

EDUCATION THERAPEUTIQUE

EDUCATION POUR LA SANTE

Deux modèles de pensée

Dominique DELPLANQUE

Mise à jour Juillet 2010

Éduquer: Qu'est-ce?

- Origines étymologiques:
 - *Educare*: élever des animaux ou des plantes et par extension, avoir soin des enfants (Reboul)
 - *Ex ducere*: faire sortir de soi, développer, épanouir (d'Ivernois, Gagnayre)
- L'histoire du terme
 - Au XIX^{ème} siècle: le sens de savoir-vivre, ce qui implique l'adaptation aux normes

Éduquer: Qu'est-ce?

- Le mot anglais signifie l'enseignement comme institution
 - Les synonymes:
 - Élever: au sens éducation familiale
 - Enseigner: transmettre un savoir
 - Former: travailler sur la forme. Dépasser la simple transmission pour viser la transformation de la personne
- Le point commun est apprendre

Éduquer: Qu'est-ce?

- « *Éduquer, c'est former des adultes, c'est-à-dire des êtres libres, responsables d'eux-mêmes* » (Reboul)
- L'éducation vise ce qui libère des clichés et des préjugés. Elle vise à la maturité intellectuelle et à l'autonomie personnelle dans un contexte familial, social et professionnel

Thérapeutique ??

- Du grec *therapeutikos*, « qui prend soin de »
- Désigne la partie de la médecine qui étudie puis qui applique les moyens de soigner les maladies.
- Thérapeutique s'emploie ensuite pour l'ensemble des moyens de traitement convenant à un cas particulier, alors synonyme de thérapie .

(A. Rey)

La Santé ??

- **Une vision biomédicale**
- **Une vision plus globale**
- **Une vision existentielle**

La Santé

Vision biomédicale

- La santé est assimilée à l'absence de maladie (vision de la santé dite négative)
- La maladie provient d'un problème organique.
- Toute maladie a une cause biologique qui peut être guérie.
- L'approche est curative, sous forme de traitement individuel.
- Il s'agit d'une approche unidirectionnelle, frontale, du médecin vers le malade (axée sur la maladie) avec donc asymétrie de savoir: relation de pouvoir lié aux savoirs

La Santé

Vision globale

- « *État complet de bien être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946)
- Dans le même temps création de l'assurance maladie (et non l'assurance santé) qui montre que les pratiques ne correspondaient pas à cette définition (financement quasi exclusif des soins curatifs. Plus la personne est malade, plus les professionnels de santé gagnent de l'argent !!!)

La Santé

Vision globale

- Approche plus dynamique de la santé de l'OMS en 1986 (charte d'Ottawa) qui la définit comme « *une ressource de la vie quotidienne et non comme un but dans la vie. La santé c'est ce qui permet à un individu d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et d'autre part d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci. La santé constitue un moyen parmi d'autres de se réaliser.* »
- Orientation vers des déterminants de la santé: alimentation, hygiène de l'eau, justice....

La Santé

Vision existentielle

- Au-delà du processus d'adaptation du sujet au milieu, le sujet a la capacité de s'affirmer dans un milieu donné. L'autonomie devient une condition essentielle à la santé individuelle. (Illich)
- Dans ce modèle, le sujet est autonome, il devient partenaire des soins, il revendique la liberté questionnant le sens de la vie, de son contenu, les événements qui la jalonnent. Il se manifeste, se positionne.

La Santé

Vision existentielle

- La santé est considérée comme l'existence d'un sujet autonome. Elle est l'expérience de vie individuelle et collective dont la maladie fait partie.
- Le patient est acteur et décideur.
- Reconnaissance des savoirs expérientiels
- L'accent est mis sur la subjectivité par rapport à l'objectivité

(Eymard)

La Santé

Loi du 4 mars 2002

- **Modification de la réglementation de l'exercice des professions de santé avec une nouvelle démarche où doivent être articulées compétences techniques et compétences éducatives afin de concevoir la santé du côté préventif et faire passer le malade d'un statut d'agent devant se soumettre à un statut d'auteur de son traitement et de sa santé.**

Loi de santé publique d'août 2004

- Cette loi prévoit la mise en place de plans stratégiques dont un plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Ce plan vise une approche non plus par types de pathologies, mais une approche plus transversale de l'ensemble des maladies chroniques
- Ce plan a pour vocation de mettre en œuvre des actions afin d'améliorer notre système de santé pour une approche transversale des maladies chroniques.

- **Nécessité de définir la maladie chronique**
- **Nécessité d'approcher la notion de qualité de vie**

Maladies chroniques ?

- **Sociologiquement, les maladies chroniques sont caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent.**
- **Pour l'OMS, une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge durant plusieurs années.**

Maladies chroniques ?

- L'approche à partir d'une classification par diagnostic ne suffit pas à décrire le retentissement de la maladie sur le malade.
- Le diagnostic ne donne pas une vision globale de la personne.
- La définition d'une maladie chronique doit donc se fonder sur les répercussions de la maladie sur les personnes.
- Favoriser une approche transversale

Maladies chroniques ?

- **La maladie chronique pourrait être définie de façon opérationnelle:**
 - La présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif
 - Une ancienneté de 3 mois à un an
 - Que les patients aient un retentissement de leur maladie sur leur vie quotidienne.
 - Limitation fonctionnelle, des activités, de la participation
 - Dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, appareillage, assistance
 - Besoins de soins médicaux ou autres..

La qualité de vie

- Évaluée par le patient: Santé perceptuelle
- « *Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS)
- Évaluation: Questionnaires de qualité de vie (spécifique / générique)

Les questionnaires spécifiques pour les patients porteurs d'une BPCO

	Dimensions	Auteurs	Nb items	Passation	Anglais	Français
St George's Respiratory Questionnaire SGRQ	3: Impacts, symptômes, activités et Total	Jones et al. (1992, ARRD)	50	20 min	Oui	Bouchet et al. (1996, RMR)
Chronic Respiratory Questionnaire CRDQ	4 : Dyspnée, fatigue, fonction émotionnelle, contrôle et Total	Guyatt et al. (1987, Thorax)	20	10 min	Oui	Bourbeau et al. (2004, Can Resp)
Maugeri Foundation Respiratory Failure Questionnaire MRF-28	3 : Activités quotidiennes, fonction cognitive, invalidité	Carone et al. (1999, ERJ)	28	12 min	Oui	Janssens et al. (2004, Respiration)
COPD Clinical Questionnaire CCQ	Symptôme, fonctionnel, état mental et Total	Rodriguez-Roisin (2000, Chest)	10	5 min	Oui	Oui
Severe Respiratory Insufficiency SRI	8 : Plaintes respiratoires, fonctionnement physique, symptômes spécifiques, sommeil, relations sociales, anxiété, bien-être psychologique, fonctionnement social et Total	Windisch et al. (2003, 2008, JCE)	49	20 min	Oui	Non
Breathing Problems Questionnaire BPQ	2 : Problèmes, évaluation émotionnelle et Total	Hyland et al. (1994, QLR)	33	15 min	Oui	Non
Airways Questionnaire AQ20	2 : Fonctionnel, psychologique et Total	Hajiro et al. (1999, AJRCCM)	20	20 min	Oui	Non

Les Echelles Visuelles Analogiques (EVA)

- **La qualité de votre sommeil est ?**
 - Très mauvaise Excellente
 - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 -
- **Le matin au réveil, êtes vous reposé(e) ?**
 - Pas du tout Très bien
 - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 -
- **Dans la journée, vous sentez vous dynamique ?**
 - Pas du tout Beaucoup
 - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

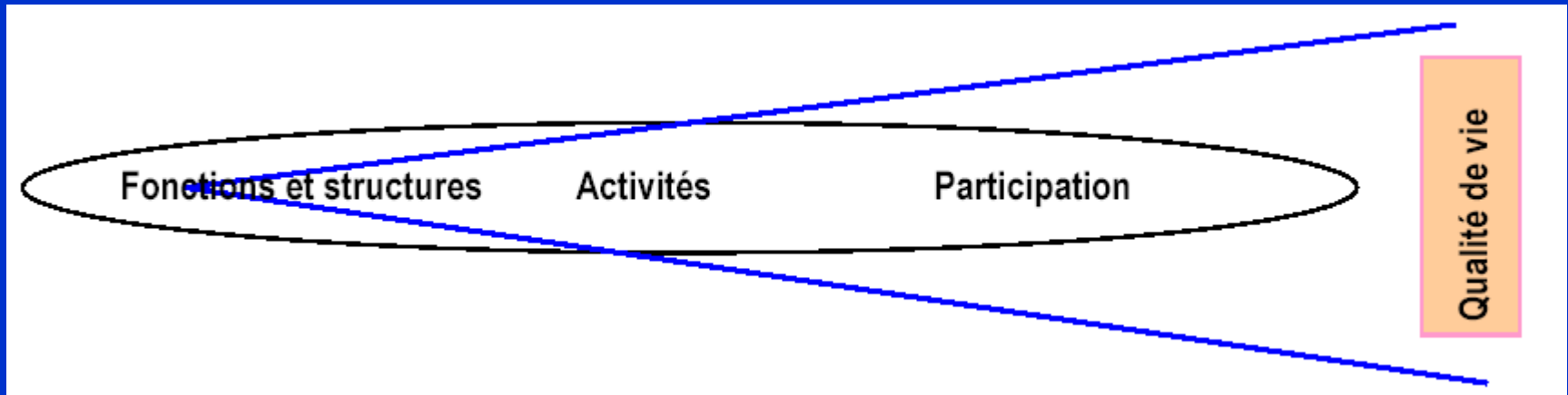
Les Echelles Visuelles Analogiques (EVA)

- Somnolence : score d' Epworth
- La probabilité de s'endormir
- 0 = jamais, 1 = faible, 2 = modérée, 3 = élevée
-
- 1 Assis en train de lire
- 2 En regardant la télévision
- 3 Assis, inactif, dans un lieu public
- 4 Comme passager dans une voiture roulant pendant >1 heure
- 5 Allongé l'après-midi quand les circonstances le permettent
- 6 Assis en train de parler à quelqu'un
- 7 Assis calmement après un repas sans alcool
- 8 Au volant d'une voiture immobilisée dans un embouteillage
-
- Un score > 12 : somnolence pathologique

Les Echelles Visuelles Analogiques (EVA)

- Fatigue: échelle de Pichot
- Pas du tout=0 Un peu=1 Assez=2 Beaucoup=3 Extrêmement=4
-
- 1 Je manque d'énergie
- 2 Tout me demande un effort
- 3 Je me sens faible à certains endroits de mon corps
- 4 J'ai les bras et les jambes lourdes
- 5 Je me sens fatigué sans raison
- 6 J'ai envie de m'allonger pour me reposer
- 7 J'ai du mal à me concentrer
- 8 Je me sens fatigué, lourd et raide
-
- Un score supérieur ou égal à 20 est considéré comme pathologique

Représentation de notre «fonctionnement» et de la qualité de vie

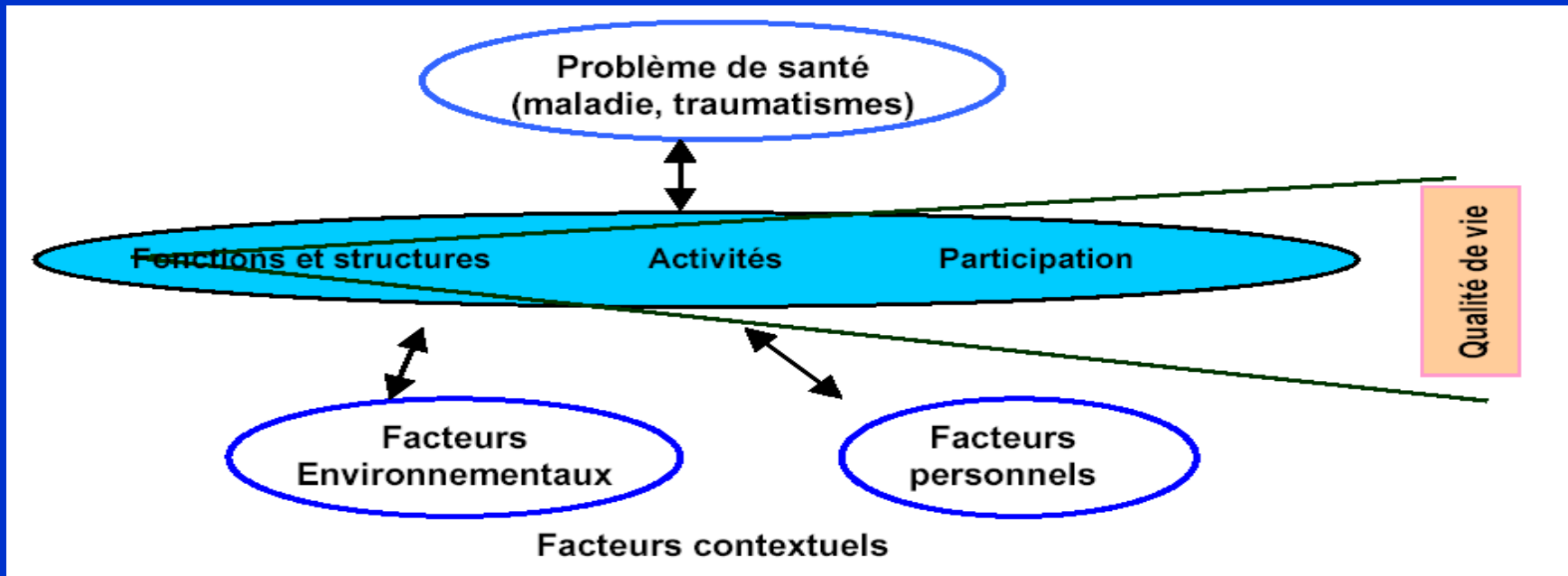


Notre fonctionnement (Briançon) est conçu comme le produit de 3 éléments: fonctions et structures, activités et participation, les activités permettant la participation. Ce modèle permet d'intégrer les déplacements, l'alimentation, l'habillement, la communication, la participation à des loisirs, travailler.

Les altérations des fonctions et des structures peuvent conduire à autant de déficiences responsables de limitation des activités, désignées sous le terme d'incapacité et de restriction de la participation, l'ensemble constituant le handicap

(Briançon)

Représentation de notre «fonctionnement » et de la qualité de vie



La maladie n'est pas le seul déterminant, mais interagit avec la contexte dans lequel se trouve le sujet atteint par la maladie. Les déterminants du fonctionnement de la santé et de la qualité de vie sont de 2 ordres: les facteurs environnementaux et les facteurs personnels.

(Briançon)

Déterminants du fonctionnement de la santé et de la qualité de vie

- **Les facteurs personnels**
 - Caractéristiques de la personnes, caractéristiques sociodémographiques, comportements et styles de vie, expériences passées
- **Les facteurs environnementaux** (selon la classification internationale)
 - Produits et systèmes techniques
 - Environnement naturel et modifié par l'homme
 - Soutiens et relations
 - Attitudes
 - Services et systèmes politiques

Éducation thérapeutique

Éducation pour la santé

- Deux conceptions différentes de l'éducation selon le cadre théorique de référence:
 - Dans le modèle biomédical, l'éducation est liée au traitement. Il est recherché l'adhésion du sujet (compliance) par la transmission de savoirs savants, le contrôle du message délivré. L'éducation est pensée comme conditionnement d'un sujet rationnel.

Or, le sujet n'est jamais vierge de savoirs: savoirs obstacles aux plans cognitifs, émotionnels ou affectifs. Les recherches en sciences de l'éducation ont montré que c'est à partir des savoirs expérientiels du patient que l'on peut aider le sujet à développer un nouveau savoir de santé

Éducation thérapeutique

Éducation pour la santé

- Deux conceptions différentes de l'éducation selon le cadre théorique de référence:
 - Dans le modèle existentiel, le but est de « *développer l'initiative personnel qui va aider l'homme à s'adapter aux différentes étapes de la vie, à adopter un comportement lui permettant de subsister dans son environnement, d'agir sur ce dernier pour le rendre plus favorable, de participer de façon responsable au développement de la communauté dans laquelle il vit. C'est une aide individuelle ou en groupe afin d'améliorer le niveau de santé physique, psychologique et social, par l'action propre et les efforts de chacun et de tous* ». (Barrios et Benoît)

Éducation du patient

Selon Alain Deccache, l'éducation du patient est:

- *« Un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient.*
- *Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible, et maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec sa maladie ».* (Deccache)

L'éducation du patient: un terme « rassembleur »

- **Ne pas séparer ces approches et ne pas en faire des objets distincts, qui se développeraient sans lien les uns avec les autres.**
- **Unité conceptuelle parce que les fondements sont les mêmes: déplacement de l'axe dépendance vers davantage d'autonomie, de participation des patients/citoyens.**

Éducation et maladies chronique

- **La prise en charge des maladies chroniques impose:**
 - De ne plus considérer le patient comme objet de soins mais comme sujet de sa santé
 - De passer d'un modèle de prescription à un modèle d'éducation
 - De ne plus être centré sur le soin curatif mais sur la promotion de sa santé

La démarche éducative

- Recherche par l'écoute et le travail sur le sens de la compréhension du référentiel et des savoirs expérientiels du patient.
- La finalité est que le patient gagne en autonomie, en qualité de vie et en responsabilité vis-à-vis de sa maladie
- Les buts sont: former à l'autogestion, à l'adaptation du traitement, faire face au suivi quotidien.

Définition de l'OMS

- « L'éducation thérapeutique a pour objectif **d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leurs vies avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci à pour but de les aider, ainsi que leur famille, 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. »**

Compétences

- **Capacité à mettre en œuvre (oser, décider, faire) efficacement:**
 - **Des connaissances**
 - **Savoir:** comprendre, valider, mémoriser
 - **Des gestes techniques**
 - **Savoir-faire:** décomposer, ordonner, manipuler
 - **Des attitudes et comportements**
 - **Savoir-être:** analyser, différencier, agir
 - **Dans une situation réelle (Le Boterf)**
 - **Faire avec le « parasitage »**

Éducation thérapeutique

Éducation pour la santé

- C'est donc sur les changements durables de comportement que l'on peut juger de l'efficacité des programmes d'éducation
- Produire des changements au niveau des connaissances, de la compréhension ou des façons de penser, déterminant des changements d'attitudes ou de croyances, facilitant l'acquisition de compétences, produisant des changements de comportements ou de modes de vie.

Éducation et apprentissage

BEHAVIORISME

- Stimuli → boîte noire → réponse
Renforcements positifs ou négatifs
Pédagogie par objectifs
- Cadre théorique fréquemment utilisé dans la vision biomédicale de la santé

Éducation et apprentissage

LE NEOSOCIOCONSTRUCTIVISME

- Utilise l'expérience du patient et ses savoirs préexistants par l'interaction sociale en prenant en compte son émotivité et son affectivité. La pédagogie est active, avec confrontation, ateliers. Le formateur construit des situations d'apprentissage.
- Cadre théorique utilisé dans une vision globale et existentielle de la santé

Les savoirs préexistants

- Le savoir est construit par l'étude ou l'expérience
- Ces savoirs permettent d'avoir une relation au monde
- La construction du savoir: un processus d'accommodation – assimilation
- Des savoirs obstacles au changement
- Nécessité d'évaluer les rapports qu'entretient le malade avec les savoirs référents: sont-ils en concordance ou en opposition avec les savoirs référents?

Les savoirs préexistants

- **Accorder un statut de base aux croyances, préjugés et « modes de fonctionnement » des patients**
- **Ne pas nier ces croyances, les utiliser pour construire des situations d'apprentissages**

Pensée et langage

- **Deux fonctions au langage:**
 - **fonction sociale pour communiquer**
 - **Fonction régulatrice de la pensée et impliquée dans le contrôle par le sujet de ses comportements**

Communication verbale

La communication verbale est celle qui utilise des mots pour apporter une signification. Mais ce n'est pas si simple...Entre

- Ce que je pense
- Ce que je veux dire
- Ce que je crois dire
- Ce que je dis
- Ce que vous avez envie d'entendre
- Ce que vous croyez entendre
- Ce que vous entendez
- Ce que vous avez envie de comprendre
- Ce que vous croyez comprendre
- Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer

Mais essayons quand même...

Extrait de l'encyclopédie du Savoir relatif et absolu

Bernard Werber - Édition Albin Michel (Livre de Poche 2000)

La communication se transmet

par des mots,
des phrases

par des signes conscients ou inconscients
interprétés par les interlocuteurs

**LA COMMUNICATION
VERBALE**

**LA COMMUNICATION
NON VERBALE**

accompagne

s'exprime par

le langage
utilisation de signes vocaux
ou graphiques (oral ou écrit)

se traduit par

des paralangages
tout ce qui est lié à la présence
de la personne

25 %

Impact en face-à-face

75 %



DIRE... ENTENDRE... COMPRENDRE... COMMUNIQUER

La communication se reçoit

Écoute
Attention
Attitude vis-à-vis de l'autre

Communication verbale et non verbale

- La plus grande part de notre communication passe par le non verbal
- L'exposé le mieux préparé peut ne pas «passer», si la prestation n'est pas à la hauteur
- **Soyez particulièrement attentifs :**
 - à votre posture : ouverte et chaleureuse
 - à votre regard : mobile et direct
 - à vos gestes : cohérents, hauts, et dirigés vers autrui
 - à votre élocution : voix forte et posée, articulation claire, intonation et rythmes variés.

Communication

La communication verbale

- **La parole :**
 - Précise nos pensées
 - Donne des informations claires
 - Caractérise l'aspect conscient de la communication

Communication

La communication non verbale

- Selon les chercheurs l'impact global d'un message est constitué de :
 - Ton de la voix
 - Gestuelle75%
- Langage parlé = 25% du contenu du message !!!

L'émotion

Interdépendance anatomo-fonctionnelle du traitement cognitif et du traitement émotionnel de l'information.

Le traitement d'une information par la raison et par l'émotion sont en interactions permanentes

La crise d'apprentissage

Lorsqu'il doit y avoir remise en question du savoir préexistant, le formateur doit:

- aider le patient à investir son savoir préexistant
- L'amener à prendre conscience de son insuffisance
- L'aider à construire un nouveau savoir sans choc affectivo-cognitif trop important

Objectifs

- Être convaincu de souffrir d'une réelle maladie
- Considérer que cette maladie peut avoir des conséquences graves sur la santé
- Estimer que le traitement permet d'obtenir des résultats probants sur l'état de santé
- Reconnaître que les bénéfices du traitement compensent largement les coûts induits

Les modèles de l'évaluation

- Évaluation mesure, contrôle
 - Par rapport à une norme
- Évaluation cybernétique
 - Sur la procédure
- Évaluation systémique
 - Sur les processus (manière d'être, d'aborder une situation, de s'y investir, investissement)
- Évaluation complexe
 - Conjuguer, articuler, mettre en lien des logiques d'évaluation contradictoires

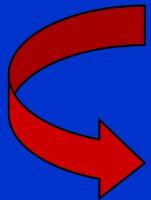
Différentiels basés sur le langage

- Évaluer le positionnement du savoir grâce au langage
- Est-il énoncé de façon dogmatique ou non?
- Le traitement non dogmatique de l'information correspondrait à une évolution plutôt possible du savoir
- Le traitement dogmatique traduit un fort ancrage du savoir (plus difficile à modifier)

Projet – visée

Projet programmatique

- **Le projet – visée est quête de valeurs**
 - Amélioration de la qualité de vie
 - Gain d'autonomie
 - Responsabilité accrue vis-à-vis de la maladie
- **Le projet programmatique**
 - Traduction stratégique de la visée en programme avec des objectifs et des moyens



**DANS LE CADRE DU PROJET DE VIE DU
PATIENT**

Applications méthodologiques

- Construction du diagnostic éducatif, révisable et modifiable à chaque rencontre.
 - Le patient a-t-il un projet réaliste et faisable ?
 - Quels sont les facteurs limitant ou facilitant les apprentissages ?
 - A quels changements le patient est-il prêt à consentir pour améliorer sa santé ?
 - Quels sont les apprentissages à réaliser ?
 - Quelles sont les conditions d'apprentissage qui peuvent lui être proposées ?

Applications méthodologiques

- **Diagnostic élaboré avec le patient**
- **Construction des critères avec le patient**
- **Le projet de vie du patient donne du sens à cette démarche éducative.**
- **Partir de la culture du patient: utiliser des métaphores en lien avec la culture socioprofessionnelle du patient pour expliquer les savoirs**

L'éducation thérapeutique vise à rendre autonome et responsable

Une autogestion de la maladie chronique doit donc permettre au patient :

- D'identifier ses problèmes (ses besoins)
- De prendre conscience des obstacles et des moyens facilitant à sa portée
- De générer une solution et de mettre en place des comportements pour mieux gérer sa maladie au quotidien
- De développer des projets à court et long terme.

•

La démarche est pluridisciplinaire, individualisée et évolutive.

•

Le projet patient est une dynamique où chaque acteur a un rôle défini. Il s'élabore à partir d'une négociation autour des différents objectifs. Il a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient.

Caractéristiques du diagnostic éducatif

S'apparente à	Doit permettre	
	Au soignant	Au patient
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un ou plusieurs entretiens individuels 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de chercher et trouver ensemble des modalités de gestion de la maladie ▶ une synthèse de la situation de vie du patient avec sa maladie et son traitement ▶ d'élaborer en commun des objectifs dits « de sécurité » ou d'autres plus « spécifiques » ▶ d'élaborer un programme d'éducation adapté à la situation de vie du patient 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un guide d'entretien visant l'apprentissage du patient et le recueil d'information 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de recueillir des informations précises en vue d'activités d'éducation pertinentes en regard de la réalité de vie du patient ▶ d'identifier les représentations, les croyances, les attitudes et les connaissances vis-à-vis de sa maladie, de la physiologie concernée par la maladie, le type de gestion ou de contrôle qu'a le patient de sa maladie, son stade d'acceptation de la maladie, ses priorités. ▶ de partir du ressenti du patient vis-à-vis de sa situation de santé ▶ de répondre aux questions : Qui est-il ?, Qu'est-ce qu'il a ?, Qu'est-ce qu'il fait ?, Qu'est-ce qu'il sait ?, Comment vit-il sa maladie ? Comment accepte-t-il son traitement ? Quels sont ses projets ? ▶ de comprendre ce que comprend le patient sur sa situation de santé ▶ de s'appuyer sur des modèles théoriques explicatifs des comportements en santé pour intervenir pertinemment auprès du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de parler de soi, faire preuve d'intelligibilité et précision de pensée ▶ d'apprendre à raisonner à voix haute ▶ d'être entendu dans sa singularité ▶ d'aborder les dimensions importantes pour lui, ses croyances et convictions ▶ de reconnaître un espace pour exprimer ses craintes, ses besoins, son ressenti ▶ de rendre compte de son expérience de la maladie ▶ de conscientiser ce qu'il sait, ce qu'il fait ▶ de décrire et de réfléchir le bien fondé de ses actions, de ses procédures ▶ de conscientiser ses erreurs et leurs conséquences, de les accepter en tant qu'étape classique d'un changement de comportement ▶ d'exprimer ses attentes en matière d'éducation et d'accompagnement
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Un « portrait » du patient à un moment donné 		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une discussion ouverte et confiante 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de mettre en exergue « les barrières qui empêchent l'acquisition de comportements adéquats » ▶ de solliciter la participation active du patient 	
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Une rencontre initiant le processus éducatif du patient 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de recueillir et contenir les émotions du patient ▶ d'être un point de départ incontournable de toute démarche éducative ▶ de proposer une réflexion en équipe centrée sur le patient 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ de s'autoriser à exprimer ses émotions ▶ de rencontrer l'équipe multidisciplinaire

MT Malaval, JS Le Quintrec, A Kahan, C Rozotte, R Gagnayre « Opinions de patients et de professionnels de santé sur un entretien à visée éducative (diagnostic éducatif) pour des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde », Education du patient et Enjeux de Santé, Vol 24, n°1, 2006.

Exemple de questionnaire

- Perception du patient
 - Que représente la mucoviscidose dans ta vie quotidienne?
 - Pour toi, la mucoviscidose est-elle une maladie douloureuse dans ton corps?
 - Est-ce que ta maladie te paraît minime, sérieuse, grave?
 - Comment se manifeste la mucoviscidose chez toi?
 - Peux tu expliquer ce qui fait que tu tousses?
 - Ressens-tu l'encombrement de tes bronches?

Exemple de questionnement

- Qu'est-ce qu'il a?
 - Quels signes te font penser que tu as la mucoviscidose?
 - Est-ce que le fait d'avoir la mucoviscidose t'empêche de faire des choses que tu aurais envie de faire?
 - Parles-tu facilement de ta maladie?
 - Sais-tu pourquoi tu viens régulièrement à l'hôpital?

Exemple de questionnaire

- Qu'est-ce qu'il sait?
 - Sais-tu quels organes sont touchés par la mucoviscidose?
 - Quels sont les signes de mauvais fonctionnement de tes poumons?
 - La respiration, c'est quoi pour toi?
 - A quoi sert la kinésithérapie respiratoire?
 - L'encombrement, à quoi peut-on le reconnaître?
 - Est-ce que tu peux transmettre la mucoviscidose?

Exemple de questionnement

- Qu'est-ce qu'il fait?
 - Que fais-tu si tu es plus encombré?
 - A qui t'adresses-tu?
 - Que fais-tu pour éviter les surinfections?
- Qui est-il?
 - Te sens-tu différent des autres, pourquoi et comment?

Exemple de questionnaire

- Quel avenir? Motivation? Son projet
 - Comment vois-tu ta vie d'adulte, en couple, ton métier avec la mucoviscidose?
 - Est-ce qu'il y a des choses que tu ne fais pas à cause de la mucoviscidose?
 - Peux-tu me parler de tes passions, tes loisirs, tes projets, même les plus fous?

Exemple de questionnement

- Degré d'acceptation de la maladie
 - Parles-tu souvent de ta maladie?
 - Est-ce que tu retires des avantages de ta maladie?
 - As-tu des questions sur ta vie amoureuse, ta sexualité?

Exemple de questionnaire d'évaluation des connaissances

DATE :		CONNAISSANCES		
		VRAI	FAUX	Ne sais pas
1.	Les asthmatiques sont gênés par la pollution atmosphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Les médicaments anti-inflammatoires dilatent les bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Tous les asthmes sont allergiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	L'asthme peut provoquer une sensation de « serrement dans la poitrine »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Le 15, 18 ou 112 sont des numéros d'urgence auxquels un asthmatique peut faire appel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	L'asthme est une maladie des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	L'asthme est une maladie qui peut durer toute la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Au moment des crises, les bronches sont dilatées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	De l'air circule à l'intérieur des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Quand on a de l'asthme, il y a une inflammation au niveau des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Les sifflements dans la poitrine sont un signe d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	En cas de crise, l'asthmatique vide sa poitrine sans difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Le débit de pointe évalue le degré d'ouverture des bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	La toux peut être un signe d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Les anti-inflammatoires ont un effet immédiat sur les bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Un effort peut être la cause d'une crise d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ne plus pouvoir parler est un signe de gravité d'une crise d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Il existe des broncho-dilatateurs à effet prolongé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Le broncho-dilatateur dilate les bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La programmation

Formuler avec des verbes d'action les objectifs d'apprentissage

Les compétences à acquérir pour le patient s'expriment par:

- Faire connaître, comprendre, expliquer
- Repérer, analyser, mesurer
- Résoudre, décider
- Exécuter, réaliser, faire
- Adapter, réajuster

Deux démarches concomitantes

De façon individuelle:

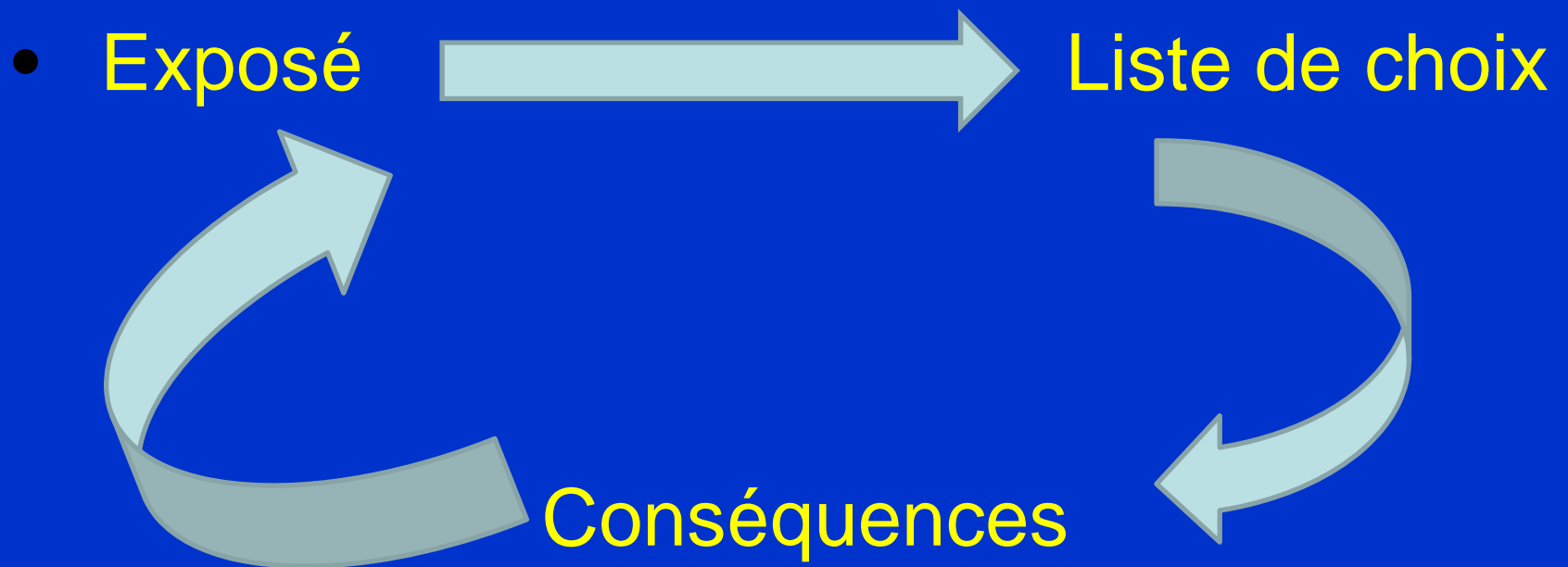
Profiter des temps rééducatifs pour faire passer des messages

- Inclure des temps d'apprentissage à chaque séance (sprays, AVJ)
- Donner du sens aux différentes activités en les replaçant dans leur contexte
- Assurer un suivi individuel du projet du patient dans ses différents aspects (cognitifs, sensori-moteur, psycho-affectifs)
- Préparer la sortie dès l'arrivée
-

De façon collective, autour de quelques thèmes choisis : des tables rondes interactives sur:

- La respiration
- Les examens
- Les traitements inhalés
- Le tabac
- L'alimentation
- Les AVJ
- Le retour à domicile

La ronde des décisions



L'apprentissage doit

- **Avoir du sens, s'intégrer dans un réseau de choses connues et vécues par l'apprenant**
- **Etre facilement utilisable**
- **Comporter plus de temps de mise en situation que de démonstration**
- **Etre adapté aux capacités du patient**
- **Etre gradué et respecté le rythme de l'apprenant**
- **Etre délivré dans un langage simple**

Le rôle du thérapeute

- Coordonner :
 - Les différents partenaires
 - Les différentes activités
 - Les rôles-patients
- Initier et développer
 - De nouvelles connaissances
 - L'apprentissage de nouvelles techniques
 - L'apprentissage de nouveaux comportements

Leviers - Freins

- **LEVIERS**

- **Culture de ré-éducation**

- **Pratiques professionnelles**

- **Temps de rencontre
avec le patient**

FREINS

- **Difficulté à communiquer**

- **Isolement géographique
des lieux**

- **Manque de formation**

Exemple d'outil pédagogique

ASTHME

Ronde des décisions asthme



DESRIPTIF:

Instrument pédagogique d'aide à la décision, simulant des situations de la vie courante auxquelles un patient asthmatique peut être confronté. Pour chaque situation, une décision doit être prise et plusieurs propositions d'action sont présentées. Laquelle, lesquelles choisir?

En retournant la languette correspondant à son choix, le patient obtient un feed-back immédiat, lui révélant la conséquence de la décision qu'il a prise.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES:

- Vérifier les connaissances théoriques du patient sur l'asthme.
- Former le patient à prendre des décisions pertinentes concernant l'auto-surveillance et l'auto-traitement.
- Favoriser les échanges entre patient et soignant dans un contexte ludique.

PUBLIC:

Patients asthmatiques adultes et adolescents.

UTILISATION:

Jeu éducatif destiné aux patients asthmatiques et à leurs "éducateurs-soignants".

ÉDITEUR, DIFFUSEUR:

Glaxo Smith Kline.



Autres outils: exemples

- Classeur imagier: classeur à spirale comportant une série de dessins et d'illustrations explicatifs.
- Puzzle: association logique d'images
- Cartes symptômes: identifier ses symptômes
- Cartes composantes: aspect plurifactoriel, identifier les paramètres sur lesquels il peut agir, évoquer ses croyances, discuter ses connaissances
- Photolangage: perception de sa qualité de vie, projet de vie, la façon dont il se voit
-

Des stratégies adaptées

- **Renforcer la motivation**
 - Récit, vécu, entretiens motivationnels
 - Apport d'informations
 - Élaborer un projet personnel
- **Faciliter l'acquisition de compétences**
 - Études de cas, énigmes
 - Mise en situation, carnets de suivi
 - manipulation
- **Assurer un soutien psychosociale**
 - Informations sur la maladie (contexte, évolution)
 - Gestion du stress
 - Table-ronde

L'approche collective peut être diversifiée

- Les cibles peuvent être différentes : activités s'adressant exclusivement aux patients ou aux patients et à l'entourage ou à l'entourage seul
- Les intervenants peuvent être des médecins, des kinésithérapeutes, des infirmières, des diététiciennes, des assistantes sociales, des patients,...
- Les activités peuvent être structurées (des programmes précis) ou non structurées (réunion de patients provoquée ponctuellement car plusieurs patients rencontrent le même problème)
- Les activités peuvent être ponctuelles ou continues dans le temps
- Les thèmes peuvent être très divers : alimentation, activité physique, vécu de la maladie, gestion du traitement...
- Il peut y avoir différents niveaux d'éducation
- Les activités peuvent viser le développement de différents types de compétences (compétences techniques pour gérer un traitement, compétence relationnelle pour savoir parler de sa maladie...)
- Il peut s'agir d'activités d'information, d'enseignement, ou d'apprentissage dans lesquelles la personne est plus active.

Les situations d'apprentissage

- Discussion, lecture, vidéo, travail en petit groupe, schémas, présentation et discussion en grand groupe ,.....
- Situations préparées par le formateur
- Ces situations peuvent créer des conflits sociocognitifs moteurs d'évolution dans l'apprentissage plus efficace que l'approche par simple contre exemple

Évaluation permanente

Les données apportées par l'évaluation permettent de réguler la démarche. Le but n'étant jamais de sanctionner

Impact de l'éducation pour la santé sur la qualité de vie

Au plan individuel

- Une meilleure communication dans la relation de soins: améliore l'observance, les résultats cliniques et la qualité de vie. Elle améliore la satisfaction des patients et aussi celle des médecins (Santé Canada, 2001).
- Une plus grande participation du patient aux décisions médicales diminue l'anxiété et améliore la satisfaction du patient (Moumjid-Ferdjaoui, 2000).
- L'intervention d'éducateurs pour la santé en amont de la consultation, dans un but d'aide à la lecture des résultats médicaux, à l'articulation des questions et à la négociation des décisions médicales rend les patients plus interventionnistes dans la consultation (ils interviennent plus souvent). Elle génère, chez les patients, des questions plus ciblées et une sensation d'être plus en capacité d'agir sur leur santé. Elle est à l'origine d'une moindre limitation des patients dans leurs activités physiques (Roter, 1992).

Impact de l'éducation pour la santé sur la qualité de vie

Au plan collectif

De nombreuses études portant sur des maladies chroniques telles que l'asthme ou le diabète, ont montré que l'éducation des patients :

- Diminue le recours aux services d'urgences et à l'hospitalisation**
- Diminue l'absentéisme scolaire ou professionnel**
- Diminue la survenue de complications**
- Peut améliorer la qualité de vie (Gibson, 2003).**

Références

- **REBOUL O.** La philosophie de l'éducation. Paris, PUF, 2001
- **LACROIX A., ASSAL J.P.** L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Vigot, 1998
- **D'IVERNOIS J., GANAYRE R.** Apprendre à éduquer le patient. Paris : Maloine, 2^{ème} édition, 2004.
- **GATTO F., FAVRE D.** Utilisation d'indicateurs discursifs pour optimiser les effets de la rééducation auprès de patients lombalgiques. Santé publique, 1997, 3, 341-60.
- **GIORDAN A.** Apprendre !, Paris : Belin, 2001.
- **NOËL B.** La métacognition : l'art d'évaluer ses performances. Sciences Humaines, 1995, 56, 23-5
- **Éducation à la santé ou pour la santé. Quels enjeux pour la formation et pour la recherche. Questions vives. Revue En Question, Vol 2, n° 5, Université d'Aix en Provence, 2004**

Références

- **IGUENANE J., Gagneyre R.** L'éducation thérapeutique du patient: le diagnostic éducatif. *Kinésithérapie, les cahiers*, n° 29-30, 2004, 58-64
- **GATTO F.** Évaluer, apprendre et enseigner le savoir de la santé. Habilitation à diriger les recherches en Sciences de l'Éducation. Université de Corse, Corté, 2004
- **RAT AC.** La maladie chronique. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Direction Générale de la Santé. Paris, le 8 décembre 2004
- **BRIANCON S.** Conséquences de la maladie chronique: la qualité de vie et ses déterminants. Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Direction Générale de la Santé. Paris, le 8 décembre 2004
- **DECCACHE, A.** Éducation pour la santé, éducation du patient : quelques concepts et leur signification en médecine générale. In : Sandrin-Berthon B., Aujoulat I., Ottenheim C., Martin F. *L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative.* Vanves : éditions CFES ; 1997 : p. 51-62.

Références

- **SANTE CANADA.** *La communication efficace... à votre service. Outils de communication II.* Ottawa: Santé Canada ;2001.
- **MOUMJID-FERDJAOUI N.** La relation médecin-patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale:les enseignements de la littérature internationale. *Revue française des affaires sociales* 2000 ; 2 : 73-88.
- **ROTER D, FRANKEL R.** Quantitative and qualitative approaches to the evaluation of the medical dialogue. *Soc Sci Med* 1992;34(10):1097-103.
- **GIBSON PG, COUGHLAN J., WILSON AJ, et col. (2003).** Self management education and regular practitioner review for adults with asthma (cochrane review). In : *The cochrane Library*, Issue 3. Oxford:Update Software. 2003, 1-54.