

ETP : définition et généralités

X. de la Tribonnière, M. Albouy

Définition

L'ETP fait partie de l'éducation pour la santé. Elle s'adresse spécifiquement aux personnes atteintes de pathologie chronique, d'un handicap ou qui bénéficient d'un traitement complexe. De même, elle s'inscrit dans les préventions primaire, secondaire et surtout tertiaire, ou plus simplement, dans la prévention universelle qui inclut la prévention ciblée définie par San Marco [1] (voir chapitre 1).

Il n'y a pas de définition unanime de l'ETP. Nous choisissons de retenir celle proposée dans le rapport de l'OMS-Europe publié en 1998 [2] :

« 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, 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, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'objectif est donc de pouvoir accompagner le patient afin qu'il acquière le plus d'autonomie possible en lien équilibré avec les soignants et son entourage, et vive le mieux possible sa maladie, autant que faire se peut. Il doit pouvoir renforcer ses connaissances et sa compréhension de la maladie, ainsi que ses compétences dans la gestion au quotidien de sa pathologie et de son traitement. Il s'agit donc d'aider le patient « pour » qu'il adhère

non pas à une norme extérieure, mais bien « à » son projet thérapeutique singulier [3].

Historique de l'ETP [4, 5]

Du début du XX^e siècle aux années 1950, les traitements ne justifient pas en général d'explications compliquées. Il y a à cela deux exceptions notables :

- le diabète, pour lequel l'insuline a été découverte en 1921 ; des informations précises doivent alors être fournies aux patients, situation d'autant plus nouvelle et difficile qu'en tant que diabétiques asymptomatiques, ils ne se sentent pas « malades » ;
- la tuberculose (encadré 2.1) [6].

ENCADRÉ 2.1

Exemple d'une prise en charge holistique et éducative de la tuberculose dans les années 1950

Retour dans le passé : en 1955, la Sécurité sociale confie au Docteur J.-J. Hazemann la création et la direction d'un sanatorium en Eure-et-Loir, dans le château de Beauverrou. L'objectif assigné est de « guérir un pourcentage de malades le plus voisin possible de 100 % dans les délais les plus rapides, aux moindres séquelles ». À cette époque, les traitements antibiotiques existent mais l'observance des traitements et de la discipline de cure est problématique. Certains directeurs de sanatorium utilisent des mesures coercitives pour contraindre les patients à une discipline stricte. Les résultats sont désastreux : selon les sanatoriums, 30 à 50 % des pensionnaires sortent contre avis médical, et les malades refusent même le plus souvent d'entrer dans ces établissements. Le Docteur Hazemann, déjà fort expérimenté





en matière de traitement de la tuberculose, décide de s'y prendre autrement. Outre le traitement médical et le repos, les facteurs de réussite d'un séjour de plusieurs mois en sanatorium sont, selon lui, « l'éducation sanitaire permanente systématisée » et « la préparation d'un avenir meilleur » par une promotion de la personne malade sur tous les plans : physique, fonctionnel, psychique, culturel, moral, professionnel et social. La démarche qu'il suit est efficace et témoigne d'une éducation thérapeutique avant l'heure présente tout au long du séjour, indissociable des soins et répondant aux référentiels de qualité que nous connaissons actuellement, établis beaucoup plus tard par l'OMS (1998) et repris par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2007.

Source : Sandrin B, Vincent I. Éducation thérapeutique du patient, retour vers le futur. *Santé Éducation* 2014 ; 24(4) : 20-3 [6].

Aux États-Unis, les premiers programmes éducatifs sur le diabète et la tuberculose remontent à la fin des années 1940 et dans les années 1950, à Denver, à Boston et dans 18 hôpitaux relevant de la *Veteran Health Administration* [5, 7]. C'est en 1974 qu'ont été développés, sous l'égide de l'*American Diabetes Association*, des départements d'éducation à l'intention des patients diabétiques.

Au cours de la première moitié du XX^e siècle, les infirmières assument une fonction d'enseignement vis-à-vis des patients et de leur famille, notamment sur la nutrition, les conseils d'hygiène, la promotion de la santé, et délivrent des informations concernant les interventions médicales. Dans les années 1970, l'éducation du patient est reconnue comme une composante essentielle des soins infirmiers, comme l'établissaient déjà les travaux de F. Nightingale à la fin du XIX^e siècle.

En 1972, L. Miller montre que des patients diabétiques issus de milieux défavorisés de Los Angeles peuvent bénéficier avantageusement d'un transfert de compétences des soignants vers les patients [8]. En 1975, le Pr J.-P. Assal, diabétologue à Genève, crée une unité de « traitement et d'enseignement du diabète » : une éducation y est délivrée, intégrant la prise en compte du vécu du malade comme une source de connaissance et d'apprentissage pour lui et pour les soignants [9]. Dès lors, l'éducation du patient se développe dans d'autres maladies, en commençant par l'asthme,

la bronchopneumopathie chronique obstructive, les maladies cardiovasculaires et l'infection à VIH. Dans le cadre de cette dernière, le rôle des associations de patients, en termes de soutien, d'innovations et de forces de revendication de droits, est fondamental.

La Charte d'Ottawa, publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986, établit les principes de la promotion de la santé [10]. L'OMS-Europe définit quant à elle l'éducation thérapeutique du patient en 1998 [2]. Dans ces années-là, deux modèles d'éducation s'opposent, l'un qualifié de « médico-centré », dans lequel la « compliance » du patient est sollicitée, l'autre « patient-centré », axé sur la recherche de l'autonomie du patient. La notion d'*empowerment* apparue aux États-Unis relève de cette dernière acception. Rapidement, les contraintes issues de la gestion des maladies chroniques amènent à faire correspondre l'*empowerment* du patient aux attentes du système de soins. L'introduction du concept de démocratie sanitaire permet de rétablir un équilibre entre les demandes sociétales et la prise en compte éthique du bien-être, de la qualité de vie individuelle du patient [5].

En Europe, la France choisit de normaliser l'organisation de l'ETP selon une approche socio-constructiviste, en l'intégrant dans une loi de santé, tandis que la Belgique laisse l'organisation aux régions du fait de sa structure fédérale, et qu'en Suisse, l'organisation et le financement de l'éducation du patient dépendent d'assurances de santé privées (voir chapitre 25). Les Pays-Bas sont les premiers à reconnaître l'importance du rôle des associations de patients dans l'organisation des programmes éducatifs [11]. Les pays anglo-saxons, quant à eux, développent des modèles pragmatiques et comportementaux, fidèles à une approche davantage béhavioriste.

En France, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est votée en 2002, donnant au patient une place centrale dans les dispositifs de soins [12]. Douze ans plus tard, un rapport intitulé *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, paru en février 2014, propose des recommandations pour l'avenir [13].

En 2004, des lois relatives à la santé publique et à l'assurance maladie en France soulignent le nécessaire décloisonnement du système de soins et le caractère fondamental d'une politique de

prévention pour lutter contre la maladie, modifier les comportements à risque et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [14]. En avril 2007, est publié le « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » [15]. Dans la même direction, la HAS fait paraître en 2007 un guide méthodologique pour la structuration des programmes d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques dont certaines parties servent de recommandations professionnelles [16]. Puis, la loi « Hôpital patient santé territoire » (HPST) est votée en 2009 intégrant l'ETP dans le Code de la santé publique, et un décret d'application est publié le 2 août 2010, relatif à la mise en place de ces programmes éducatifs [17, 18]. Suite à cette réglementation, l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé (Inpes) publie en 2013, trois documents, respectivement un référentiel de compétences en ETP pour les praticiens, pour les coordinateurs de programmes d'ETP ainsi que pour les professionnels ayant en charge le pilotage et la promotion des politiques et des programmes d'ETP [19, 20]. Le décret du 31 mai 2013 en est directement inspiré, établissant une liste de compétences requises pour pratiquer l'ETP et pour coordonner un programme éducatif [21]. La HAS émet en avril 2012 des recommandations sur l'autoévaluation annuelle de ces programmes, et en 2014 sur l'évaluation quadriennale [22, 23]. Un arrêté régissant l'application de cette dernière est publié le 14 janvier 2015 [24].

La HAS introduit la notion d'activité éducative isolée ou ciblée dans la définition du critère 23a de la certification 2014 des établissements de santé [25, 26]. Cette définition a été précisée en 2015 [27] (voir chapitre 3).

Enfin, le décret du 30 décembre 2020 remplace le régime d'autorisation des programmes d'ETP par un régime de déclaration à compter du 1^{er} janvier 2021. Il prévoit en outre un dépôt par voie dématérialisée de la déclaration des programmes auprès des agences régionales de santé (ARS) et de la notification des modifications apportées à ces programmes. Il allonge également le délai au terme duquel le dossier de déclaration est réputé complet. Il crée enfin une sanction administrative, en remplacement de la sanction pénale préexistante, en cas de non-déclaration du programme d'ETP, de manquement aux exigences

réglementaires ou de mise en danger de la santé des patients [28]. L'arrêté du 31 décembre 2020 spécifie le cahier des charges de déclaration et la charte d'engagement pour les intervenants des programmes d'ETP [29].

Choix des mots « éducation » et « thérapeutique »

L'éducation thérapeutique du patient est donc une démarche qui consiste à aider le patient, s'il en est d'accord, à parvenir à une autonomie et une aisance qui le satisfassent, dans le cadre de la gestion de sa maladie chronique.

Le mot « éducation » suppose un apprentissage qu'il soit de l'ordre du savoir, du savoir-faire ou du savoir-être. Le mot thérapeutique indique que l'ETP est inscrite dans le soin. L'éducation thérapeutique du patient inclut donc la notion d'apprentissage mais aussi d'accompagnement psychosocial aboutissant à l'autonomie et au « bien vivre » avec la maladie.

L'éducation ne se limite donc pas à l'information. Cette dernière est centrée sur le contenu, le conseil est centré sur celui qui le délivre, alors que l'éducation est centrée sur la personne.

Le processus éducatif se situe entre l'information simple qui est diffusée indifféremment à tout le monde, et la persuasion de l'individu qui, de ce fait, n'est pas forcément respecté dans ses choix propres (figure 2.1).

Les représentations de tout un chacun vis-à-vis du mot « éducation » et du mot « thérapeutique » ne sont pas uniformes, aussi bien pour les soignants que les patients [30] (voir chapitre 5). Le mot éducation peut résonner positivement auprès de certaines personnes qui trouvent valorisant cette possibilité de plus grande maîtrise de leur vie. D'autres se sentent renvoyées par ce mot à la notion de scolarité, parfois d'échec scolaire, de norme plaquée, de cadrage, de prise de pouvoir voire de rééducation. Ces représentations peuvent donc être négatives. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent remplacer le mot éducation par celui de formation, d'accompagnement ou d'alliance thérapeutique.

Aucun mot n'apparaît parfait pour désigner ce processus. Il s'agit de prendre conscience des

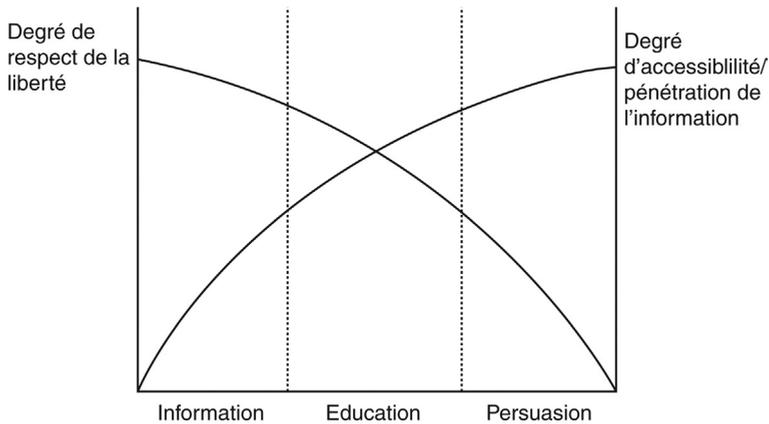


Figure 2.1. Rapports entre information, éducation et persuasion.

Source : Bury JA. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications.* Bruxelles : De Boeck Université ; 1992. 236 p.

représentations du patient, de son entourage, mais aussi des siennes propres en tant que soignant et celles de ses collègues dans l'équipe. Une explicitation sur les intentions est souvent nécessaire et permet de trouver un terrain d'entente sur les finalités et les objectifs de l'action [30].

Valeurs sous-jacentes à l'ETP

Les valeurs sur lesquelles repose la démarche éducative sont l'humanisme, la dignité, le partenariat, l'autonomie, la responsabilité de la personne malade ou aidante et l'équité dans l'offre proposée par le système de santé. Les valeurs d'autonomie et de responsabilité sont à souligner, et soutiennent le rôle actif du patient. Ces valeurs se retrouvent dans ce que l'on nomme la « médecine de la personne », ou la « médecine humaine », qui implique une considération globale de l'être en face de soi, dans tous ses aspects [31].

Construire une démarche éducative suppose une réflexion éthique et déontologique sur les choix qui vont la fonder. « C'est dans la reconnaissance du sujet comme auteur de sa vie qu'une action en santé publique peut être construite », comme le rappelle P. Lecorps [32] (voir chapitre 5).

Ces choix affirment les droits du patient à une prise en charge et à une protection de son état de santé, à l'information, à des soins de qualité, à leur accessibilité, à la dignité et au respect de la liberté individuelle.

Des activités éducatives à la structuration de l'ETP en programme

Programmes d'ETP

L'ETP en France a été organisée sous la forme de programmes structurés [16, 17]. Ils s'adressent aux patients atteints de **maladies chroniques ou porteurs de handicap, ou dans des situations de traitements complexes** (hépatite C, maladie tuberculeuse, etc.).

Une maladie chronique est caractérisée par sa longue durée et son évolutivité. Elle est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Il peut s'agir de maladies courantes comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, etc., mais aussi de maladies rares comme la mucoviscidose, la drépanocytose ou les myopathies, comme il peut s'agir aussi de l'infection à VIH, de cancers et de troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, troubles bipolaires), etc. La durée minimale d'évolution de la maladie chronique est classiquement de plusieurs mois (au moins 3 à 6 mois), avec un retentissement sur la vie quotidienne.

La structuration a été définie par la HAS en 2007, reprise dans la loi HPST de 2009, avec des décrets d'application en 2010 et après (16-18, 21, 24, 28, 29) (voir chapitres 3, 11 et 12).

Certaines situations transversales qui ne sont pas des pathologies en tant que telles, sont aussi concernées, comme la polyopathie, le risque de chute chez la personne âgée, les stomies, les douleurs chroniques, etc. Cependant, ces situations n'étant pas prises en compte dans la liste des 30 affections de longue durée (ALD) [28, 29], un tel programme peut être refusé à déclaration par certaines ARS.

Activités éducatives ciblées ou isolées, hors programme

À l'occasion de l'organisation de la certification des établissements de santé en 2014, la HAS a défini dès 2013, les activités éducatives isolées ou ciblées [25, 26]. Elles correspondent à un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large. En pratique, il convient de :

- **évaluer le besoin éducatif**, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences ;
- **proposer au patient un cadre pour l'apprentissage d'une compétence** définie au préalable, un déroulement et un contenu précis sur un temps suffisamment long pour utiliser des méthodes interactives permettant au patient de manipuler, s'exercer, être mis en situation de résoudre des problèmes ;
- **s'assurer de l'acquisition de la compétence** et des conditions de réalisation dans la vie quotidienne, donner et recevoir du feedback : reformulation, mise en situation, observation et retour de la part du soignant et du patient.

En guise d'exemple, plusieurs situations sont citées, que nous reprenons brièvement [27]. Elles relèvent de la connaissance ou la compréhension de la maladie ou des traitements, de leur adaptation en fonction de certaines situations de vie, de l'utilisation d'une technique ou de l'apprentissage d'un geste, de l'apprentissage d'une autosurveillance ou d'une autre mesure, d'une conduite à tenir en cas de signe d'alerte, de l'adaptation d'une nouvelle hygiène de vie, de la bonne utilisation du système de santé, de l'analyse d'incidents ayant amené par exemple aux urgences.

D'après un recensement récent de ce type d'activités [33], beaucoup paraissent présenter une certaine structuration. Aussi, cela nous amène à préférer le terme d'activité éducative hors programme (AEHP) qui peut inclure de ce fait, des parcours éducatifs hors programme.

Les AEHP représentent une réelle opportunité de développer l'ETP dans les établissements de santé et sur le territoire :

- patients atteints de maladies aiguës, ou bien chroniques, possiblement hors ALD 30. Cela peut également inclure les programmes de psychoéducation en psychiatrie ;
- format moins lourd à développer, prenant beaucoup moins de temps à créer, sans contrainte administrative, particulièrement adapté à la ville mais aussi aux établissements de santé ;
- format adapté en cas de faible file active de patients (ex. : maladies rares, orphelines...), ce qui évite de créer un programme lourd pour peu de patients ;
- opportunité de diffuser davantage les compétences à pratiquer l'ETP, intégrée dans le soin ;
- valorisation de la qualité des soins, notamment utile dans la certification des établissements de santé.

Il est possible de trouver un financement à ces activités, en recourant dans les établissements de santé, aux hôpitaux de jours (HDJ), selon les nouvelles procédures en 2020 [34].

Un recensement régulier de ces AEHP gagne à être réalisé dans les établissements de santé notamment, afin de faire valoir cette ETP souvent peu visible (encadré 2.2).

ENCADRÉ 2.2

Expérience de recensement des AEHP au CHU de Montpellier entre 2014 et 2017

À l'occasion de la certification en 2015 du CHU de Montpellier, une enquête a été réalisée par l'UTEP, initiée en 2014 puis complétée jusqu'en 2017, afin de recenser de façon non exhaustive les AEHP. En 2016, 92 AEHP et 23 programmes de psychoéducation ont été mis en évidence. Beaucoup d'AEHP présentaient une qualité de structuration intéressante. Deux tiers d'entre elles concernaient des maladies ou situations pathologiques chroniques, un tiers des maladies ou situations aiguës. Davantage que des acti-



vités éducatives isolées et ciblées, de véritables petits parcours éducatifs étaient ainsi mis en évidence, avec une structuration inspirée de celle des programmes, mais plus légère. Au final, un continuum était mis en évidence entre ces AEHP et les programmes d'ETP. Plusieurs d'entre elles sont devenues plus tard des programmes.

Source : de la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Puech Samson I, Benslimane F, Petit R. Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2019 ; 11(1) : 10201 [33].

Références et pour en savoir plus

Les références peuvent être consultées en ligne à l'adresse suivante : <http://www.em-consulte.com/e-complement/477885>

- [1] Bourdillon F. Traité de prévention. Paris : Médecine sciences Flammarion ; 2009.
- [2] Organisation mondiale de la santé (OMS). Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. OMS ; 1998.
- [3] Boutinet JP. Anthropologie du projet. 2^e éd. Paris : PUF ; 2018. p. 464.
- [4] Chambouleyron M, Lasserre-Moutet A, Lagger G, Golay A. L'éducation thérapeutique du patient, quelle histoire ! *Med Mal Metab* 2013;7:543-7.
- [5] Tourette-Turgis C. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs* 2014;35:11-48.
- [6] Sandrin B, Vincent I. Éducation thérapeutique du patient, retour vers le futur. *Santé Éducation* 2014;24(4):20-3.
- [7] Bartlett EE. Historical glimpses of patient education in the United States. *Patient Educ Couns* 1986;8(2):135-49.
- [8] Miller LV, Goldstein V. More efficient care of diabetic patients in county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972 ; 286:1388-97.
- [9] Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3^e éd. Paris : Maloine ; 2011. p. 220.
- [10] Organisation mondiale de la santé (OMS). 1^{re} Conférence internationale pour la promotion de la santé. Ottawa : OMS ; 1986.
- [11] van Ballekom K. L'éducation du patient en hôpital : l'autonomie du patient, de l'information à l'éducation. Une étude sur l'éducation du patient en hôpital. Pratiques et politiques en Belgique, Royaume-Uni, France et Pays-Bas. Conclusions et recommandations pour la Belgique. Godinne : Centre d'éducation du patient ; 2008.
- [12] Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [13] Compagnon C. Rapport. Pour l'an II de la Démocratie sanitaire [Internet]. 2014. 260 p. Disponible en ligne (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf).
- [14] Loi no 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
- [15] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011.
- [16] Haute Autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. 109 pages [Internet]. 2007. Disponible en ligne (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf).
- [17] Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [18] Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- [19] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme [Internet]. 2013. Disponible en ligne (https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/R%C3%A9f%C3%A9rentiel_comp%C3%A9tences%20pour%20dispenser%20ETP_guide%20INPES.pdf).
- [20] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Référentiel de compétence pour les coordonnateurs de programme [Internet]. 2011. Disponible en ligne (<https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Referentiel%20competences%20coordonner-ETP-INPES.pdf>).
- [21] Décret no 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
- [22] Haute Autorité de santé (HAS). Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient. Guide pour les coordonnateurs et les équipes [Internet]. 2014. Disponible en ligne (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/evaluation_annuelle_maj_juin_2014.pdf).
- [23] Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation [Internet]. 2014. Disponible en ligne (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1748115/fr/evaluation-quadiennale-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-une-demarche-d-auto-evaluation).
- [24] 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.
- [25] Haute Autorité de santé (HAS). Guide méthodologique à destination des établissements de santé. Certification V2014. 104 pages. 2014.
- [26] Haute Autorité de santé (HAS). Outil d'aide au questionnement sur le critère 23a. Éducation thérapeutique du patient. 2013.
- [27] Haute Autorité de santé (HAS). Fiche 2. Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique. Dans « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi Outil d'amélioration des pratiques professionnelles » [Internet]. 2015. Disponible (https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_2_etp.pdf).
- [28] Décret n° 2020-1832 du 31 décembre 2020 relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- [29] Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010

- modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Légifrance [Internet]. Disponible en ligne. (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000042845767>).
- [30] 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.
- [31] Reach G. *Pour une médecine humaine*. Paris : Hermann ; 2022. p. 450.
- [32] Lecorps P. Au-delà de la morale, une éthique du sujet. *La Santé de l'homme* 2000 ; 345 : 30-1.
- [33] de la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Puech Samson I, Benslimane F, Petit R. Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019;11(1):10201.
- [34] Ministère de la Santé et de la Prévention. Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.