



La place de l'ETP dans la lutte contre les inégalités sociales de santé

Définitions des concepts

18 septembre 2025

Géraldine Tisserant, coordinatrice pédagogique
à Promotion Santé Occitanie



ETP, quelques chiffres

- **En 2021**, en France 12 millions de patients souffraient d'une maladie chronique reconnue dans le cadre du dispositif d'affection de longue durée (ALD)
- La prévalence de ces maladies est passé de 14,6% en 2008 à 17,8% en 2021 notamment à cause du vieillissement de la population

Source : DREES, « Mieux connaître et évaluer la prise en charge des maladies chroniques : lancement de l'enquête PaRIS en septembre 2023 ». 2023.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en France s'est développée sur un siècle en plusieurs grandes étapes, passant d'une pratique centrée sur les conseils du médecin à une démarche structurée inscrite dans la loi.



IPCEM Historique - <https://ipcem.org/historique>

Décrets et arrêtés d'application

- Arrêté du 2 août 2010 : compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP
- Décret n°2013-449 du 31 mai 2013 : actualise les modalités de mise en œuvre et de déclaration des programmes, précise les compétences attendues.
- Arrêté du 30 décembre 2020 : fixe le nouveau cahier des charges pour l'élaboration et la déclaration des programmes d'ETP à l'ARS.

Loi du 21 juillet 2009 – Loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »

Inscrit l'ETP dans le code de la santé publique (articles L1161-1 à L1161-6).

Régime de déclaration des programmes ETP

Depuis le 1er janvier 2021, un régime de déclaration remplace le régime d'autorisation pour les programmes

Un programme d'ETP doit répondre à un cahier des charges



L'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences** dont ils ont besoin pour **gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique**. Elle **fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient**. Elle comprend des **activités organisées**, y compris un **soutien psychosocial**, conçues pour rendre les **patients conscients et informés** de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a **pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement**, à collaborer ensemble et à **assumer leurs responsabilités** dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à **maintenir et améliorer leur qualité de vie**. »

OMS-Europe (1996)

Processus continu, intégré aux soins, centrée sur le patient, visant à l'autonomisation des personnes atteintes de maladies chroniques.

Finalités (HAS) :

- Acquisition et maintien de compétences d'auto-soins
- Mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (=compétences psychosociales)

Personnalisation : bilan éducatif partagé, programme adapté au profil et aux objectifs du patient, implication de l'entourage.

Temporalité :

- dans les suites de l'annonce du diagnostic de la maladie
- dans une période de stabilisation de la maladie
- à l'occasion ou dans les suites précoces d'un incident, d'une crise, d'une décompensation
- dans les suites d'une hospitalisation liée au traitement de la maladie ;
- en cas de modification de l'état de santé, de difficultés dans l'autogestion de la maladie, d'apparition de complications ou lors de tout changement du contexte de vie
- pour renforcer les compétences acquises, les actualiser, les maintenir dans le temps.

Des programmes structurés :

- programmes structurés et intégrés à une stratégie thérapeutique
- bénéfice sur des critères cliniques intermédiaires selon la maladie concernée : réduction des hospitalisations, des visites aux urgences, de l'absentéisme...

De l'information mais pas que ... même de qualité, non accompagnée de démarches structurées d'auto-gestion, n'a pas d'effet significatif sur l'état de santé des patients chroniques.

Des formats éducatifs diversifiés : Les interventions les plus efficaces sont personnalisées, interactives, intensives, comportent un suivi, et sont délivrées par une équipe pluridisciplinaire formée.

Un soutien continu : Les bénéfices à long terme nécessitent également des interventions de soutien prolongées dans le temps (renforcement éducatif périodique après l'intervention initiale)(HAS, 2018)

L'ETP, en France et en Europe, est désormais reconnue comme une **politique de santé** majeure visant à soutenir l'autonomie des personnes souffrant de maladies chroniques.

- Impact est modulé par les **contextes économiques, sociaux, territoriaux et culturels**, aussi bien au **niveau individuel, territorial** que **national ou européen**.
- **Dispersion des offres** selon les territoires et une **inéegale prise en compte des vulnérabilités sociales**.
- **Renoncement aux soins** (Drees 2019; 2022)
En 2019, une personne vivant sous le seuil de pauvreté a un risque 1,6 fois plus élevé de renoncer à des soins.
 - facteur financier
 - faible densité de médecins dans certains territoires

Les inégalités sociales de santé

De quoi parle-t-on ?

Social :

- Le niveau d'éducation
- La catégorie socio-professionnelle
- Le niveau de revenus
- Le territoire
- La composition familiale
- Le sexe et le genre
- La situation de handicap
- L'âge
- Le soutien social
-

Santé :

- L'espérance de vie et la mortalité
- L'espérance de vie en bonne santé
- La prévalence de pathologie
- Le nombre de comorbidités
-



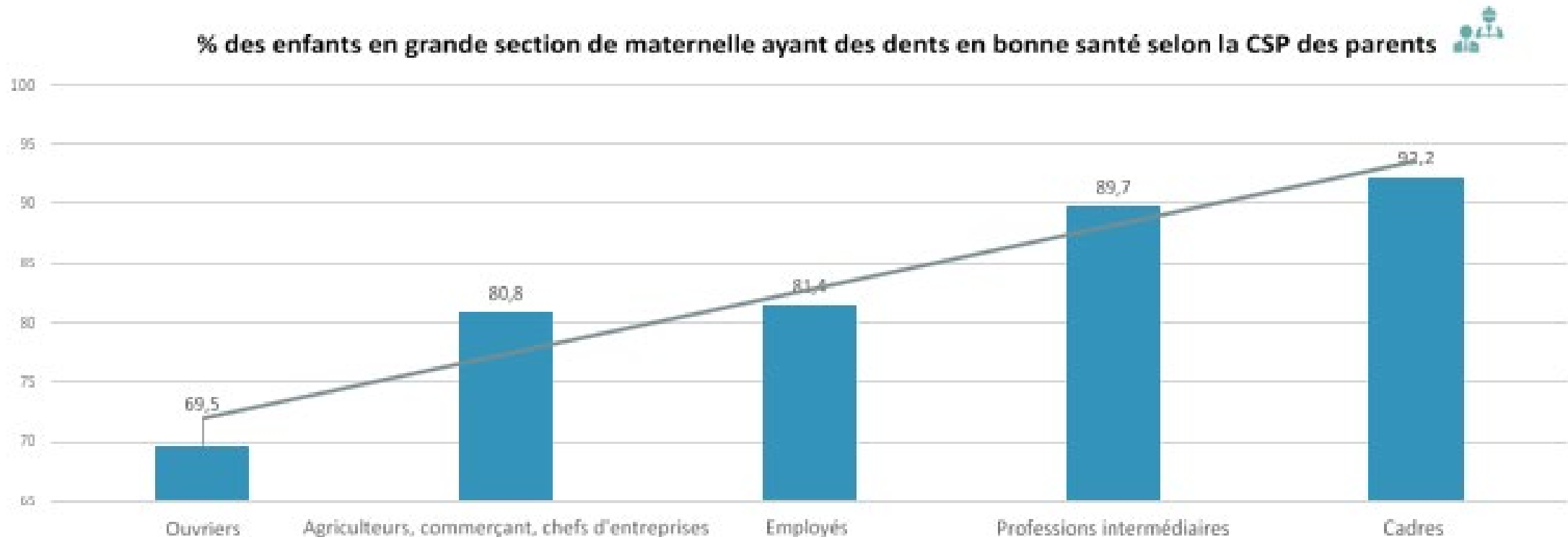
Différences **systématiques**, socialement construites, injustes, **évitables** et importantes dans le domaine de la santé entre des groupes sociaux

= Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé et gradient social

À tous les niveaux de revenu, la santé et la maladie suivent un gradient social : plus la position socio-économique est basse, plus la santé est mauvaise

Un gradient social de santé visible dès l'enfance



Source : DREES-DGESCO, 2013

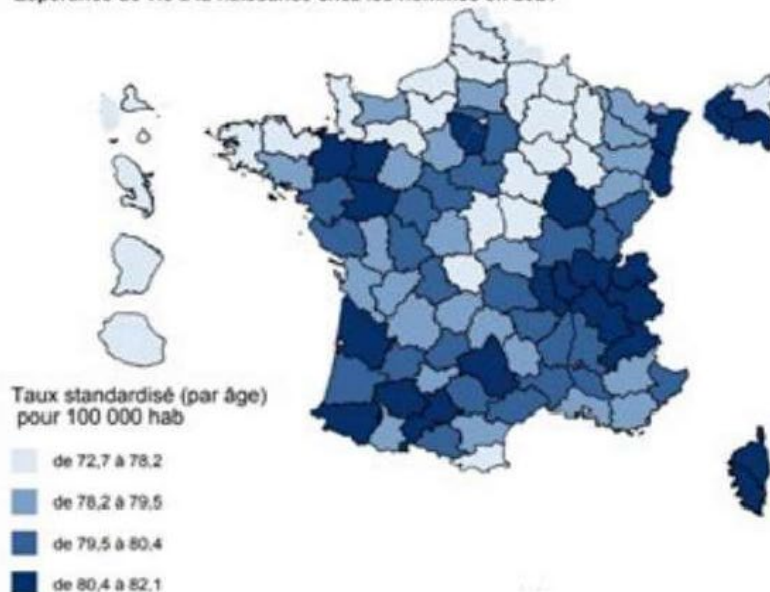
Les inégalités sociales et territoriales de santé

En France, des inégalités territoriales de mortalité

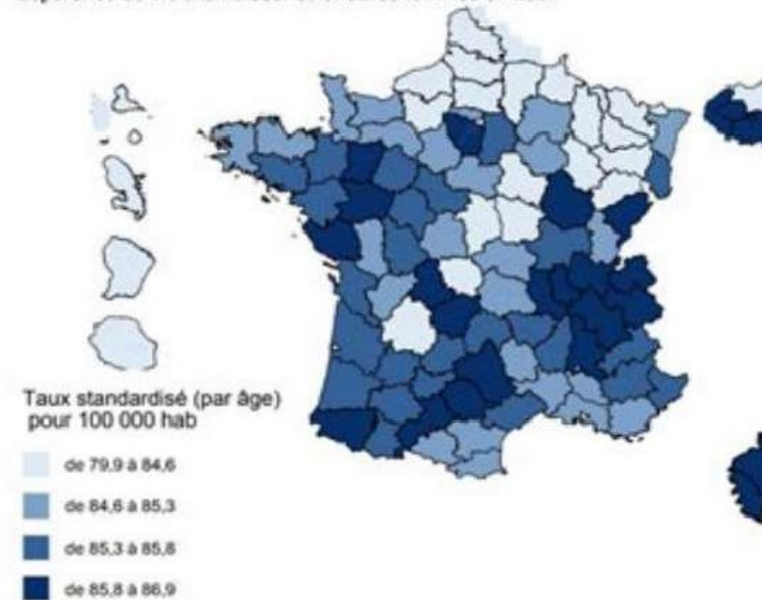
Carte 1 • Espérance de vie à la naissance par département, en années



Espérance de vie à la naissance chez les hommes en 2021



Espérance de vie à la naissance chez les femmes en 2021



Note > L'espérance de vie d'un département est calculée de la même façon qu'au niveau national, en s'appuyant sur les taux de mortalité par âge et sexe du département en question. Cet indicateur donne ainsi la durée moyenne de vie d'une personne si elle était confrontée toute sa vie aux taux de mortalité observés dans un département donné. Il ne correspond pas à la durée moyenne de vie des personnes effectivement nées dans un département, car elles peuvent déménager après leur naissance.

Les bornes correspondent à une répartition en quatre groupes avec le même nombre de départements.

Champ > Départements français, hors Mayotte.

Source > Insee, état civil, estimations de population, traitements DREES.

Les personnes les plus modestes sont aussi les plus vulnérables aux maladies chroniques.

Risque de développer une maladie pour une personne du dernier décile de revenu par rapport à une personne du 1^{er} décile de revenu :



- Maladies cardiovasculaires : **x 1,4**
- Maladie neurologiques ou dégénératives : **x 1,5**
- Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) : **x 1,6**
- Maladies psychiatriques : **x 2**
- Maladies du foie et du pancréas (hors mucoviscidose) : **x 2,2**
- Diabète : **x 2,8**

Source : DREES, 2016

Parmi les ISS, **l'accès à l'information en santé** est un des éléments qui conditionnent les comportements en matière de santé et la capacité des personnes à prendre des décisions (pas uniquement synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion)

La littératie en santé : levier déterminant pour rendre l'ETP plus inclusive

*« La littératie en santé englobe les **connaissances**, la **motivation** et les **capacités** sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi maintenir ou augmenter sa qualité de vie. » (OMS, 2013)*

La littératie en santé dans les programmes d'ETP



Inclure efficacement la littératie en santé dans les programmes d'ETP

Principes et stratégies clés :

- **Repérer le niveau de littératie des patients**
- **Identifier les patients ayant des difficultés** de compréhension, d'expression écrite ou orale, voire en situation d'illettrisme ou de faible alphabétisation.
- **Adapter les supports et outils pédagogiques**
- **Traduction de documents en plusieurs langues** et adaptation pour les personnes étrangères ou peu alphabétisées.
- **Diversifier les modalités d'apprentissage**
- **Former les soignants-éducateurs**
- **Mobiliser des partenariats**
- **Évaluer et suivre l'acquisition des compétences**

→ **Garantir l'accessibilité et la compréhension pour tous, quel que soit le niveau de littératie des patients**

Modèles pédagogiques et dispositifs territorialisés



La réussite de l'ETP passe par :

Des dispositifs contextualisés, prenant en compte les réalités sociales, psychologiques et culturelles.

- Des équipes multidisciplinaires et une démarche participative, centrée sur l'écoute, les priorités et les parcours de vie des patients.
- Un continuum de prise en charge entre acteurs hospitaliers, médecins de ville, structures médico-sociales et associations.

Adaptation de l'accompagnement éducatif

- Simplifier les messages écrits : courts, précis, hiérarchisés avec des points-clés et illustrations/idéogrammes pour les données chiffrées.
- Simplifier le discours médical : éviter le jargon, utiliser des mots courts, reformuler.
- Utiliser des médias complémentaires comme les vidéos pour faciliter la compréhension.
- Développer un accompagnement socio-éducatif multiprofessionnel adapté à la situation (orientation vers orthophonistes, centres d'alphabétisation).

Les interventions éducatives prennent en compte autant que possible les spécificités des patients (culturelles, sociales, physiologiques, pathologiques)

- plus grande intensité des séances éducatives
- une durée de suivi plus longue
- des techniques pédagogiques et outils adaptés aux patients concernés

- L'éducation thérapeutique du patient vise la prise d'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie pour les malades chroniques.
- L'ETP a le potentiel de diminuer les inégalités sociales de santé, mais nécessite des adaptations concrètes pour toucher réellement les publics les plus fragiles.
- Travailler sur la littératie en santé et l'empowerment lors des programmes ETP pour une inclusion effective de tous les patients.

→ L'impact de l'ETP sur les inégalités sociales de santé dépend de la qualité de son adaptation aux contextes de vie et de la mobilisation de ressources spécifiques auprès des publics vulnérables