

## Éducation thérapeutique hors programme : recensement et réflexion sur des critères de qualité

Xavier de la Tribonnière<sup>1,\*</sup>, Brigitte Ait El Mahjoub<sup>1</sup>, Isabelle Puech Samson<sup>1</sup>, Fadoua Benslimane<sup>1</sup> et Rahmouna Petit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UTEP, CHU de Montpellier, université de Montpellier, Montpellier, France

<sup>2</sup> Pôle psychiatrie, CHU de Montpellier, Montpellier, France

Reçu le 26 juin 2018 / Accepté le 10 septembre 2018

**Résumé – Introduction :** Les activités éducatives ciblées ou hors programme (AEHP) ont été définies par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la certification V2014 des établissements de santé. **Méthode :** Une enquête de terrain visant à recenser des AEHP a été réalisée au CHU de Montpellier. Nous avons d'abord identifié les AEHP de 2014 à 2017. Puis nous avons exploré leur structuration en demandant à des professionnels de santé (PS) de renseigner un questionnaire. Enfin, un travail collectif a été réalisé sur des critères de qualité pour une structuration des AEHP. **Résultats :** En janvier 2015, 84 AEHP ont été recensées, réévaluées à 92 en 2016. Sur 92 PS sollicités, 42 ont accepté l'entretien (46 %) en 2016–2017. On retrouvait : 67 % d'AEHP pour des maladies chroniques et 33 % pour des maladies aiguës, file active globale de 20 348 patients (5–50 000, médiane = 80), en augmentation (71 %), contenu éducatif plurithématique, pluriprofessionnalité (> 1 PS : 74 %), formation ETP 40 h (67 %), évaluation initiale des besoins du patient (90 % mini-diagnostic éducatif (DE)), supports éducatifs fréquents (83 %), rendu écrit de l'AEHP (76 %), autoévaluation annuelle (71 %). En 2017, on comptait dans le pôle de psychiatrie 23 offres de psychoéducation, hors ETP. Une liste de 10 critères de qualité pour structurer les AEHP est proposée : développer les compétences en ETP, > 1 PS portant l'AEHP, mini-DE, ≥ 1 outil pédagogique, traçabilité, écrit pour médecin traitant et patient, rendre visible les AEHP dans l'équipe, impliquer l'encadrement médical et paramédical, autoévaluer une fois par an l'AEHP, valoriser les AEHP dans l'institution. **Conclusion :** Il existe un continuum entre AEHP et programme d'ETP, ainsi qu'une complémentarité. La mise en visibilité et l'augmentation de la qualité des AEHP seraient profitables au patient et au développement de la culture éducative.

**Mots clés :** éducation thérapeutique / ETP / activité éducative / programme éducatif / offre éducative

**Abstract – Non-program educational activities: census and reflection on quality criteria.** **Introduction:** Targeted educational activities (or non-program educational activities (NPEA)) have been defined by the French High Authority of Health (HAH) for the V2014 certification of health facilities. **Method:** A field survey to identify NPEA was conducted at the Montpellier University Hospital Center. We first identified the NPEA from 2014 to 2017. Then, we explored their structuring in 2016 and 2017, by asking health professionals (HPs) to fill in a questionnaire. Finally, a collective work was done on quality criteria for structuring NPEA. **Results:** In January 2015, 84 NPEA were identified, reassessed at 92 in 2016. Out of 92 HP, 42 accepted the interview in 2016–2017 (46%). We found: 67% of NPEA aimed for chronic diseases, 33% for acute diseases; overall active file = 20 348 patients (5–50 000, median = 80), increasing (71%), plurithematic educational content, multiprofessional interventions (> 1 HP: 74%), training in patient education (TPE) (67%), initial assessment of patient's needs (90% mini-educational diagnosis, educational materials (83%), written report of the NPEA (76%), annual self-assessment (71%). In 2017, 23 educational offers of psychoeducation have been developed (not TPE programs) in the psychiatric center. A list of 10 quality criteria to structure NPEA are proposed: developing skills in TPE, > 1 HP carrying the NPEA, mini-ED, ≥ 1 teaching tool, collecting written educational data, giving an information letter for the general practitioner and the patient, make the

\*Auteur de correspondance :

[x-delatribonniere@chu-montpellier.fr](mailto:x-delatribonniere@chu-montpellier.fr)

NPEA in the team visible, involving medical and paramedical team in the NPEA, self-assessing the NPEA once a year, promoting the NPEA in the institution. **Conclusion:** There is a continuum between NPEA and TPE program, as well as complementarity. The visibility and increase in quality of NPEA would be beneficial to the patient and to the development of the educational culture among HP.

**Key words:** patient education / self-care / self-management / educational activity / educational program / educative offer

## 1 Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est organisée en France sous la forme de programmes structurés portés par des équipes de professionnels de santé. Sa promotion est réglementairement assurée par son inscription dans le Code de la santé publique depuis la promulgation de la loi HPST de 2009 [1], traduite par des décrets et des arrêtés émis entre 2010 et 2015 [2–4].

La Haute Autorité de santé (HAS) a défini en 2007 l'ETP comme une aide aux patients pour acquérir ou maintenir plusieurs compétences dont ils ont besoin pour mieux vivre avec leur maladie chronique, et gagner en autonomie. Sa mise en œuvre s'appuie sur un programme structuré dès que la situation du patient nécessite une intervention pluriprofessionnelle [5].

D'après le rapport de 2014 du Fond d'intervention régional (FIR), il existait en France 3950 programmes d'ETP [6]. En faisant l'hypothèse d'une file active moyenne par programme de 100 patients, 500 000 personnes environ bénéficieraient actuellement d'une éducation structurée chaque année, alors que 15 millions de personnes souffrent en France de maladies chroniques et que 10 millions bénéficient d'une prise en charge « affection de longue durée » (ALD). D'autre part, 70 % des programmes sont portés par des établissements de santé [7], alors que la loi de santé 2016 impulse clairement un virage ambulatoire des soins [8]. Malgré le fait que les programmes d'ETP constituent déjà une formidable avancée dans la promotion de l'éducation du patient, leurs formats se révèlent dans certains cas problématiques. Cela se traduit entre autres par une lourdeur d'organisation, un manque de moyens et un défaut d'accessibilité [6,9].

Or, la pratique de l'ETP ne se limite pas aux seuls programmes d'ETP. Elle s'étend aux activités éducatives isolées, intégrées dans le soin, dont la structuration est peu visible. Celles-ci sont souvent évoquées dans les discours des professionnels et experts en ETP, mais elles sont peu mises en évidence. Il a fallu la définition qu'en a faite la HAS en 2014 dans le cadre de la certification V2014 des établissements de santé [10,11], puis dans le cadre de la description du parcours éducatif du patient [12], pour les reconnaître : « une activité éducative ciblée sur l'acquisition d'une compétence permet à une personne ou à son entourage, de participer aux suites des traitements et des soins à domicile ou dans son lieu de vie » [11].

Au CHU de Montpellier, le processus de la certification mené à terme en février 2015 nous a amenés à nous intéresser plus particulièrement à ces démarches hors programme. À côté des 43 programmes actuellement autorisés en décembre 2017, et des 15 programmes en construction, beaucoup d'activités éducatives hors programmes (AEHP) sont réalisées mais sont peu visibles. Cette situation nous a conduits à initier deux enquêtes successives afin de les répertorier et de mieux les qualifier. À partir de ces résultats, nous avons mené une réflexion sur de possibles critères de qualité qui pourraient s'appliquer à ces AEHP.

## 2 Méthode

### 2.1 Définition des activités éducatives

Nous reportons dans le tableau ci-contre, la définition de la HAS des activités éducatives ciblées et des programmes d'ETP (Tab. 1) [10–12]. Le domaine des activités ciblées paraît plus ou moins large. Elles s'appliquent logiquement aux maladies chroniques, mais aussi aiguës. Elles doivent faire l'objet d'un consensus entre les soignants de l'équipe, avec un temps dédié et différencié. Des compétences pédagogiques sont requises pour leur réalisation. De ce fait, loin d'un simple discours frontal et cognitif, il s'agit d'une acquisition de compétences qui exige donc une évaluation. La démarche ciblée doit ainsi être structurée *a minima* pour rendre compte d'une qualité favorisant un bon apprentissage du patient.

- En guise d'exemple, plusieurs situations sont citées [12] :
- apprentissage d'une autosurveillance, automesure, auto-évaluation : repérage de signes ou symptômes d'alerte, mesure de la glycémie, de la pression artérielle, de symptômes respiratoires, du poids, des œdèmes, auto-examen des pieds, analyse de résultats d'examen, suite de soins après une chirurgie ambulatoire ;
  - gestion quotidienne des traitements médicamenteux ;
  - application d'une conduite à tenir face à un signe d'alerte, une crise : plan de traitement, recours à bon escient à un professionnel de santé, au service des urgences, technique de verticalisation après une chute, développement d'un sentiment de sécurité face à la maladie ;
  - apprentissage d'une pratique ou technique de soin avec ou sans utilisation d'un appareillage : injection d'insuline, manipulation du débitmètre de pointe, réfection d'un pansement simple, apprentissage des déplacements et/ou changements de position ;
  - changements du mode de vie : mise en œuvre d'exercices physiques ou d'une activité physique, d'un équilibre alimentaire ;
  - adaptation de sa thérapeutique à un autre contexte de vie : voyage, sport, grossesse ;
  - adaptation à la maladie : faisabilité d'un projet de vie personnelle, professionnelle, familiale ;
  - préparation à une participation à un programme d'ETP : expliquer les buts de l'ETP, ses bénéfices, et débiter par l'apprentissage d'une compétence de sécurité ;
  - compréhension de la maladie, mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins ;
  - compréhension et utilisation des ressources du système de santé pour prendre soin de soi : accès, compréhension, utilisation, interactions avec les professionnels ;
  - analyse avec le patient de divers incidents, en particulier celui qui l'a amené aux urgences ou à consulter en dehors d'un suivi planifié ;

**Tableau 1.** Définitions d'une activité éducative ciblée et d'un programme d'éducation thérapeutique, d'après la Haute Autorité de santé (HAS) [12].**Table 1.** Definitions of a targeted educational activity and a therapeutic education program, according to the French High Authority of Health [12].

Activité éducative ciblée	Programme d'éducation thérapeutique
<p>C'est 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</p> <p>En pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer le besoin éducatif, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences</li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> </ul>	<p>Un programme personnalisé d'ETP fondé sur une évaluation des besoins éducatifs aboutit au choix avec le patient des compétences à développer et à prioriser dans le cadre d'une maladie chronique</p> <p>Plusieurs séances en groupe ou individuelles ou en alternance aident le patient et/ou ses proches à acquérir des compétences d'autosoins et des compétences d'adaptation en lien avec la stratégie thérapeutique et le projet de vie du patient</p> <p>Mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle formée à l'ETP, le programme peut s'étendre sur une durée de plusieurs mois. Il mobilise des ressources éducatives variées et nécessite un partage d'informations nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou au suivi du patient</p> <p>Plusieurs offres d'ETP peuvent être proposées au patient tout au long de sa vie avec la maladie chronique</p> <p>En pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation individuelle des besoins éducatifs aboutissant à formuler avec le patient les compétences à acquérir en reconnaissant et tenant compte des connaissances de départ de la personne, du vécu et des représentations de la maladie, des symptômes et des traitements</li> <li>• Priorisation des compétences d'autosoins et d'adaptation négociées et acceptées par la personne, en particulier l'ordre dans lequel ces compétences vont être acquises et mises en œuvre</li> <li>• Sélection des contenus et des modalités pédagogiques adaptées aux besoins éducatifs, attentes et préférences de la personne en tenant compte des ressources locales. Choix de ressources éducatives qui favorisent l'implication de la personne, facilitent ses apprentissages</li> <li>• Évaluation des compétences acquises permettant de reconnaître les efforts de la personne, développer ses capacités d'autoévaluation et réajuster le cas échéant</li> <li>• Organisation d'un suivi éducatif régulier qui aide la personne à maintenir ses compétences tout au long de la maladie, à les renforcer ou à les actualiser ou à en développer d'autres au regard de l'évolution de l'état de santé</li> <li>• Réévaluation des besoins éducatifs systématique lors de toute évolution de l'état de santé et du risque encouru par la personne à court terme</li> </ul>

– soutien des apprentissages ou maintien des compétences d'autosoins ou d'adaptation à la maladie dans le cadre de l'organisation d'un suivi éducatif régulier après une offre d'ETP initiale.

Au vu du spectre étendu des activités éducatives ciblées ainsi définies, et de l'exigence d'un certain niveau de structuration, nous prendrons le parti de désigner dans notre étude, ces activités éducatives que nous avons recensées et analysées, plus généralement « d'hors programme » (AEHP).

## 2.2 Méthodologie de l'enquête

L'unité transversale d'éducation du patient (UTEP) du CHU de Montpellier a mené cette enquête qui comportait trois étapes.

### 2.2.1 Recensement des AEHP en 2014–2017

Dans le cadre de la certification V2014 du CHU de Montpellier, il a été demandé à l'UTEP de répondre au critère 23a. L'objectif était alors de recenser l'éducative dans son

entier, sous la forme de programmes et d'activités hors programme [11].

Concernant les AEHP, la méthode choisie a été la conduite d'une enquête non exhaustive exploratoire et déclarative, auprès des professionnels qui nous paraissaient les mieux placés pour pouvoir y répondre (coordonnateurs de programmes d'ETP, correspondants en ETP (réseau interne de professionnels de santé ayant un diplôme universitaire en ETP [13]), responsables d'équipes, médecins et cadre de santé (CDS)). Nous nous sommes aussi appuyés sur un recensement des activités éducatives réalisé au CHU en 2007 [14].

Une actualisation de ce recensement a été faite en mars 2016 selon la même méthodologie, puis en mars 2017, spécifiquement sur les AEHP en psychiatrie, intégrant des offres de psychoéducation.

### 2.2.2 Enquête exploratoire sur la qualité des AEHP en 2016–2017

L'objectif a consisté à explorer plus finement le contenu de ces AEHP et leur qualité.

Un questionnaire a été construit par l'UTEP en tenant compte des critères évoqués dans la définition des activités ciblées faite par la HAS en 2014 et 2015 [11,12], ainsi que de ceux nécessaires pour la structuration des programmes d'ETP [5]. En tout, 29 questions structurées (en majorité fermées) ont été posées. Nous tenons à disposition ce document pour les lecteurs intéressés (adresser une demande par mail : [x-delatribonniere@chu-montpellier.fr](mailto:x-delatribonniere@chu-montpellier.fr)).

L'enquête s'est déroulée au CHU de Montpellier selon un mode semi-directif par des entretiens en présentiel ou par téléphone. Il était proposé aux professionnels de remplir avec l'enquêteur le questionnaire avec la possibilité pour eux de commenter chaque réponse.

La proposition d'entretien s'est faite par mail auprès des professionnels reconnus ou supposés porteurs d'AEHP lors de l'enquête précédente, ainsi que des coordonnateurs des programmes autorisés ou en construction et le réseau des correspondants en ETP.

Les enquêteurs étaient membres de l'UTEP ou stagiaires en ce lieu.

### 2.2.3 Réflexion sur des critères de qualité des AEHP

À l'issue des résultats préalablement établis, l'UTEP a mené dès 2014 avec des correspondants en ETP, une réflexion sur de possibles critères de qualité de ces activités. Celle-ci s'est approfondie à l'occasion des présentations des résultats des deux étapes de cette étude, lors des 14<sup>e</sup> Journées régionales d'échanges sur l'éducation du patient à Montpellier en 2016 [15], et de la XX<sup>e</sup> journée de l'IPCEM à Paris en 2017 [16]. Une confirmation et un enrichissement de cette exploration se sont faits à l'occasion d'un atelier réflexif réunissant des responsables d'UTEP et de structures équivalentes, au 3<sup>e</sup> séminaire national des UTEP à Lyon, le 10 octobre 2017 [17].

## 3 Résultats

### 3.1 Recensement des AEHP 2014–2017

Le recensement s'est déroulé entre 2014 et le 31 janvier 2015. Il a été conduit à l'occasion de plusieurs réunions sur l'ETP ou de réunions institutionnelles, par des envois collectifs de mails, des réunions auprès des coordonnateurs de programme autorisé ( $n=28$  début 2015) ou en construction ( $n=22$ ), des correspondants en ETP ( $n=15$ ), de CDS ( $n=117$ ) et de médecins ( $n=54$ ). La campagne de mails a permis d'interroger en sus, 81 personnes déjà identifiées en 2007 lors de l'enquête interne susmentionnée [14], 15 chefs de pôle et de département et 15 cadres supérieurs de santé (CSDS). Le taux de réponse a été assez faible, et il a fallu réitérer plusieurs fois la demande (jusqu'à 4 fois pour certains).

Au total, nous avons pu répertorier 84 AEHP au 31 janvier 2015, dans toutes les spécialités. Cette estimation a été revue en mars 2016, portant à 92 le nombre recensé d'AEHP.

En considérant les activités éducatives repérées en 2007 lors de l'enquête interne au CHU de Montpellier [14], nous découvrons que peu d'entre elles ont été formalisées en programmes éducatifs autorisés à partir de 2011 ; parallèlement, certaines ont disparu dans les 10 années suivantes.

Concernant le recensement des AEHP en psychiatrie, nous avons pu mettre en évidence 23 offres de psychoéducation, qui

n'étaient pas structurées selon les critères de l'ETP (Tab. 2). Chaque programme comprend entre 6 et 14 séances, le plus souvent hebdomadaires, avec une ou deux sessions par an. Ces programmes existent dans le pôle de psychiatrie sur une ou plusieurs unités.

### 3.2 Enquête exploratoire sur la qualité des AEHP en 2016–2017

Sur 92 sollicitations par mail de professionnels investis dans des AEHP, 42 (46 %) ont répondu positivement à notre demande d'entretien.

Cet entretien a eu lieu en présentiel ( $n=11$ , 26 %) ou par téléphone ( $n=26$ , 62 %). Dans cinq cas (12 %), le professionnel a préféré répondre lui-même au questionnaire envoyé par mail (le plus souvent en raison de la difficulté à trouver un temps commun).

La répartition des répondants était la suivante : CDS et CSDS (30 %), médecin (24 %), infirmier (IDE) (21 %), kinésithérapeute (12 %), sage-femme (11 %), autres (2 %).

Les thématiques des AEHP sont présentées dans le tableau 3. Sur les 42 AEHP, 28 concernaient des maladies chroniques (67 %), et 14 des maladies aiguës (33 %). À titre de comparaison et de complémentarité, nous présentons également dans ce tableau, les thématiques des 43 programmes autorisés ou en cours d'autorisation au 31 décembre 2017 (36 fin 2016).

Le nombre cumulé de patients vus en 2017 au cours de ces AEHP est estimé par les répondants de 20 348 (5–5000), soit une moyenne de 617 patients par AEHP et une médiane de 80. À titre de comparaison, la file active totale déclarée dans les programmes éducatifs au 31 décembre 2017 était de 4170. On observe une forte hétérogénéité de ces AEHP, certaines étant liées à de grandes files actives, et totalement intégrées dans le plan de soin, donc quasi systématiques (exemple : brûlures graves, contraception en *post partum*, douleurs enfants, éducation post chirurgicale...), d'autres sur des thématiques intéressant peu de patients (exemple : splénectomie, urticaire chronique...). En retirant les AEHP relevant d'une file active supérieure à 1000 en 2016, la moyenne obtenue revenait à 100 patients ayant bénéficié d'AEHP cette année-là. Les professionnels interrogés considéraient que le nombre d'AEHP dont ils s'occupent était en augmentation dans 71 % des cas, stable dans 29 % de cas, et qu'il n'y avait aucune diminution.

Plusieurs types et thèmes d'apprentissage sont abordés (Fig. 1). Dans la totalité des cas explorés, les professionnels déclaraient que l'AEHP correspondait à un soutien éducatif et/ou psychosocial du patient. Dans plus de la moitié des cas, le nombre de ces thèmes pour chacune d'elles était supérieur à quatre. Les professionnels déclaraient également qu'une analyse d'incident après un passage aux urgences pouvait être évoquée dans plus de la moitié des cas (54 %).

La réalisation de l'AEHP était clairement pluriprofessionnelle (Fig. 2). Dans trois quart des cas (74 %), les AEHP étaient assumées par au moins deux catégories professionnelles différentes (souvent médecin et infirmier). Ces acteurs déclaraient avoir des compétences en ETP confirmées, avec une expérience éducative de plusieurs années (expérience affirmée en ETP : 7,25 ans [2–20], formation en ETP fréquente : 67 % (DU ETP 18 %, formation ETP niveau 1 (40 h) : validée 65 %, en cours : 15 %, moins de 40 h : 2 %)).

**Tableau 2.** Offres de psychoéducation au CHU de Montpellier n'entrant pas dans le champ réglementaire de l'ETP (recensement non exhaustif, mars 2017).

**Table 2.** *Psychoeducation programs in University Hospital Center of Montpellier, which are not structured as therapeutic patient education (TPE) program (non-exhaustive census, March 2017).*

Pathologie	Titre de l'offre de psychoéducation
Schizophrénie famille	Profamille, pour les familles de patients atteints de schizophrénie
Schizophrénie patients	Habiletés métacognitives Habiletés sociales et conversationnelles Équilibre alimentaire Insight, développement de la conscience de ses troubles Michael's game (réduire la souffrance liée aux idées délirantes et aux hallucinations) Remédiation cognitive
Dépression	Psychoéducation et résolution de problème (PEPS) pour mieux anticiper et éprouver du plaisir dans le quotidien
Anxiété chronique	Affirmation de soi en primaire et au collège pour des enfants/adolescents avec troubles anxieux Diminution de l'anxiété par la pleine conscience
Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience intellectuelle (concernant les adolescents)	Habiletés sociales (TSA atypiques) Groupe d'affirmation de soi Accompagnement parental dans la gestion des comportements difficiles de leur enfant présentant un TSA ou une déficience intellectuelle
Troubles envahissants du développement (TSE) de l'enfant/adolescent	Groupe d'Éducation Thérapeutique pour la gestion des conduites agressives (destiné aux parents d'enfants et d'adolescents sur le concept de « Résistance non violente ») Groupe d'Éducation sur les relations entre l'enfant et la famille, et sur l'image de soi Groupe de langage, Cigale (trouble de l'apprentissage du langage écrit) Groupe graphomotricité Groupe 6RAPH, pour des enfants dysgraphiques Groupe Idéacto (enfants/adolescents avec troubles obsessionnels compulsifs) Groupe réflecto scolaire (remédiation cognitive)
Trouble d'acquisition de la coordination	Groupe pour une meilleure acquisition de la coordination
Troubles de l'attention, de la régulation émotionnelle et du comportement	Groupe ARC (Association for Retarded Citizens), autorégulation comportementale Groupe de gestion de la colère, pour des enfants en primaire
Trouble des relations sociales	Groupe des habiletés sociales maternelles Groupe d'entraînement aux habiletés sociales pour les grands enfants et des adolescents

La prise en compte du vécu du patient était affirmée dans la quasi-totalité des cas (96 %). Si ce n'était pas le cas, c'était essentiellement par manque de temps. Il existait très fréquemment une évaluation initiale des connaissances du patient (88 %) ainsi que de ses besoins (90 %). De ce fait, les personnes interrogées considéraient pour 90 % d'entre elles le temps d'échange initial avec le patient comme un « mini » diagnostic éducatif (DE)/bilan d'éducation partagé (BEP). Ce temps était réalisé principalement en individuel et en présentiel (97 %, 1 % en collectif, 2 % par téléphone). Une évaluation des acquis de connaissances ou compétences par le patient était réalisée de façon informelle dans 40 % des cas.

Les supports éducatifs utilisés étaient fréquemment retrouvés (au moins un support dans 83 % des cas). Il

s'agissait de supports de vulgarisation (57 %) (livret d'information, flyer, description écrite...), de l'utilisation de vidéos, d'objets connectés ou de conseils de site internet (40 %), et d'outils de démonstration (dispositif d'auto-injection, chambre d'inhalation, médicaments...) (33 %).

La durée de l'AEHP était généralement assez longue (< 15 minutes (17 %), entre 15 et 30 minutes (26 %) et > 30 minutes (57 %)). L'accord du patient pour ce temps éducatif était plutôt implicite (54 %). La prise en compte potentielle de l'entourage était affirmée (87 %).

Les lieux de délivrance de ces temps éducatifs étaient multiples (consultation externe (69 %), hospitalisation complète (56 %), hospitalisation de jour (38 %), hospitalisation de semaine (7 %)).

Un compte-rendu écrit était fréquent (dans le dossier ETP informatisé : 76 %, sur support écrit : 49 %).

**Tableau 3.** Description des thématiques abordées lors des AEHP (liste non exhaustive) et comparaison avec les thématiques des programmes autorisés ou en cours d'autorisation par l'ARS.

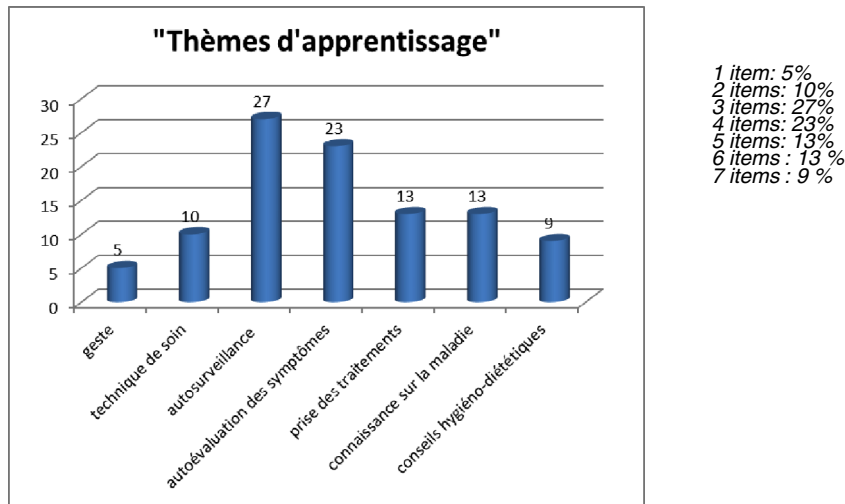
**Table 3.** Description of the themes addressed in non-program educational activities (NPEA) (non-exhaustive list) and comparison with themes of programs authorized or in the process of authorization by the Regional Health Agency.

AEHP explorées dans l'enquête 2016–2017 ( <i>n</i> = 42 réponses, sur 92) (pour certaines pathologies, plusieurs AEHP sont décrites sur 1 ou plusieurs sites)	Programmes autorisés (décembre 2017) ( <i>n</i> = 43)
Addiction au tabac (2 sites)	Alzheimer (aidant et patient)
Alimentation de la femme enceinte	Anticoagulants et antiagrégants plaquettaires adulte
Anaphylaxie	Anticoagulant chez l'enfant (AVK)
Apnée du sommeil	Arthrite juvénile inflammatoire
Assistance ventriculaire gauche	Assistance respiratoire adulte
Attelle chirurgicale de l'épaule (plusieurs AEHP)	Asthme de l'adulte
AVK	Athéromatose
Bronchopneumopathie chronique obstructive	Autisme (parent)
Brûlures graves (3 AEHP)	Bipolarité
Chimiothérapie orale	Cardiopathie congénitale (transition adolescent – adulte)
Chirurgie du dos	Chirurgie bariatrique
Chirurgie du membre supérieur	Dermatite atopique
Contraception en <i>post partum</i>	Diabète
Dilatation des bronches	Diabète, insulinothérapie fonctionnelle
Douleurs de l'enfant (4 AEHP)	Diabète de l'enfant
Fibrose pulmonaire idiopathique	Diabète en détention
Grossesse eutocique (retour prématuré à domicile)	Douleurs chroniques de l'adulte
Hémophilie	Douleurs chroniques de l'enfant
Hépatite C en addictologie	Endométriose
Hypertension de l'artère pulmonaire	Épilepsie de l'adulte
Lymphœdème	Greffe hépatique
Mélanome malin	Greffe rénale adulte
Menace d'accouchement prématurée	Greffe rénale enfant
Myopathie de l'enfant	Hépatite C
Ostéoporose	Hépatite C en détention
<i>Post partum</i>	Infection à VIH
Prévention de la maltraitance de l'enfant	Insuffisance rénale chronique adulte
Prévention de la mort prématurée du nourrisson	Laryngectomie totale
Schizophrénie	Lombalgie chronique
Sevrage tabagique en prison	Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)
Splénectomie	Méthadone chez l'usager de drogues IV
Stomies	Mucoviscidose
Syndrome d'hyperventilation	Obésité/surpoids
Tabagisme de la femme enceinte	Parkinson (patient et aidant)
Tuberculose en précarité	Polypathologie (2 programmes, initial et suivi)
Urticaire chronique	Polyaddictologie
	Polyarthrite rhumatoïde
	Psoriasis
	Sclérodermie
	Sclérose en plaque (patient et aidant)
	Sclérose en plaque : reprise activité physique
	Spondylarthrite ankylosante

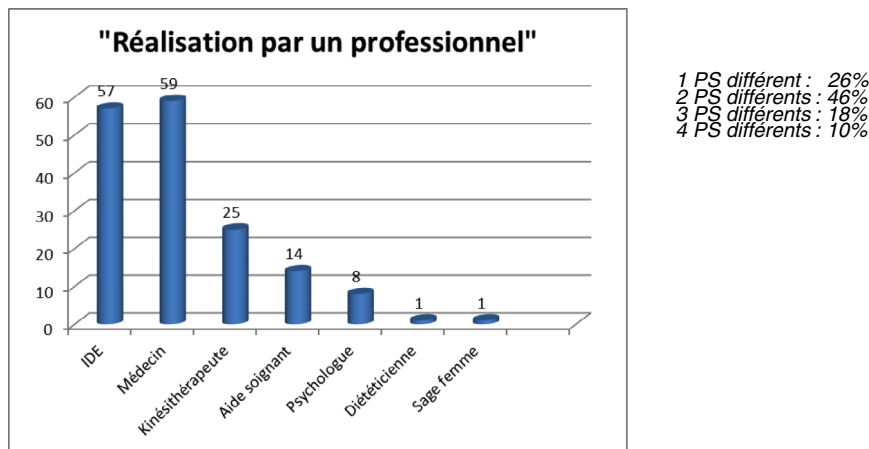
Les professionnels interrogés considéraient que la visibilité de l'AEHP était bonne dans l'équipe (77 %) et qu'elle obtenait un large soutien de la hiérarchie (CDS (82 %), médecin référent (88 %)).

Une autoévaluation au moins une fois par an du contenu de l'AEHP était déclarée dans 71 %.

Finalement, les personnes interviewées considéraient que l'AEHP dont elles s'occupaient, relevait essentiellement d'un



**Fig. 1.** Thèmes d'apprentissage abordés lors des AEHP et taux d'AEHP selon le nombre de ces thèmes pour chacune d'elle.  
**Fig. 1.** Learning themes addressed at non-program educational activities (NPEA) and NPEA rates according to the number of these themes.



**Fig. 2.** Réalisation des AEHP par catégories professionnelles, et répartition des AEHP en fonction du nombre de ces catégories professionnelles impliquées.  
**Fig. 2.** Achievement of non-program educational activities (NPEA) by professional category, and distribution of NPEA according to the number of these professional categories involved.

processus d'éducation (93 %) et peu estimaient qu'il ne s'agissait que de la délivrance d'informations ou de conseils (7 %).

### 3.3 Réflexion sur des critères de qualité des AEHP

Au vu des résultats, il apparaît que de nombreux AEHP identifiés dans notre étude relèvent d'une certaine organisation.

Nous rappelons que les questions posées aux professionnels s'inspiraient des critères évoqués dans la définition des activités ciblées faite par la HAS [10–12], ainsi que de ceux inhérents à la structuration des programmes d'ETP [5]. À partir des résultats de l'enquête, et à l'issue de réflexions collectives en différents lieux déjà évoqués, une liste de critères de qualité de structuration des AEHP a été proposée :

- développer les compétences en ETP ;
- au moins deux professionnels de professions différentes ;

- formaliser un mini-BEP/DE ;
- au moins un outil pédagogique adapté ;
- assurer une traçabilité, notamment informatique ;
- assurer un lien écrit avec le médecin traitant et le patient ;
- augmenter la visibilité des AEHP dans l'équipe ;
- impliquer l'encadrement médical et paramédical ;
- autoévaluer une fois par an l'AEHP en équipe ;
- valoriser les AEHP dans l'institution.

## 4 Discussion

Nous avons exploré les AEHP au CHU de Montpellier en deux étapes, par un recensement déclaratif et non exhaustif de ces activités de 2014 à 2017, puis par une exploration de leur contenu et de leur structuration en 2016 et 2017. Les

**Tableau 4.** Avantages et inconvénients des activités éducatives hors programme par rapport aux programmes ETP définis par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2007.**Table 4.** *Advantages and disadvantages of non-program educational activities in relation to the TPE programs defined by the French High Authority of Health in 2007.*

Avantages	Inconvénients
Peuvent s'adresser à des patients atteints de maladies aiguës et chroniques	Manque de pertinence pédagogique d'une activité éducative limitée
Format simplifié	Spectre éducatif étroit
Participe à la variété des formats éducatifs proposés	Activité éducative parfois ponctuelle sans suivi éducatif
Format adapté en cas de faible file active de patients (exemple : maladies rares, orphelines...)	Structuration potentiellement insuffisante
Difficultés pour une équipe de construire un programme par manque de moyens humains, matériel, manque de motivation	Absence de critère de qualité officiellement reconnus
Difficulté à définir ou construire une équipe éducative (par exemple en ville)	Manque de visibilité au sein de l'institution et en dehors
Support de développement des compétences en ETP dans l'équipe de soin	Absence de financement spécifique
Expérimentation et développement pour le soignant d'une posture éducative	Manque de lien potentiel avec la ville
Apport d'une quête de sens du soin pour le soignant	Manque de lien dans l'équipe autour des AEHP, dans le parcours de soin du patient
Alternative pour une équipe qui se verrait refuser l'autorisation ou le renouvellement d'autorisation de son programme d'ETP par l'ARS : le projet s'insère alors dans une AEHP structurée	Pérennité fragile de l'AEHP
Possibilité d'étendre le spectre de l'éducation d'une unité portant déjà un ou deux programmes d'ETP, à d'autres pathologies chroniques	Absence potentielle d'un support spécifique informatisé
Prise en compte du critère 23a du processus de certification des établissements de santé	Absence potentielle de l'aide d'une UTEP dont les missions ne couvrent pas classiquement les AEHP

résultats révèlent leur nombre conséquent, estimé à 92 en septembre 2016, nombre inférieur à la réalité. Parallèlement, 23 offres de psychoéducation ont été retrouvées. Les AEHP concernent dans deux tiers des cas, des patients atteints de maladies chroniques. Elles apparaissent assez structurées avec nombre de critères de qualité se rapprochant de certains réclamés pour une construction de programmes éducatifs. Dans la grande majorité des cas, les professionnels de santé interrogés considèrent les AEHP qu'ils portent, comme relevant d'une éducation, et non d'une simple information ou de conseils.

Notre étude constitue un travail original très peu réalisé encore dans les établissements de santé en France. Outre l'intérêt de ce recensement, cette investigation nous a permis d'explorer ce « format allégé » d'activités éducatives qui complète de façon heureuse les programmes dont l'offre est encore insuffisante en France.

L'enquête que nous avons menée à l'UTEP au CHU de Montpellier, s'inscrit dans une histoire institutionnelle qui depuis 25 ans, promeut les activités d'éducation à la santé du patient, dans et hors les programmes structurés, comme en atteste l'enquête de 2007 déjà mentionnée [14].

La HAS définit un large champ d'investigation des activités éducatives dites ciblées et réclame à leur égard une certaine structuration [10–12]. Au vu des résultats de notre étude, notre choix initial du terme plus neutre « d'activité éducative hors programme » (AEHP) nous semble conforté. Elles ne sont en effet ni vraiment ciblées ou ni vraiment isolées, mais souvent vastes et structurées.

Le nombre de 92 AEHP recensées en septembre 2016 nous paraît important, au regard du nombre de programmes d'ETP qui était à la même époque de 36. De plus, leur file active estimée en 2017 était de 20 348, alors que celle

déclarée pour les programmes autorisés fin 2017 était de 4170. Certes, la comparaison est excessive et purement indicative, car notre recensement des AEHP n'est pas exhaustif et un tiers d'entre elles concernent des maladies aiguës. Mais elle nous interpelle si l'on considère que ces AEHP apparaissent relativement structurées et complémentaires des programmes d'ETP.

Nous avons également recensé les offres de psychoéducation. Nous avons souhaité les mettre en valeur dans la mesure où elles sont réglementairement et logiquement considérées par les professionnels et par les ARS, comme « hors programme autorisé ». De plus, leur visibilité est habituellement institutionnellement faible et leur positionnement par rapport aux programmes d'ETP, parfois peu clair aux yeux des professionnels et des patients. Enfin, leur évocation souligne également l'intérêt qualitatif et représentatif pour ces offres de psychoéducation, d'évoluer vers des programmes d'ETP. En les considérant ainsi, nous élargissons la notion d'AEHP de par leur structuration inhérente. Ces offres programmatiques de psychoéducation sont répandues en psychiatrie, en raison des preuves de plus en plus probantes de leur efficacité dans nombre de maladies psychiques chroniques [18,19]. Une comparaison des structurations de ce type d'offre avec celle des programmes d'ETP a été déjà explorée [20]. Dans notre expérience, la structuration d'une offre de psychoéducation en programme d'ETP s'avère très bénéfique pour l'équipe, en ajoutant des éléments complémentaires comme une formalisation d'un DE/BEP, des fiches pédagogiques écrites, un partage plus large au sein de l'équipe, la participation de patient(s) partenaire(s), des écrits notamment dans un support informatisé.

Les résultats sur le niveau de qualité des AEHP, tels qu'ils apparaissent dans notre deuxième enquête, sont importants à prendre en compte.



Tout d'abord, le taux de réponse de 50% nous semble significatif au vu de ce que l'on peut espérer de ce type d'étude avec sollicitation par mail, chacun étant par ailleurs très sollicité par ce média. Cela illustre la motivation des professionnels vis-à-vis de l'ETP. La diversité des métiers dans le soin est apparente, excepté pour les diététiciennes qui assument quotidiennement beaucoup d'AEHP mais n'ont pas été suffisamment approchées dans notre enquête.

Les AEHP apparaissent comme une alternative à la construction d'un programme, pour diverses raisons liées aux avantages qu'elles recèlent par rapport à ces derniers (Tab. 4). Il n'en reste pas moins que ces avantages peuvent être lus à l'inverse en inconvénients selon l'objectif qualitatif visé. Nous insisterons sur deux avantages des AEHP exprimés dans le tableau. D'une part, la possibilité de développer une structuration plus légère dans des situations où la construction d'un programme d'ETP paraîtrait impossible, notamment en raison de moyens humains ou matériels insuffisants. Cette situation est d'ailleurs de plus en plus prégnante, à l'heure de l'optimisation continue de l'efficacité de soins qui connaît des limites structurelles (contraintes paradoxales entre l'exigence toujours plus forte de qualité des soins, la stabilisation voire la diminution des moyens et l'augmentation de la demande de soins). Rappelons que construire un programme d'ETP demande de l'énergie et du temps (construction sur une année avec une dizaine de réunions d'équipe). Puis, une fois l'autorisation obtenue, une organisation doit être mise en place pour faire vivre le programme, soit du temps à dégager pour chaque acteur. L'enjeu réside dans sa fonctionnalité et sa pérennité. D'autre part, les AEHP pourraient être plus facilement adaptées en médecine de ville que les programmes d'ETP, ce dernier format s'avérant difficile à mettre en place en ambulatoire [6,9].

Nous constatons que nombre d'AEHP sont en fait déjà relativement structurées. De ce fait, plusieurs questions se posent : quel degré de structuration atteindre, comment éviter une dégradation de la qualité éducative par rapport à celle obtenue par un programme, quels moyens disponibles, quelle formation pour les professionnels, quelle visibilité, quelle valorisation, quel soutien méthodologique ?

Nous avons donc établi une liste de critères possibles, insérés dans un questionnaire construit par l'UTEP en tenant compte des définitions des activités éducatives ciblées et des programmes d'ETP faites par la HAS [5,11,12]. Cette liste a été revisitée et consolidée au vu des résultats de l'enquête. Le choix des critères a été réalisé au sein de l'UTEP et ne relève donc en rien d'un quelconque consensus qui serait issu d'un large groupe de professionnels ou d'experts. Elle n'est ici proposée que pour alimenter une réflexion à partager, qu'il serait intéressant d'approfondir. Elle ne constitue aucunement des recommandations. Dans ce contexte qui se veut modeste, nous proposons une liste de critères de qualité possibles.

#### 4.1 Développer les compétences en ETP

La plus sûre façon d'améliorer la qualité des AEHP réside dans l'acquisition par les professionnels concernés, des compétences en ETP requises dans les formations de niveau I (40 heures). C'est d'ailleurs ce que préconise la HAS, qui précise que les activités ciblées doivent être « mises 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 » [12]. Les professionnels peuvent alors co-construire leur AEHP, influencés positivement par ce qu'ils ont appris en formation, selon des normes internes qu'ils définissent, qui pourraient d'ailleurs être le reflet d'une « autonormativité de l'équipe », à l'instar de celle prônée pour les patients [21].

#### 4.2 Au moins deux professionnels de professions différentes

Le fait que l'AEHP soit portée par deux professionnels de professions différentes garantit davantage un regard holistique sur le patient. Ainsi, plusieurs canaux de communication sont activés, et le patient peut ressentir une plus grande confiance vis-à-vis de ce qu'on lui transmet de par la cohérence des discours. La formation en ETP de l'un des professionnels au moins serait une garantie de qualité.

#### 4.3 Formaliser un mini-BEP/DE

À l'instar de certaines expériences déjà relatées [22], une forme réduite de DE/BEP est envisageable, en prenant en compte les besoins principaux du patient et en définissant un parcours éducatif succinct. On peut imaginer un DE ou BEP réalisé en 15 à 20 minutes. Ce temps inclurait ainsi « l'évaluation du besoin éducatif, les connaissances et compétences de départ du patient, sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques et de leurs conséquences » prônée par la HAS [12].

#### 4.4 Au moins un outil pédagogique adapté

La dimension pédagogique dans le soin justifie l'utilisation d'outils pédagogiques, pouvant inclure le numérique.

#### 4.5 Assurer une traçabilité

La culture de l'écrit en ETP n'est pas encore tout à fait adoptée par tous les professionnels de santé. Or, l'écrit même synthétique permet un partage des informations et favorise l'interdisciplinarité, tant nécessaire en ETP [23]. La traçabilité informatique aide beaucoup par son caractère transversal et pluriprofessionnel. En sus des questionnaires informatisés (ou formulaires) développés sur les programmes éducatifs, un établissement de santé gagne à se doter d'un questionnaire informatique dédié aux AEHP. Ainsi, dans le cadre du dossier médical informatisé (logiciel DXCare) du CHU de Montpellier, nous avons développé en 2013 avec la direction des systèmes d'information (DSI) un tel questionnaire, intégrant des espaces pour un « mini-diagnostic éducatif » ou « mini-BEP », l'expression du patient, ses ressources, ses difficultés et ses projets. À cela s'ajoute un suivi éducatif en individuel ou en collectif. Une lettre automatisée et formalisée destinée au médecin traitant, référent ou correspondant, est imprimable. Celle-ci peut être remise au patient, ce qui selon notre expérience comporte

une vertu pédagogique et a un effet d'appropriation. Ce questionnaire amène une visibilité dans l'équipe et l'institution de ces AEHP, trop souvent sous-évaluées qualitativement et quantitativement par les responsables et les équipes [24].

#### **4.6 Assurer un lien écrit avec le médecin traitant et le patient**

L'éducation se poursuit en ville avec les médecins traitants et/ou correspondants et les paramédicaux. Un écrit sur l'ETP réalisée, émanant de la structure de santé, est donc nécessaire pour assurer cette continuité.

#### **4.7 Garantir une visibilité des AEHP dans l'équipe**

Il est parfois surprenant de voir qu'une AEHP n'est pas bien connue de l'équipe de soin dans laquelle elle est déployée. La mise en visibilité vis-à-vis de tous est essentielle pour la qualité des soins et l'étendue de cette offre éducative à tout patient qui en aurait besoin.

#### **4.8 Impliquer l'encadrement médical et paramédical**

Le leadership dans une équipe hospitalière est essentiel pour assurer une organisation optimale et une régulation dans l'équipe, d'autant que le fonctionnement dans les établissements de santé est souvent pyramidal. Ce leadership est également nécessaire dans un projet éducatif, ce qui n'est pas antinomique avec le fait qu'une organisation interdisciplinaire réclame un caractère démocratique [23]. Ceci concerne particulièrement les médecins et les CDS qui souvent assument ce rôle de leadership [25,26].

#### **4.9 Autoévaluer une fois par an l'AEHP en équipe**

Le principe de l'autoévaluation par l'équipe de l'AEHP, portée par certains de ses membres prend ici toute sa valeur et son sens. Celle-ci est faite réellement pour s'améliorer et non pour rendre compte à l'ARS, comme le vivent trop souvent les professionnels dans le cadre des programmes. Il est utile de revisiter régulièrement la fonctionnalité, la pertinence et l'efficacité de l'AEHP, de même que les compétences professionnelles sur le sujet traité.

#### **4.10 Valoriser les AEHP dans l'institution**

La mise en évidence des AEHP en plus de celle des programmes, comme le demande d'ailleurs la HAS par le biais de la certification des établissements de santé, favorise la diffusion de la culture éducative intégrée aux soins. Elle valorise le travail souvent peu connu des médecins et des paramédicaux qui va dans le sens de l'autonomisation du patient et de son retour à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Dans l'hypothèse d'AEHP répondant à ces critères de qualité, la question se pose de leur possible promotion. Leur reconnaissance par la HAS par le biais de la certification V2014 [10,11] ainsi que dans le cadre de la description du

parcours éducatif du patient [12], en est assurément un élément essentiel. Leur valorisation financière serait bien entendu un apport considérable pour leur développement. Enfin, les unités transversales d'éducation du patient (UTE) pourraient ici jouer un rôle dans leur développement, *via* leur recensement et l'aide méthodologique qu'elles pourraient apporter à leur construction et leur évaluation. Cette mission apporterait aux UTEP un rôle supplémentaire de valorisation de la diffusion de la culture éducative. Rappelons que l'on estime grossièrement à 80, le nombre d'UTE en France [27].

Au vu de la structuration, certes incomplète mais notable par rapport aux programmes d'ETP, nous observons un continuum entre ces deux types d'activités éducatives. Le [tableau 1](#) synthétise les thèmes abordés dans les AEHP et les programmes, et l'on remarque l'étendue maintenant conséquente du champ d'action de l'ETP. Bien qu'insuffisant, ce fait compense un peu le fossé entre les besoins des patients atteints de maladie chronique en France (15 millions), et l'offre éducative programmatique qui est limitée (500 000 personnes par an). De plus, il existe un potentiel d'évolution des AEHP vers la construction d'un programme, même si c'est dans les faits loin d'être la règle [14]. Il est aussi possible d'envisager qu'un programme éducatif qui s'arrêterait par déficience, par exemple par manque de moyens humains, puisse se poursuivre en tant qu'AEHP plutôt que de disparaître. Quel que soit le devenir d'une AEHP, il n'en reste pas moins que le développement de sa qualité est à valoriser.

Les limites de notre enquête tiennent en plusieurs points. Le recensement que nous avons fait des AEHP n'a pas pu répondre aux critères d'exhaustivité. Les personnes sollicitées ont été d'emblée ciblées par leur proximité plus ou moins connue vis-à-vis de l'ETP. Nous n'avons pas fait de sondage exhaustif auprès de tous les soignants du CHU, ceci n'étant matériellement et institutionnellement pas possible. Les professionnels ayant répondu à l'enquête sont préférentiellement ceux qui sont les plus convaincus et souvent déjà formés à l'ETP. De plus pour certains d'entre eux, il a pu y avoir un certain degré de désirabilité sociale vis-à-vis de l'UTE. D'autres activités éducatives se cachent certainement au sein des soins portés aux patients et beaucoup de professionnels les assurant ne sont pas vraiment conscients de leur nature éducative. Notre étude est donc davantage un sondage partiel mais elle n'en met pas moins en évidence des résultats probants et novateurs. Enfin, notre démarche réflexive sur la nécessité d'identifier des critères de qualité n'a pas été très structurée, par exemple, par l'établissement de focus groupes ou de réunions spécialement dédiées à cette expertise ; elle s'est faite petit à petit au grès de discussions et réflexions collectives à l'UTE et ailleurs. Notre proposition de critères de qualité ne relève aucunement d'un consensus ou de recommandations d'un groupe de professionnels. Elle demande à être confrontée aux regards d'autres experts, et dans d'autres contextes, et notamment en ville.

## **5 Conclusion**

Ce travail de recensement de l'activité éducative hors programme dans notre établissement nous a permis de mettre en évidence « l'iceberg éducatif », avec sa partie visible sous la forme des programmes éducatifs autorisés, et sa part cachée,

les AEHP. Il existe ainsi un continuum entre AEHP et programme. Ces activités structurées ou non, réalisées au quotidien et intégrées dans le soin, participent aux soins. Leur qualité peut être renforcée en interrogeant différents critères proposés dans cet article. À côté des programmes éducatifs autorisés par les ARS, dont le développement constant dans notre pays assoit fermement l'importance de l'éducation du patient, les AEHP font pleinement partie de l'offre éducative d'une équipe et d'un établissement de santé. Elles gagnent à être mieux connues, reconnues, structurées et valorisées, et contribuent à accroître la culture éducative dans l'établissement. Leur qualité peut également être augmentée, notamment par le biais de la formation de niveau 1 en ETP des professionnels qui les portent. Dans cette démarche de qualité, l'aide d'une UTEP serait précieuse. Sur le plan institutionnel, l'incitation par les pouvoirs publics à ce développement est claire, comme en atteste le critère 23a de la certification V2014 qui demande cette mise en visibilité. Les AEHP constituent donc un format officialisé par la HAS, moins lourd et sans contraintes réglementaires.

Les AEHP peuvent également constituer une alternative à la mise en place problématique en ville des programmes tels que définis par la réglementation, d'autant que le virage ambulatoire clairement cité dans la loi de santé de 2016 incite au déploiement de l'éducation du patient en dehors des établissements de santé.

Des recherches gagneront à être menées dans ce vaste champ, permettant *a priori* une forte créativité des acteurs de santé en raison de l'absence de réglementation.

**Remerciements.** Nous remercions pour son aide sur l'enquête présentée dans cet article, et globalement pour sa contribution à l'organisation de l'éducation thérapeutique au CHU de Montpellier, Mme Sylvie Huet-Noel, assistante à l'UTEP.

**Conflits d'intérêts.** Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

## Références

1. République française. Loi sur portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009, 879, juillet 21, 2009.
2. République française. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
3. République française. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. 906, août 2, 2010.
4. République française. 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.
5. Haute Autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. [Internet]. 2007, 109 p., disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_guide\\_version\\_finale\\_2\\_pdf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf).
6. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours [Internet]. [cité 26 juillet 2012], disponible sur : [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112\\_edthsoprr.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsoprr.pdf).
7. Husson M, Chasseral P, De Andrade V, Crozet C, Rugard M, Gagnayre R. Étude descriptive des programmes d'éducation thérapeutique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014; 6(2):1-9.
8. République française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janvier 26, 2016.
9. Jaffiol C, Corvol P, Reach G, Basdevant A, Bertin E. Rapport sur l'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. Académie nationale de médecine; 2014, 23 p.
10. Haute Autorité de santé (HAS). Guide méthodologique à destination des établissements de santé. Certification V2014. 104 p. 2014.
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Outil d'aide au questionnement sur le critère 23a. Éducation thérapeutique du patient. 2013.
12. Haute Autorité de Santé (HAS). Fiche 2 : Proposer une éducation thérapeutique au patient. Quand proposer une ETP? Dans : Démarche centrée sur le patient : Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Mai 2015, 8 p., disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/./2015./demarche\\_centree\\_patient\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/./2015./demarche_centree_patient_web.pdf).
13. Zaffran C, Terral C. L'éducation du patient au CHRU de Montpellier : « De l'émergence d'une politique de promotion de la santé à la structuration d'un dispositif de soutien à l'Éducation ». *Educ Patient Enjeux Santé*. 2011; 29(2-3): 36-41.
14. Unité de coordination des actions de prévention et d'éducation à la santé (UCAPES). Recensement des activités éducatives au CHU de Montpellier. CHRU Montpellier; 2007, disponible sur : <http://www.chu-montpellier.fr/fr/patients-et-visiteurs/les-structures-et-personnes-ressources/>.
15. de la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B. Activité éducative isolée : un nouveau format ? 14<sup>e</sup> journées régionales d'échanges en éducation du patient, Montpellier, 2016.
16. De la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Benslimane F. Activité éducative hors programme : un nouveau format ? XX<sup>e</sup> Journée de l'IPCME, Paris, 2017.
17. Séminaire des UTEP : plaidoyer. Vingt idées pour réinventer l'ETP. 3<sup>e</sup> séminaire national des UTEP. Lyon; 2017. *Santé Educ* 2018; 01:3-10.
18. Shah LB, Klainin-Yobas P, Torres S, Kannusamy P. Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs* 2014 28(2):94-101.
19. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord* juin 2015; 17(4):349-362.
20. Pancrazi MP, Ortuno E, Delbosc C, de la Tribonnière X. Écho des 12<sup>e</sup> Journées régionales d'échanges sur l'éducation du patient, Montpellier, 29 et 30 novembre 2012. Éducation thérapeutique du patient, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale et psychoéducation : quels équilibres ? *Santé Educ* 2013: 32-35.
21. Barrier P. La blessure et la force. Paris : Presses Universitaires de France - PUF ; 2010, 160 p.

22. Guégan C. Enquête sur la pratique de l'éducation thérapeutique intégrée aux soins auprès de soignants formés. *Santé Educ* 2014; 3:8–12.
23. 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):163–176.
24. De la Tribonnière X, Ait El Mahjoub B, Fabre S, Tixador P, Morquin D, Jonquet O. Favoriser l'interdisciplinarité dans l'équipe par le partage des données éducatives à l'aide d'un dossier éducatif transversal informatisé en Éducation Thérapeutique du Patient. 5<sup>e</sup> Congrès international de la Société européenne d'éducation thérapeutique (SETE). Paris ; 2014.
25. Ait El Mahjoub B. « Si l'ETP m'était conté », la place du cadre de santé et la mise en débat des pratiques d'éducation thérapeutique. In: *Mémoire de Master 2 Analyse du travail*. CNAM ; 2014.
26. Rey C, Verdier E, Fontaine P, Lelorain S. Renforcer l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique : pistes pour la formation continue et l'accompagnement d'équipe. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2016; 8(1):10105.
27. de la Tribonnière X, Lafitte P. Les évaluations quadriennales. *Santé Educ* 2016; 2:28–30.

**Citation de l'article** : 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; 11:10201.