

# RECOMMANDATIONS RÉGIONALES 2025

pour le déploiement de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) territoriale dans le champ **des addictions en Bretagne**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie constitue un levier structurant pour **renforcer l'autonomie des personnes, soutenir leur pouvoir d'agir et favoriser des parcours plus cohérents et inclusifs**. En Bretagne, l'expérimentation conduite entre 2021 et 2025 a permis d'identifier des repères de qualité et des conditions de réussite partagées.

Les présentes recommandations visent à **consolider cette dynamique en proposant un cadre commun, opérationnel et adapté aux réalités territoriales**. À ce titre, elles s'adressent en priorité aux porteurs de programmes d'ETP en addictologie en Bretagne et à leurs partenaires territoriaux.

Elles constituent également un **cadre de référence** pour les financeurs et les institutions souhaitant soutenir le déploiement d'une offre structurée et pérenne.



**ars**  
Agence Régionale de Santé

**ÉDUCATION  
THÉRAPEUTIQUE**  
BRETAGNE

Pôle  
Éducation  
Thérapeutique  
du Patient  
Bretagne

# Introduction

Les addictions constituent un enjeu majeur de santé publique, avec des impacts sanitaires, psychologiques et sociaux importants, et des parcours souvent marqués par des rémissions et des rechutes. Dans ce contexte, **l'ETP apparaît comme une modalité complémentaire au soin, visant le renforcement de l'autonomie, de la qualité de vie et des compétences d'adaptation des personnes concernées.**

En Bretagne, cette dynamique s'est structurée à partir d'un travail régional initié entre 2018 et 2020 autour :

- ➔ d'un état des lieux et de préconisations « ETP et addictions »,
- ➔ puis d'une expérimentation conduite sur trois territoires (Lorient, Vannes, Brest).



Cette expérimentation a fait l'objet d'une **évaluation finale** en 2025, dont les enseignements viennent actualiser les préconisations de 2020.

Les présentes recommandations 2025 ont pour objectif de **traduire ces enseignements en repères opérationnels**, utiles aux porteurs de programmes et à leurs partenaires : principes structurants, exigences de qualité, points de vigilance et attendus de mise en œuvre, dans une logique proche d'un cahier des charges.



# Contexte

## Contexte national

Au niveau national, les politiques publiques en addictologie soulignent la nécessité **de renforcer la prévention, de réduire les risques et les dommages, de faciliter l'accès à des parcours adaptés, et de réduire les inégalités sociales de santé**. Le cadre national s'appuie notamment sur les orientations du Fonds de lutte contre les addictions (dont le périmètre couvre désormais également certaines addictions sans substance) (Assurance Maladie, 2024) et sur des recommandations de la HAS en matière de prévention et de réduction des risques (Haute Autorité de Santé, 2023).

Dans ce paysage, l'ETP est cohérente avec **une approche de long terme des addictions comme pathologies chroniques**, en soutenant des **apprentissages transférables dans la vie quotidienne, l'appropriation du parcours, et l'engagement volontaire dans une dynamique de changement**.

## Contexte régional (Bretagne)

En Bretagne, **les addictions sont identifiées comme une priorité forte de santé publique**. Dès le PRS 2018–2022, l'ARS Bretagne et les partenaires régionaux ont inscrit l'objectif de développer des modalités renforçant la place et l'autonomie des personnes, notamment via l'ETP. Le PRS 2023–2028 (Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne, 2025) confirme et renforce cette orientation, avec l'axe 5.2 dédié à la structuration de la filière addictions et au décloisonnement des acteurs.

C'est dans ce cadre qu'a été construite une démarche régionale progressive :

1. Etat des lieux et préconisations en 2019
2. Expérimentation territoriale sur trois sites
3. Evaluation finale en 2025 mettant en évidence des leviers (gouvernance partagée, partenariat avec les patients partenaires, méta-coordination, accessibilité) et des points de fragilité (mobilité, communication/recrutement, charge de coordination, cadre de rémunération des patients partenaires, financements non perenne).

Ces recommandations 2025 s'inscrivent donc dans une logique de consolidation : **sécuriser ce qui fait réussite, lever les freins identifiés, et permettre un déploiement territorial cohérent et durable**, tout en laissant la souplesse nécessaire à l'adaptation aux réalités locales.

Elles sont également alignées avec le Projet régional ETP breton 2025–2028 (ARS, Pôle régional de ressources en ETP en Bretagne, Structures d'appui territoriales d'ETP en Bretagne, 2025), en renforçant une **ETP inclusive, partenariale et accessible, attentive aux inégalités sociales, à la co-construction avec les patients partenaires, à la structuration des programmes et à la capitalisation des pratiques**.

# Pertinence de l'ETP dans le champ des addictions

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue un accompagnement qui peut s'inscrire à différents temps du parcours en addictologie : en amont, en complément ou en soutien d'une prise en soin, ou comme espace d'accompagnement à part entière lorsque cela est pertinent.

Elle représente un espace-temps structuré, situé à l'interface entre le soin et la vie quotidienne, permettant aux personnes concernées :

- de **prendre du recul** et de cheminer dans un **cadre sécurisant**, propice à l'expression, sans jugement ;
- de bénéficier d'un **accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire**, moins anonyme, inscrit dans un parcours avec un début et une fin, visant le renforcement de l'autonomie ;
- de **prendre en compte l'ensemble des dimensions de vie** (environnement, entourage, vécu, émotions, ressources, difficultés) ;
- de **partager et apprendre en collectif**, lorsque cela est pertinent, grâce à la dynamique de groupe.

Elle représente également une plus-value pour les professionnels, en soutenant une évolution des pratiques :

- en favorisant le **partage, la formalisation et l'amélioration continue des pratiques** ;
- en renforçant la **posture éducative**, la qualité de la relation et, plus largement, l'engagement dans le parcours de soin
- en favorisant **la collaboration entre les différents partenaires : ville/hôpital, entre les différentes structures et avec les usagers et les associations de patients.**

# Méthode

Ces recommandations ont été élaborées à l'issue de l'évaluation de l'expérimentation régionale portant sur le déploiement de l'ETP dans le champ des addictions en Bretagne. Cette expérimentation s'est déroulée de 2021 à 2025 sur trois territoires.

- ➔ Elles sont le fruit d'un **travail de concertation mené au sein d'un groupe dédié, réunissant l'ensemble des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des programmes** : professionnels du 1er recours, du sanitaire et du médicosocial, patients partenaires, structures porteuses et structures territoriales d'appui à l'ETP.
- ➔ Le groupe de travail s'est réuni à deux reprises afin **d'analyser les enseignements de l'expérimentation et de les traduire en recommandations opérationnelles**, conçues comme des **repères concrets** pour **accompagner les porteurs de programmes dans leur mise en œuvre**.

Afin d'en faciliter la lecture et l'appropriation, ces recommandations sont présentées en **trois parties complémentaires**.

- 1 La première propose **une fiche synthèse** de ce que devrait être ou non l'ETP dans le champ des addictions, donnant une vision synthétique et opérationnelle sur une page.
- 2 La deuxième propose **une synthèse autour de treize critères qualitatifs** à retenir pour la mise en œuvre d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des addictions.
- 3 La troisième partie **décline de manière plus détaillée et pédagogique les recommandations associées**, en précisant pour chacune les objectifs poursuivis, les points de vigilance identifiés ainsi que les indicateurs attendus de mise en œuvre en les regroupant autour de 4 thématiques :
  1. Gouvernance, organisation et ancrage territoriale
  2. Structuration et contenu du programme
  3. L'équipe et compétences mobilisées
  4. Publics concernés et conditions d'accès

## A noter :

- Le terme « **Participant** » désigne ici **la personne souffrant d'une addiction qui entre comme bénéficiaire dans le programme**.
- Le terme « **Patient Partenaire** » désigne ici **la personne qui contribue au programme au titre de son expérience de vie avec une addiction**. S'il intervient dans l'animation de séances ou la conduite d'entretien, il est formé à l'ETP.

# L'ETP DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS

## Définition et limites

### C'EST...



Une prise en compte globale de la situation de vie



Un collectif pour échanger, apprendre et se sentir moins seul



Un espace libre, confidentiel, non jugeant



Un lien souple avec les soins, la réduction des risques et les ressources du territoire



Un temps de recul sur son parcours



Un partenariat avec des patients partenaires



Un parcours éducatif structuré, progressif et tracé



Un accompagnement possible à différents moments du parcours



Le développement de compétences utiles dans la vie quotidienne



Le renforcement du pouvoir d'agir

### CE N'EST PAS...



Un dispositif de contrôle des consommations



Une simple transmission d'informations



Une injonction thérapeutique déguisée



Un groupe de parole informel



Un substitut au soin addictologique



Un programme centré sur le produit



Un espace de normalisation morale



Une action ponctuelle isolée



# Synthèse des recommandations autour de 13 critères qualité

La mise en œuvre effective de ces recommandations suppose un soutien institutionnel clair, des financements adaptés à la temporalité des programmes, et la reconnaissance du temps de coordination et d'implication des patients partenaires.

Critère qualité	Ce que ça implique concrètement	Indicateurs
<b>Engagement volontaire du participant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrée libre dans la démarche ETP, sans injonction, ni condition liée au soin</li> <li>• Flexibilité du programme pensée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traçabilité de l'information écrite/orale</li> <li>• Mentions dans les supports de communication</li> <li>• Taux d'abandon interprété/analysé</li> </ul>
<b>Démarche éducative en 4 étapes identifiée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Description et mise en œuvre d'un parcours éducatif structuré : Bilan Educatif Partagé (BEP), objectifs personnalisés, séances éducatives, entretien de fin de parcours avec évaluation.</li> <li>• Le programme doit permettre la réflexion et l'appropriation du parcours par le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcours du participant dans le programme modélisé</li> <li>• Objectifs personnalisés définis et tracés</li> <li>• Utilisation d'outils permettant l'auto-évaluation</li> <li>• Traçabilité dans le dossier du parcours du participant</li> <li>• Supports distinguant explicitement ce qui relève du soin et ce qui relève de l'ETP ou cadre expliqué au participant à l'entrée dans le programme</li> </ul>
<b>Approche centrée sur le participant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptation des contenus, rythmes et objectifs aux priorités du participant</li> <li>• Respect des choix du participant</li> <li>• Construction partagée du programme personnalisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcours éducatif ajustable (<i>au moins sur une partie</i>)</li> <li>• Recueil du consentement à l'entrée dans le programme</li> </ul>
<b>Cadre sécurisé et non stigmatisant pour le participant et le groupe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posture des intervenants non stigmatisante et respectueuse de l'autodétermination</li> <li>• Définition explicite des règles de fonctionnement du groupe (<i>confidentialité, respect, non-jugement...</i>)</li> <li>• Clarification des règles concernant la consommation avant et pendant les séances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Charte ou règles de groupe formalisées et présentées en début de programme</li> <li>• Procédures définies en cas de retour sous emprise</li> <li>• Co-animation permettant de sécuriser le collectif</li> </ul>

Critère qualité	Ce que ça implique concrètement	Indicateurs
<b>Prise en compte globale (dont psycho-sociale)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification du contexte de vie, des ressources et des freins (<i>logement, emploi, relations, loisirs, budget...</i>) et orientation vers les aides ou partenaires adaptés si besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'outils de repérage des vulnérabilités</li> <li>• Avoir une cartographie des ressources</li> <li>• Modalités d'orientation vers ces ressources définies</li> </ul>
<b>Repérage des comorbidités &amp; orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer le repérage des comorbidités (<i>somatiques, psychiques, sociales</i>) comme objectif transversal du programme et organiser les orientations nécessaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'outils de repérage</li> <li>• Formaliser des conventions/contacts vers ses ressources</li> <li>• Traçabilité des orientations</li> <li>• Suivi des orientations quand c'est pertinent</li> </ul>
<b>Renforcement des compétences et de l'autonomie du participant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de compétences (<i>savoirs, savoir-faire, compétences psychosociales</i>) et du pouvoir d'agir explicitement ciblé</li> <li>• Soutien à l'auto-efficacité personnelle</li> <li>• Ne pas se centrer sur le produit, le comportement addictif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référentiel de compétences formalisé</li> <li>• Objectifs formulés en compétences</li> <li>• Outils d'auto-évaluation</li> <li>• Outils de recueils qualitatifs</li> </ul>
<b>Pédagogie active permettant la transférabilité des acquis dans la vie quotidienne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echanges entre pairs, techniques interactives, mises en situation...</li> <li>• Accompagnement en séance à la mise en pratique dans le quotidien</li> <li>• Proposition de temps d'auto-évaluations</li> <li>• Propositions d'outils concrets "à tester chez soi"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Séquences éducatives actives</li> <li>• Remise de supports pédagogiques</li> </ul>
<b>Interdisciplinarité et coordination de l'équipe du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation d'équipe structurée : rôles clarifiés (<i>coordination, animation, évaluation</i>), articulation des compétences, temps de régulation et d'échanges entre intervenants</li> <li>• Planification anticipée des réunions et activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organigramme et fiches sur les rôles de chacun</li> <li>• Compte-rendus de réunions</li> <li>• Coordinateur(s) identifié(s)</li> <li>• Conventions inter-structures et entre acteurs et structures</li> </ul>
<b>Implication des patients partenaires dans le programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication de patients partenaires autant que possible à toutes les étapes du programme</li> <li>• Modalités d'implication clairement définies</li> <li>• Cadre d'intervention sécurisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation effective des patients partenaires</li> <li>• Rôles et missions explicités par écrit</li> <li>• Existence d'un document précisant les responsabilités et limites d'intervention</li> <li>• Présence d'une charte ou d'une convention signée</li> </ul>

Critère qualité	Ce que ça implique concrètement	Indicateurs
<b>Multi-partenariat renforcé avec les acteurs du territoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération avec les acteurs de l'addictologie (<i>soins, Réduction des Risques et des Dommages (RDRD), social, médico-social et associatif</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des partenaires</li> <li>• Conventions de partenariat formalisées</li> </ul>
<b>Accessibilité et proximité géographique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des déterminants limitant la participation effective</li> <li>• Organisation de l'offre de manière à limiter les freins d'accès : <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ lieux proches du lieu de vie car absence de prise en charge des frais de transport, horaires adaptés,</li> <li>◦ Formats souples (<i>présentiel, visio si pertinent</i>).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de non-présentation et analyse des causes</li> </ul>
<b>Prise en compte de l'entourage</b> ( <i>si souhaité, et sécurisé</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implication possible d'un proche lorsque cela est pertinent sur un format adapté : information, séances dédiées, soutien à la communication, dans le respect du consentement et des limites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supports et moyens dédiés</li> <li>• Séances dédiées</li> </ul>



# Recommandations : version complète

L'expérimentation ETP addictions s'est appuyée sur un ensemble d'attendus définissant le socle minimal d'une offre de qualité. Les enseignements issus de l'évaluation finale 2025 viennent confirmer ces repères et préciser les conditions de réussite et points de vigilance. Les recommandations 2025 déclinent ce socle en exigences opérationnelles et critères de mise en œuvre dans les tableaux ci-dessous.

## 1. Gouvernance, organisation et ancrage territoriale

Recommandations	Objectifs visés	Points de vigilance	Attendus <i>(indicateurs de mise en œuvre)</i>
<p><b>Réaliser un diagnostic territorial</b> des ressources et des besoins prioritaires <i>(prévention, RDRD, sanitaire, social, associations, mouvements d'entraide...)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaître les ressources, l'écosystème en addictologie du territoire</li> <li>• Identifier les besoins prioritaires</li> <li>• Repérer les relais</li> </ul>	<p>Faire appel dès le départ aux associations de patients pour réaliser un diagnostic partagé tenant compte de l'ensemble des acteurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livrer une cartographie "qui fait quoi" + une synthèse besoins/freins (<i>mobilité, horaires, accès</i>)</li> <li>• Lister les relais de recrutement/orientation</li> </ul>
<p><b>Proposer une organisation territoriale de l'offre d'ETP</b>, s'appuyant sur les compétences/structures/associations disponibles <i>(mobiliser CPTS, CLSM, DAC...)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter les coopérations entre professionnels et structures et associations de patients</li> <li>• Mobiliser les professionnels et associations de patients du territoire pour faire connaître l'offre (<i>mobiliser les CPTS, CLSM</i>)</li> <li>• Intégrer l'ETP dans le parcours de soin</li> <li>• Ouvrir le programme à tout le territoire (<i>pas seulement les patients d'une structure</i>) en s'appuyant sur les partenariats établis</li> <li>• Toucher des publics en rupture (<i>ex : carcéral</i>)</li> </ul>	<p>Associer dès l'élaboration du projet (<i>état des lieux, définition des objectifs...</i>), des professionnels et des associations de patients qui auront la capacité de mobiliser.</p> <p>Veiller à fluidifier les orientations à tout moment du parcours de vie avec l'addiction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du Soin vers l'ETP</li> <li>• De l'ETP vers le soin</li> <li>• Du Soin vers le soin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formaliser portes d'entrée, circuits d'orientation et retours aux adressant c'est-à-dire identifier le/les parcours du participant</li> <li>• Identifier des points de contact (<i>référents</i>) par structure/territoire</li> </ul>
<p><b>Définir et formaliser un cadre partenarial</b> <i>(engagement des directions, cadre juridique/financier, conventions)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engager les partenaires dans la durée</li> <li>• Gagner en efficacité en ayant une répartition des tâches</li> <li>• Sécuriser le cadre</li> </ul>	<p>Clarifier : les temps dédiés, les ressources humaines identifiées, les outils partagés, la reconnaissance institutionnelle, la gestion équitable du budget</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signer des conventions entre les partenaires + tableau de répartition des rôles/temps</li> <li>• Définir les règles de gouvernance (<i>pilotage, arbitrage, partage budget</i>)</li> </ul>

Recommandations	Objectifs visés	Points de vigilance	Attendus <i>(indicateurs de mise en œuvre)</i>
<p><b>Mettre en place une méta-coordination</b> <i>(structure d'appui ETP / dispositif "neutre" sans conflits d'intérêts)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la <b>cohérence, l'harmonisation</b> et la continuité des programmes</li> <li>Structurer et sécuriser le dispositif en laissant une autonomie locale</li> <li>Eviter les pertes d'information, les inégalités de traitement</li> <li>Soutenir les équipes dans la mise en œuvre</li> <li>Animer le réseau des partenaires</li> <li>Mutualiser les outils et ressources humaines</li> <li>Assurer la remontée d'informations</li> <li>Soutenir la démarche l'évaluation</li> </ul>	<p>Bien définir les rôles entre les coordinateurs locaux et la métacoordination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir une fiche mission méta-coordination <i>(animation réseau, outils communs, appui équipes, remontées)</i></li> <li>Réaliser ou accompagner la réalisation des évaluations</li> <li>Faire le lien avec les instances régionales</li> </ul>
<p>Utiliser des outils numériques <b>conformes RGPD</b> pour <b>sécuriser stockage et flux de données entre structures</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répondre aux exigences de sécurité</li> <li>Faciliter la remontée des données pour le suivi qualité <i>(enquêtes/évaluations)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'outils "maison" non conformes ; hétérogénéité des pratiques de saisie</li> <li>Règles RGPD/éthique</li> <li>Le choix des outils numériques de collaboration sont une base de confiance au sein de l'équipe</li> <li>Risques de malentendus <i>(bien compris / avoir compris)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir un logiciel/solution validé avec des règles de partage et d'accès</li> <li>Former l'équipe à l'outils</li> <li>Définir un minimum de données partagées</li> </ul>
<p>Proposer une offre <b>ambulatoire (hospitalisation de jour HDJ, libéral) de proximité</b>, au plus près du <b>lieu de vie en complémentarité avec l'offre existante</b></p>	<p>Proposer une offre "interface/transition" entre soin et vie quotidienne <i>(initial, de renforcement ou de suivi plutôt que transition)</i></p>	<p>Attention aux freins d'accès <i>(déplacements, horaires, précarité)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Choisir des lieux accessibles</li> <li>Organiser des sessions délocalisées/"aller-vers" si besoin</li> </ul>
<p>Intégrer <b>une communication adaptée au public cible</b> et aux <b>acteurs du champ addictologie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de toucher le public cible</li> <li>Communiquer de manière ciblée <i>(presse, réunions publiques, assos, cabinets...)</i></li> <li>Faciliter l'accès au programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Associer dès l'élaboration des acteurs capables de mobiliser</li> <li>Utiliser ou créer des supports adaptés aux pros et aux publics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de communication en 2 volets : <i>(professionnels et publics)</i> avec des messages clairs</li> <li>Mobilisation des relais locaux</li> <li>Prévoir un numéro /mail unique de contact avec réponse rapide</li> </ul>

## 2. Structuration et contenu du programme

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle
<p><b>Répondre aux finalités de tout programme ETP</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et comprendre son parcours de vie</li> <li>• Soutenir motivation au changement</li> <li>• Renforcer autonomie</li> <li>• Maintenir/améliorer qualité de vie</li> <li>• Renforcer compétences (comprendre maladie/thérapeutiques, CPS)</li> </ul>	<p>Veiller à ce que les objectifs portent sur la place et l'autonomie de la personne (<i>pas seulement "gestion du produit"</i>)</p>	<p>Formaliser des <b>objectifs en compétences</b> (dont CPS) + indicateurs simples (<i>auto-évaluation, objectifs personnels</i>)</p>
<p><b>Être conforme à la démarche ETP</b> (4 étapes + volontariat + centrage personne + pédagogie active + évaluation compétences)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter le cadre réglementaire de l'ETP</li> <li>• Apprentissages l'utile et le transférable dans la vie du participant</li> <li>• Evaluer les acquis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En addictologie, risque de confusion soin/éducatif : l'ETP est complémentaire du soin (<i>prendre soin de soi, solutions propres, agir sur relations/environnement</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire les 4 étapes ;</li> <li>• Distinguer dans les supports ce qui relève du soin vs ETP ;</li> <li>• Prévoir une évaluation des acquis (<i>simple et utile</i>)</li> </ul>
<p><b>Construire un programme souple modulable, et personnalisé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permettre un parcours personnalisé</li> <li>• S'adapter au participant</li> <li>• Éviter les perdus de vue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le public a particulièrement besoin de souplesse pour éviter les perdus de vue</li> <li>• Aujourd'hui programmes souvent peu modulables → difficulté de mise en œuvre</li> <li>• Trouver l'équilibre entre le besoin de cohésion du groupe incluant la stabilité du groupe et la modularité du parcours personnalisé</li> </ul>	<p>Penser la flexibilité du programme</p>

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle
<p><b>Inscrire le programme dans la durée</b> <i>(durées variables, renouvellement possible des modules)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider les acquis</li> <li>• Répondre aux besoins évolutifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque d'incohérence du parcours si la durée du parcours est non pensée</li> <li>• Equilibre entre un parcours long favorable au changement et un parcours court mais qui correspond aux contraintes des participants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir une durée de référence + modalités de renouvellement / suivi</li> <li>• Expliciter le rythme (<i>hebdo, intensif, etc.</i>)</li> </ul>
<p><b>Centrer le programme sur le développement des compétences psychosociales (CPS) et le transfert au quotidien</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire face aux situations de vie</li> <li>• Favoriser le lien social / déstigmatisation</li> <li>• Mobiliser la dynamique de groupe</li> </ul>	<p><b>REGLE : Ne pas se centrer sur le produit</b></p> <p>Exemples d'objectifs d'ETP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouver des réponses aux questions en lien avec la maladie</li> <li>• Gérer/ appréhender la relation avec son entourage</li> <li>• Réagir en milieu professionnel, gérer son anxiété</li> <li>• Savoir faire face à des événements imprévus</li> <li>• Faire valoir ses droits...</li> <li>• Savoir gérer ses émotions et ses relations aux autres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des ateliers éducatifs centrés sur les CPS</li> <li>• Proposer des activités permettant le développement du lien social par la création d'une dynamique de groupe solidaire et la déstigmatisation</li> </ul>
<p><b>Prendre en compte les aspects psycho-sociaux dès la conception</b> <i>(habitudes de vie, ressources locales : loisirs, logement, budget, etc.)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La baisse ou l'arrêt des consommations entraîne des changements d'habitudes de vie. Se créer d'autres habitudes nécessite de connaître les ressources locales (<i>soins, loisirs, logement, gestion du budget...</i>)</li> <li>• Mobiliser ressources locales</li> <li>• Ateliers variés centrés émotions/relations</li> <li>• Proposer des sessions tout au long de l'année et sur différents horaires /sites pour être au plus près de la temporalité et de sa disponibilité du participant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir partenaires psychosociaux</li> <li>• Prévoir des partenariats avec des acteurs associatifs du loisirs (<i>culturel et sport/sport adapté</i>)</li> <li>• Intégrer la mobilité dès la construction (<i>sans permis/transport</i>)</li> <li>• Disponibilité des co-animateurs pour les ateliers en soirée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer des ateliers variés permettant d'expérimenter de nouvelles activités présentes sur le territoire</li> <li>• Cartographier partenaires (<i>logement, emploi, budget, sport, culture</i>)</li> <li>• Penser des solutions de mobilité (<i>ex : bons de transport</i>)</li> </ul>

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle
<p><b>Prendre en compte les comorbidités</b> <i>(objectif transversal : repérage + orientation)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître comorbidités fréquentes</li> <li>• Renforcer compétences utiles</li> <li>• Orienter</li> </ul>	<p>Les ateliers “comorbidités” sont rares : les traiter transversalement et saisir les occasions ; repérer pour orienter</p>	<p>Inscrire l’exploration des “comorbidités” dans le cadre BEP initial et final + protocole d’orientation + liens avec ressources / autres programmes</p>
<p><b>Travailler la relation à l’entourage</b> <i>(atelier dédié et/ou transversal)</i> ; <b>définir stratégie “aidants”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les CPS pour améliorer les interactions avec les proches</li> <li>• Faciliter la communication</li> <li>• Définir une stratégie d’accompagnement à destination des aidants <i>(entretien, séance dédiée, réorientation, soirée thématique...)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarifier en équipe le positionnement sur implication de l’entourage</li> <li>• A minima proposer des ateliers en transversal</li> <li>• Réfléchir aux orientations possibles si les aidants ne sont pas associés à un moment du parcours</li> </ul>	<p>Définir un niveau d’implication de l’entourage <i>(minimal/possible)</i> et les modalités <i>(exemple : séance dédiée, soirée d’information, orientation vers les dispositifs d’aidants existants...)</i></p>
<p><b>Prévoir des modules spécifiques selon publics</b> <i>(ex : jeunes cannabis, lien CJC ; TCA...)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter l’approche</li> <li>• Renforcer la pertinence de l’offre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation du public</li> <li>• Préciser la ou les tranches d’âge pour les jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les publics prioritaires</li> <li>• Adapter les modalités <i>(formats, messages, partenaires CJC/TCA)</i></li> <li>• Clarifier les critères d’âge</li> </ul>

### 3. Équipe et compétences mobilisées

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle
<p><b>S'assurer du soutien institutionnel</b> (notamment côté hospitalier)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dégager du temps (<i>remplacements, formation, animation</i>)</li> <li>Sécuriser l'organisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sans soutien : épuisement pros/bénévoles</li> <li>Besoin de moyens humains et financiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps dédiés formalisés (<i>coordination/animation/formation</i>)</li> <li>Modalités de remplacement prévues</li> <li>Ressources sécurisées via conventions</li> </ul>
<p><b>Créer et entretenir une culture commune</b> (finalités, posture)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consensus sur la finalité et les objectifs</li> <li>Cohésion et pérennité des effectifs</li> <li>Décloisonnement et interconnaissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tensions possibles entre RDRD abstinence</li> <li>Culture partagée à entretenir et réactualiser (<i>turn-over</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document "socle commun" (<i>finalités, posture, règles</i>)</li> <li>Organiser des temps réguliers : réunions, retours d'expérience, formations</li> </ul>
<p><b>Co-animer les séances</b> (sécurité du groupe)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sécuriser le groupe notamment lors de la gestion des émotions / situations difficiles</li> <li>Faciliter l'accompagnement de situations demandant un accompagnement individuel en séance collective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'un cadre clair de confort dans la co-animation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Binômes d'animation planifiés</li> <li>Règle : un animateur peut s'extraire pour gérer une situation</li> <li>Conduites à tenir formalisées</li> </ul>
<p><b>Co-animer avec des patients partenaires</b> (médiation)</p>	<p>Assurer une médiation entre professionnels et participants au programme (<i>Bilinguisme relationnel</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cadre d'intervention à définir</li> <li>Indemnisation/défraiement/rémunération à sécuriser</li> <li>Accompagnement administratif/droits (<i>ou faire relais</i>) des patients partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Charte/fiche rôle PP (<i>rôle, limites, confidentialité</i>)</li> <li>Modalités de valorisation et de défraiement précisées</li> <li>Temps de préparation et débrief systématiques</li> </ul>

### 3. Équipe et compétences mobilisées

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle
<b>Accompagner la professionnalisation des patients partenaires (PP)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Soutenir, financer la formation des patients partenaires (<i>ETP, Entretien Motivationnel, etc.</i>) si possible avec l'équipe</li><li>• Permettre aux patients partenaires de participer à des collectifs, de se réunir</li><li>• Intégrer les patients partenaires en tant que formateurs pour des sensibilisations/formations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risque d'essoufflement sans accompagnement</li><li>• Besoin de trajectoire claire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Penser un temps de formation PP + temps d'échanges entre PP</li><li>• Confier les missions de manière progressive et accompagnée (<i>coanimation → sensibilisation → formation</i>)</li></ul>

## 4. Publics concernés et conditions d'accès

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle <i>(attendus concrets)</i>
<p><b>Inclure toute personne volontaire</b> engagée dans une démarche de changement (<i>abstinence ou réduction</i>), <b>sans avoir besoin de prescription</b>, en distinguant le parcours ETP du "contrat de soin"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter entrée/retour dans parcours</li> <li>Limiter ruptures (<i>post-cure / retrait</i>) interface souple entre soins classiques et besoins réels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ETP est intégrée dans le parcours de soin, pour autant la démarche n'étant pas la même que dans les prises en soin, les règles posées peuvent être différentes (<i>notamment sur la question de la consommation</i>)</li> <li>L'ETP est bénéfique à toute personne souhaitant réfléchir à ses conduites</li> <li>Vigilance sur l'obligation de soin qui ne peut être pas un critère d'inclusion (inadéquation avec la démarche d'autodétermination)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir des modalités d'entrée "simples" (<i>contact direct</i>) expliciter "ETP ≠ soin"</li> <li>Formaliser les pauses et reprises sans jugement</li> </ul>
<p><b>Ouvrir à différents types d'addictions</b> (<i>substance et comportementales</i>) en cohérence avec l'expertise de l'équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adapter l'offre aux réalités des participants</li> <li>Éviter les segmentations artificielles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser les contenus et connaissances des intervenants avec les besoins du public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarifier le périmètre (<i>types d'addiction couverts</i>)</li> <li>Planifier la montée en compétence/actualisation des intervenants</li> <li>S'appuyer sur des ressources spécialisées si besoin</li> </ul>
<p><b>Vérifier au BEP la capacité à intégrer un groupe</b> et la pertinence du parcours ambulatoire (HDJ, libéral)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adapter l'orientation en fonction du parcours de soin</li> <li>Sécuriser le collectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprécier la pertinence d'une prise en charge ambulatoire post hospitalisation</li> <li>Troubles cognitifs</li> <li>Consommations incompatibles ou mettant en danger le groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formaliser les critères d'orientation vers l'ambulatoire ou l'hospitalisation</li> <li>Prévoir des alternatives (<i>individuel, orientation soin, reprise ultérieure</i>)</li> </ul>

## 4. Publics concernés et conditions d'accès

Recommandations	Objectifs poursuivis	Points de vigilance	Traduction opérationnelle <i>(attendus concrets)</i>
<p><b>Gérer l'hétérogénéité du groupe</b> (abstinents/non abstinents) et clarifier le cadre</p>	<p>Maintenir un espace sécurisant et non jugeant</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La diversité des situations de consommation (<i>abstinence ou non</i>) nécessite une attention particulière dans l'animation des groupes</li> <li>• Poser un cadre (<i>ex : possibilité d'une consommation tant qu'elle est compatible avec la participation avec la séance avant séance si cela fait partie des règles</i>)</li> <li>• Anticiper un potentiel retour sous emprise addictive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir des règles de groupe prenant en compte le risque de consommations avant les séances</li> <li>• Définir des critères d'exclusion :             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Consommation incompatible avec la participation au groupe (mettant en danger le groupe)</li> <li>◦ Troubles cognitifs incompatibles avec le groupe</li> <li>◦ Vigilance avec les obligations de soin (<i>l'obligation de soin ne peut pas être critère d'inclusion</i>)</li> <li>◦ Sessions spécifiques pour les adolescents et les adultes</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Prendre en compte les besoins des jeunes consommateurs en créant des sessions dédiées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter pédagogie et sécurité</li> <li>• Pertinence des échanges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tranche d'âge à clarifier pour les programmes jeunes</li> <li>• Faire le lien avec les consultations jeunes consommateurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir les tranches d'âge</li> <li>• Modules spécifiques</li> <li>• Partenariats (CJC, etc.)</li> </ul>

# Liste des participants au Groupe de travail à la mise à jour de ces recommandations

➔ **Amélie LARGET**

*Coordinatrice*  
Pôle régional de ressources en ETP  
Promotion Santé Bretagne

➔ **Léa STEFFGEN**

*Coordinatrice*  
UTEP CHU de Brest

➔ **Ronan LE MOING**

*Cadre supérieur de Santé,  
coordinateur ETP*  
EPSM Sud Bretagne

➔ **Didier Le REZOLLIER**

*Patient partenaire FPEA*  
France Patient Expert Addiction

➔ **Mathilde LEBRETON**

*Coordinatrice*  
Plateforme d'ETP T4

➔ **Sylviane LE ROUX**

*Patiente partenaire*  
Association Entraid'Addict 56

➔ **Gaëlle LEBOZEC**

*Coordinatrice*  
Plateforme ETP29

➔ **Peggy CACLIN**

*Coordinatrice*  
Plateforme d'ETP Cap Autonomie Santé

➔ **Véronique COADER**

*Cadre de santé*  
CSAPA l'Amarrage, CHU de Brest

➔ **Harmony BOURDON**

*Cadre de santé - Référente ETP*  
EPSM Sud Bretagne

➔ **Philippe SAYER**

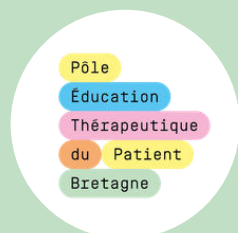
*Patient partenaire, CAMERUP*  
Addict'AIDE

➔ **Yannick LE GOUALLEC**

*Patient partenaire*  
Espoir Amitié 56 (coporteuse  
programme lib'addict)

➔ **Ludivine MESLE**

*Coordinatrice*  
Plateforme d'ETP Cap Autonomie Santé



Pôle Éducation

Thérapeutique

du Patient

Bretagne

Dispositif coordonné par  
Promotion Santé Bretagne  
4 A rue du Bignon - 35000 Rennes  
[www.poleetp.fr](http://www.poleetp.fr)