienne...
<b>Incident mineur</b> <b>Modification des projets de vie, des conditions de vie</b>	Éducation de renforcement : apprentissage à de nouvelles compétences en rapport avec les changements de situation	Centre de santé / Maison médicale / Consultation hospitalière Réseau de santé Ateliers éducatifs de la MSA Écoles de l'asthme, AJD
<b>Déséquilibre</b> <b>Incident majeur</b> <b>Aggravation de la situation</b> <b>Changement important du traitement</b>	Éducation de reprise avec nouvelle évaluation globale.  Suivi rapproché pour un nouvel apprentissage	Service Hospitalier (court séjour, en HDJ, HDS) Structures de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (moyen séjour) Hospitalisation à domicile

### **Vers un contrat de santé publique [1]**

Ces dispositions pourraient permettre de voir évoluer la valorisation du suivi des maladies chroniques par le médecin traitant. En effet, aucune précision qualitative n'a été apportée dans ce cadre, ni lors de la mise en place du forfait annuel de coordination ni pour l'engagement partagé avec le patient au niveau du protocole pour l'exonération du ticket modérateur. Cette implication spécifique du médecin traitant (ou spécialiste libéral) dans la

démarche éducative pourrait permettre de donner un véritable sens au contrat de santé publique basé sur un concept de rémunération forfaitaire qui permettra à ces derniers de s'inscrire dans de multiples activités de santé publique [2]. Il permettrait d'identifier l'action du médecin par rapport à sa participation dans les différentes phases d'éducation identifiées. Par ailleurs, le professionnel libéral pourrait participer, selon son champ de compétences et d'intérêt, à l'animation de séances collectives.

**Tableau III : Commentaires et propositions au regard des différents lieux-ressources d'éducation thérapeutique et de leurs financements actuels**

	<i>Structures</i>	<i>Financements</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Propositions</i>
<b>A</b>	HÔPITAL (court séjour)	– MIGAC – Forfait spécifique ETP en HDJ ou HDS pour quelques rares établissements	Enquête DHOS Éducation thérapeutique (Études MIGAC)	– Identifier une modalité spécifique de financement de l'ETP par la tarification à l'activité – Mener des études de coût <i>ad hoc</i>
<b>B</b>	Structure de SSR (moyen séjour)	Dotations annuelles de financement (DAF) Tarification à la journée	Évolution vers la T2A Décret SSR en cours	
<b>B'</b>	Maisons d'enfants à caractère sanitaire	Dotations annuelles de financement (DAF) Tarification à la journée	Évolution vers la T2A	
<b>C</b>	HAD	Tarification spécifique (T2A) pour ce mode de prise en charge (séquence tarifaire)	Activité peu valorisée au tarif donc minimisée, non retenue ou déléguée à des prestataires	Valoriser l'activité d'ETP en menant des études ad hoc fonction des besoins des patients de l'HAD
<b>D</b>	Exercice libéral strict En secteur ambulatoire	Aucun financement spécifique	Risque de dérive avec dépassement d'honoraires ou facturation d'actes non remboursés	– Formaliser l'ETP dans la future « CCAM clinique » (Diag. Éducatif) – Évoluer vers un contrat de Santé publique avec rémunération forfaitaire
<b>E</b>	Réseaux	Rémunération spécifique dans le cadre de la DRDR	Inégalité de l'offre et des financements	Renforcer et harmoniser les dotations selon la nature des interventions
<b>F</b>	Programme éducation thérapeutique MSA	– Rémunération du médecin traitant (MT) pour le diagnostic éducatif – Budget forfaitaire « prévention » pour les séances (tiers payant)	– Réservé au cadre de l'ALD – Uniquement pour les affiliés MSA – Limité à un forfait de 3 séances	– Généraliser l'implication des MT : valoriser l'acte spécifique du diagnostic éducatif – Instaurer un forfait pour le suivi de patients en ALD
<b>G</b>	Écoles d'asthme AJD	Financement variant selon la structure – Hospitalier : MIGAC – Associatif : crédits mixtes État, Assurance maladie (FNPEIS, PRSP) et divers (dons, laboratoires...)	Fragilité des structures et donc de la qualité des prestations	Uniformiser les financements sous forme de dotation et/ou de forfait pérenne

### Une harmonisation du financement

Enfin, l'intégration durable de l'éducation thérapeutique dans le système de soins nécessite son financement. Le tableau III montre la très grande disparité et hétérogénéité entre les différents modes de financement retenus

actuellement pour l'activité d'éducation thérapeutique, tant au niveau des structures qu'au niveau des différentes phases d'intervention et niveau des acteurs. L'accessibilité de l'éducation thérapeutique, par rapport aux besoins quantitatifs de la population, soulève le problème de l'insuffisance du financement accordé à l'activité d'éducation thérapeutique et de l'absence de spécificité au niveau des enveloppes budgétaires consacrées à l'activité des réseaux de santé (DRDR) ou aux missions d'intérêt général des hôpitaux (MIGAC). Les travaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) relatifs à l'élaboration de la future classification commune des actes médicaux cliniques (CCAM clinique) ainsi que l'enquête « Éducation thérapeutique » lancée en octobre 2006 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) dans le cadre des travaux engagés sur l'enveloppe MIGAC [4], l'expérimentation de rémunération forfaitaire dans le cadre de réseaux, pourraient contribuer à favoriser, à terme, une harmonisation des dispositifs de financement de l'éducation thérapeutique et à une véritable valorisation financière spécifique de celle-ci.

## Conclusion

La multiplicité des initiatives prises pour développer l'éducation thérapeutique, dans le contexte d'un essor accordé à la politique de prévention en France, amène à vouloir mieux structurer et renforcer une offre actuellement insuffisante pour répondre efficacement et qualitativement aux objectifs attendus qui sont de permettre aux patients d'acquérir des compétences d'auto-soins pour parvenir à un équilibre optimal de leur état de santé dans la vie quotidienne.

La mise en lien de structures et d'expériences déjà existantes et reconnues telles que les formes d'éducation individuelle ou collective mais aussi le type de prise en charge médicale spécialisée ou non, a permis d'identifier une série de dispositions pour intégrer durablement l'activité d'éducation thérapeutique dans l'offre de soins. Cette approche conjugquée, dans un même territoire de proximité, permet de tenir compte des critères de qualité de l'éducation thérapeutique en y associant la nécessaire souplesse relative à la prise en charge médicale et de soins des patients atteints d'une maladie chronique. Elle réclame néanmoins de poursuivre le développement d'expériences innovantes, notamment en ambulatoire, à partir de modèles pluri professionnels disposant des compétences *ad hoc*.

La conception d'une offre d'éducation centrée sur l'apprentissage du patient, basée sur le principe d'une variabilité des structures d'éducation thérapeutique dans un territoire sanitaire, la mobilité de certains professionnels pour la dispenser, permet de tenir compte des nombreux facteurs influençant la mise en œuvre de l'ETP à grande échelle.

Ces propositions offrent également un cadre pour aider à statuer sur un nécessaire financement pérenne de l'éducation thérapeutique dont tous les acteurs concernés s'accordent à dire qu'il est le dernier obstacle à lever pour une intégration véritable et définitive de cette activité dans le système de soin.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bourdillon F. L'éducation thérapeutique dans le système de santé. Conférence introductive de la 15<sup>e</sup> journée de l'IPCEM : « L'éducation thérapeutique en activité libérale ». Paris, Palais du Luxembourg, novembre 2006.
  2. Bourdillon F. Consultation de prévention : Quelle prévention, quelles activités et par qui ? La consultation de prévention en médecine générale séminaire de la société française de santé publique (SFSP). Paris, ministère de la santé du 4 décembre 2006. (Actes à paraître dans la collection « Santé et société » de la SFSP, N° 13.
  3. Crozet C, Van Bockstael V, d'Ivernois JF, Devos J, Winock A, Bertrand D. Éducation cardiovasculaire de patients âgés. Évaluation d'un programme. *Concours Médical* 2006;128:1202-5.
  4. DHOS. Enquête Éducation thérapeutique (études MIGAC) auprès de l'ensemble des directeurs des établissements de santé. Paris, octobre 2006.
  5. Gagnayre R. Le patient : un apprenant particulier ? In : *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A. Abrégés Masson:février 2007.
  6. Grenier B, Gagnayre R. L'éducation thérapeutique au patient... au travers des textes législatifs et réglementaires et des rapports professionnels de 2002 à 2006. Université Paris 13 : laboratoire de pédagogie de la santé 2006 : 45 p. <http://www.sfsp.info/sfsp/infos/documents>. Novembre 2006.
  7. Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : Politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé Publique* 2007;(19)4:283-92.
  8. HAS. Éducation thérapeutique du patient (ETP) : Mise en œuvre dans le champ des maladies chroniques. Rapport. Paris:2007:230 p.
  9. INPES. Les 3<sup>es</sup> journées de la prévention. Quelle place pour le médecin traitant et les autres acteurs de santé dans le parcours de prévention ? Quelles articulations entre les différents partenaires et dispositifs existants ? Paris, 29 et 30 mars 2007.
  10. Lombrail P. Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins. *Rev Épidemiol Santé Publique* 2007;8 p.
  11. Traynard PY, Gagnayre R. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ? In : *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A. Abrégés Masson:février 2007.
  12. Traynard PY, Gagnayre R. Le diagnostic éducatif. In : *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A. Abrégés Masson:février 2007.
-

