

Erratum à « L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? » [Med. Mal. Metab. 14 (2020) 207-213]

Xavier de la Tribonnière

Disponible sur internet le :

CHU de Montpellier, université de Montpellier, unité transversale d'éducation du patient (UTEF), Montpellier, France

Correspondance :

Xavier de la Tribonnière, CHU La Colombière, unité transversale d'éducation du patient (UTEF), 34295 Montpellier cedex 5, France.
x-delatribonniere@chu-montpellier.fr

Mots clés

Éducation thérapeutique
Médecine de la personne
Partenariat
Médecine intégrative

■ Résumé

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est rentrée depuis 2009 en France dans le code de la santé publique, et sa réglementation a été pensée comme une prestation supplémentaire intégrée dans le soin. Dans l'état actuel des choses, l'offre éducative incarnée par les programmes éducatifs structurés est de qualité et assure une efficacité très probable, vu les données de la littérature. Cependant, elle reste insuffisante au regard des 20 millions de personnes atteintes de maladies chroniques. Des adaptations sont nécessaires. Parallèlement, en raison de l'évolution des pratiques et de la nécessité de faire évoluer la médecine des maladies chroniques en ce début du 21^e siècle, l'ETP s'insère clairement dans une nouvelle médecine de la personne, du groupe, du partenariat, notamment avec des patients partenaires, et dans une médecine intégrative.

Keywords

Patient education
Personal medicine
Partnership
Integrative medicine

■ Summary

Since 2009, the therapeutic patient education (TPE) has entered the Public Health Code in France, and its regulation has been thought of as an additional service integrated into care. As things stand, the educational offer embodied by structured educational programs is of high quality and ensures effectiveness very likely, given the data in the literature. However, it remains insufficient compared to the 20 million people with chronic diseases. Adaptations are required. At the same time, due to the evolution of practices and the need to evolve the medicine of chronic diseases at the start of the 21st century, TPE clearly fits into a new personal, group and partnership medicine, especially with patient partners, and in integrative medicine.

DOIs des articles originaux :

[10.1016/j.mmm.2020.03.006](https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.03.006), [10.1016/j.mmm.2020.06.019](https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.06.019)

Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) apporte à la médecine une dimension pédagogique et psychologique, qui nécessite une formation spécifique. Elle demande à travailler ensemble, en équipe. Son objectif est d'aider le patient à mieux gérer sa maladie en lien avec son entourage, et sa finalité est de favoriser une vie meilleure avec la maladie chronique. Le patient a le droit de savoir, de choisir, de décider, d'agir, de contrôler et d'exister à travers sa maladie et son traitement. On passe de l'injonction à l'éducation, à la possibilité de décision partagée. Cette nouvelle approche dans la relation de soins avec la volonté de redonner du pouvoir au patient par l'éducation, évolue au fil du temps et semble aboutir maintenant à une nouvelle médecine plus holistique. Il s'agit d'une véritable révolution copernicienne de la médecine.

État des lieux de l'ETP en France

L'ETP se déploie fortement en France depuis sa consécration par la loi dite hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 et les décrets d'application de 2010, 2013 et 2015 [1-4]. À notre connaissance, notre pays est le seul à avoir légiféré sur ce point et fait entrer l'ETP dans le code de la santé publique.

Cette disposition réglementaire s'inscrit dans un historique ancien, puisque l'éducation du patient était déjà pratiquée implicitement depuis la première utilisation de l'insuline chez l'homme en 1922, ou au cours de l'épidémie de tuberculose, notamment dans les sanatoriums [5]. Suite à la publication pivot de Leona V. Miller et Jack Goldstein, parue dans le *New England Journal of Medicine* [6], le professeur Jean-Philippe Assal et son équipe de Genève (Suisse) ont innové en Europe en créant une école du diabète. Après la diabétologie, l'asthme et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les années 1980, nous constatons que l'ETP est inscrite dans les recommandations de bonnes pratiques de toutes les pathologies chroniques.

En effet, l'efficacité de l'ETP structurée a été maintes fois prouvée dans un grand nombre de pathologies chroniques, en

termes d'amélioration de la gestion de la maladie et, souvent, des aspects psychosociaux. Nous citerons notamment l'étude de Lager et al., qui regroupe les résultats de 35 méta-analyses, soit un total de 598 études représentant environ 61 000 patients dans huit pathologies chroniques. L'ETP y paraît bénéfique dans 64 % des cas, sans effet démontré dans 30 % des cas, et aux conséquences négatives dans 6 % des études [7]. Cette étude montre aussi que la structuration des activités éducatives est souvent mal, voire non décrite. Suite à une recherche bibliographique exhaustive de 1970 à 2014, Albano et al. montrent l'importance quantitative des publications (près de 80 000) en ce domaine [8]. Le professeur Jean-François d'Ivernois commente : « L'ETP apparaît comme une pratique maintenant scientifiquement légitimée. Si l'on met en parallèle l'évaluation de l'éducation du patient à celle de nouveaux médicaments, les preuves apportées sur l'efficacité de l'ETP sont très supérieures à celles obtenues pour ces médicaments » [9]. La Haute Autorité de santé (HAS) a fait quant à elle, une évaluation poussée des preuves d'efficacité et d'efficience de l'ETP [10]. Il apparaît que le niveau de preuve est souvent peu élevé, et que les données sur les démarches éducatives sont fréquemment insuffisamment décrites. Ceci avait également été montré par l'équipe genevoise, mais cette dernière avait souligné que lorsque la structuration d'un programme était élaborée, le taux d'efficacité augmentait à plus de 80 % [7].

Or, le schéma éducatif défini par la HAS en 2007 relève d'une structuration élaborée [11]. On peut donc supposer sans trop se tromper que les programmes d'ETP en France apportent un bénéfice réel au patient en termes d'acquisition de compétences à se soigner et à s'adapter à la maladie. En sus, considérant la satisfaction des patients, la démonstration n'est plus à faire, celle-ci étant très souvent des plus hautes [12,13].

En termes de recherche, la question actuelle est davantage celle de l'efficience que de la preuve d'efficacité [9]. Les modalités éducatives sont multiples, intégrant le numérique, et de nombreuses études restent à entreprendre en ce domaine.

Nous ne connaissons pas en 2020 le nombre exact de programmes d'ETP disponibles en France. Fin 2017, on en comptait près

Points essentiels

- L'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'inscrit dans une médecine de la personne, basée sur la bienveillance, l'autonomie et la responsabilité. Le collectif propre à l'ETP offre une opportunité pour le patient de sortir de l'isolement et de se sentir soutenu et compris.
- Le mouvement des patients et aidants partenaires prend de l'ampleur. Des définitions plus précises de ce/ces partenariats méritent d'être encore explorés, de même que le contenu de formations adéquates.
- L'ETP constitue une ouverture vers la médecine intégrative qui commence à apparaître en France.

ENCADRÉ 1

Nous avons mené une courte enquête auprès de 42 UTEP que nous avons répertoriées en France. En 2012, le nombre estimé d'UTEP en France était d'une quarantaine [18], il est probablement autour de 60 à 80 actuellement. L'objectif était de connaître le taux de progression du nombre de programmes d'ETP de 2017 à 2019, et d'explorer les interventions non médicamenteuses au sein des programmes. Les réponses attendues étaient subjectives (pas d'enquête spécifique demandée dans les établissements). Elle s'est faite par mail du 26 février au 4 mars 2020. Le taux de réponse a été de 62 % (26/42).

de 4100 [14], et en 2018, 4296 programmes autorisés étaient répertoriés [15]. Pour les besoins de cet article, nous avons réalisé une enquête informelle auprès de 26 Unités transversales d'éducation du patient (UTEp) (*Encadré 1*), et nous constatons une progression moyenne du nombre d'autorisations de programmes de l'ordre de 1 % de 2017 à 2018, et 3 % de 2018 à 2019 (respectivement en 2017, 2018, et 2019 : 539, 543, et 561 programmes ; progression lente, car des programmes n'ont pas été renouvelés lors de leur évaluation quadriennale). Aussi, nous proposons d'avancer une estimation grossière de 4500 programmes fin 2019. Si l'on considère une file active éducative moyenne de 50 à 100 patients par an et par programme, l'offre éducative nationale intéresserait donc entre 225 000 et 450 000 patients par an. Ces chiffres sont très éloignés des 20 millions de personnes atteintes de maladies chroniques en France. Pourtant, les équipes constatent une difficulté à recruter des patients [16]. Notons qu'entre 20 % à 60 % des patients accepteraient un programme lorsqu'il est proposé [17], sans doute par manque de visibilité de ce qu'est l'ETP dans le grand public, par manque d'explication des professionnels de santé, d'accessibilité, par peur anticipée de partager en groupe son expérience ou, tout simplement, parce que ce n'est pas le moment. Cette difficulté à recruter entraîne des frustrations importantes au sein des équipes.

La qualité des programmes d'ETP est élevée, et ce d'autant plus lorsqu'ils s'insèrent adéquatement dans le parcours de soin. Le temps de co-construction d'un programme est d'ailleurs long, en général de l'ordre d'une année, depuis l'initiative jusqu'au dépôt de la demande d'autorisation à l'Agence régionale de santé (ARS). Après l'autorisation, le début du programme demande encore une mobilisation élevée de l'équipe en termes d'organisation et de communication. Malgré ces difficultés, on constate que la dynamique de projet porté par l'équipe a un effet de cohésion important, qui accroît le fonctionnement interdisciplinaire [19,20]. Les professionnels de santé sont souvent très satisfaits de pratiquer l'ETP, même s'ils se plaignent fréquemment d'un manque de temps et de moyens. Ils aimeraient souvent faire plus et mieux. Les contraintes administratives liées à la demande d'autorisation et aux exigences d'évaluation, pourtant garantes de la qualité, sont souvent péniblement vécues. Au fil des années, on constate une véritable imprégnation des valeurs de l'ETP chez les soignants formés les plus investis, amenant à un changement identitaire progressif vers un statut de soignant-éducateur [21]. En pratiquant l'ETP, beaucoup disent qu'ils retrouvent les raisons pour lesquelles ils ont choisi leur métier de soignant. Certains arguent que ces temps éducatifs passés avec les patients sont des sas de respiration dans le flux tendu des activités quotidiennes de soins, et qu'ils apportent du sens à ce qu'ils font. Cette pratique éloignerait également du risque de surmenage professionnel ou de burn-out, malgré l'effort supplémentaire demandé très souvent à moyen constant.

Le changement identitaire est soutenu par la nécessité de formation. Même si le contenu des formations de niveau 1 (40 heures) n'est pas réglementairement précisé [22], les formations au fil du temps se révèlent de qualité et modifient petit à petit les mentalités chez les professionnels de santé, les portant à s'interroger sur la nature de la relation qu'ils ont avec leurs patients. La posture éducative alliant empathie, habileté en communication et psychologie positive, s'affirme et s'intègre volontiers dans le soin. Certains préfèrent le terme d'attitude éducative, qui a été bien caractérisée [23]. Malgré le fait que les paramédicaux portent l'ETP en grande partie, on constate la présence maintenant plus fréquente des médecins dans ces formations. Cette mobilisation médicale reste pourtant insuffisante au regard du rôle crucial du médecin dans le processus éducatif, d'initiateur, d'organisateur, et de prescripteur de l'ETP. Face à cette réalité bien visible dans le cercle des « ETPistes », beaucoup trop de professionnels manifestent encore une ignorance, une réserve, ou parfois une hostilité vis-à-vis de l'ETP, probablement par crainte du partage du savoir et du pouvoir. De plus, le turn-over des équipes ne facilite pas le maintien d'une culture et d'une activité éducative stable dans les unités [24]. Il existe un financement spécifique par le Fonds d'intervention régional (FIR). Les sommes allouées par le FIR ETP étaient, en 2018, de 84,2 millions d'euros [25]. Cependant, en raison des contraintes budgétaires dans les établissements de santé, le retour financier vers les équipes est souvent inexistant, les allocations devant compenser les charges salariales des professionnels travaillant en ETP. Les programmes fonctionnent donc très souvent à moyens constants. Pourtant, des postes de coordination de plusieurs programmes au sein d'un pôle, par exemple, pourrait grandement aider au fonctionnement général. Il en est différemment en ville, par exemple pour des associations ou des maisons de santé pluriprofessionnelles, pour qui les financements sont fléchés et compensent des dépenses engendrées. À ce propos, la structuration en programme reste difficile à mettre en place en ville. Les activités éducatives hors programmes, déjà très présentes dans les établissements de santé [26], paraissent plus adaptées dans les territoires. Globalement, les programmes et les activités éducatives hors programme peuvent répondre à la demande d'une ETP intégrée dans le soin et doivent être développés ensemble [27].

On constate une difficulté d'accessibilité en terme géographique, mais également en termes d'intelligibilité des discours, de littératie en santé [15,28]. Le patient participe d'autant plus aux activités éducatives qu'elles sont inscrites dans leur parcours de soins, sans nécessité de se déplacer spécifiquement. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à voir le taux d'absentéisme, parfois sans prévenir, des patients, notamment aux ateliers collectifs, que l'on peut estimer par expérience entre 10 et 30 % selon les cas. Ces renoncements de dernière minute entraînent une désorganisation et une altération de la motivation des soignants. De plus, lorsque le patient ne vient pas en

hospitalisation, le déplacement n'est pas pris en charge. Les horaires sont ceux des soignants, parfois peu adaptés aux patients ou aux aidants ayant une activité professionnelle. Le numérique pourrait sans doute aider, et comme les web ateliers éducatifs à distance [29].

La place des aidants est rendue davantage visible grâce à l'ETP. La réglementation rappelle l'importance d'inclure l'entourage [1]. De véritables parcours éducatifs sont maintenant plus fréquemment proposés aux aidants, notamment en pédiatrie, en gériatrie, et en psychiatrie. Cependant, ces parcours aidants ne sont en général pas financés (hors expérimentation spécifiques), le « P » de ETP étant interprété par beaucoup d'ARS comme exclusivement pour le « patient ».

ETP : vers une autre médecine

L'ETP a été pensée initialement comme une prestation supplémentaire, inscrite dans le soin. Mais au fil du temps, celle-ci devient-elle une nouvelle médecine, ou du moins s'insère-t-elle de façon privilégiée dans une nouvelle médecine du 21^e siècle ? Nous proposons de l'envisager au sein d'une médecine de la personne, d'une médecine de groupe, d'une médecine du partenariat, et de la médecine intégrative.

Médecine de la personne

Depuis 70 ans, la médecine basée sur la chimie, la chirurgie et la biotechnologie a permis des progrès spectaculaires en termes de santé de l'individu et des populations. La révolution numérique vient maintenant modifier toutes les organisations sociétales, y compris de la santé, en les optimisant, mais aussi en les bousculant. Le numérique offre des supports éducatifs supplémentaires très intéressants, comme des e-learning, des *Massive Open Online Course* (MOOC ; cours ouvert de formation à distance), des *serious games*, des objets connectés, des plateformes d'échanges ... [30]. Leur place et leur utilité restent à définir. Ces outils risquent également d'augmenter la « société du contrôle » dénoncée déjà par Foucault dans les années 1980. Ils portent à remplacer à terme, l'expertise humaine dans certains domaines comme la radiologie, le diagnostic médical ... Face à cette évolution, l'humanisme dans le soin prend toute son importance, comme interface entre le patient et la machine [31,32].

Parallèlement, l'individualisme contemporain demande à développer l'autonomie du citoyen et donc du malade. La personne exige de savoir ce que l'on fait pour elle et demande à être partenaire. Ces principes sont dans les gènes mêmes de l'ETP. La pratique de l'ETP peut donc favoriser une nouvelle médecine plus vaste mettant l'individu au centre du soin et même davantage, le portant à devenir partenaire de l'équipe pour ses soins. Elle se veut personnalisée, basée sur les besoins et les préférences du patient. Dans ce cadre, la prise en compte du patient est holistique, globale, intégrant ses conceptions, ses projets, et

même son développement existentiel. La visée peut aller jusqu'à ce que la personne « s'éveille à son entièreté » [33].

Cette médecine de la personne repose sur une relation juste avec le soignant, basée sur la confiance [34,35]. À l'heure où la défiance gagne du terrain partout dans nos sociétés, cette confiance se construit petit à petit, basée sur un respect mutuel et un haut degré de communication entre les individus, créant une atmosphère de satisfaction réciproque [36]. Les valeurs de l'ETP sont les garantes du maintien de cet humanisme réclamé : bienveillance, respect, autonomie, responsabilité, solidarité. Également, la temporalité du patient est prise en compte, avec une vigilance et une attention à saisir le « bon moment », le *kairos*, qui permet une éducation intégrée dans le soin, intersection entre le temps du soignant et le temps du patient.

Au décours de ces conversations entre patient et soignant [32], le patient trouve progressivement du pouvoir sur lui-même et sur son destin. C'est le principe de l'*empowerment*. Cette position renforcée permet d'accéder à une décision médicale partagée juste et équilibrée [37]. À partir de la norme médicale qui s'impose à tout soignant, le patient est progressivement accompagné à définir ses propres normes, son autonormativité [38].

Médecine de groupe

Même si l'ETP est souvent pratiquée en individuel, l'une de ses originalités repose sur le partage en groupe des connaissances, des compétences et des expériences de vie avec la maladie. Dans certains établissements, les groupes sont présents dans 80 % des programmes [13]. Au départ, il s'agissait de regrouper des patients afin de leur apporter un enseignement frontal qui permette un gain de temps pour les soignants. Très vite, dans une acceptation socio-constructiviste, le modèle de la formation continue, basé sur une pédagogie personnalisée et participative s'est imposé. Les débats se sont centrés sur les besoins des personnes et sur les échanges entre les participants, soignants et patients et patients entre eux [39].

Outre un enrichissement des acquisitions, les échanges favorisent une catalyse émotionnelle entre les personnes - pairs, qui aide à des prises de conscience, un accroissement de la conviction et de la motivation à évoluer, aboutissant à changer des comportements.

De cette expérience de groupe, émane souvent un profond sentiment de satisfaction et de réconfort, ainsi que d'appartenance à une communauté de malades, rompant ainsi le sentiment de solitude et d'isolement si profond dans le vécu de la maladie chronique.

L'ETP en groupe ne doit pas faire oublier l'importance des entretiens éducatifs individuel, qui assurent une personnalisation optimale et une intégration fluide du parcours éducatif dans le parcours de soins [27].

Médecine du partenariat

Le patient est partenaire en santé de deux façons :

Erratum à « L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? » [Med. Mal. Metab. 14 (2020) 207-213]

- pour ses propres soins ; c'est l'essence même de l'ETP que de favoriser cette collaboration avec l'équipe soignante ;
- pour participer aux soins des autres.

Il existe une polysémie sur le terme de patient partenaire, expert, ressource, co-intervenant, pair ... Ce terme n'est pas stabilisé, reflet probable de plusieurs réalités et degrés d'implication de ce partenariat, en lien avec la motivation, la formation, et les compétences du patient concerné. La caractérisation des compétences du patient partenaire sont de mieux en mieux explorées [40].

Réclamé à tout niveau dans les organisations sociétales, le partenariat soignant-soigné est soutenu par la loi de santé de 2016. Les formations sur le partenariat en santé se développent partout en France, dans les domaines de l'ETP, mais aussi de l'enseignement pour les étudiants en santé ou en formation continue des professionnels de santé. La réglementation en ETP demande la présence de patients dans la co-construction, la co-animation et la co-évaluation des programmes. Leur intégration au sein des unités se fait progressivement, non d'ailleurs sans certaines résistances [41]. La reconnaissance institutionnelle de ces actions de partenariat se pose, par la question des rôles, des statuts et des dédommagements ou rémunérations. La question de la professionnalisation de certaines activités portées par des patients s'impose progressivement, à l'instar des médiateurs de santé pairs.

Médecine intégrative

Outre que l'ETP amène une dimension pédagogique et psychologique nouvelle, elle permet aux professionnels de santé et aux patients partenaires de développer leur créativité.

D'après notre enquête auprès de 26 UTEP évoquée ci-dessus (*Encadré 1*), nous avons confirmation que les compétences psychosociales sont davantage exploitées dans les programmes ces dernières années. Pour ce faire, les interventions non médicamenteuses (INM) sont de plus en plus utilisées, comme des expériences permettant au patient de s'exprimer plus aisément et de développer des pratiques de préventions et de bien-être. Nous remarquons également que le désir des professionnels de s'y intéresser est fort (*Tableaux I et II*). Ces pratiques qui jusqu'alors étaient plutôt extrahospitalières, rentrent ainsi petit à petit dans l'enceinte des soins hospitaliers par le biais de l'ETP. Cette réalité rejoint celle que l'on observe en cancérologie avec les soins de support [42].

Ce mouvement va dans le sens de l'émergence d'une médecine intégrative. Le concept initial a été introduit en 1994 par Andrew Weil, puis s'est étendu à la notion de santé intégrative [42]. En Europe, l'adoption du *Berlin agreement* a constitué un point d'étape important [43], relayé en France en 2019 par l'Appel de Montpellier [44]. L'idée avancée est de promouvoir une médecine globale, universelle et humaniste, visant à répondre aux besoins du patient au sens large du terme. Il s'agit également d'une médecine de la personne. Le Collège des médecines

OÙ VA L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ?

TABLEAU I

Questions auprès de représentants de 26 unités transversales d'éducation du patient (UTEPS) sur la fréquence des compétences psychosociales et des interventions non médicamenteuses (INM) dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de leur établissement (réponses subjectives).

Questions	Intensités perçues par les UTEPs
Augmentation ces dernières années de la prise en compte des compétences psychosociales du patient dans les programmes d'ETP	7,73/10
Augmentation ces dernières années des INM au sein des programmes d'ETP	7,05/10
Augmentation ces dernières années de l'intérêt des soignants investis en ETP, pour les INM au sein des programmes d'ETP	7,69/10

TABLEAU II

Interventions non médicamenteuses repérées par les 26 unités transversales d'éducation du patient (UTEPS) dans au moins 1 programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) de leur établissement de santé.

Interventions non médicamenteuses	Occurrence dans au moins 1 programme d'ETP de l'établissement de santé
Activité physique	24 (92 %)
Sophrologie	15 (58 %)
Autohypnose	13 (50 %)
Peinture/dessin/collage	12 (46 %)
Méditation	9 (35 %)
Médecine narrative/récit de vie	7 (27 %)
Yoga	7 (27 %)
Gestion des émotions (autres méthodes)	5 (19 %)
Théâtre	5 (19 %)
Relaxation	4 (15 %)
Musicothérapie/chant	3 (12 %)
Danse	3 (12 %)

intégratives et complémentaires (CUMIC) la définit ainsi : « La médecine intégrative est l'association des médecines conventionnelles et complémentaires dans une approche scientifiquement validée, centrée sur le patient avec une vision

pluriprofessionnelle » [45]. Celle-ci amène une dimension plus humaine dans le soin, moins technique. Elle favorise la communication avec le patient, et préserve ou améliore son confort physique et psychique.

L'évaluation systématique des INM permet de tester leur efficacité dans des indications variées, à l'instar d'un produit médicamenteux. Mais la méthodologie d'évaluation est différente, car il s'agit ici d'interventions complexes [46]. L'ETP fait d'ailleurs partie elle-même de ces INM.

À l'heure des contraintes budgétaires multiples du système de soins, la diffusion de ces pratiques évaluées et confirmées pourrait constituer un réel progrès pour beaucoup de patients.

Conclusion

Même si l'ETP est pratiquée depuis plusieurs décennies, elle n'en constitue pas moins une pratique nouvelle en ce début de 21^e siècle, de par sa méthodologie structurée, telle que l'a définie la HAS en France et les arrêtés de la loi HPST. Cette

pratique de soin initialement conçue comme une prestation supplémentaire devient davantage intégrée dans le soin et évolue progressivement sur la demande des patients et des professionnels de santé. Ces derniers sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à plébisciter l'ETP, ils y retrouvent l'essence humaniste de leur profession accompagnant le patient et l'aidant dans sa vie avec la maladie. L'ETP prend une place de choix dans une nouvelle médecine qui se définit petit à petit, basée sur la personne, la confiance et le partenariat, intégrant des interventions non médicamenteuses, dans le cadre global d'une société numérique et technique.

Remerciements : l'auteur remercie pour leur relecture la Dr Anne Stoebner (UTEF, Institut du cancer de Montpellier), les membres de l'UTEF du CHU de Montpellier, et remercie également les UTEFs qui ont bien voulu participer à l'enquête.

Déclaration de liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°167 du 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- [2] Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. JORF n°0178 du 4 août 2010, page 14397, texte n°30. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664581&categorieLien=id>.
- [3] Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'Arrêté du 02 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. JORF N°0126 du 02 juin 2013, page 9239, texte N°3. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482106&categorieLien=id>.
- [4] Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. JORF n°0019 du 23 janvier 2015, page 1009. [Texte n° 19. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030135866&categorieLien=id>].
- [5] Sandrin B, Vincent I. Education thérapeutique du patient, retour vers le futur. Santé Éducation 2014;(4):20-3.
- [6] Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-91.
- [7] Lagger G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79:283-6.
- [8] Albano MG, de Andrade V, Léocadie M, d'Ivernois JF. Évolution de la recherche internationale en éducation du patient : une analyse bibliométrique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2016;8:10103.
- [9] d'Ivernois JF, De Andrade V. La recherche en éducation du patient : état et perspectives. In: *Livret des Actes de la 3ème journée sur la recherche en ETP*. Montpellier, 21 avril 2017. Montpellier: CHU de Montpellier; 2017p. 5-11 [<http://www.chu-montpellier.fr/fr/patients-et-visiteurs/education-therapeutique/>].
- [10] Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient (ETP). In: *Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques*. Guide méthodologique. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2018 [https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp].
- [11] Haute Autorité de Santé (HAS). Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2007 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_-_version_finale_2_.pdf].
- [12] Godot C, Robert JJ, Meux MC, et al. Évaluation quadriennale des 39 programmes d'éducation thérapeutique de l'hôpital Necker-Enfants malades: propositions d'amélioration pédagogique et organisationnelle. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2018;10:10401.
- [13] De la Tribonnière X, Lafitte P. Les évaluations quadriennales. *Santé Éducation* 2016;26(2):28-30.
- [14] Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.. Fonds d'intervention régional (FIR). Rapport d'activité 2017; 2018 [https://www.ars.sante.fr/system/files/2018-11/2018-11-18_FIR%20Rapport%20activites_2017_Vdef.pdf].
- [15] Huteau ME, Berger V, Hureau M, et al. Égal accès aux soins éducatifs en cancérologie en France : mythe ou réalité ? *Bull Cancer* 2019;106:1196-8.
- [16] Cohen JD, Combe B, Tropé S. Étude du recrutement de patients dans un programme d'éducation thérapeutique du patient atteint de polyarthrite rhumatoïde. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2018;10:20202.
- [17] Ackerman IN, Buchbinder R, Osborne RH. Factors limiting participation in arthritis self-management programmes: an exploration of barriers and patient preferences within a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52:472-9.
- [18] Chauvin F. Unités transversales d'éducation thérapeutique à l'hôpital. Résultats de l'enquête menée par l'Adfed. *Santé Éducation* 2013;5(1):16-20.

- [19] de la Tribonnière X, Gagnayre R. L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2013;5(1):163-76.
- [20] Moulairé V, Tonnerre D, Feral-Currière C, et al. Évaluation du fonctionnement interdisciplinaire d'équipes impliquées en éducation thérapeutique du patient par l'utilisation d'un questionnaire. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2017;9:10104.
- [21] Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : Réflexions et perspectives. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2012;4: S401-8.
- [22] Gagnayre R, d'Ivernois JF. Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014;6:10401.
- [23] Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, et al. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019;11:10501.
- [24] Lelorain S, Bachelet A, Bertin N, Bourgoin M. French healthcare professionals' perceived barriers to and motivation for therapeutic patient education: A qualitative study. *Nurs Health Sci* 2017;19:331-9.
- [25] Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Fonds d'intervention régional (FIR). Rapport d'activité 2018; 2019 [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_fir_2018.pdf].
- [26] de la Tribonnière X, El Mahjoub BA, Puech Samson I, et al. Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019;11:10201.
- [27] Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (Afdet). 20 idées pour réinventer l'ETP - Plaidoyer issu du séminaire des Utep du 10 octobre 2017. Paris: AFDET; 2018 [https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/12/plaidoyer_20_idees_pour_reinventer_l_etp.pdf].
- [28] Margat A. La littératie en santé en éducation thérapeutique: la mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019;11:20501.
- [29] Fabre S, Lamour E, Nadal N, Pers YM. La télémédecine au service de l'éducation thérapeutique : une expérience positive dans un programme sur la polyarthrite rhumatoïde. *Santé Éducation* 2016;26(3):8-12.
- [30] UTEP du CHU de Montpellier. Actes des 15èmes Journées régionales d'échanges sur l'éducation du patient, Montpellier, 29 et 30 mars 2018. Montpellier: CHU de Montpellier; 2018p. 1-81 [https://www.chu-montpellier.fr/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=205899&token=9875eba5eadb0ef42721e2df8c36f54e16cd503a].
- [31] Pon D. Numérique et Humanisme. In: Actes des 15èmes Journées régionales d'échanges sur l'éducation du patient. Montpellier, 29 et 30 mars 2018. Montpellier: CHU de Montpellier; 2018p. 5-7 [https://www.chu-montpellier.fr/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=205899&token=9875eba5eadb0ef42721edf8c36f54e16cd503a].
- [32] Reach G. Pour une médecine de la personne à l'ère du numérique. *Med Mal Metab* 2017;11:734-8.
- [33] Maffesoli M. De l'individu à la personne, le changement de paradigme de la société post-moderne. *Ethics Medicine and Public Health* 2016;2:568-73.
- [34] Grimaldi A. Où va l'Éducation Thérapeutique du Patient? *Med Mal Metab* 2017;11:606-7.
- [35] Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques : vers la 3^e médecine. Paris: Odile Jacob; 2017.
- [36] Bizouarn P. Le médecin, le malade et la confiance. *Éthique & Santé* 2008;5:165-72.
- [37] Reach G. L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Med Mal Metab* 2017;11: 22-7.
- [38] Barrier P. La blessure et la force. Paris: Presses Universitaires de France (PUF); 2010.
- [39] Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Med Mal Metab* 2008;2:425-31.
- [40] Gross O, Gagnayre R. What expert patients report that they do in the French health care system, and the competencies and personality traits required. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014;6(2):201-4.
- [41] Renquet M, Cohen JD, Tropé S. Perception des patients-experts par les bénéficiaires de programmes d'éducation thérapeutique du patient sur la polyarthrite rhumatoïde. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2017;9:10106.
- [42] Parrat E, François H, Courtois C, et al. Médecine intégrative. *Rev Mal Resp Actual* 2019;11:444-8.
- [43] Organizing Committee, World Congress on Integrative Medicine and Health. The Berlin Agreement : Self-Responsibility and Social Action in Practicing and Fostering Integrative Medicine and Health Globally. *J Altern Complement Med* 2017;23:320-1.
- [44] Appel de Montpellier, 28 mars 2019 - À l'attention des autorités publiques françaises et européennes. https://www.c2ds.eu/wp-content/uploads/2019/03/Appel-de-Montpellier-2019.pdf.
- [45] Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC). Collège Universitaire de Médecines Intégratives et Complémentaires [cité 29 févr 2020]. https://cubic.net/.
- [46] Ninot G. Démontrer l'efficacité des interventions non médicamenteuses : Question de points de vue. Montpellier: Collection Psychologie, Santé et Société, Presses universitaires de la Méditerranée; 2013.