



L'éducation thérapeutique

UE 4.6 S3 ***Soins éducatifs et préventifs***

8 Octobre 2025

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

Sonia BENKHELIFA
Christine OLLIVIER



SOMMAIRE

- 1- Aspect historique
- 2- Contexte législatif et économique
- 3- Définitions
- 4- Compétences à acquérir par les patients
- 5- Acceptation de la maladie et les représentations
- 6- Démarche éducative
- 7- Compétences à développer par les soignants

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE

INTRODUCTION

⇒ **Compétence 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »**, souvent travaillée en stage et acquise mais souvent mal comprise.

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs	Non mobilisé	Non acquis	À améliorer	Acquis
1 - Pertinence de la séquence éducative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Pertinence de la démarche de promotion de la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formation

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

- 1 – Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique;
- 2 – Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement;
- 3 – Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...

4 – Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées;

5 – Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives;

6 – Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes;

7 – Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier ?	Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1 – Pertinence de la séquence éducative	<ul style="list-style-type: none"> - Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte; - Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées; - La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe.
2 – Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs	<ul style="list-style-type: none"> - La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action; - La participation de la personne ou du groupe est recherchée; - Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée; - Les actions réalisées sont évaluées.
3 – Pertinence de la démarche de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible; - Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations; - Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes.




1- Aspects historiques

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





Jusqu'aux années 70 les progrès de la médecine sont essentiellement axés vers une recherche de guérison en traitant la maladie ou en éliminant les facteurs de risque.

1^{er} constat :

Les résultats des greffes d'organes sont très positifs jusqu'à 10-15 ans. Puis, 40% des sujets voient décliner leur greffon à cause d'une **non observance**.

- ⇒ Les informations ne suffisent pas,
- ⇒ Le contexte socio-culturel n'est pas forcément une raison,
- ⇒ Lien à renforcer avec les soignants.


Première idée d'éducation qui émerge ...

2ème constat :

2010 : 15 millions de personnes atteintes de pathologies chroniques en France.

⇒ 150 000 personnes diabétiques sont diagnostiquées chaque année.

⇒ 22 à 28% des patients ayant subi une transplantation hépatique sont non-abstinentes à l'alcoolisme.



2017 : 20 millions de personnes souffriraient d'une maladie chronique en France.

⇒ 1,6 million de nouvelles entrées/ an.

⇒ Soit 35% de la population.

Quelles sont les causes de cette augmentation ?

Les causes :

- Vieillissement de la population,
- Allongement de l'espérance de vie,
- Facteurs environnementaux,
- Performance et évolution de la recherche médicale:
 - > Découverte de pathologies précocement,
 - > Les progrès thérapeutiques et la promotion à la santé ont permis de dépister des maladies chroniques,

Accueil > Démographie

Évolution et structure de la population



EUROPE

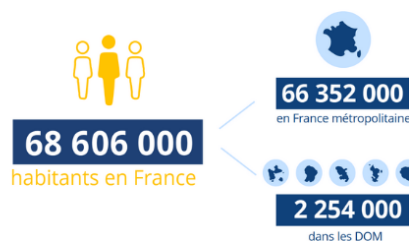
FRANCE

TERRITOIRES

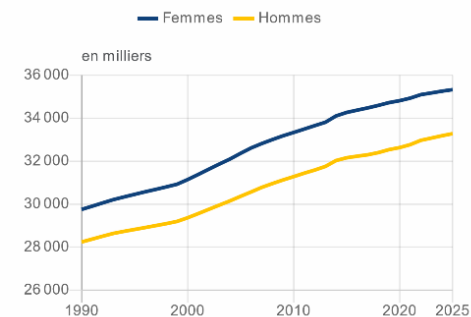
Au 1^{er} janvier 2025, la France compte 68,6 millions d'habitants : 66,4 millions en métropole et 2,3 millions dans les cinq départements d'outre-mer. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes : 35,3 millions contre 33,3 millions. En outre, la population française vieillit avec l'avancée en âge des *baby-boomers* : 21,8 % de la population a 65 ans ou plus, et 16,7 % a moins de 15 ans. Si les tendances démographiques se maintenaient, la France compterait 68,1 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2070 et la part des 65 ans ou plus atteindrait 29 % en 2070.

La population augmente de 0,25 % en 2024, après +0,30 % en 2022 et +0,28 % en 2023. De 2014 à 2019, la population augmentait en moyenne de 0,4 % par an. En 2024, le solde naturel est à peine

Population au 1^{er} janvier 2025



Population au 1^{er} janvier par sexe



Source Insee.fr



2- Contextes législatif et économique

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



RECONNAISSANCE NATIONALE :

- **Loi du 4 mars 2002 : Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :** *« Le patient peut participer aux décisions thérapeutiques qui le concernent à partir des connaissances qui lui auront été transmises ».*
- **Plan gouvernemental 2007-2011 :** *Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique.*
- **Code de santé publique (2009) art.L1161.-1 à 1161-4 :** *« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ».*
- **Loi HPST (2009) :** *Afin d'améliorer l'autonomie des personnes atteintes de maladie chronique ; et permet d'offrir un cadre aux pratiques déjà existantes et de développer les initiatives.*

Focus sur le plan gouvernemental de 2007-2011 : Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique.

⇒ 4 axes :

-Mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer : *promotion à la santé, impliquer patients & associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants...*

-Elargir la médecine de soins à la prévention : *intégrer à la formation médicale/ paramédicale l'ETP, rémunérer l'activité d'ETP à l'hôpital et en ville...*

-Faciliter la vie quotidienne des malades : *développer un accompagnement personnalisé des malades, permettre aux aidants de pratiquer certains gestes techniques indispensables à la vie quotidienne des malades...*

-Mieux connaître les besoins : *analyser et consolider les données épidémiologiques, développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la vie.*

RECONNAISSANCE RÉGIONALE :

ARS : création et labélisation des équipes pluridisciplinaires, évaluation des programmes d'ETP et financement régional.

⇒ Certification V3 2010 : chapitre 23a.

- Demande la formation de tous les professionnels de santé à l'ETP, et le développement de compétences nouvelles.
- Demande la création d'une tarification spécifique (T2a) et un fond pour le développement de l'ETP pour rémunérer les professionnels de santé.

Les résultats de l'ETP :

L'ETP du patient est une intervention financièrement avantageuse, malgré le coût de formation des professionnels de santé. Il a été prouvé qu'elle améliore les résultats et la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique.

- Meilleure connaissance de sa maladie.
- Meilleure observance, suivi préventif, et moins d'automédication.
- Sentiment d'autonomie et de bonne santé.
- Baisse de certaines hospitalisations/ urgences inutiles.



3- Définitions

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



L'OMS définit l'ETP en 1998 :

*«L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade **plus autonome** par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne **l'acteur de son changement** de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement...) mais aussi, plus généralement, tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable. »*

Mots clés importants :

Renforcer les capacités du malade / projet de soins / autonomie / acteur de sa santé / prise en charge tout au long du projet / objectif de qualité de vie acceptable.

Les objectifs de l'OMS :

- Permettre aux malades d'acquérir et de conserver les capacités qui les aident à vivre avec leur maladie.
- Sensibiliser.
- Informer.
- Rendre autonome.
- Vise à aider les malades et leur entourage à comprendre la maladie et les traitements.
- Coopération entre soignants (entre ceux formés et non-formés).
- Améliorer ou maintenir la qualité de vie des malades.



ETP selon le Journal officiel du 06/09/2008 :

« Enseignement individuel ou collectif dispensé à un patient ou à son entourage en vue d'améliorer la prise en charge médicale d'une affection, notamment d'une affection de longue durée. »

L' ETP selon J-F. Divernois, R. Gagnaire :

« Transfert de compétences du soignant vers le patient qui s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat à l'équipe de soins. »

NB: le terme de « transfert » ici est à nuancer : il s'agit davantage d'entendre l'enjeu du déploiement des compétences du patient à partir des apports du soignant

Les pathologies concernées par l'ETP fixées par l'OMS:

➤ **Pathologies dites prioritaires :**

Diabète, asthme, maladies cardiovasculaires, SIDA, HTA,

➤ **Toutes les autres pathologies chroniques :** cancer, maladie d'Alzheimer, Parkinson, dépression, schizophrénie, addictions.




QUIZ :

Une maladie chronique ça se voit ?

Pas toujours !

- Une personne atteinte d'un cancer sous chimiothérapie peut porter les stigmates des effets indésirables.
- Les maladies rénales sont parfois « *silencieuses* » et plus 1/3 des patient.e.s découvrent leur pathologie en urgence.
- Les personnes atteintes d'hémophilie ne laisse rien voir de leur pathologie.

Il y a pleins d'autres exemples ...




Un.e patient.e porteur d'une maladie chronique, c'est
une personne plutôt âgée (qui ne travaille pas) ?



NON !

50% des malades chroniques sont en âge de travailler.

Ex : l'âge moyen d'un diagnostic d'une SEP est de 31 ans.



Aujourd'hui, nous pouvons parler facilement de sa maladie chronique à son travail et/ou dans son entourage.

NON !

En parler peut être préjudiciable à son parcours professionnel (absence d'évolution, licenciement pour des absences régulières, arrêt maladie longue durée...).

⇒ Néanmoins la loi protège le salarié malade et peut permettre d'accéder à des aménagements de poste/ d'horaires, des RQTH...

Parfois, les patient.e.s sont victimes de stigmatisation même au sein de leur entourage proche (par méconnaissance ou idées reçues).



Les patients porteurs de maladie chronique gardent
tous leur emploi.

NON !

-Selon une enquête de l'Institut national du cancer, de Juin 2019, 20% des personnes âgées entre 18-54 ans et en emploi au moment du diagnostic, ne travaillent plus dans les 5 ans.

-Pour les personnes souffrant d'insuffisance rénale, 58% d'entre eux travaillent après une greffe et 17% seulement travaillent alors qu'ils sont dialysés.



4- Compétences à acquérir par les patients

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE






Chaque compétence constitue un but /objectif à acquérir par le patient et est reliée à des objectifs précis et réalisables :

⇒ Compétences en auto soins.

⇒ Compétences d'adaptation.



D'après J-F. D'Ivernois, R. Gagnaire, il y a 8 compétences pour le patient, p. 47:

- Faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage.
- Comprendre, expliquer.
- Repérer, analyser, mesurer.
- Faire face, décider ...
- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne.
- Pratiquer, faire.
- Adapter, réajuster.
- Utiliser les ressources du système de soins.

Exemple par rapport à la mucoviscidose chez l'adulte

Comprendre, expliquer :

Expliquer la particularité du mucus dans la mucoviscidose et le rôle du mucus par rapport aux infections.

Repérer, analyser, mesurer :

Repérer les signes d'alerte et d'aggravation d'une infection.



5- Acceptation de la maladie et les représentations

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



L'acceptation de la maladie :

Pour le patient, la maladie chronique est synonyme de changement, de perte de ce qui était coutumier ou familier donc travail de deuil lié à la perte.

(Travaux d'Elisabeth Kübler-Ross en lien avec les étapes du deuil).

Processus normal d'adaptation : Un choc passager, une tristesse face à la perte, la capacité dépressive qui conduit à un nouvel équilibre (étapes du deuil).

Les impasses : le déni, le refus, l'angoisse, la résignation.

⇒ Le soignant doit repérer l'étape où se situe la personne afin d'adapter son mode de relation (*tableau des comportements liés aux phases d'acceptation de la maladie, A. Lacroix*).

STADES	ATTITUDES DU MALADE	EXEMPLE DE PROPOS DE PATIENTS	COMPORTEMENT HABITUEL DU SOIGNANT
Choc	Surpris, angoissé.	« <i>Je ne réalise pas bien...</i> »	Banalise, minimise le pb, évite le sujet, donne trop d'instructions.
Dénégation/ Déni	Détaché, banaliser la maladie, rejeter la menace... Ignore sa maladie	« <i>Il y a des maladies plus graves...</i> » « <i>Je ne suis pas malade...</i> »	Persuasif, chercher à faire prendre conscience de la réalité de la maladie.
Révolte/Colère	Agressif, revendicateur...	« <i>C'est la faute de... Si...</i> »	Se sent attaqué, juge le patient caractériel.
Marchandage	Manipulation	« <i>Si je fais plus attention à mon alimentation il ne sera pas nécessaire que je passe à l'insuline...</i> »	Irrité, remise en question, risque de répondre par l'agressivité ou l'autoritarisme.
Dépression	Triste, méditatif.	« <i>Je réalise que le diabète peut provoquer de grave complication.</i> »	Sentiment d'incapacité, minimise, peu attentif.
Acceptation/ Résignation	Tranquille, collaborant, docile.	« <i>Je vis avec et non malgré mon diabète...</i> » « <i>Je m'en remet à vous docteur... Je refuse d'être handicapé.</i> »	Gratifie, risque de négliger son attention, dévoué.

Les représentations :

L'apprentissage de tout savoir dépend des conceptions déjà présentes. La peur peut sous-tendre certaines conceptions.

Exemple :

Dramatisation : « j'ai le SIDA je vais mourir ».

Minimisation : « j'ai le SIDA, ce n'est pas grave, maintenant ça se soigne »...

Le modèle des croyances de santé : **(health belief model):**

Pour accepter de se traiter et pour persévérer dans l'application de son traitement, un patient doit :

- Être persuadé qu'il est bien atteint par cette maladie.
- Penser que cette maladie et ses conséquences peuvent être graves pour lui.
- Penser que son traitement aura un effet bénéfique.
- Penser que les effets du traitement contrebalancent avantageusement les effets secondaires, les contraintes psychologiques, sociales et financières engendrées par le traitement.

La compliance thérapeutique :

La compliance est conditionnée par de nombreux facteurs :

- Sa motivation,
- Son attitude,
- Ses attentes.

Il faut bien différencier compliance / observance / adhésion.

OBSERVANCE	<p>Se définit comme l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé. Le patient suit avec rigueur les prescriptions ou les recommandations médicales.</p> <p>Le patient est acteur mais doit se plier aux ordres médicaux (via l'ordonnance).</p>
ADHESION	<p>Le patient respecte les accords et adhère aux soins et aux prescriptions. Cela revient à dire que le patient adhérent devient observant. En découle une compliance.</p>
COMPLIANCE	<p>Le patient est soumis ou passif dans sa prise en charge, il adhère aux soins sans se poser de question. Il y a un rapport paternaliste à l'autorité.</p>

Source, société Française de médecine généraliste :

[https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_categorie/319/fichier_16_observance_et_ses_difficultes0022c.pdf#:~:text=Dans%20l'id%C3%A9al%2C%20l'autorit%C3%A9%20\(3\).&text=Cette%20adh%C3%A9sion%20favorise%20l'observance,et%20la%20qualit%C3%A9%20des%20soins.](https://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_categorie/319/fichier_16_observance_et_ses_difficultes0022c.pdf#:~:text=Dans%20l'id%C3%A9al%2C%20l'autorit%C3%A9%20(3).&text=Cette%20adh%C3%A9sion%20favorise%20l'observance,et%20la%20qualit%C3%A9%20des%20soins.)



6- Démarche éducative

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





La démarche d'ETP comprend 4 étapes

(document HAS):

1- Elaborer un diagnostic éducatif (dit bilan éducatif).



2- Programmer un contrat d'éducation (mise en place d'objectifs personnalisés, des compétences à acquérir par le patient...).



3- Planifier des stratégies éducatives



4- Evaluer

1- Le diagnostic ou bilan éducatif

réalisé par le soignant, il vise à identifier:

- les représentations du patient, ses connaissances,
- les ressources et les limites du patient pour mettre en évidence ses besoins,
- le type de gestion du patient (positionnement, compliance, niveau d'autonomie),
- son stade d'acceptation de la maladie,
- ses priorités.

1- Le diagnostic (bilan éducatif) :

La dimension biomédicale de la maladie : qu'est-ce qu'il a ?

- -Ancienneté de la pathologie, son évolution, sa sévérité.
- -Autres problèmes de santé.
- -Fréquence et motifs des hospitalisations...

La dimension socio-éducative : qu'est-ce qu'il fait ?

- -Vie quotidienne, loisirs.
- -Environnement social et familial...

La dimension cognitive : qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie ?

-Aptitudes intellectuelles du patient, capacité de compréhension, de mémorisation....

-Croyances, représentations, conceptions, connaissances, éléments d'expérience:

- Mécanismes de la maladie
- Facteurs déclenchant les crises
- Rôle et mode d'action des médicaments
- Efficacité des traitements
- Utilité de l'éducation

1- Le diagnostic (bilan éducatif) :

La dimension psycho-affective : comment se sent-il ?

- Stade dans le processus d'acceptation de la maladie.
- Situation de stress.
- Réactions face à une crise.

Projet du patient : quel est son projet ?

- Repérer la source de motivation.
- Prendre appui sur le projet.

Exemple de guide d'entretien dans le cadre d'un bilan éducatif au regard des différentes dimensions :

La santé	<p>La santé, c'est quoi pour vous ?</p> <p>Entre 0 et 10, quelle note donneriez à votre santé actuellement ?</p> <p>Et à votre moral ?</p> <p>Que pensez-vous pouvoir faire personnellement pour améliorer votre santé ?</p>
La maladie	<p>Quelle est actuellement votre principale maladie ? A quoi cela est-il du ?</p> <p>Quelles sont les conséquences de cette maladie sur votre vie quotidienne et sur les relations avec votre entourage ?</p> <p>Comment pensez-vous que cette maladie va évoluer ?</p> <p>Est-ce que cette maladie vous inquiète ? Pourquoi ?</p>
Le traitement	<p>Quelles sont les choses les plus importantes à faire pour prendre en charge votre maladie ?</p> <p>Et à long terme ?</p> <p>Que faut-il faire en cas de crise ou d'incident ?</p> <p>Est-ce que vous parvenez à faire ces choses ?</p>
Les habitudes de vie	<p>Que faites-vous pour l'alimentation ?</p> <p>Pensez-vous utile pour votre santé de changer quelque chose à votre alimentation ?</p> <p>Quelles sont vos activités physiques ?</p> <p>Pensez-vous utile pour votre santé de changer certaines habitudes ? Lesquelles ?</p>

2- Le contrat d'éducation :

C'est un accord moral entre le patient et l'équipe soignante.

Le contrat est défini grâce à des objectifs opérationnels observables et mesurables : « *Les soignants et le patient conviennent ensemble d'un programme d'activité* ».

2- Il y a deux types d'objectifs : Quelles compétences à acquérir par le patient ?

Objectifs Sécuritaires

Ce que le patient
doit :

- Savoir,
- avoir compris,
- avoir maîtrisé.

Pour des raisons
de sécurité.

Objectifs personnalisés

Ce qui est spécifique
au patient :

- Personnalisé à sa
vie familiale,
- Adapté à sa vie
Professionnelle,
- Ses activités culturelles
ou sportives.

2- Classement des objectifs selon différents domaines:

- Domaine cognitif = les connaissances, le savoir...
- Domaine sensori-moteur = domaine de la pratique, la maîtrise des techniques, le savoir-faire...
- Domaine psycho-affectif = attitudes, savoir-être...
- Compétence = savoir-agir en situation = décision, positionnement...

3- Les stratégies éducatives :

Il s'agit de planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique :

- Pédagogie individuelle ou collective ? Au choix ou les deux.
- Choix du contenu des informations et des apprentissages
- Choix des méthodes pédagogiques : selon les objectifs fixés, les notions essentielles à aborder
- Calendrier

3- L'enseignement INDIVIDUEL de l'éducation thérapeutique des patients, A. Lacroix- JP. Assal, p.97.

AVANTAGES

- Personnalisation
- Relation privilégiée
- Possibilité de cerner les besoins spécifiques du patient
- Respect du rythme du patient
- Meilleur contact
- Meilleure connaissance du patient
- Permet d'aborder le vécu

INCONVENIENTS

- Pas de confrontation avec d'autres patients
- Absence de dynamique de groupe
- Risque d'enseignement peu structuré
- Gestion du temps
- Risque d'emprise du soignant sur le patient
- Risque d'incompatibilité
- Lassitude due à la répétition

3- L'enseignement COLLECTIF de l'éducation thérapeutique des patients, A. Lacroix- JP. Assal, p.97.

AVANTAGES

- Echanges d'expériences entre patients.
- Emulation, interactions.
- Convivialité.
- Confrontations de point de vue.
- Gain de temps.
- Stimulation des apprentissages.
- Apprentissages expérientiels par « situations-problèmes ».

INCONVENIENTS

- Risque d'enseignement impositif (vertical).
- Difficulté de faire participer les patients.
- Patients trop hétérogènes.
- Inhibition des patients à s'exprimer.
- Horaires fixes des cours.
- Difficulté d'accorder de l'attention à chacun.
- Difficultés de gérer un groupe.

4- L'évaluation :

EVALUATION DES ACQUISITIONS :

AUTO-EVALUATION


- Evaluation du dispositif.
- Evaluation des savoirs.
- Evaluation du savoir-faire.
- Evaluation du savoir-être.

EVALUATION DU SOIGNANT

- Evaluation du dispositif.
- Evaluation des savoirs.
- Evaluation du savoir-faire.
- Evaluation du savoir-être.

-> L'évaluation est en lien avec les objectifs personnels fixés.

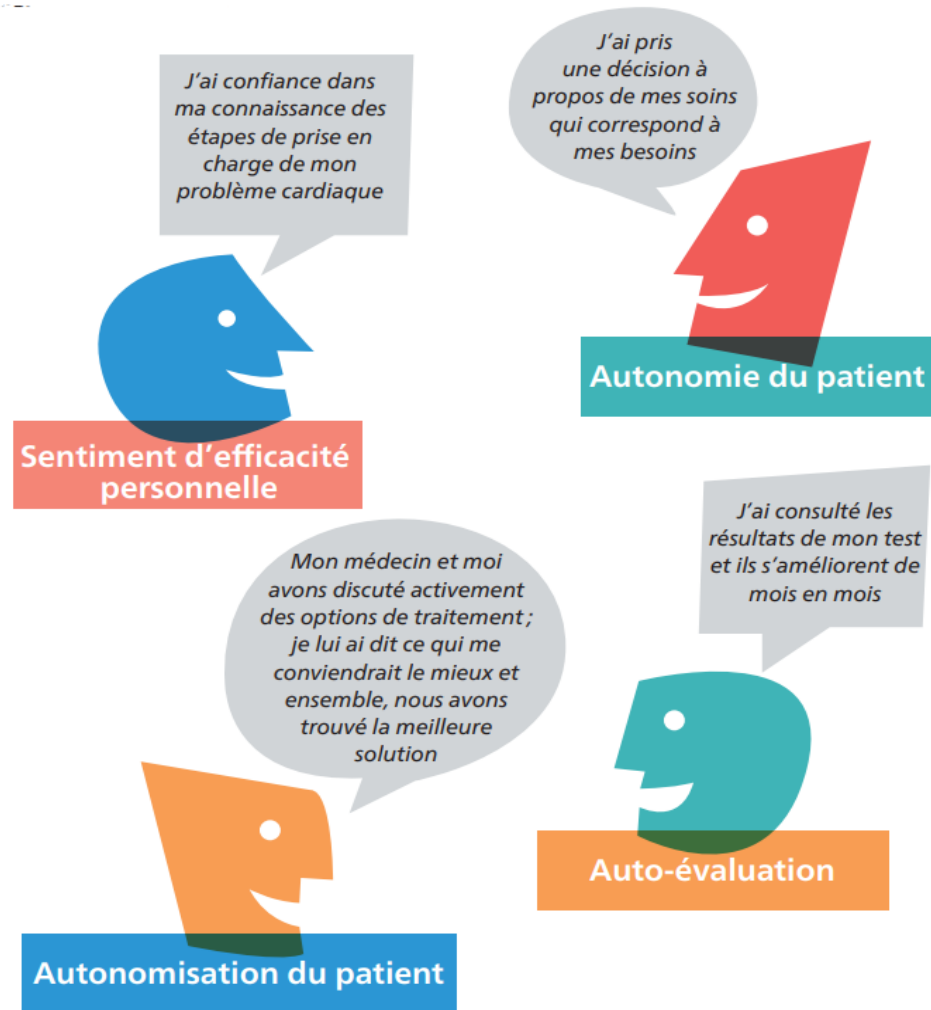
L'évaluation est communes au deux (soignant et patient).
Elle est incluse avant/ pendant/ après les séquences d'éducatons.
C'est un réajustement permanent, régulier et continu !



L'évaluation doit être intégrée aux différents temps de l'ETP, et doit pouvoir conduire à des réajustements.

=> Chaque séquence éducative va démarrer et/ ou finir par un temps d'évaluation.

Illustration d'un concept de patient avec auto-prise en charge après une ETP





7- Compétences à développer par les soignants

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE



Les compétences à développer :

- La pédagogie.
- Communiquer de manière empathique avec le patient et sa famille.
- Identifier les besoins objectifs et subjectifs des patients.
- Savoir mettre en œuvre une démarche d'éducation thérapeutique, en s'inscrivant dans une démarche pluridisciplinaire.

Source : OMS Europe, 1998

L'entretien motivationnel :

Ces apports nous amènent à évoquer le terme « *d'entretien motivationnel* » :

C' est un échange collaboratif, une intervention qui a pour but :

- D'entendre l'ambivalence du patient,
- De préparer le patient aux changements,
- De promouvoir une approche collaborative,
- Et de favoriser l'ETP afin d'engager une collaboration dans la durée.

Le soignant doit ouvrir ses capacités d'écoute active, accompagner la motivation du patient afin de permettre les changements nécessaires pour le maintien de sa santé.

Les qualités du soignant dans le cadre de l'entretien motivationnel :

- Ouvrir et déployer ses capacités **de réelle écoute active** (= une écoute centré patient)
- Être accompagnant,
- Favoriser la motivation du patient pour permettre les changements attendus.

Thomas Gordon, cite les impasses relationnelles qui influencent l'entretien motivationnel, il convient d'éviter ces aspects:

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---------------|
| -Ordonner ou diriger, | -Juger, critiquer, | -Persuader, |
| -Menacer, | -Féliciter de manière enfantin, | -Moraliser, |
| -Etiqueter, | -Infantiliser, | -Ridiculiser. |
| -Interpréter, | -Proposer une solution toute faite, | |

Les risques et biais: Le « reflexe » correcteur :

C'est lorsque les professionnels de santé ont tendance à vouloir changer et réparer positivement les problèmes de leurs patients mais de manière maladroite, avec des injonctions. Il y a une forme de **jugement** et de rendre **coupable** le patient.

EXEMPLES

Convaincre le patient qu'il a un problème

« Vous avez un soucis de consommation trop élevée d'alcool. »

Argumenter en faveur du changement

« Si vous arrêtez de fumer vous serez moins essoufflé. »

Dire au patient ce qu'il doit faire pour changer

« Il faut que vous fassiez plus d'exercice physique. »

Mettre en garde contre les risques de ne pas changer

« Si vous ne perdez pas de poids et que vous n'arrêtez pas de fumer, vous allez faire un AVC ou un infarctus du myocarde ! »



Entretien
motivationnel

RETOUR DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET L'ETP :

Résumé : M. PYF doit rentrer chez lui avec un nouveau ttt régulier à prendre. L'IDE n°1 observe une mauvaise observance. Information partagée avec l'IDE 2. Le patient est inquiet de l'oublier => s'instaure une ETP et un entretien.

- **ENGAGEMENT** : Bienveillance + intérêt porté au patient.
- **RÉPÉRAGE DU DISCOURS AMBIVALENT** : « *Ca ne va pas être comme avant...* », patient content de rentrer mais appréhende le retour à domicile.
- **REFORMULATION ET ACCORD DU PATIENT POUR DIALOGUER** : IDE demande, il dit oui, elle s'assoie.
- **PRIORISATION DU SOIN** : Pose son *Dynamap* et s'installe pour dialoguer, résumer, reformuler et focaliser le discours du patient.
- **EVALUE ET INFORME** : Le patient face au ttt. Le patient a compris le problème, la prescription médicale et l'intérêt, mais il dit : « *Je suis jeune quand même...* ».
- **EMERGENCE DE L'OBJECTIF** : Comment ne pas oublier le ttt ?
- **REPÉRAGE DES FREINS ET DES LEVIERS** : Le patient n'a jamais pris de ttt lourd à long terme. Il a peur d'oublier la prise.
- **EVOCATION** : Repérer les habitudes de vie pour conseiller sur comment ne pas oublier la prise. L'IDE s'adapte au mode de vie du patient pour faire apparaître une idée qui vient du patient.
- **PLANIFICATION ET PLAN D'ACTION** : Le patient aimerait un post-it ou un rappel sur le téléphone pour avoir une alerte mais qui s'adapte encore une fois au mode de vie. Il trouve seul cette stratégie de prise du ttt.
- **ORGANISATION ET SOUTIEN** : L'IDE rassure et rappelle l'importance de ce changement de vie à cause de ce ttt/maladie. Elle ré-explique la posologie et la prise du ttt, tout en soutenant le patient.
- **CONCLUSION ET OUVERTURE SUR LA SUITE DE L'ACCOMPAGNEMENT** : le service, l'IDE... restent à disposition, l'équipe est joignable pour répondre aux questions et aux nouvelles attentes du patient.
- **OUVERTURE** : sur d'autres objectifs futurs, mais seulement une fois le 1^{er} objectif réalisé, acquis et validé.



PERSPECTIVES

LE VINATIER

PSYCHIATRIE UNIVERSITAIRE
LYON MÉTROPOLE





Merci !

Bibliographie :

Jean-François D'Ivernois, Rémi Gagnayre, Apprendre à éduquer le patient, approche pédagogique, Maloine, 3ème édition, 2008.

Anne Lacroix, Jean Philippe Assal, L'éducation thérapeutique des patients, Maloine, 2ème édition, 2008.

Brigitte Sandrin-Berthon, apprendre la santé à l'école.

François Zito, centrer l'éducation du patient sur son projet de vie, incidence sur les pratiques d'une équipe soignante, conférence CIESP, octobre 2007.

Recommandation HAS : Education thérapeutique du patient, comment la proposer et la réaliser ? [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp - comment la proposer et la realiser - recommandations juin 2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

Recommandations HAS : éducation thérapeutique du patient, définition, finalités, organisation. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites - recommandations juin 2007.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)

OMS : Education thérapeutique, guide introductif.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376404/9789289060875-fre.pdf?sequence=1>