



- 921 Conseiller une éducation à son patient.  
*P.-Y. Traynard*
- 924 Structurer un programme éducatif. *D. Baud,*  
*A.-S. Veyer*
- 925 L'éducation est possible en ambulatoire.  
*R. Gagnayre*
- 928 Exemple : mener une consultation  
éducative avec un patient  
atteint de psoriasis. *Y. Magar*
- 929 Démarches et outils. *H. Bourdessol, P. Buttet,*  
*C. Fournier, S. Pin-Le Corre, I. Vincent*

# DOSSIER

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

# Conseiller une éducation à son patient

## Pour les soins et la surveillance

L'éducation thérapeutique ne se prescrit pas, car elle ne peut se faire, au gré de l'évolution de la maladie, sans la participation du patient, et c'est là sa principale difficulté. Pour éviter les incidents thérapeutiques, certains évoquent la notion d'urgence pédagogique.

**Pierre-Yves Traynard**  
Médecin, coordonnateur médical du réseau Paris-Diabète,  
formateur en éducation thérapeutique

Dans les maladies chroniques, l'imperfection des traitements proposés impose aux patients un rôle actif. De ce fait, l'éducation thérapeutique est une condition nécessaire à l'atteinte des objectifs thérapeutiques. On ne peut la dissocier des choix thérapeutiques adaptés et personnalisés. Elle ne saurait donc se réduire à une simple information sur la maladie et son traitement ni à un simple apprentissage technique ou à un simple accompagnement psychologique. C'est une dynamique à long terme, intégrée dans les soins et interférant dans la relation entre le patient et ses soignants.

Au premier abord, il pourrait sembler que l'éducation thérapeutique vise à transformer le malade en son propre médecin. En effet, le médecin a appris à reconnaître

les problèmes posés par la maladie, il sait les résoudre et est apte à conseiller sur la mise en œuvre des traitements. C'est ce que l'on pourrait attendre d'un patient « bien éduqué ». Malheureusement, les nombreux exemples de soignants qui négligent de se soigner eux-mêmes sont là pour nous rappeler que la connaissance ne suffit pas pour changer les croyances, les comportements et adopter les bonnes attitudes.

### INFORMER NE SUFFIT PAS

Apprendre à se soigner <sup>(1)</sup>, par-delà la maîtrise d'actions permettant l'atteinte d'objectifs de santé, c'est se créer son propre catalogue sémiologique (reconnaître ses signes), s'entraîner à décider pour soi (au minimum savoir alerter), et à communiquer avec les autres (garder sa place). On peut dire que cet apprentissage particulier, portant sur les trois domaines, le « biologique », le « psychologique » et le « social », participe au traitement de l'angoisse engendrée par la maladie chronique... et par le contact avec le monde soignant.

Le malade doit accepter le fait d'avoir une maladie que l'on ne peut pas guérir, même si on peut la soigner. Ce travail de deuil, éprouvant sur le plan psychologique, parfois très long, est indispensable. Si personne ne peut vraiment définir quel est son aboutissement (accepter la maladie), on peut certifier que son refus conduit au déni, une impasse. Car la maladie est là et il faudra bien composer avec, vivre sa vie avec, et être avec les autres.

Éduquer un patient, c'est donc l'aider à apprendre à résoudre des problèmes thérapeutiques non pas géné-



raux mais personnels<sup>(2)</sup>. Cela suppose que le patient :

- soit conscient qu'il a un problème de santé grave ;
- pense qu'on peut le soigner, et qu'il peut participer au processus ;
- estime que le traitement peut lui être utile et que le rapport coût personnel/bénéfices lui sera favorable ;
- juge que cela en vaut la peine et qu'en conséquence il est prêt à chercher de l'aide s'il n'y arrive pas.

Apprendre sur soi, pour soi, parfois même par-devers soi, peut être vécu comme un risque, source d'anxiété. C'est une responsabilité de soignant que de proposer à un patient d'apprendre à se soigner. Il faut l'envisager dans la durée.

### QUAND PROPOSER UNE ÉDUCATION ? L'EXEMPLE DU DIABÈTE

L'éducation thérapeutique ne se prescrit pas. Elle ne peut débuter qu'après un constat commun. Ce n'est que dans un second temps que l'on pourra évoluer vers un accord sur ses modalités pratiques.

Certaines circonstances sont plus propices pour faire valoir son intérêt et sa nécessité. Par exemple dans le domaine du diabète :

- au début de la maladie, une fois passé le temps de l'annonce du diagnostic médical, tout patient se pose des questions sur ses capacités à appliquer les traitements et les modalités de surveillance. La proposition d'une aide éducative, à fortiori si elle est pluridisciplinaire et coordonnée par le médecin traitant, est souvent très rassurante, car elle est le signe d'une offre d'accompagnement ;
- à la suite d'un incident de santé, de traitement (malaise hypoglycémique, épisodes d'hyperglycémie prolongée, arrêt des antidiabétiques, prise de poids, plaie de pied...). Si une des causes retrouvées est un défaut de connaissances, il est impératif de souligner l'importance d'un réajustement. On peut parfois évoquer la notion d'« urgence pédagogique ». Par exemple, ne pas être capable de reconnaître ses propres signes de malaise hypoglycémique et/ou ne pas avoir du sucre sur soi est une cause majeure d'accidents graves, avec des conséquences parfois redoutables. Et le patient recommencera tant qu'il n'aura pas appris comment se protéger ;
- lors d'une évolution dans la maladie : apparition d'une complication, découverte de facteurs de risque associés (HTA, hypercholestérolémie, tabagisme...), changement ou intensification du traitement... Ces circonstances impliquent l'apprentissage de nouvelles procédures de traitement (par exemple l'insulinothérapie en cas d'intensification), d'autosoins (par exemple d'hygiène des pieds en cas de neuropathie), de surveillance (auto-mesure tensionnelle, de la glycémie...). C'est aussi l'occasion d'entraîner les patients à raisonner et prendre des décisions (par exemple quel facteur de risque traiter en priorité ? comment le faire et le planifier ?...);
- à l'occasion d'un changement de conditions de vie, d'un projet de voyage, de nouvelles activités profession-

nelles, de loisirs... Certaines activités peuvent nécessiter des apprentissages spécifiques. Par exemple, pratique sportive, voyage, travail...

### VAINCRE LA PASSIVITÉ DE CERTAINS PATIENTS

Une des principales difficultés est d'obtenir l'adhésion et la participation effective des patients à cette nouvelle dynamique. Car les obstacles ne manquent pas : une affection souvent peu gênante en l'absence de complication évolutive (diabète, HTA, asthme...), une attitude souvent passive en attente d'une prescription salvatrice, des traitements contraignants pas toujours efficaces, des conseils réitérés mais dont ils ne voient pas clairement les conditions d'application dans leur propre vie...

Il nous faut donc prendre le temps de « faire goûter » l'éducation, d'argumenter sur son importance, son utilité. On peut s'aider de supports : plaquettes d'information sur les programmes, exemples d'activités éducatives ou témoignages filmés, rencontres pluridisciplinaires avec le patient, groupes de patients...

### COLLABORER AVEC DES PARAMÉDICAUX

Le premier véritable changement concerne le soignant qui, à l'occasion d'un incident, d'un événement de santé ou affectif, d'un changement de vie, doit abandonner l'attitude trop bienveillante visant à projeter et à prescrire ses solutions au patient. Vouloir être le maître est une illusion, il ne peut être que ressources pour le patient qui va apprendre. La posture éducative, attitude éminemment personnelle, est un placement différent, complémentaire de l'attitude soignante. Elle vise à favoriser les transformations du patient (assurer ses soins de surveillance et de traitement) par l'écoute, l'abandon des jugements, le respect de ses projets, la prise en compte de ses savoirs d'expérience, la définition des conditions d'application de ses apprentissages. Il y a donc, chez le soignant-éducateur, une aptitude à passer de l'une à l'autre, par une double compétence technique et pédagogique. Cela ne s'improvise pas, mais peut s'acquérir au cours de formations spécifiques universitaires et professionnelles.

On ne peut demander à un médecin de tout faire ! Il peut, et c'est même recommandé, assurer un rôle de pivot et d'accompagnement éducatif, en lien avec des professionnels paramédicaux formés : présenter et initier l'éducation, renforcer les messages, contrôler les acquis, repérer les ajustements nécessaires.

### ACCOMPAGNER LA DÉCISION DU PATIENT

La décision d'adhérer aux séances éducatives et de bénéficier d'un dispositif de soutien appartient au patient, même s'il revient au soignant d'identifier les besoins d'information et les compétences à développer. Il faut le faire participer à l'identification des différentes

stratégies possibles pour résoudre le dysfonctionnement identifié ou réaliser un projet :

- quelles compétences doit-il acquérir ?
- comment renforcer celles déjà acquises ?
- avec qui se réentraîner sur des procédures oubliées ?
- où et comment rencontrer d'autres patients pour partager ses expériences, réfléchir sur sa situation, ses difficultés ?
- comment planifier ces séances et avec quels professionnels de santé ?...

Cette démarche, dont le médecin traitant peut être l'initiateur, renforce sa contribution active. Elle donne au diagnostic éducatif la valeur d'un point de départ à une relation de partenariat visant à aider le patient à devenir plus compétent.

### RESSOURCES ÉDUCATIVES : DE LA PRATIQUE LIBÉRALE AUX ASSOCIATIONS DE PATIENTS

Il faut pouvoir renseigner le patient sur le contenu des séances, leur accessibilité, leur planification, les méthodes utilisées, l'éventualité d'une éducation de groupe, les professionnels qu'il sera amené à rencontrer. La remise de documents de présentation et d'explication peut être un complément utile.

Suivant les contextes locaux on peut repérer des lieux de pratiques d'éducation.

**En pratique libérale**, les maladies chroniques représentent plus de 50 % des causes de consultation d'un médecin généraliste. Une démarche éducative, centrée sur le patient, peut être menée sous forme de consultations successives portant sur une alternance d'objectifs médicaux et éducatifs, comprenant des séquences éducatives courtes, ciblées sur un apprentissage précis. Peu pratiquée, elle se heurte à des difficultés de formation spécifique, de temps et de reconnaissance financière <sup>(3)</sup>.

**Les structures hospitalières** sont, historiquement, les premières investies dans ce domaine. Suivant une enquête récente <sup>(4)</sup>, le développement des activités éducatives est prioritaire pour plus des deux tiers d'entre elles. Le plus souvent, ces activités se déroulent dans l'enceinte de l'établissement. Les pratiques coopératives entre plusieurs services ont tendance à se développer. Les formats des programmes sont variables, au cours d'une hospitalisation classique, de jour, de semaine ou en consultation. Leur intérêt est d'offrir des programmes structurés, comprenant des activités individuelles et collectives, des méthodes pédagogiques actives, avec un niveau d'expertise permettant de proposer des solutions aux cas les plus complexes.

**Les réseaux de santé** sont des organisations particulièrement adaptées au développement de l'éducation thérapeutique <sup>(5)</sup>. Leurs caractéristiques de fonctionnement les y amènent naturellement : multidisciplinarité, pratiques multiprofessionnelles, coordination interprofessionnelle avec les champs médico-sociaux. En offrant des prestations spécifiques individuelles et collectives



DR

Certaines circonstances de l'évolution de la maladie impliquent l'apprentissage de procédures de surveillance comme l'automesure glycémique.

proches des lieux de vie, ils favorisent l'accessibilité aux activités éducatives. En participant à la sensibilisation et aux formations des professionnels de santé, ils développent des procédures d'adaptation des recommandations et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ils ont un rôle de pourvoyeur de ressources éducatives pour les patients et pour les médecins traitants. Ils les aident à être coordinateurs d'un parcours d'éducation en lien avec les professionnels paramédicaux et à réaliser un premier recours éducatif pour leurs patients.

**Les associations de patients** participent à l'ensemble du dispositif d'éducation. Par l'information et la formation, elles contribuent à développer leurs capacités à agir individuellement et collectivement. Par l'écoute, le partage d'expérience, l'entraide, elles favorisent l'estime de soi. Elles sont force de proposition pour l'amélioration des programmes d'éducation.

**D'autres organisations** participent à l'information, à la formation et à l'accompagnement des patients : centres climatiques, prestataires de services, programmes dédiés tel SOPHIA...

Des regroupements sous forme de centres de ressources éducatives et des instances de régulation vont probablement être créés afin de faciliter la répartition de l'offre et sa cohérence. ♦

#### RÉFÉRENCES

1. D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris, Vigot éd., 1995.
2. Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, et al. *Éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques*. Paris, Masson éd., coll. « Abrégés », 2007.
3. Drabi E. *L'éducation thérapeutique est-elle réalisable en médecine générale ? « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ? » Colloque ministère de la Santé et Société française de santé publique*. Paris, 2008.
4. Fournier C, Buttet P. *Éducation du patient dans les établissements de santé français : l'enquête EDUPEF*. Évolutions, Inpes éd., 9, 2008.
5. Traynard PY. *Apport des réseaux de santé dans le développement de l'éducation thérapeutique*. « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ? » Colloque ministère de la Santé et Société française de santé publique. Ed SFSP, Coll. Santé et Société, 14, pp 33-36, Paris, 2008



# Structurer un programme éducatif

## Le mode d'emploi de la Haute Autorité de santé (HAS)

La HAS a réuni un groupe d'experts de multiples sociétés savantes et d'associations professionnelles afin d'établir des recommandations transversales pour l'éducation thérapeutique du patient (ETP) au cours des maladies chroniques. Le guide méthodologique pour la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques comprend trois parties aux contenus souvent redondants, rendant leur lecture difficile et gênant leur mémorisation. La première est consacrée aux définitions et au cadre théorique retenu, la deuxième, à la mise en œuvre d'un programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient, enfin, la troisième, à l'élaboration d'un programme structuré d'ETP spécifique d'une maladie chronique.

### DÉFINITION ET NOTIONS CLÉS

L'éducation thérapeutique se définit par :

- ses buts : l'acquisition de compétences par les patients afin de gérer au mieux leur maladie chronique et d'améliorer leur qualité de vie ;
- son cadre : intégré aux soins ;
- sa méthode : les activités organisées, l'accompagnement psychosocial ;
- ses destinataires : les malades et leurs familles.

Les compétences visées sont des compétences d'autosoins et d'adaptation (ou psychosociales). Elles sont centrées sur le patient, ses besoins et ses capacités. L'information du patient n'est pas l'éducation thérapeutique du patient et, seule, elle ne suffit pas à accroître la capacité d'autogestion.

Tout patient atteint de maladie chronique doit pouvoir bénéficier d'éducation, de même que son entourage. Celle-ci peut être mise en œuvre par des personnels de santé formés à cette technique. Ils doivent informer les patients sur cette offre de soins et la leur proposer.

L'éducation doit être structurée et planifiée en quatre étapes :

- identifier les besoins au moyen du diagnostic éducatif ;

- formuler les compétences à acquérir ;
  - mettre en place des séances d'apprentissage (contenu et méthode) ;
  - évaluer les compétences acquises par le patient et les changements mis en œuvre dans sa vie quotidienne.
- À ces différentes étapes, les soignants peuvent utiliser des méthodes provenant des sciences sociales et humaines sans qu'aucune ne soit particulièrement recommandée.

### MISE EN ŒUVRE : LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF EST LA PREMIÈRE ÉTAPE

Les offres d'éducation sont qualifiées d'« initiale », de « suivi régulier (ou de renforcement) » et de « suivi approfondi (ou de reprise) ». Chaque offre comprend :

- une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ;
- des séances d'éducation thérapeutique des patients collectives ou individuelles en alternance pour l'acquisition des compétences ;
- une séance individuelle d'évaluation ;
- une coordination autour des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique.

Il est nécessaire de renforcer la communication avec le patient au cours de la démarche éducative en favorisant écoute active, empathie, encouragement et en utilisant des techniques particulières comme l'entretien motivationnel.

On proposera une éducation thérapeutique des patients si possible à proximité de l'annonce de la maladie et en exposant les bénéfices et les contraintes.

Le diagnostic éducatif doit être la première étape. Il est effectué par un professionnel de santé et il est au mieux le fruit d'une collaboration multiprofessionnelle lorsque c'est possible. Il est indispensable à l'identification des besoins et des attentes du patient pour lequel il constitue un temps d'apprentissage.

Il se doit d'aborder le patient dans toutes ses dimensions. Les informations concernant les connaissances, le savoir-être et les facteurs socioculturels peuvent être recueillies selon le guide d'entretien de D'Ivernois et Gagnayre

adapté du modèle de Green. Les compétences que le patient doit acquérir peuvent être exposées à partir de matrices de compétences élaborées par ces mêmes auteurs. Le choix du lieu des séances se fera en fonction des souhaits du patient et des ressources disponibles. Les séances devront être collectives ou individuelles et seront d'une durée de trente à quarante-cinq minutes. Il est possible de recourir au téléphone et aux technologies de l'information et de la communication (Internet, CD-Rom...). L'ETP est complémentaire du suivi médical.

Elle se caractérise par :

- ses temps : initial, suivi régulier ou reprise ;
- son type, nécessairement formatif ;
- ses champs : les programmes et leur déroulement, les compétences acquises, le vécu et l'adaptation des patients.

### PROGRAMMES ET OUTILS

Ils sont conformes aux recommandations et adaptés à l'âge et aux besoins du patient.

Les ressources éducatives pour l'éducation thérapeutique des patients comprennent :

- des ressources humaines, c'est-à-dire des professionnels formés à l'ETP ;
- des techniques et des outils pédagogiques.

Les techniques sont nombreuses : exposé interactif, étude de cas, table ronde, remue-méninges, atelier, jeux de rôles, photolangage. Les outils pédagogiques (affiches, classeurs, jeux, matériels de soins, CD-Rom) ne peuvent remplacer une interaction entre soignant et patient.

Les programmes doivent s'adapter à l'âge et aux besoins particuliers du patient. Ils doivent être évalués sous l'angle du processus afin d'améliorer leur conception, leur organisation, leur réalisation et leur évaluation même. ♦ 414376

### Dany Baud, Anne-Sophie Veyer

Membres du groupe de travail Éducation thérapeutique (ETHER) de la SPLF, Chevilly-Larue. Membres du comité d'organisation du guide HAS.

# L'éducation est possible en ambulatoire

## Avec un patient volontaire

Conçue par des équipes hospitalières, l'éducation thérapeutique est désormais aussi de la responsabilité du médecin traitant. Avec elle, la relation soignant-soigné n'est plus à sens unique : le médecin accepte aussi d'apprendre de son patient.

**Rémi Gagnayre**

Laboratoire de pédagogie de la santé, UPRES EA 3412, Ufr SMBH Léonard-de-Vinci, Bobigny

L'éducation thérapeutique est une composante de la prise en charge médicale et de soins du patient, que son affection soit de courte ou de longue durée. Cette pratique a fait l'objet de recommandations professionnelles dans le champ des maladies chroniques par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2007 <sup>(1)</sup>, recommandations issues d'un guide méthodologique <sup>(2)</sup> coédité par la HAS et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [page 924]. Un nouveau rapport <sup>(3)</sup> vient d'être rendu public comportant 24 recommandations fondant une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. La nouvelle loi-cadre de santé devrait comporter un article de loi sur l'éducation thérapeutique dont le libellé reprendra certaines de ces recommandations. Parmi les nombreuses questions que soulève l'intégration durable de l'éducation thérapeutique dans le système de soins, nous avons choisi d'en aborder trois pour leurs conséquences directes sur la pratique médicale. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique, alors que des programmes d'accompagnement, de « *coaching santé* » sont également proposés aux patients ? Quelle place occupent les médecins de ville dans la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique ? Quels principes d'organisation pour proposer une offre d'éducation thérapeutique à 15 millions de personnes qui devraient en bénéficier <sup>(4)</sup> ?

### DE QUOI PARLE-T-ON ?

Information, conseil, sensibilisation, apprentissage, accompagnements thérapeutique, psychosociologique



OUTILS ALZHEIMER : INPES

et de soutien, relation d'aide, voire « *empowerment* », « *coaching* » sont autant de notions utilisées par certains auteurs pour définir l'éducation thérapeutique. Certaines de ces notions se retrouvent dans la définition de 1998 proposée par un groupe de travail de l'Organisation mondiale de la santé-Europe <sup>(5)</sup>. Mais ce qui est nouveau dans l'éducation thérapeutique, c'est la finalité recherchée auprès du patient d'un apprentissage volontaire, c'est-à-dire conscient et accepté par lui ; significatif, c'est-à-dire qui interagisse avec sa réalité perçue de la maladie. Le présupposé que l'information sanitaire, les conseils médicaux suffisent parce qu'ils s'inscrivent dans une relation paternaliste ou autoritaire qui en assurerait l'application par le patient n'est plus de mise. Soigner implique de considérer qu'établir un diagnostic, c'est chercher à obtenir la même représentation cognitive et sociale de la maladie et du traitement entre le soignant et le patient. Cela consiste à faciliter l'apprentissage du patient lui permettant de développer des compétences dites d'autosoins et d'adaptation à la maladie <sup>(1)</sup>. Mais qui dit apprentissage, dit résistance, reprise, *dissensus*, conflit cognitif, alliance..., appropriation. Pour que ces étapes puissent se réaliser, cela suppose de la part du soignant qu'il soit lui-même en apprentissage, qu'il accepte que le patient le transforme à son tour. C'est la particularité de la dimension d'éducateur dans une relation médicale qui appelle une alternance de position entre celui qui éduque et celui qui est éduqué. La subjectivité du patient, son expérience vécue nécessitent d'être compris par le médecin et donc qu'il se positionne comme l'éduqué du patient. Ainsi, l'éducation thérapeutique éloigne de la

ENTRETIEN

MISE AU POINT

CONSULTATIONS

DOSSIER

VIE PROFESSIONNELLE

LU POUR VOUS

INDUSTRIE

INTERNET



relation soignant-patient toutes formes de prescription, de manipulation, voire de coercition.

## ATTENTION AUX PROGRAMMES À FINALITÉ COMMERCIALE

Cependant, le terme d'éducation est assez polysémique, l'histoire des acteurs et de leurs pratiques dans le champ des éducations en santé multiple et variée pour ne pas signaler qu'existent d'autres programmes regroupés actuellement sous le terme générique d'accompagnement. Malgré une absence de définition claire quant à leurs buts et à leurs méthodes, ces programmes sont considérés comme complémentaires de l'éducation thérapeutique, et seront fort probablement reconnus dans la prochaine loi de santé publique. Une meilleure connaissance de ces programmes devient alors nécessaire pour éviter toute confusion dans leur utilisation. Parmi ces programmes, écartons tout de suite ceux proposés par l'industrie pharmaceutique ou par les sociétés de matériel médical. Ces programmes qualifiés de programmes d'observance thérapeutique restent – sous couvert de citoyenneté de santé – un moyen de fidéliser médecins et patients à leurs marques (6,7). À l'inverse, les programmes d'accompagnement proposés par les associations de patients et d'usagers de santé s'appuient sur leur longue expérience d'aide aux patients. Ces programmes leur permettent de renforcer une position de partenaires autonomes des professionnels de santé. De manière schématique, les tenants de ces programmes considèrent que :

- l'apprentissage du patient ne relève pas nécessairement d'une intervention dite structurée, planifiée dans un endroit conçu à cet effet (salle d'éducation ; cabinet médical) : les apprentissages sont aussi significatifs dans des espaces informels (8), dans le fortuit des rencontres hors de l'espace de soins ;
- l'apprentissage du patient ne relève pas uniquement de l'intervention de professionnels de santé ; d'autres acteurs, en particulier les patients eux-mêmes, peuvent faciliter ces apprentissages, ainsi que des intervenants sociaux ;

– enfin, pour conduire un patient à gérer son traitement, il est parfois utile que l'intervention porte sur d'autres contenus que la maladie ; l'espace social (hors l'espace médical) le permet plus facilement, car il ne renvoie pas le patient à une obligation de parler de maladie. Ces quelques fondements expliquent que les tenants des pratiques d'accompagnement considèrent que l'éducation thérapeutique, telle qu'elle est définie actuellement (1), est nécessaire mais insuffisante pour aider le patient à vivre au mieux avec une maladie chronique. Des programmes d'accompagnement doivent être développés. Ainsi, tout médecin sera concerné soit parce qu'il sera sollicité pour y participer, soit pour encourager les patients à les suivre, ou encore parce que les patients demanderont des informations sur leur déroulement, les bénéfices qu'ils peuvent en attendre. Pour l'instant, en l'absence d'élaboration d'un cahier des charges de cette pratique (3), il est fondamental que le médecin se dote d'une grille d'analyse pour estimer en quoi un programme d'accompagnement est vraiment au service du patient ou bien sert des intérêts commerciaux, voire sectaires (9). Les débats à venir permettront d'apporter les clarifications nécessaires.

## QUELLE STATÉGIE POUR LE MÉDECIN TRAITANT ?

L'éducation thérapeutique a été conçue par des équipes hospitalières. Cela est logique, car les investigations diagnostiques, les traitements complexes ont été le plus souvent mis en œuvre dans des centres de référence. Le problème de la maîtrise du traitement par le patient s'est rapidement posé. Cependant, dès lors qu'il s'est agi de savoir en quoi consistait l'éducation thérapeutique en médecine ambulatoire, la transposition des expériences hospitalières s'avérait peu pertinente. C'est ainsi que les expériences réalisées au sein des réseaux de soins, par la Mutuelle sociale agricole (10), les expériences personnelles rapportées par les médecins (11,12) ont permis de comprendre le rôle du médecin de ville. Au moins trois raisons peuvent être retenues. Tout d'abord, toutes les maladies ne nécessitent pas une hospitalisation, en revanche une offre d'éducation thérapeutique leur est attachée que le médecin traitant peut proposer. Il est nécessaire d'ajuster des contenus éducatifs dispensés à l'hôpital au contexte et à l'histoire de vie du patient ; le médecin traitant est particulièrement bien placé pour réaliser cet ajustement. Enfin, le défi de proposer une éducation thérapeutique au plus grand nombre de patients nécessite l'implication de nombreux professionnels de soins dont les médecins généralistes et spécialistes de ville.

Ainsi, malgré certains facteurs limitants comme une démographie médicale faible, un paiement à l'acte, des consultations de courte durée, il est toutefois possible de réaliser une éducation thérapeutique du patient en médecine ambulatoire (13). Il revient au médecin de proposer une éducation intégrée à sa pratique quotidienne ou de faire appel à des structures d'éducation spécifiques présentes sur le territoire sanitaire.



Le médecin peut utiliser les structures éducatives de proximité comme les maisons du diabète.

## En consultation

Plusieurs travaux ont signalé des méthodes qui confèrent à une consultation médicale une dimension éducative<sup>(14-18)</sup>. Leur acquisition par le médecin se fait au moyen de formations qui favorisent une appropriation durable. Cependant, leur application n'est pas toujours suffisante pour permettre au patient de maîtriser toutes les compétences nécessaires. Certains médecins assignent alors à leur consultation uniquement un but éducatif. Au cours de ces consultations dites éducatives les patients peuvent démontrer par exemple leur compétence d'utilisation de matériel de surveillance ou de soins ; s'entraîner à adapter leur traitement en fonction de résultats biologiques ou à reconnaître leurs signes d'alerte d'une crise. Certains médecins planifient même plusieurs consultations pour permettre au patient d'acquérir des compétences complexes. Tèl est le cas – par exemple – des endocrinologues-diabétologues adhérents de la FENAREDIAM qui, suite à une formation IPCEM (*encadré*), proposent

aux patients atteints de diabète type 2 trois ou quatre consultations d'éducation thérapeutique.

## En structure de proximité

Une autre possibilité pour le médecin consiste à utiliser des structures éducatives de proximité. Elles sont plus fréquentes que l'on ne pense, et les professionnels de santé ont su progressivement mettre en place un important réseau<sup>(19)</sup>. Sa connaissance permet au médecin traitant de les utiliser dans sa stratégie éducative. Convier un patient à participer à des séances relève de l'éducation thérapeutique et permet d'augmenter les chances d'accès des patients à une éducation.

Nul doute que l'émergence des maisons de santé, la pérennisation des réseaux de soins, la possibilité pour les médecins d'adhérer à de véritables contrats de santé publique leur octroyant du temps pour conduire des séances d'éducation seront des conditions importantes pour favoriser leur implication dans le développement de l'éducation thérapeutique du patient. ♦

### RÉFÉRENCES

- HAS. *Recommandations professionnelles en Éducation Thérapeutique du Patient : définir l'ETP, ses finalités et son organisation ; proposer et réaliser une offre d'ETP ; structurer un programme d'ETP*. Paris, juin 2007. Consultables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- HAS-Inpes. *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique*, juin 2007. Consultable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- Saout C, Cbarbonnel B, Bertrand D. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport*, septembre 2008, p. 171.
- Ministère de la Santé et des Solidarités, *plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011*, avril 2007.
- OMS. *Éducation thérapeutique du patient : programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, bureau régional pour l'Europe*. Copenhague, 1998. (version française 1999) Consultable sur [www.euro.who.int/document/e63674.pdf](http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf)
- Alerte citoyenne. *Revue Prescrire* 2006;271:241.
- Programmes des firmes pharmaceutiques d'aide à l'observance : l'imposture. *Revue Prescrire* 2006;271:300.
- Brougère G, Bézille H. *De l'usage de la notion d'informel dans le champ de l'éducation*. *Revue française de pédagogie* 2008;115:117-60.
- Gagnayre R. *Éducation thérapeutique du patient*. In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. 2e éd., Paris, Flammarion Médecine-Sciences éd., 2007, 216-21.
- Crozet C, Van Bockstael V, d'Ivernois JF, et al. *Éducation cardiovasculaire de patients âgés : évaluation d'un programme*. *Concours Med* 2006;120:1202-5.
- Levasseur G. *Le point de vue des professionnels de santé exerçant en ville*. In : Sandrin-Berthon B. *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris, PUF éd., 2000, 49-55.
- Drabi E. *L'éducation thérapeutique est-elle réalisable en médecine générale ?* In : *Colloque du ministère de la Santé et de la Société française de santé publique. Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ?* Paris, 9 juin 2008.
- Quelle place occupent les médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique ?*, (en ligne), août 2008, <http://www.ipcem.org>
- Golay A, Gache P, Sommer J. *L'enseignement thérapeutique et la motivation du patient*. In : Richard C, Lussier MT. *La communication professionnelle en santé*. Pearson Éducation éd., 2005, 655-91.
- Gagnayre R, Traynard PY. *L'éducation thérapeutique* In : Bourdillon F, Brückner G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences éd., 2005, 445-54.
- Reach G. *Clinique de l'observance, l'exemple des diabétiques*. Paris, John Libbey Eurotext éd., 2006, 121-40.
- Albano MG, d'Ivernois JF. *Quand les médecins se font pédagogues*. *Cahiers pédagogiques* 2001;399:55-7.
- Iguenane J, Gagnayre R. *Conditions pour qu'une consultation d'observance soit plus éducative*. *Développement et Santé* 2007;187:16-7.
- Van Ballekom K. *L'éducation du patient en hôpital. Une étude sur l'éducation en hôpital : pratiques et politiques en Belgique, Royaume-Uni, France et Pays-Bas*, Godinne, Centre d'éducation du patient 2008, 31-8.

## Formation IPCEM

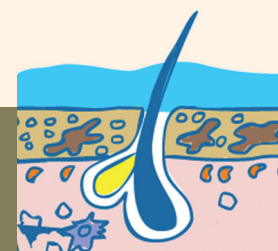
Première structure de formation à la méthodologie de l'éducation thérapeutique en France, l'IPCCEM a pour principal objectif de promouvoir l'éducation thérapeutique des patients. La conception de ces formations s'appuie sur les recommandations de l'OMS-Europe (1998) et de la HAS (2007).

L'IPCCEM, créée en 1989 :

- propose des formations à la conception, organisation, évaluation de programmes et d'activités d'éducation thérapeutique ;
- conçoit et produit des documents et des outils pédagogiques destinés aux soignants et aux patients ;

– stimule la recherche en matière d'éducation thérapeutique du patient grâce à un partenariat établi avec des sociétés savantes, des revues spécialisées et en organisant la Journée de l'IPCCEM, un colloque national.

Pour en savoir plus : [www.ipcem.org](http://www.ipcem.org).



DS

## Exemple : mener une consultation éducative avec un patient atteint de psoriasis

Tandis que le psoriasis est considéré comme une maladie bénigne par les médecins, les patients en ont une représentation toute différente. Selon une enquête récente <sup>(1)</sup>, pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'une maladie qui les stigmatise et dont le retentissement sur la qualité de vie est souvent important. Pellicules, démangeaisons, rougeurs, sensations de brûlure provoquent une gêne physique et retentissent sur l'image de soi et sur la vie sociale. À la longue, peut s'installer une tendance à la dépression et à l'isolement. Or, les patients ne se sentent pas suffisamment informés sur la maladie et les traitements et disent ne pas recevoir assez de conseils sur les problèmes liés à la vie quotidienne. Pour l'observance, les patients expriment des difficultés à prendre leur traitement de manière conforme à la prescription. Les raisons invoquées sont nombreuses : lassitude, chronophagie du soin, impression d'inefficacité...

### LA CONSULTATION ÉDUCATIVE

La mise en place d'une bonne communication avec le patient est un préalable indispensable à la réussite du processus éducatif. On s'efforcera de prendre en compte les répercussions de la maladie au niveau physique, psychologique, familial, professionnel et social. Pour cela, réaliser un diagnostic éducatif est nécessaire.

### ÉTABLIR UNE BONNE COMMUNICATION

Le patient adhère d'autant plus facilement à nos recommandations qu'il se sent écouté, respecté, compris. Afin de mieux appréhender ses connaissances et représentations, ses inquiétudes, il est nécessaire d'appliquer une démarche d'écoute active qui consiste à encourager l'expression spontanée du patient. Elle s'appuie sur quelques techniques d'entretien qui favorisent le dialogue : poser des questions ouvertes ; favoriser le récit pour comprendre les mécanismes sous-jacents du fonctionnement personnel du patient ; utiliser la reformulation pour s'assurer d'avoir bien compris les propos du patient et donner à ce dernier la possibilité de s'entendre, contribuant ainsi au sentiment d'être écouté et compris ; renforcer positivement en valorisant

les réussites et les potentiels du patient ; manifester de l'empathie sans projeter ses opinions, sans adhésion ni jugement.

### FAIRE UN DIAGNOSTIC ÉDUCATIF

Chaque personne possède ses conceptions et un système explicatif pour donner du sens à ce qui lui arrive. Or, ces conceptions en place rejettent toutes nouvelles informations qui ne les confortent pas. C'est pourquoi il est utile de les explorer pour envisager leur modification comme une étape préalable. C'est le rôle du « diagnostic éducatif » qui abordera différents points :

- le problème de santé, l'évolution, le niveau de gravité, les traitements actuels ;
- les connaissances, compétences, représentations et croyances du patient concernant la maladie et les traitements ;
- comment vit-il son problème de santé ? Niveau d'adaptation, retentissement sur la qualité de vie...
- qui est-il ? , que fait-il ?
- ses projets, ses sources de motivation, ses ressources, ses difficultés.

### PLANIFIER LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE

La consultation habituelle ne permet pas de consacrer beaucoup de temps à mettre en place un programme éducatif exhaustif. C'est pourquoi il est important d'instaurer une planification de cette éducation en fonction des besoins des patients. Ainsi, on traitera d'un thème éducatif à chaque consultation. On pourra également inciter le patient à préparer à l'avance ses consultations, à noter ses questions afin d'en discuter ensemble.

Les résultats de l'enquête menée auprès des patients ont permis de mettre en évidence plusieurs thèmes émergents à aborder lors du programme éducatif :

- la maladie : origines du psoriasis, manifestations habituelles, maladies associées, évolution et facteurs aggravants ;
  - les traitements : quels sont-ils ? , pour quels effets ? , avantages et inconvénients ?
- Acquisition de savoir-faire pratiques comme l'application correcte des produits locaux, ou la technique d'injection ;

– la prévention et l'hygiène de vie au quotidien : quels comportements adopter entre les poussées pour éviter les rechutes de la maladie (alimentation, précautions pour l'habillement, moyens d'agir contre le stress... ) ?

– l'image de soi et les relations avec l'entourage dans le cadre des activités professionnelles ou de loisirs (sorties, sports, voyages...).

Dans la maladie chronique, médecin et patient peuvent s'installer dans une certaine routine, les consultations devenant ennuyeuses, car uniquement centrées sur le renouvellement du traitement. Il est donc important, dans le cadre d'une alliance thérapeutique, de fixer des perspectives à court et moyen terme, de s'entendre sur les objectifs de la prise en charge, d'établir conjointement des critères de suivi et de fixer des indicateurs de succès. On veillera à accorder une place importante à tous les éléments de symbole et d'image de soi et non pas seulement aux paramètres biomédicaux. On recherchera avec le patient des solutions aux difficultés rencontrées.

Le psoriasis est une maladie chronique ayant des implications médicales et psychosociales importantes. Une prise en charge globale comportant une dimension éducative est indispensable pour obtenir de bons résultats, mais également pour que chacun, médecin et patient, y trouve son compte.

Plusieurs études ont montré que la façon de fournir l'information aux patients peut déterminer le taux d'acceptation d'un diagnostic et la qualité de l'observance et du suivi thérapeutique. Contrairement à certaines idées préconçues, l'amélioration de la qualité de la communication ne génère pas d'allongement de la durée des consultations. Les compétences en communication peuvent être apprises, retenues et maintenues. ♦ 414467

### Yves Magar

Médecin, formateur en éducation thérapeutique, éduSanté, Vanves  
www.edusante.fr

### RÉFÉRENCE

1. Ortonne JP, Magar Y, Moreau Y, et al. *Besoins éducatifs des patients atteints de psoriasis : une étude qualitative. Éducation du patient et enjeux de santé 2007;25:4.*



# Démarches et outils

## Au service des médecins

Afin d'aider les professionnels à mettre en place des actions d'éducation du patient de qualité, l'Inpes met gratuitement à leur disposition\* de nombreux documents et outils dans la logique non pas d'uniformiser les pratiques mais de soutenir et étayer les initiatives.

**Hélène Bourdessol, Pierre Buttet, Cécile Fournier, Stéphanie Pin-Le Corre et Isabelle Vincent**  
Inpes, Saint-Denis.

Que ce soit en libéral – notamment dans les réseaux –, à l'hôpital ou dans les associations, le développement de l'éducation thérapeutique du patient s'accompagne de la mise en œuvre de démarches pédagogiques et de la création de supports d'information et d'éducation. C'est notamment le cas de la collection « Ouvrons le dialogue », qui peut être utile en consultation sur la thématique du tabac dans l'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie cardiovasculaire.



Les contenus de ces documents s'inscrivent dans la même logique que celle du récent rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » de C. Saout, B. Charbonnel et D. Bertrand, à savoir permettre aux professionnels d'aider les personnes atteintes de pathologies chroniques à devenir plus autonomes, par l'appropriation de compétences permettant d'améliorer leur qualité de vie.

Les démarches éducatives proposées en lien avec ces outils reposent sur la qualité de la communication soignant-patient et la participation du patient durant la consultation ; sur la mise en œuvre d'une éducation du patient qui ne soit pas réduite à une information-instruction ni focalisée sur la responsabilité individuelle et qui fasse appel à une diversité d'approches.

### Éducation du patient : quels relais possibles à l'hôpital ?

L'Inpes a mené récemment une enquête téléphonique\* auprès des 333 établissements de santé français ayant reçu un financement au titre de la mission d'intérêt général « Prévention et éducation thérapeutique » en 2005. Cette enquête a permis d'identifier 1 284 responsables d'activités éducatives, de décrire leurs activités d'éducation du patient et leurs modalités d'organisation.

Les patients sont les premiers destinataires de ces activités (99 %), ainsi que leurs familles (79 %). Ces activités ont le plus souvent lieu dans l'enceinte de l'établissement uniquement (77 %), parfois aussi partiellement au-dehors (22 %), dans des cadres très variés : en hospitalisation (86 % – complète, de jour, de semaine), ou en ambulatoire (81 % – avec surtout des consultations, parfois

des contacts téléphoniques ou un accueil sans rendez-vous).

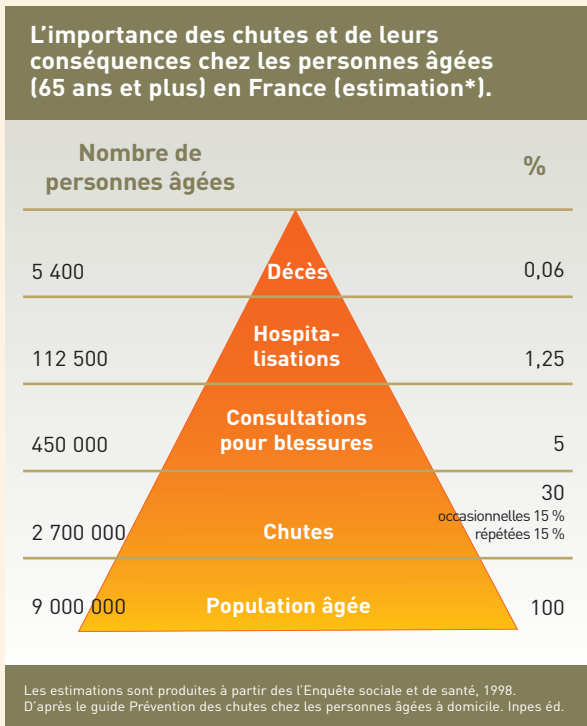
Pour la moitié des activités, les patients sont adressés par des professionnels externes à l'établissement. Même si les médecins traitants n'interviennent que rarement dans l'activité éducative (7 %), ils sont généralement destinataires de courriers d'information (68 %).

Le plus souvent, les activités sont menées par des infirmiers, des médecins spécialistes, des diététiciens et des kinésithérapeutes travaillant en équipes pluridisciplinaires (72 %), avec des interventions de patients (40 %), en lien avec des réseaux de santé. Ces activités se déroulent largement en individuel (85 %), reposant non

seulement sur une transmission orale d'informations (97 %), mais aussi sur un apprentissage pratique (73 %). Lors des activités collectives (33 %), des méthodes actives sont plus souvent utilisées : exposés suivis d'une discussion (75 %), apprentissages pratiques (67 %), groupes de parole (55 %), etc.

Si peu de patients sont encore concernés aujourd'hui par des programmes collectifs d'éducation du patient à l'hôpital et au-dehors, ces activités devraient se développer en lien avec les médecins généralistes.

\* Éducation du patient dans les établissements de santé français : l'enquête EDUPEF. Fournier C, Buffet P. Évolution n° 9, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



### EDDIAS' : UN CD-ROM « BOÎTE À OUTILS » D'ÉDUCATION DU PATIENT DIABÉTIQUE

Au cours d'une enquête <sup>(1)</sup> portant sur onze programmes éducatifs, situés à l'hôpital, dans des structures associatives ou des réseaux, l'Inpes a décrit les démarches et recensé les productions des équipes (plus de 150 supports). À partir de ces éléments, un groupe de travail associant spécialistes de l'éducation pour la santé, médecins généralistes, diabétologues, infirmières, psychologue et diététicienne a élaboré un CD-Rom qui met à la disposition des professionnels de santé souhaitant s'engager dans un projet d'éducation du patient diabétique de type 2 des éléments de réflexion et d'information sur les pratiques éducatives, ainsi que des exemples concrets de supports.

EdDias' comporte trois parties. Préparer le projet fournit des informations sur la méthodologie de projet et sur l'évaluation. Mettre en place des séances éducatives propose des apports théoriques et pratiques sur la relation éducative et la mise en œuvre d'actions visant l'acquisition de compétences par les patients. Sont notamment abordés les représentations de la santé et de la maladie, le processus d'acceptation de la maladie, le modèle des croyances de santé, le « lieu de contrôle » de la santé, la motivation au changement, l'écoute active et l'empathie, le « diagnostic éducatif », etc. Enfin, la partie ressources présente des supports d'évaluation, d'animation et d'information. Elle fournit aussi des références bibliographiques, lieux ressources et sites Internet.

### ALZHEIMER : DES LIVRETS « PATIENTS » ET « MÉDECIN »

La personne atteinte par la maladie d'Alzheimer est souvent reléguée à un rôle passif, même à un stade précoce de l'affection, son entourage se substituant à lui dans le dialogue avec le médecin. L'Inpes propose un outil d'éducation pour la santé du patient pour construire une relation de soin basée sur la participation active du patient et qui vise à le replacer au centre de la relation de soins.

Le guide « médecin » illustré par des exemples concrets et les livrets apportent des conseils pour favoriser cette démarche tout en associant l'entourage, et en intégrant les spécificités cliniques et les impératifs thérapeutiques de la maladie.

Pour favoriser la mise en œuvre de cette démarche éducative, l'Inpes propose également un programme de formation, composé de trois séances d'une heure trente sous la forme d'un CD-Rom intitulé « Alzheimer et maladies apparentées – éducation pour la santé du patient – formation de soignants ». Conçu dans le cadre du plan Alzheimer 2004-2007, il donne des pistes pour instaurer une relation de soins centrée sur le patient.

Ce CD-Rom de formation propose trois modules. Chacun d'entre eux comporte trois activités pédagogiques et des éléments théoriques sous forme de diaporamas. Le premier porte sur « Les représentations et leur influence sur la pratique professionnelle ». Le second, « Une relation de soins qui implique le patient ? », invite à réfléchir sur les facteurs facilitant ou entravant la relation de soins. Le dernier volet, « Construire des projets ensemble : principes et techniques », présente des méthodes d'écoute et de communication favorisant l'implication du patient.

### UN RÉFÉRENTIEL DE BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION DES CHUTES

La prise en charge médicale des patients « chuteurs » fait désormais l'objet de plusieurs recommandations de bonnes pratiques <sup>(2,3)</sup>.

L'évaluation du risque de chute des personnes âgées est présentée comme une étape de la prévention, qui permet de proposer aux personnes des interventions adaptées à leur profil. Celui-ci peut être évalué par une question sur les chutes antérieures et un test d'équilibre, le *Timed Up and Go* (TUG), qui permettent d'identifier trois profils de personnes :

- les personnes ne présentant pas de risque avéré de chute (pas de chute antérieure et un TUG négatif) ;
- les personnes présentant un risque modéré ou faible de chute (histoire de chute ou TUG positif) ;
- les personnes présentant un risque accru de chuter (chute antérieure et TUG positif).

Pour les deux premières catégories de personnes, outre une orientation vers des programmes généraux de prévention, un recours au médecin généraliste est vive-

ment recommandé afin, notamment, d'écartier la présence de pathologies connues pour augmenter le risque de chuter (affections de l'appareil locomoteur, troubles sensoriels, affections neurologiques, etc.) et pour réviser la médication. En effet, le risque de chuter est accru lorsque la personne âgée prend plus de quatre médicaments ou plusieurs psychotropes.

Pour les personnes présentant un risque accru de chuter, une évaluation approfondie et multidisciplinaire est recommandée, qui devrait porter sur les troubles de l'équilibre et de la marche, les pathologies chroniques et aiguës susceptibles d'être à l'origine d'une chute, les médicaments, les risques liés aux activités quotidiennes, la peur de chuter, la dénutrition, la consommation d'alcool et les dangers liés au domicile. Le médecin a une place dans cette évaluation multidisciplinaire qui devrait inclure un diagnostic éducatif, psychologique, culturel

et social, pour aboutir à un plan personnalisé et multifactoriel de prévention de la récurrence<sup>(4)</sup>. ♦

#### RÉFÉRENCES ET NOTE

1. Fournier C, et al. Modèles sous-jacents à l'éducation des patients diabétiques de type 2. *Évolutions* n° 5, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
2. Bourdessol H, Pin S. Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis, Inpes éd., 2005, p. 155.
3. Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG), Haute Autorité de santé (HAS). *Recommandations pour la pratique clinique : la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*. Saint-Denis, HAS éd., 2005, p. 11. Résumé disponible en ligne sur le site de la HAS.
4. *Guideline for the prevention of falls in older persons*. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72. \* [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant les données de ce dossier.

## Où se former ?

**L'**éducation thérapeutique (ETP) s'apprend. Il existe différentes formations en fonction du niveau de compétences que l'on souhaite acquérir et que l'on entend mettre en œuvre dans sa pratique.

#### FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE :

les organismes de FMC incluent le thème de l'ETP, par exemple MG Form, Unaformec, SFTG (Société de formation thérapeutique du généraliste)...

#### ORGANISMES SPÉCIALISÉS

Pour concevoir, animer, organiser des séances d'éducation thérapeutique en individuel ou avec des groupes de patients, il faut acquérir un entraînement méthodologique qui concerne à la fois les techniques pédagogiques et l'intégration de l'éducation dans les soins. Ce type de formation, d'une durée d'au moins trente heures, est organisé par des organismes spécialisés, tels (par ordre alphabétique) :

- **ÉDUSANTE** : [www.edusante.fr](http://www.edusante.fr)
- **GRIEPS** : [www.grieps.fr](http://www.grieps.fr)
- **IPCEM** : [www.ipcem.org](http://www.ipcem.org)
- **PASSERELLE ÉDUCATIVE** : [www.passerelles-edu.com](http://www.passerelles-edu.com)

**DIPLOME UNIVERSITAIRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, MASTERS**

Certains masters relèvent des sciences de l'éducation, d'autres de la santé publique. Des masters sont relativement spécialisés comme à l'université Paris 13-Bobigny ; à l'université de Rouen. D'autres masters intègrent des enseignements sur l'ETP tout en abordant des problématiques plus générales de promotion de la santé, de politiques sociales, d'éducation et de formation des adultes.

Une liste des diplômes universitaires et des masters peut être consultée sur le site de l'Inpes. Citons un exemple parmi bien d'autres : l'Université de Tours, UFR de médecine, Tours. « Éducation pour la santé, éducation thérapeutique ». Cette formation s'adresse aux professionnels en activité des secteurs sanitaire, éducatif et social, et aux étudiants, titulaires d'un bac + 2 ou équivalent et de trois ans d'expérience professionnelle. À l'issue de cette formation, les participants seront capables de concevoir ou de participer activement à la mise en œuvre des programmes nationaux, régionaux ou locaux d'éducation pour la santé ; de maîtriser les méthodes de gestion de projet, les outils pédagogiques et les outils d'évaluation de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique ; et d'intégrer l'éducation



thérapeutique dans leur pratique clinique au service de patients porteurs de maladies chroniques. (Renseignements : [olivier.rovere@cesel.org](mailto:olivier.rovere@cesel.org)).

#### VALIDATION DES ACQUIS

La VAE fait l'objet d'une loi : loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 qui permet à toute personne de faire valider son expérience au regard de diplômes de l'université. C'est ainsi que beaucoup de professionnels de santé s'inscrivent, selon leur expérience et leurs diplômes antérieurs, en première ou en seconde année de master. ♦

**La rédaction**