



Intégrer l'Éducation thérapeutique du patient dans les pratiques des professionnels de santé de première ligne



Manuel du formateur



Catherine TOURETTE-TURGIS

Maryline RÉBILLON

Financé par :



En partenariat avec :



«Tous droits de traduction d'adaptation et de reproduction par tous les procédés réservés pour tous les pays. Le code de la propriété intellectuelle interdit les copies ou reproductions destinées à une utilisation collective.

Toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation des auteurs et de l'éditeur, est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-1 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information de l'œuvre à laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle)».

Copyright © 2013 by COMMENT DIRE.

99 Bis Avenue du Général Leclerc, 75014 Paris.

<http://www.commentdire.fr>

Préface

L'éducation thérapeutique, telle que définie dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, s'inscrit désormais dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant notamment son adhésion aux traitements et examens prescrits, la mise en place d'une alimentation et d'une activité physique adaptées permettant d'améliorer sa qualité de vie. Conscient de sa maladie et de ses évolutions possibles, le patient est plus à même de dialoguer efficacement avec ses soignants.

L'éducation thérapeutique permet aux professionnels de santé de faire évoluer la relation avec leurs patients mais également entre les autres professionnels de santé en adoptant une posture éducative et en proposant une prise en charge coordonnée, expliquée au patient dans un langage commun. Formé à cette nouvelle vision du soin, le professionnel pourra alors contribuer, avec son patient, à l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie de ce dernier en mettant en pratique l'éducation thérapeutique dans son exercice quotidien mais également en contribuant à des programmes éducatifs collectifs.

Dès 2008, l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais s'est investie dans l'éducation thérapeutique du patient en partenariat avec les URPS Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, Pédiatres-Podologues, Pharmaciens, des représentants des diététiciens nutritionnistes et des associations de patients experts. Le législateur a légitimé sa position en lui confiant officiellement cette mission dans la loi du 21 juillet 2009.

Pour la conception et la rédaction de ce manuel, l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais a choisi l'organisme COMMENT DIRE qui cumule plusieurs types d'expertise et une légitimité dans le domaine de la formation. L'équipe de COMMENT DIRE a une longue expérience dans le domaine de la formation des soignants et l'éducation des patients. Elle bénéficie par ailleurs d'une reconnaissance universitaire dans la mesure où les fondatrices de COMMENT DIRE et plusieurs de ses intervenants dirigent et assurent des diplômes et des enseignements sur l'éducation thérapeutique à l'université¹.

Au travers de ce manuel, l'URPS Médecins² Nord-Pas de Calais marque sa volonté de proposer une formation de qualité de niveau 1 (40h), adaptée à la pratique quotidienne, afin que l'éducation thérapeutique en soins de 1^{er} recours devienne une réalité. Les professionnels de santé, à l'issue de cette formation, seront non seulement en capacité de pratiquer l'éducation thérapeutique au sein de programmes éducatifs, mais l'intégreront également avec tous leurs patients, dans leur exercice quotidien. Ces professionnels de santé seront alors en mesure de proposer une éducation thérapeutique de 1^{ère} intention et de proximité à leurs patients dans une logique de complémentarité avec les autres dispositifs, répondant ainsi aux attentes de leurs patients.

Philippe Chazelle
Président
URPS Médecins Nord-Pas de Calais



¹ Université Pierre et Marie Curie (Sciences médecine), Paris.

² Au titre du collectif des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et de ses partenaires.

Coordonné par

Caroline DE PAUW, Directrice de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Benoît SAUGERON, Chargé de mission en éducation thérapeutique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Isabelle TETAR, Directrice du Réseau Diabète Obésité de la métropole lilloise, Chargée de cours, UPMC-Sorbonne Universités.

Beryl VIGY, Chargée de mission en éducation thérapeutique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Comité de pilotage

Jean ARNOULT, Pharmacien à Cambrai, Président du Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens du Nord-Pas de Calais

Eric BOT, Pharmacien à Loison sous Lens, Trésorier de l'URPS Pharmaciens du Nord-Pas de Calais

Pierre BREBAN, Hépatogastro-entérologue à Lens, Trésorier de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Anne CERIEZ, Diabétologue hospitalier à Cambrai

Laurent CHIAREL, Directeur Général de l'Hôpital privé de Bois Bernard

Vincent COUVREUR, Médecin généraliste à Masnières, Président de la commission prévention, promotion de la santé et ETP de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Roland CRESTEL, Médecin généraliste à Dechy

Liliane DEPARIS, Présidente AFD 59/62, Patient expert, membre du CISS (Collectif Interassociatif sur la Santé) Nord-Pas de Calais

Caroline DE PAUW, Directrice de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Claude ETHUIN, Président de l'association Nord mentalités, Vice Président du CISS (Collectif Interassociatif sur la Santé) Nord-Pas de Calais.

Marie-Dominique FOULON, Pharmacienne à Faches-Thumesnil, Membre du Conseil de l'Ordre Régional des Pharmaciens du Nord-Pas de Calais

Pierre GOIDIN, Médecin généraliste à Coudekerque Branche, élu de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Annick GOTTRANT, Masseur-kinésithérapeute rééducateur à Mons-en-Baroeul, élue de l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs du Nord-Pas de Calais

Jérôme GRUSON, Diététicien-Nutritionniste à Lille et Lens, membre de l'AFDN (Association Française des Diététiciens Nutritionnistes)

Jean-Paul KORNOBIS, Médecin généraliste à Lille, Rapporteur de la commission prévention, promotion de la santé et ETP de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Marc LAURENT, Masseur-kinésithérapeute rééducateur à Bondues, Vice-Président du Conseil de l'Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs du Nord-Pas de Calais

Jean-Marc LEBECQUE, Pharmacien à Marck, Président de l'URPS Pharmaciens du Nord-Pas de Calais

Aline LICHOSIEK-BADJI, Infirmière libérale à Noyelles sous Lens, élue de l'URPS Infirmiers du Nord-Pas de Calais

Jean-Marc LUEZ, Médecin généraliste à Lille, membre de la commission prévention, promotion de la santé et ETP de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Nassir MESSAADI, Médecin généraliste, Maître de conférences associé, faculté de médecine de Lille II

Dominique MIZERA, Masseur-kinésithérapeute rééducateur à Lille, Vice Président de l'URPS Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs du Nord-Pas de Calais

Gérard PEYRAC, Pédiacre podologue à Cambrai, Président de l'URPS Pédiacres podologues du Nord-Pas de Calais

Benoît SAUGERON, Chargé de mission en éducation thérapeutique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Isabelle TETAR, Directrice du Réseau Diabète Obésité de la métropole lilloise, Chargée de cours, UPMC-Sorbonne Universités

Laurent VERNIEST, Médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Steenvoorde et Président de la FEMASNORD (Fédération des maisons et pôle de santé du Nord-Pas de Calais)

Beryl VIGY, Chargée de mission en éducation thérapeutique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Comité de lecture

Delphine BARBOTIN, Responsable pédagogique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Pierre BREBAN, Hépatogastro-entérologue à Lens, Trésorier de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Caroline DE PAUW, Directrice de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Jean-Paul KORNOBIS, Médecin généraliste à Lille, Rapporteur de la commission prévention, promotion de la santé et ETP de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Aline LICHOSIEK-BADJI, Infirmière libérale à Noyelles sous Lens, élue de l'URPS Infirmiers du Nord-Pas de Calais

Isabelle TETAR, Directrice du Réseau Diabète Obésité de la métropole lilloise, Chargée de cours, UPMC-Sorbonne Universités.

Laurent VERNIEST, Médecin généraliste en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à Steenvoorde et Président de la FEMASNORD (Fédération des maisons et pôle de santé du Nord-Pas de Calais)

Beryl VIGY, Chargée de mission en éducation thérapeutique à l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

Auteures

Catherine TOURETTE-TURGIS, maître de conférences des universités, habilitée à diriger des recherches. Elle dirige le DU et le master d'éducation thérapeutique de l'UPMC et co-dirige la chaire de recherche en éducation thérapeutique de l'UPMC ainsi que le programme « Action de soin » du Centre de Recherche sur la Formation du CNAM. Elle a co-fondé COMMENT DIRE en 1991 où elle conçoit, évalue, anime des dispositifs de formation dans le domaine du soin et de l'accompagnement des malades, des soignants, des équipes. Elle est auteure de plusieurs ouvrages et guides.

Maryline RÉBILLON, psychologue et formatrice, est co-fondatrice et directrice de l'organisme de formation COMMENT DIRE, spécialisé dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la formation des adultes. Elle coordonne et anime l'équipe de COMMENT DIRE et supervise l'ensemble des projets et des activités : formation, programmes pilotes au niveau national et à l'étranger, appui méthodologique d'équipes, éditions et diffusion de guides, production de vidéos formation. Elle a par ailleurs des activités universitaires en tant que maître de conférences associée au sein de l'UPMC - Sorbonne Universités (Master 1 et 2 en Education Thérapeutique). Elle a créé et assure l'animation du site de COMMENT DIRE et d'un site dédié au counseling dans l'infection au VIH. Elle est co-auteure de plusieurs ouvrages et guides.

Financeurs



Partenaires

Unions Régionales des Professionnels de Santé :



Représentants des usagers :



Représentants des établissements santé : CH de Cambrai, Clinique de Bois Bernard

Représentant des diététiciens nutritionnistes

Représentant des réseaux de santé :



Avant-propos

L'éducation thérapeutique dans l'univers du soin représente un véritable défi : celui d'introduire dans le suivi thérapeutique du patient des activités qui, jusque-là, étaient pensées comme ne relevant pas de la fonction des soignants.

Bien entendu, les soignants écoutaient leurs patients, leur délivraient des informations et des enseignements leur permettant d'exercer des activités d'auto-surveillance, des auto-examens et des soins quotidiens, et ce dans le cadre de plusieurs maladies chroniques. Toutes ces pratiques étaient informelles même si elles ont été formalisées, il y a plus de 30 ans, sous différentes formes dans le monde du diabète dès lors que la prise en charge s'est complexifiée et modifiée en faveur d'une recherche constante d'autonomisation du patient, pour ne prendre que le cas de l'insulinothérapie fonctionnelle.

Face à l'évolution des stratégies thérapeutiques, le patient s'est retrouvé dans une position nouvelle : l'amélioration de sa santé repose de plus en plus sur ses capacités à déployer un ensemble de compétences d'auto-prise en charge. Cette amélioration va de pair avec la nécessité de faire en sorte que chaque patient puisse disposer des connaissances et des compétences minimales pour exercer cette prise en charge de soin à domicile.

Au niveau du système de santé, l'amélioration des techniques et des technologies de soin nécessite qu'une majorité de patients soit formée à leur utilisation, certaines d'entre elles exigeant un nombre minimal d'heures d'apprentissage et d'entraînement en situation. Un autre point, concernant tout particulièrement le diabète, tient au fait que la réussite thérapeutique dépend tout autant de traitements médicamenteux que de traitements dits comportementaux.

En effet, prendre son traitement est une chose, suivre les recommandations hygiéno-diététiques requises dans le diabète en est une autre. Nous voyons bien là que les périmètres de l'éducation thérapeutique sont très larges si on confie à cette dernière des missions comme le maintien en santé des individus et l'aide au changement.

Tout cela appelle également une réflexion sur les nouveaux dispositifs de formation à proposer aux équipes soignantes, qu'elles exercent sur le mode libéral, communautaire ou institutionnel. En dépit des différences de ses modalités d'exercice, l'éducation thérapeutique nécessite de la part des soignants l'adoption d'une posture éducative. Même si beaucoup de soignants exercent de fait dans leur pratique de soin leurs talents pédagogiques dès lors qu'ils sont en position d'expliquer, de délivrer une information, d'aider le patient à développer ses habiletés techniques, ils doivent désormais, selon les recommandations officielles exercer une pratique éducative plus formalisée.

Par ailleurs, et suivant en cela les recommandations officielles, la réelle participation de patients experts dans la conception et l'animation des activités d'éducation représente une avancée importante dans l'évolution des conceptions de l'éducation thérapeutique. C'est la raison du programme de formation « L'éducation thérapeutique des patients dans les soins de premier recours » destiné aux professionnels de santé libéraux de la région Nord-Pas de Calais et de ce manuel en direction de formateurs occasionnels que nous avons réalisés à la demande de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais.

Catherine Tourette-Turgis et Maryline Rébillon

SOMMAIRE

Introduction	p.8
Présentation du programme de formation	p.10
Présentation générale du programme	p. 10
Description des 5 modules	p. 16
Conseils pour l'animation	p. 50
Supports pour l'animation et l'évaluation de la formation	p.54
Module 1 : Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP - Pratiquer l'éducation thérapeutique, quel nouveau rôle pour le soignant ?	p. 54
Module 2 : Les compétences relationnelles de base au service d'une démarche éducative	p.100
Module 3 : Du bilan éducatif partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP.....	p.152
Module 4 : La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique	p. 202
Module 5 : Les composantes de l'évaluation partagée	p. 292
Dossiers techniques	p.310
Dossier technique pour les participants	p. 310
Dossier technique formateurs	p. 324
Bibliographie & liste des annexes.....	p.372

Introduction

Le présent manuel, intitulé « Intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les pratiques des professionnels de santé de première ligne » s'adresse aux formateurs occasionnels chargés de l'animation de la formation auprès de professionnels de santé libéraux de la région Nord-Pas de Calais prenant en charge des patients malades chroniques.

Son intention première est de mettre à la disposition des formateurs un outil dynamique leur permettant de développer leur savoir faire et leur pouvoir d'agir en formation. L'activité qui consiste à former autrui est une activité singulière qui nécessite que le formateur dispose d'outils tout en lui laissant une relative liberté de les utiliser en fonction des objectifs de formation qu'il partage avec son groupe.

Les principes et les activités du programme ont été pensés pour la prise en charge de personnes malades chroniques, même si les contenus et les illustrations pédagogiques, à la demande de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais, mettent l'accent sur le diabète.

Objectifs du manuel

1 Donner aux formateurs occasionnels ou professionnels des éléments leur permettant de s'approprier le contexte dans lequel s'inscrit à l'heure actuelle tout programme de formation à l'ETP ;

2 Leur permettre d'identifier les objectifs et le fonctionnement d'une formation en éducation thérapeutique ;

3 Leur proposer un programme de formation incluant des fiches pédagogiques d'animation, prêt à une utilisation immédiate ;

4 Mettre à leur disposition un choix de techniques d'animation adaptées aux situations et aux événements qui peuvent survenir dans un groupe, en intégrant les obstacles, les événements imprévus sous la forme de « conseils pour le formateur » ;

5 Accompagner et soutenir leur désir d'animer des formations sur le thème de l'éducation thérapeutique ;

6 Leur proposer un éventail d'approches et une souplesse de choix de manière à ne pas rigidifier le processus de formation au détriment des dynamiques d'apprentissage de groupe qui s'y jouent.

Les 5 parties du manuel

La première partie est consacrée à la présentation générale du programme de formation

Il s'agit de faciliter pour les formateurs l'appropriation du programme, de son organisation, de ses contenus et des supports proposés.

La seconde partie présente en détail les modules de cette formation

Il s'agit de fournir aux formateurs une idée précise des objectifs et des activités de chaque module. Des orientations pour l'animation sont proposées, le planning de chaque module est détaillé et les messages forts du module sont mis en évidence.

La troisième partie est consacrée à l'animation de groupe de soignants

Il s'agit de partager avec les formateurs du programme notre expérience de terrain et de les sensibiliser aux spécificités de la formation de soignants par des soignants.

La quatrième partie rassemble toutes les fiches pédagogiques et les supports pour l'animation du programme de formation

Il s'agit de mettre à la disposition des formateurs le kit pédagogique du programme. Cette partie est complétée par un clé USB qui est jointe au manuel afin que les formateurs puissent être autonomes dans la préparation des sessions de formation et du matériel dont ils ont besoin pour l'animation.

La cinquième partie propose le dossier technique prévu pour les formateurs et les participants de la formation (également disponible sur la clé USB jointe)

Elle permet aux formateurs d'avoir à portée de main les décrets, les arrêtés et les références des textes réglementaires qui encadrent la pratique de l'éducation thérapeutique des patients.

Les formateurs y trouveront aussi un ensemble de documents ressources dont la fiche « L'Éducation thérapeutique en soins de 1^{er} recours : le rôle de l'URPS médecins » (cf. p326) qui présente les actions de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais ainsi que l'organisation des équipes (cf. p331). Il apparaît comme indispensable que les formateurs prennent connaissance de cette fiche.

Les 5 parties du manuel ont été rédigées pour être utilisées de manière indépendante de façon à en faire un support adapté à ses utilisateurs en fonction de leur degré d'expérience ou de compétences dans le champ de la formation. Leurs contenus ont été testés sur 4 terrains de formation différents, dont 2 par les rédacteurs du manuel. Cette phase de test a permis de les stabiliser en ajoutant par exemple une illustration, des commentaires, des références théoriques ou une activité de formation.

Présentation du programme de formation

Présentation générale du programme	p.10
Description des 5 modules	p.16
Conseils pour l'animation	p.50

Présentation générale du programme

Le programme de formation « Intégrer l'éducation thérapeutique du patient dans les pratiques des professionnels de santé de première ligne » correspond au niveau 1 des 40 heures de formation requis pour les professionnels de santé désirant pratiquer l'éducation thérapeutique auprès de patients diabétiques.

Il est composé de **5 modules** qui intègrent et respectent les 4 étapes de la démarche éducative telles qu'elles sont définies par l'HAS :

- la réalisation du diagnostic éducatif,
- la définition du programme d'éducation et des priorités d'apprentissage pour chaque patient,
- la planification et la mise en œuvre du parcours éducatif,
- l'évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

Module 1 : Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP - Pratiquer l'éducation thérapeutique, quel nouveau rôle pour le soignant ? *(8 heures)*

Module 2 : Les compétences relationnelles de base en ETP *(8 heures)*

Module 3 : Du Bilan Éducatif Partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP *(8 heures)*

Module 4 : La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique *(11 heures 30)*

Module 5 : Les composantes de l'évaluation partagée *(4 heures 30)*

Le programme prend en compte la multiplicité des compétences requises pour la pratique de l'éducation thérapeutique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. **Aucun module n'est cependant prévu sur les compétences biomédicales et de soins** dans la mesure où le public à qui il s'adresse est composé de professionnels de santé libéraux de première ligne, ayant une expérience de suivi médical et paramédical de patients atteints de la pathologie concernée par le programme mis en place (diabète par exemple). Les connaissances médicales et paramédicales indispensables dans la pratique de l'éducation en direction des patients sont donc un prérequis.

Le format de la formation, tel que nous l'avons conçu, est de **5 journées en discontinu**. Toutes les combinaisons sont possibles (5 jours en continu, 2+2+1...) pour répondre aux contraintes particulières de l'exercice en libéral. Si la formation est en discontinu, nous préconisons des **intervalles de 3 semaines à un mois** entre les sessions. Nous conseillons l'organisation de la formation a minima sous la forme d'un découpage par journée complète, ce pour des raisons liées à la dynamique de la formation. La participation et l'implication des personnes en formation sont meilleures si elles disposent d'un temps suffisant leur permettant de vivre la transition entre leurs activités professionnelles et la situation de formation. Le découpage par soirées de formation ou par demi-journées est à éviter : l'assiduité à la formation est plus difficile à maintenir et représente un obstacle aux dispositions des participants à l'analyse et à un retour sur soi.

Finalités du programme

Les finalités de ce programme de formation sont d'aider les professionnels de santé à introduire une dimension éducative dans leur pratique de soin, tout en les accompagnant dans ce cheminement qui suppose la mobilisation de compétences déjà acquises ou au contraire nouvelles pour eux, comme par exemple celles ayant trait à la création de séquences pédagogiques.

Objectifs du programme de formation

- Partager une culture, un langage et une méthodologie commune de l'ETP ;
- Prendre conscience des retentissements d'une maladie chronique chez les personnes atteintes et leur entourage ;
- Apprivoiser les approches d'inspiration motivationnelle pour ce qui concerne le changement ;
- Prendre conscience de la dimension et de la complexité du changement ;
- Acquérir et/ou renforcer des compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation pour conduire des actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans des contextes variés (séances individuelles, animation de groupes, etc. ;
- Connaître et savoir repérer les compétences d'autosoins et psychosociales d'un patient et ses stratégies d'ajustement ;
- Savoir explorer toutes les dimensions du Bilan Éducatif Partagé initial (BEP initial) et rédiger la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé ;
- Identifier le rôle et la place des patients experts dans les activités d'éducation ;
- Construire des séquences pédagogiques ;
- Connaître les règles de base d'animation de groupes de patients ;
- Identifier les objectifs et les composantes de l'évaluation du programme/parcours d'ETP ;
- Être en capacité de réaliser des séances d'ETP, en individuel et en collectif ;
- Pouvoir promouvoir et implanter l'ETP dans leur environnement professionnel en fonction de l'offre existante.

Orientations et choix pédagogiques

Construire un programme, proposer un manuel supposent des orientations et des choix. Il existe plusieurs courants en éducation et dans le champ de la formation mais peu d'écrits sur les enjeux formatifs dans l'éducation thérapeutique, à la fois du côté des soignants qui la pratiquent et des patients qui en bénéficient. Nous avons donc pensé qu'il était important d'explicitier, dans les paragraphes qui suivent, nos orientations pédagogiques et nos référents théoriques puisés dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation des adultes, tout en restant très proches des attendus institutionnels en termes de résultats et d'effets formatifs à atteindre.

L'éducation thérapeutique comme une pratique au service du développement personnel du patient

Un patient qui se sent écouté, entendu et compris sera plus enclin à prendre soin de lui, à s'engager dans des modifications volontaires et des changements progressifs requis par sa santé. En ce sens, **l'éducation est un pari sur l'autre et son devenir**. C'est aussi un accompagnement qui nécessite que l'on parte de là où en est le patient et non d'objectifs à atteindre seulement prédéfinis par une équipe médicale. Changer tout un pan de sa vie lorsqu'on est malade, conduit souvent à revisiter ses habitudes et en cela, nécessite un accompagnement ou une forme d'éducation appropriée à chaque étape. À certains moments, le patient désire un conseil, souhaite être dirigé ou guidé. À d'autres, il a besoin que les décisions viennent de lui.

Une pédagogie constructiviste

Elle pose comme hypothèse centrale qu'une connaissance prend "naturellement du sens" lorsqu'elle est apprise en action et confrontée à des savoirs antérieurs. **Connaître est un processus actif, la connaissance se vit et se conquiert en agissant**. Imaginons que l'on fasse un exposé sur l'hypoglycémie et que l'on demande ensuite aux participants de restituer les signes de l'hypoglycémie. Dans ce type de cours, où l'on fait appel à la mémorisation, en général au bout d'un certain temps, les connaissances s'estompent. Les apprenants sont obligés de faire un effort d'attention et de mémorisation tel qu'ils ne peuvent pas à la fois apprendre à retenir et raisonner. Imaginons maintenant que l'on fasse le cours sur l'hypoglycémie en distribuant des cartes images représentant les principaux symptômes de l'hypoglycémie et que l'on demande à chaque apprenant de choisir parmi les cartes images celles qui représentent les signes d'hypoglycémie qu'il a déjà éprouvés. L'apprenant sera en action, il mobilisera non pas sa mémoire mais ses capacités d'analyse, il reconnaîtra des sensations corporelles éprouvées, mais sur lesquelles il n'avait pas mis de nom. Il fera des liens, des associations. Il se souviendra et se dira : « ah, c'est cela que j'avais quand je suis, c'était une hypoglycémie ! »

Apprendre, revient à naviguer en terrain inconnu. **L'apprenant apprend en faisant des liens avec ses connaissances antérieures**, et c'est la raison pour laquelle une séquence pédagogique doit

toujours partir d'une « question d'appel » invitant les apprenants à partager ce qu'ils savent déjà sur la question. Cette activation des connaissances antérieures ne doit pas être pensée ou présentée comme une vérification des connaissances mais comme le point d'appui à partir duquel les apprenants assimileront les nouvelles connaissances qui leur seront transmises. C'est lorsqu'ils auront fait des liens entre leurs connaissances antérieures et les nouvelles que celles-ci seront assimilées. Mais cela ne suffit pas, il faut ensuite penser des séquences d'apprentissage incluant des situations-problèmes pour que l'apprenant intègre dans son raisonnement les nouveaux savoirs. Concrètement, cela veut dire que dans une séquence pédagogique, on introduit des variétés de situations a priori déséquilibrantes en termes de façons de voir mais équivalentes en termes de résultats. Tout l'art pédagogique va consister à créer des situations d'apprentissage introduisant des petits changements de manière à consolider des connaissances qui restent fragiles lorsqu'elles sont transmises à partir d'une seule façon de voir.

Une approche éducative centrée sur l'apprenant

Notre parti pris en éducation thérapeutique est de nous centrer sur le patient non pas en tant que patient mais en tant qu'apprenant ayant donc les mêmes réactions, comportements et réflexes que tout apprenant. Il s'agit donc de saisir très vite dans un groupe, les profils d'apprentissage de chaque patient et ses façons d'apprendre. Par exemple, tel patient pour apprendre a besoin de tout noter sur un petit carnet, tel autre a besoin dans une situation problématique de refaire plusieurs fois l'exercice du geste technique, tel autre de « voir » avant de « faire » ou bien de s'essayer tout seul avant « d'apprendre à faire » selon le modèle enseigné d'un geste technique par exemple à reproduire.

Les styles d'apprentissages varient en fonction des expériences des personnes et aussi des générations. Les personnes âgées ont besoin de supports. Elles s'appuient sur la mémorisation et préfèrent souvent une présentation séquencée pour s'approprier les savoirs. Les jeunes adultes abordent la connaissance par mots-clefs. Ils procèdent par exploration et souvent par accumulation de morceaux de savoirs analogues à ceux que l'on trouve sur Internet.

Le **centrage sur l'apprenant** signifie aussi que dans la formation des professionnels de santé, il faut se référer aux modèles de formation des adultes. Ce que l'on vient d'écrire sur le « patient apprenant » s'applique aussi aux professionnels que l'on forme dans un groupe de 15 personnes. Là encore, il faut prendre en compte les styles d'apprentissages de chacun. Il y a des professionnels qui ont absolument besoin d'un support comme d'un diaporama pour apprendre, d'autres qui préfèrent des mises en situation en groupe, d'autres qui ont besoin des deux. Le manuel anticipe ces approches, une partie servant d'amorce et l'autre de consolidation, sachant que les professionnels de santé en situation de formation vont faire le même chemin que tout

apprenant. Ils vont s'appuyer sur leurs savoirs acquis pour accepter, mettre à mal, rejeter les nouvelles connaissances qui leur sont présentées. C'est en leur proposant une variété de situations de formation que l'on va pouvoir mobiliser chez eux le principe d'accommodation. Par exemple, c'est en leur présentant des mises en situation différentes dans lesquelles il s'agit exclusivement de pratiquer la technique de la question ouverte ou de la reformulation qu'ils vont assimiler cette technique incontournable.

Une large part aux compétences psychosociales d'adaptation

Au cours des trente dernières années, des études ont montré l'importance des déterminants psychosociaux dans les comportements de santé, de prévention mais aussi dans le degré d'observance thérapeutique. Une personne ne peut suivre les recommandations de santé et entreprendre des changements visant à l'amélioration de sa santé que si elle vit dans un environnement favorable, si elle peut communiquer en toute liberté sur le ressenti de sa maladie, de ses traitements, si elle a une estime de soi suffisante, et si elle n'est pas exposée au blâme, à la stigmatisation sociale.

Les déterminants psychosociaux doivent être partie prenante dans l'éducation thérapeutique. Ils le sont au sens où l'éducation thérapeutique doit intégrer un travail d'accompagnement et de renforcement des capacités du patient à faire face à une série de situations sociales qui sont un obstacle à la prise de ses traitements, au prendre soin de soi, ou pour prendre un exemple dans le diabète, à l'autosurveillance requise au niveau alimentaire.

Les compétences psychosociales, prises en compte dans tout le déroulé du manuel de formation, concernent prioritairement les savoir-être qui regroupent ce qui relève du registre de la communication et des relations humaines.

L'éducation a pour mission de remobiliser la personne et aussi parfois de la doter de compétences et de connaissances qu'elle n'a jamais eu besoin d'utiliser avant l'irruption du diabète dans sa vie. Le diabète est souvent l'occasion de découvrir qu'il existe une législation du travail, que les employeurs ont des réticences à embaucher une personne diabétique, que les emprunts immobiliers sont difficiles à obtenir lorsqu'on est atteint d'une maladie chronique. La maladie est aussi l'occasion de découvrir qu'on ne sait pas bien réagir aux tentatives d'influence des autres. De même, une maladie incite souvent la personne à modifier ses projets professionnels, sociaux, familiaux, parentaux, conjugaux. Tous ces thèmes sont abordés dans le programme sous la forme d'exposés, d'état des lieux des connaissances et d'études de cas. Il s'agit de sensibiliser les professionnels non seulement à l'impact psychosocial de la maladie dans la vie de toute personne mais aussi de prendre en compte ses ressources personnelles et sociales mobilisables pour aider cette personne à trouver les modes d'ajustement et d'adaptation les plus appropriés.

Une formation par modules en fonction des compétences attendues

Elles ne mobilisent ni les mêmes formes de raisonnement professionnel, ni les mêmes activités de formation, ni le même regard. Notre pratique nous a par exemple montré que l'abord du « **Bilan Éducatif Partagé** » nécessitait a minima la maîtrise de l'usage de la question ouverte pour éviter de transformer celui-ci en interrogatoire à questions fermées ainsi que l'adoption d'une position d'écoute. Cela signifie concrètement que la partie du programme de formation consacrée aux **compétences relationnelles** précède celle consacrée à l'apprentissage de la pratique du Bilan Éducatif Partagé.

Un dispositif pédagogique interactif

Il s'agit d'une pédagogie centrée sur des échanges, des interactions et des temps de réflexion en petits groupes de 2 à 5 personnes, facilitant les processus d'élaboration intellectuelle et mobilisant l'intelligence relationnelle. Le temps de formation s'appuie sur une dynamique de groupe au sens où les participants vont apprendre par étayages, associations d'idées, comparaisons, en s'écoutant les uns les autres, y compris au cours d'échanges informels pendant les pauses.

Le groupe en formation devra comporter au maximum 15 professionnels de santé car au-delà il s'agit d'un groupe où les interactions de fait deviennent limitées. Les modalités de travail pour certains modules, par exemple pour celui concernant les compétences relationnelles, nécessitent un climat d'écoute et de confiance auquel seule la pédagogie par petits groupes est adaptée. Par ailleurs, les débats collectifs, importants à conduire au cours de la formation sur des thèmes éducatifs sensibles, ne peuvent avoir lieu que dans des groupes limités en nombre pour des raisons d'individualisation et de reprise des temps de paroles.

Un programme de formation transversal à plusieurs pathologies

Même si le public à qui il s'adresse intervient dans le diabète et que les activités de formation s'appuient sur des situations choisies dans le domaine du diabète, le programme est adapté pour les patients qui partagent en commun la nécessité de pratiquer une activité physique et de changer leurs habitudes alimentaires (comme c'est le cas par exemple en diabétologie, néphrologie et cardiologie). Certaines pathologies comme le VIH ou les addictions nécessiteraient quant à elles des composantes supplémentaires, comme celle liée à la prévention secondaire de la transmission sexuelle dans le VIH et à l'abord de connaissances spécifiques dans le cas des addictions.

Matériel pédagogique

Le manuel propose un « KIT pédagogique » (également disponible sur la clé USB jointe) qui comprend par module :

- Un planning ;
- Une liste du matériel à prévoir ;
- Des fiches et des supports pédagogiques pour l'animation des activités ;

Ainsi que :

- Des supports à distribuer aux participants sur clé USB ;
- Un dossier technique pour les participants ;
- Une fiche d'évaluation de la formation à faire remplir par les participants à l'issue du dernier jour de formation ;
- Un dossier technique pour les formateurs.

Tous ces supports sont mis en page dans un format A4 afin d'en faciliter l'impression et le rangement dans un classeur.

Le planning d'activités des modules

Le planning des 5 modules permet de visualiser pour chacun la chronologie et la durée des activités proposées, les objectifs poursuivis pour chaque activité, les compétences visées chez les participants, le contenu et les modalités pédagogiques de mise en œuvre.

Le programme de formation comprend 34 activités numérotées sans distinction de 1 à 34, par ordre chronologique de réalisation, qu'il s'agisse d'exposés de la part des formateurs ou de travaux proposés aux participants.

Les fiches pédagogiques pour l'animation des activités

Le programme comporte 34 fiches pédagogiques de couleurs différentes selon les modules. Toutes sont construites sur le même modèle et sont complétées, si nécessaire, de supports à l'usage des formateurs et des participants.

N° du module	Titre du module	Nbre d'heures	Référence activités
1	Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP - Pratiquer l'éducation thérapeutique, quel nouveau rôle pour le soignant ?	8 heures	1 à 6
2	Les compétences relationnelles de base au service d'une démarche éducative	8 heures	7 à 13
3	Du Bilan Éducatif Partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP	8 heures	14 à 20
4	La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique	11 heures 30	21 à 30
5	Les composantes de l'évaluation partagée	4 heures 30	31 à 34
			Total 34

N.B : une seule activité donne lieu à une numérotation double, il s'agit de l'activité 4 du module 1, les formateurs ayant le choix d'animer l'une ou l'autre des activités proposées, soit la 4.1 ou la 4.2.

Exemple de Fiche pédagogique

N° Activité	N° Module	N° Activité	N° Module
 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Durée : ...</p> <p>Matériel</p> <ul style="list-style-type: none"> ... </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>Objectifs</p> <p>A la fin de l'activité, les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ... </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Méthode</p> <ul style="list-style-type: none"> ... </div>  </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px solid #ccc; padding-left: 5px;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fiche pédagogique</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>1 Temps 1</p> <p>...</p> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>3...</p> </div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"> <p>2 Temps 2</p> <p>...</p> </div> </div> </div>		 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"> <p>Consignes et déroulement</p> </div> </div>	

Les diaporamas

Les diaporamas utilisés au cours de la formation suivent tous la même charte graphique. Lorsque cela s'est avéré nécessaire, nous avons introduit des commentaires aux diapositives. (Disponibles sur la clé USB).

Les documents remis aux participants

La formation donne lieu à la remise de deux types de supports aux participants :

- des supports qui font partie des activités de formation et qui sont à usage immédiat,
- des documents rassemblés dans un dossier technique participant à usage différé.

Dossier technique pour les formateurs

Le dossier technique des formateurs rassemble :

- des documents informatifs,
- une liste de ressources utiles pour la mise en place et le développement de l'ETP en soins de premiers recours dans la région Nord-Pas de Calais.

Mises à jour

Des mises à jour des documents seront disponibles sur le site Internet de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais : www.urps5962ml.fr via un espace sécurisé.

Module 1 : Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP - Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient : quel nouveau rôle pour le soignant ?

Ce module représente, pour certains participants, la découverte du thème de l'éducation thérapeutique. Il a été construit de manière à susciter l'intérêt des participants et ce d'autant qu'ils risquent aussi de remettre en question leurs pratiques informelles en matière d'éducation thérapeutique, notamment lors de la présentation des quatre étapes de la démarche éducative. L'appropriation des textes réglementaires

et les recommandations officielles sur l'éducation thérapeutique permet aux participants dès le début de la formation de co-construire une culture et un langage commun de référence. L'enjeu de ce module est d'articuler les aspects cognitifs et sensibles de manière à mettre en évidence les composantes de la pratique de l'éducation thérapeutique en direction de malades atteints de maladies chroniques.

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

- Définir l'éducation thérapeutique en lien avec les textes réglementaires et son domaine d'exercice (suivi de patients atteints de maladies chroniques) ;
- S'approprier les étapes de la démarche éducative selon les recommandations officielles ;
- Expliciter leur(s) pratique(s) actuelle(s) d'ETP ;
- Comprendre ce que représente l'irruption d'une maladie chronique dans un parcours de vie ;
- Identifier la complexité des changements en jeu dans la maladie chronique, ses traitements et le suivi de soins.

Compétences attendues à l'issue de ce module

Les compétences attendues sont les suivantes :

- Une connaissance minimale des dispositifs réglementaires sur les modalités d'exercice de l'éducation thérapeutique ;
- Une compréhension des différentes étapes de la démarche éducative et de leur articulation ;
- Une connaissance du contexte particulier d'exercice de l'ETP dans le champ des maladies chroniques et l'importance à accorder aux théories du changement mobilisables pour introduire une approche proactive du changement centrée sur le patient.

En invitant les participants à expliciter leur(s) pratique(s) actuelle(s), ces derniers devraient être naturellement enclins à auto évaluer les savoirs et les compétences qu'ils maîtrisent déjà et ce qu'ils doivent acquérir ou renforcer.

Organisation et enchaînement des activités du module

Ce module de 8 heures, qui démarre par un temps de présentation des formateurs, des participants et du programme, compte **six activités** de formation, dont **trois exposés**. Il propose une alternance de séquences centrées sur l'acquisition de savoirs, sur l'appropriation de ces mêmes savoirs par des séquences portant sur la réflexion, et sur la confrontation à autrui par le biais de récits de vie, tout en privilégiant la partie des échanges dans le groupe.

Activité 1 : Pêche à la ligne.

Activité 2 : « ETP : Définition, Objectifs et Modalités de mise en œuvre des programmes et de dispensation de l'éducation thérapeutique » (Exposé n°1).

Activité 3 : « Les étapes de la démarche éducative » (Exposé n°2).

Activité 4.1 ou 4.2 (de préférence 4.1) : La pratique de l'ETP¹.

Activité 5 : L'irruption d'une maladie chronique dans une vie – La maladie comme occasion d'apprentissage.

Activité 6 : « Changement et Maladies chroniques » (Exposé n°3).

¹ Selon les groupes en formation, les formateurs pourront préférer proposer l'une ou l'autre des activités 4, l'une faisant appel à leur pratique actuelle d'ETP (4.1), l'autre à l'appropriation des 4 étapes de la démarche éducative (4.2).

Certaines activités, comme « *la pêche à la ligne* » (Activité n°1) portent sur les **représentations sociales**. D'autres mobilisent l'**esprit de synthèse** des participants (Activités n°4.1. et n°4.2.), et d'autres encore, comme celles sur les récits de vie (Activité n°5), font appel à une **approche compréhensive**.

Il est important, dès le démarrage, que les **3 aspects du triangle de l'éducation thérapeutique soient présents** : les **soignants**, la **maladie** et les **patients**. Nous avons donc pris la décision d'introduire dans cette première journée des extraits de récits biographiques de patients portant sur le fait que la maladie en elle-même est souvent un événement accélérateur d'apprentissage. Porteuse d'enseignements en termes de savoir être et de savoir-faire, la maladie aiguë le désire de comprendre et de savoir. De même, nous avons pris soin du cheminement des participants à travers la journée afin que progressivement, à partir de leurs représentations, de leur confrontation aux textes officiels, de leur sensibilisation par le biais de récits de patients, ils puissent progressivement endosser un rôle d'acteurs de l'éducation.

Format du module

Le format préconisé pour ce module est une journée de 8 heures. Néanmoins, il peut être organisé sur 2 demi-journées voire 3 soirées.

Planning d'activités du module

Cf. Tableau page 18.

Matériel à prévoir

Cf. Tableau page 19.

Planning d'activités du Module 1

Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP –

Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient : quel nouveau rôle pour le soignant ? (8 heures)

Le(s) formateur(s) a/ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
- Etablir un climat de confiance et de convivialité dans le groupe.	- Apprendre à connaître les membres de son groupe.	- Présentation des formateurs et des participants ; - Présentation des objectifs, des contenus et du déroulement de la formation. - Représentations des participants sur l'ETP.	Activité n°1 - <i>Pêche à la ligne</i> .	9h00 - 9h30	30 min
- Permettre au groupe de partager une culture, un langage et une méthodologie commune en éducation thérapeutique (ETP).	- Définir l'éducation thérapeutique.	- Définition, objectifs et finalités de l'ETP (OMS, HAS, Rapport Saout, décrets et arrêtés). PAUSE - Les étapes de la démarche éducative : diagnostic éducatif, définition du programme personnalisé d'ETP, planification et mise en œuvre du parcours ETP, évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme. - S'approprier les étapes de la démarche éducative selon les recommandations officielles (HAS).	Activité n°2 - Exposé n°1 « ETP : Définition, Objectifs & Modalités de mise en œuvre des programmes et de dispensation ».	9h30 - 10h15 10h15 - 11h 11h - 11h30	45 min 45 min 30 min
- Permettre au groupe de prendre conscience des retentissements d'une maladie chronique chez les personnes atteintes et leur entourage.	- Expliciter sa pratique actuelle d'ETP.	DÉJEUNER - Définition de leur pratique actuelle au regard des décrets et textes décrivant les étapes de la démarche éducative : Appropriation des 4 étapes. - La maladie chronique, occasion d'apprentissages.	Activité n°3 - Exposé n°2 « Les étapes de la démarche éducative ».	12h30 - 13h30	60 min
- Permettre au groupe de prendre conscience de la dimension et de la complexité du changement.	- Comprendre ce que représente l'irruption d'une maladie chronique dans une vie. - Comprendre ce que représente l'irruption d'une maladie chronique dans une vie. - Identifier la complexité du changement en jeu dans la maladie chronique, ses traitements et le suivi de soin.	- Les apprentissages existentiels occasionnés par la maladie chronique. - La problématique du changement (modifications thérapeutiques des styles de vie) dans la maladie chronique.	Activité n°4.1 ou n°4.2 (de préférence 4.1) - La pratique de l'ETP. Travaux en sous-groupes. Activité n°5 - Sous activités 5-T1 (30 min) et 5-T2 (30 min.). Travaux en sous-groupes.	13h30 - 14h15 14h15 - 15h15 15h15- 15h45	45 min 60 min 30 min
		PAUSE	Activité n°5 suite - Sous activité 5-T3 (30 min) suivie de la reprise en plénière (30 min.).	15h45 - 16h45	60 min
			Activité n°6 - Exposé n°3 « Changement & Maladies chroniques ».	16h45 - 17h45	60 min
			Synthèse du module.	17h45 - 18h00	15 min

Activité n°1

- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 1** « Représentations sur l'ETP »

Activité n°2

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°1** « Éducation Thérapeutique - Définitions, Objectifs & Modalités de mise en oeuvre des programmes et de dispensation »

Activité n°3

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°2** « Les Étapes de La Démarche Éducative »

Activité n°5

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant T-1** « Paroles de patients »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant T-2** « Paroles de patients »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant T-3** « Paroles de patients »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 2** « Paroles de patients »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 3** « Apprentissages »

Activité n°6

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°3** « Changement & Maladies chroniques - Modifications thérapeutiques des styles de vie »

À ne pas oublier

- ❑ Ordinateur et vidéo projecteur
 - ❑ Rallonge électrique
 - ❑ *Paperboard*
 - ❑ Feutres
 - ❑ Papier / Stylos
 - ❑ Clé USB
 - ❑ Scotch
-
- ❑ Bouteilles d'eau
 - ❑ Café
 - ❑ Biscuits
 - ❑ Gobelets en plastique



Orientations pour l'animation des activités du module

L'alternance d'activités mobilisant l'attention, la mémorisation, la réflexion, la distanciation ou la compréhension exige, de la part des formateurs, une diversité de positionnements. Dans les activités requérant une grande attention, comme les exposés cadres, ils expliquent, éclairent, donnent des exemples courts et ne s'éloignent pas du thème abordé. Dans les activités mobilisant la compréhension, ils interviennent moins, laissent les stagiaires réfléchir, discuter les différents cas présentés, déployer leur imaginaire, notamment lors de l'activité 5 portant sur les récits de vie.

Les messages forts du module

Le cadre d'exercice et d'autorisation des programmes de l'éducation thérapeutique

Il est important que les participants aient une **connaissance des règles d'exercice de l'éducation thérapeutique et de ses exigences**, mais il faut éviter que ces règles brident leur créativité ou les amènent à détruire les acquis de leur pratique informelle de l'éducation. **Aider le groupe à comprendre la cohérence interne des recommandations officielles est important. A contrario l'enfermer dans un univers clos de recommandations serait contre-productif.**

Le plus important à retenir est l'importance à accorder à la construction d'une **démarche par étapes** tout en acceptant que rien n'est fixé d'avance, notamment pour la partie Bilan Éducatif Partagé. Celui-ci peut nécessiter plusieurs séances et évoluer au fur et à mesure que le patient participe à des séquences pédagogiques qui, de fait, mettent à nu d'autres besoins. Par ailleurs, **l'alliance pédagogique ou thérapeutique** doit l'emporter sur la notion de contrat éducatif qui, bien souvent, est mal comprise et donne lieu à une série d'obligations en sens unique. **L'éducation est avant tout une posture et la mise en œuvre d'une démarche délibérément ouverte et centrée sur l'apprenant.** La pédagogie nécessite un certain art, une qualité relationnelle, une croyance dans le potentiel de l'autre, un goût pour **l'accompagnement d'autrui dans son ouverture aux savoirs et aux apprentissages.**

La pédagogie est au service du soin et de la santé ; elle ne doit être ni scolaire ni infantilisante

La maladie est souvent aussi l'occasion d'apprendre de soi et du monde, des choses auxquelles on ne s'était peut-être pas intéressé auparavant. Le temps prend une autre dimension. Le diagnostic est souvent un accélérateur d'apprentissage. La personne veut comprendre ce qui lui arrive, et savoir ce qui va lui arriver. Elle va donc adopter spontanément une position d'apprentissage. On apprend souvent tout seul à vivre avec une maladie et c'est souvent sous la forme d'un retour sur soi, d'un questionnement inédit sur les « allants de soi » qu'on initialise de nouveaux apprentissages qui ne sont pas forcément négatifs.

Le temps qui s'accélère et la montée des incertitudes sont aussi des leviers pour reprendre le contrôle sur sa

vie et se lancer dans des projets qui tiennent à cœur. Cet événement est également l'occasion de redonner de l'importance aux relations affectives et sociales qui, dans ces moments-là, sont réinterrogées et deviennent ou non des piliers du désir de maintien de la santé.

La maladie représente un événement qui fait irruption dans le couple et la famille et qui requiert des apprentissages multiples de la part de tout le monde. Apprendre à vivre avec une partenaire ou un partenaire malade, apprendre à vivre avec un enfant malade, requiert en effet des savoir-être qui ne sont pas spontanés ou naturels comme on le laisse entendre. Il est donc important de partir du constat que la maladie, comme tout événement intense, est l'occasion d'apprentissages et de considérer ces apprentissages comme étant des moments fondateurs dans le décours de vie de la personne et de son entourage.

Un patient n'arrive jamais en éducation thérapeutique sans avoir rien appris sur rien. Il arrive en ayant fait des découvertes, des apprentissages auxquels il pensait peut-être ne jamais avoir accès ou n'avoir jamais besoin d'y recourir.

La question du changement au cœur de l'éducation

L'éducation contient en soi une problématique de changement au sens où tout apprentissage ou toute acquisition de compétences est lié à un résultat qui, de fait, est producteur de changements. Le savoir et la maîtrise d'habiletés techniques permettent de changer ses façons de faire. **Le changement en éducation prend en compte les étapes de l'apprentissage mais aussi les résistances à apprendre.** Ces résistances apparaissent dès que l'apprenant, enfant ou adulte, se confronte à la difficulté ou à l'ennui, causé par exemple par la répétition ou la concentration nécessaire dans plusieurs apprentissages.

En éducation thérapeutique, il est important de s'attarder sur le thème du changement car la maladie chronique engage de fait des changements dans une vie. Dans le diabète par exemple, l'essentiel du traitement repose sur la réussite de changements, très difficiles à mettre en place et à maintenir dans la durée, portant sur l'alimentation et l'activité physique. Il s'agit donc de ne pas se tromper lorsque l'on aborde le changement comme modalité thérapeutique et de choisir parmi les théories du changement celles qui sont les plus prometteuses et faciles à mettre en œuvre. Il faut aussi intégrer l'impact douloureux de certains changements, conséquents à une maladie chronique. Ne plus manger ce que l'on a envie, découvrir le regard social de méfiance sur la maladie, comprendre qu'on ne vivra plus comme avant, devoir gérer et anticiper des événements médicaux... autant de changements davantage obligés que choisis. L'éducation thérapeutique sera donc le lieu pour en parler et pour apprendre à doser le changement. Souvent, lors des ateliers sur l'alimentation, les patients découvrent qu'ils ont voulu changer trop de choses et trop vite. C'est alors l'occasion pour apprendre à changer en réduisant les contraintes que l'on s'inflige soi-même.

Module 2 : Les compétences relationnelles de base au service d'une démarche éducative

Ce module est incontournable dans les formations de base à l'éducation thérapeutique. En effet, **une part importante du processus éducatif repose sur la qualité de la relation pédagogique qui s'instaure entre un pédagogue et un apprenant**. Les apprentissages sont facilités si on parvient à mettre en place un climat d'écoute et de non-jugement, permettant à l'apprenant de poser toutes ses questions, de se sentir pris en compte, d'être actif et coopératif dans le processus d'apprentissage. Cela suppose de la part des

« **soignants éducateurs** » de mobiliser leurs capacités à l'écoute et de se centrer sur le « **patient apprenant** » en partant de là où il en est, et non de là où l'on souhaite qu'il arrive.

Par ailleurs, à la différence des actes de soins qui sont des actes protocolisés et des procédures validées, les activités d'écoute reposent essentiellement sur des attitudes, et en deuxième lieu seulement sur des techniques. Toute technique de communication est au service d'une attitude, et non l'inverse.

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

- Mobiliser des attitudes (écoute et empathie) et maîtriser deux ou trois techniques de base facilitant l'expression du patient en individuel comme en groupe (reformulation, questions ouvertes de clarification) ;
- Identifier les styles d'intervention les plus adaptés aux finalités de l'ETP ;
- Mettre en place un climat aidant le patient à construire sa motivation au changement ;
- Repérer le discours changement du patient.

Les approches motivationnelles sont recommandées dans les programmes d'éducation thérapeutique en raison des changements difficiles à effectuer par le patient.

Compétences attendues à l'issue de ce module

Il s'agit de **compétences relationnelles**, d'une part en termes d'attitudes : savoir adopter une position d'écoute dans un entretien individuel ou en groupe afin de faciliter l'expression du patient et pouvoir être empathique (essayer de comprendre le monde de l'autre du point de vue de l'autre). Cela suppose de pouvoir partir de là où il en est et non de là où l'on souhaiterait qu'il arrive. D'autre part, en termes de techniques d'entretien : il est important de maîtriser l'usage de la question ouverte et de la reformulation.

Une compétence attendue concerne la compréhension des **approches d'inspiration motivationnelles** qui envisagent le changement comme un processus comportant des étapes que les soignants doivent pouvoir identifier et auxquelles ils doivent pouvoir s'adapter à chaque étape (explorer le degré de préparation au changement, accepter l'ambivalence, repérer le discours changement,...).

Les soignants, de par leur formation, ont bien entendu des compétences relationnelles, mais l'éducation mobilise des compétences relationnelles différentes de celles en jeu dans les situations de soins. L'interrogatoire

nécessaire à l'établissement d'un bon diagnostic est remplacé en éducation par un **entretien à visée éducative** devant permettre au patient de mieux se comprendre, d'explicitier ce qui se passe pour lui et de mettre des mots sur ses besoins et affects en jeu dans le vécu de ses soins.

Organisation et enchaînement des activités du module

Ce module de 8 heures compte **7 activités** de formation s'appuyant essentiellement sur des **techniques d'apprentissage participatives et interactives**. Les compétences relationnelles relèvent des modèles de formation qui consistent à « apprendre en faisant » (learning by doing), en expérimentant, en observant les autres faire et en imaginant ce que l'on ferait si l'on était dans la situation proposée. C'est en s'identifiant les uns aux autres et en coopérant que les participants s'approprient des attitudes et des techniques. Ces compétences forment un tout, mais comme chacune d'entre elles nécessite un apprentissage en soi, nous avons choisi, en nous fondant sur notre expérience de formation, de les découper en micro-compétences en suivant un certain ordre et une certaine progression dans les activités de formation.

Activité 7 : Écoute centrée sur la personne - Entraînement à la pratique.

Activité 8 : Techniques de base : La question ouverte - Entraînement à la pratique.

Activité 9 : Techniques de base : La reformulation - Entraînement à la pratique (Exposé n°4).

Activité 10 : Techniques de base : Questions ouvertes et Reformulations - Entraînement à la pratique.

Activité 11 : « Aider le patient à construire sa motivation au changement » (Exposé n°5)

Activité 12 : Aider le patient à construire sa motivation au changement - Écouter le discours changement.

Activité 13 : Aider le patient à construire sa motivation au changement - Jeux de rôles.

Le module commence par des activités portant sur les **attitudes d'écoute et d'empathie** et non par des activités portant sur l'usage de techniques. En effet, la dynamique d'un entretien reposant essentiellement sur l'adoption d'une **posture d'écoute**, il est essentiel selon nous, avant tout usage de techniques, de créer les conditions d'une écoute de qualité optimale. Un patient ne s'exposera pas à parler et à s'ouvrir à une autre personne s'il ne sent pas qu'on l'écoute activement.

Les techniques de base choisies dans ce module comprennent l'utilisation de la technique de la question ouverte et de la reformulation. Ces deux techniques sont garantes du passage de la pratique de l'interrogatoire à la pratique de l'entretien. En effet, et nous l'avons découvert dans notre expérience de formation, la reformulation à elle seule oblige à écouter avec attention, et la question ouverte à travailler l'écoute. L'intérêt des questions ouvertes réside dans le fait que l'on est amené à devoir les choisir avec soin. En ce sens, elles sont un outil constant d'auto-formation pour les soignants.

Le diaporama concernant la technique de la reformulation est court (il est possible de ne pas l'utiliser à condition de l'avoir lu). En effet, **au cours des 6 premières heures, il est important de réduire les activités de lecture pour privilégier le vécu partagé de situations par le groupe**. Il est d'ailleurs fondamental que ce module se déroule dans un **espace déscolarisé, sans table**, de manière à favoriser l'adoption d'attitudes

relationnelles et non rationnelles. Il s'agit de **vivre une expérience d'écoute en groupe et de rompre avec un apprentissage abstrait et cognitif**.

La partie sur l'**approche motivationnelle**, qui se situe en fin de module, représente un premier niveau de sensibilisation à l'**entretien motivationnel** et aux modèles théoriques du changement. Elle a pour objectif de faire découvrir aux participants l'intérêt de partir du patient et de travailler le changement comme un processus qui comporte des étapes nécessitant de la part des soignants une adaptation (explorer le degré de préparation au changement, accepter l'ambivalence, ne pas aller trop vite...).

Format du module

Le format préconisé pour ce module est une journée de 8 heures, soit 6 heures pour les attitudes et les techniques d'entretien et 2 heures pour la sensibilisation à l'approche motivationnelle. Il est recommandé d'éviter de découper les 6 premières heures, car les stagiaires doivent pouvoir approfondir leur degré d'implication au fur et à mesure du déroulement des 4 premières activités. Néanmoins si vous devez découper le module de 6 heures et animer des activités isolément les unes des autres, nous conseillons de garder dans un même bloc les activités sur les attitudes et dans un autre celles sur les techniques (question ouverte et reformulation).

Il faut compter a minima 6 heures pour permettre aux participants de faire un tour complet sur l'écoute, l'empathie et les techniques de base nécessaires à la conduite d'un entretien. Et il faut compter en moyenne deux heures pour les sensibiliser à l'usage de l'approche motivationnelle.

Planning d'activités du module

Cf. Tableau page 24.

Matériel à prévoir

Cf. Tableau page 25.

Planning d'activités du module 2

Les compétences relationnelles de base en ETP (8 heures)

Le(s) formateur(s) a/ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
		- Reprise inter-modules et présentation des objectifs des modules.		9h00 - 9h15	15 min
	- Mobiliser les compétences relationnelles de base facilitant l'expression du patient.	- Les attitudes de base : écoute, empathie.	Activité n°7 - Écoute centrée sur la personne - Entraînement à la pratique.	9h15 - 10h30	75 min
		PAUSE		10h30 - 11h00	30 min
- Créer du lien avec le module précédent.	- Mobiliser les compétences relationnelles de base facilitant l'expression du patient.	- Les techniques de base : question ouverte.	Activité n°8 - Techniques de base : La question ouverte - Entraînement à la pratique.	11h00 - 12h30	90 min
		DÉJEUNER		12h30 - 13h30	60 min
		- Les techniques de base : reformulation.	Activité n°9 - Exposé n°4, Techniques de base : La reformulation - Entraînement à la pratique.	13h30 - 13h55	25 min
- Permettre aux participants de développer et/ou renforcer leurs compétences relationnelles en ETP.	- Mobiliser les compétences relationnelles de base facilitant l'expression du patient.	- Les techniques de base : reformulation et questions ouvertes de clarification.	Activité n°10 - Techniques de base : Questions ouvertes et reformulations - Entraînement à la pratique.	13h55 - 15h05	70 min
		PAUSE		15h15 - 15h45	30 min
	- Identifier les styles d'intervention les plus adaptés aux finalités de l'ETP.	- Les approches d'inspiration motivationnelle	Activité n°11 - Exposé n°5, « Aider le patient à construire sa motivation au changement ».	15h35 - 16h20	45 min
	- Aider le patient à construire sa motivation au changement.	- Le discours changement.	Activité n°12 - Aider le patient à construire sa motivation au changement - Ecouter le discours changement.	16h20 - 17h05	45 min
		- Motivation au changement.	Activité n°13 - Aider le patient à construire sa motivation au changement - Jeux de rôle.	17h05 - 17h50	45 min
		- Synthèse du module.		17h50 - 18h00	10 min

Activité n°7

- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 1** « Rôle et place du langage non verbal dans l'ETP »
- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 2** « L'écoute »
- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 3** « L'empathie »

Activité n°8

- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 4** « Les questions ouvertes »
- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 5** (réponses à la Fiche participant 8)
- 15 exemplaires de la **Fiche participant 8** « Reconnaître une question ouverte et une question fermée »

Activité n°9

- 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°4** « La reformulation »
- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 6** « Phrases à reformuler »
- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 7** « Phrases à reformuler », Idées de reformulations empathiques

Activité n°11

- 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°5** « Aider le patient à conduire sa motivation au changement »

Activité n°12

- 15 exemplaires de la **Fiche participant 12A** « Mme B »
- 15 exemplaires de la **Fiche participant 12B** « Six catégories de discours changement »

Activité n°13

- 1 exemplaire de la **Fiche formateur 8** « Consignes pour le rôle du patient »

À ne pas oublier

- Ordinateur et vidéo projecteur
 - Rallonge électrique
 - Paperboard
 - Feutres
 - Papier / Stylos
 - Clé USB
 - Scotch
-
- Bouteilles d'eau
 - Café
 - Biscuits
 - Gobelets en plastique



Orientations pour l'animation des activités du module

Les activités de formation doivent être conduites de façon à ce que les participants aient confiance en eux et prennent conscience de leurs limites et des limites d'exercice du type d'écoute requis en éducation. Les formateurs doivent donc être vigilants sur les points suivants :

- Créer un climat de formation réduisant au maximum les effets passifs de la relation maître-élève, et mobilisant chez les participants un désir de s'exprimer, de s'impliquer et de s'engager dans une dynamique de réflexion sur l'action ;
- Accepter que les participants progressent à leur propre rythme ;
- Accueillir les résistances de certains participants à l'abord des compétences relationnelles;
- Aider les participants les plus timides à participer aux mises en situation ;
- Rendre les mises en situation accessibles à tous les participants, encourager, donner confiance et ne pas juger ;
- En cas de contre attitudes (ex : une mise en situation où apparaît de l'agressivité), accueillir ces contre attitudes et demander au participant ce qui l'a conduit à modifier son attitude à ce moment précis de la situation jouée.

La mise en situation est une technique utilisée dans la formation des adultes lorsqu'il s'agit de mobiliser des attitudes. Dans ce module, et ce sera la seule fois dans tout le programme, nous avons choisi des thèmes d'activités qui impliquent les participants de manière à leur permettre de vivre une expérience importante : celle qui consiste à se sentir écouté, ou à écouter. C'est en quelque sorte une expérience de formation incontournable. Ce court passage de retour sur soi fait partie du travail nécessaire pour se former à la conduite de l'entretien de type éducatif.

Le niveau d'empathie que nous avons retenu pour les activités correspondantes du module est un niveau modéré dans la mesure où les actions éducatives à mettre en œuvre dans les programmes d'éducation thérapeutiques ne relèvent pas de la relation d'aide ou de l'animation d'un groupe de paroles mais de l'apprentissage. L'empathie cognitive sollicitée correspond à un effort soutenu pour comprendre les raisonnements du patient, son approche du monde et de sa santé. L'empathie émotionnelle mobilisée

consiste à comprendre les affects causés par la maladie, les difficultés affectives du patient. Elle ne requiert aucunement de se mettre à la place du patient, ni d'essayer de ressentir ce qui se passe à un niveau plus profond. Elle ne mobilise pas le soignant comme elle devrait mobiliser un thérapeute qui se servirait de ce qu'il ressent pour en faire une interprétation. On attend du soignant qu'il puisse valider les sentiments éprouvés et formuler au patient le fait que ce qu'il ressent est tout à fait acceptable et normal. En général, les sentiments et les émotions autour de la maladie et de la santé sont : la **colère**, la **déception**, le **sentiment d'impuissance**, la **peur**, le **sentiment d'incompétence** et le **sentiment d'échec**, le **désir de s'en sortir**, le **sentiment de victoire** et le **plaisir de la lutte**.

En ce sens, l'éducation du patient se rapproche des modèles de la formation des adultes qui allient les savoirs, les affects, les compétences et les mises en situation à visée mobilisatrice de leurs propres ressources¹.

Les participants devront donc être rassurés d'emblée sur ce point et les formateurs, même ceux formés à la relation d'aide, garderont à l'esprit les limites des attendus des compétences relationnelles en éducation qui doivent s'équilibrer avec les compétences pédagogiques.

Si le groupe est très timide, la participation peut être facilitée en invitant les participants à se regrouper par 2 ou 3 et par groupes d'affinités. Il existe de fait plusieurs stratégies pour aider un groupe à participer aux mises en situation. Voici celles que nous utilisons dans notre pratique :

⇒ Rassurer les stagiaires en leur indiquant que leur participation est requise pour des raisons pédagogiques et non pour des raisons d'évaluation. Par ailleurs, il est important de montrer en quoi la participation de la majorité des participants rendra les choses plus égalitaires et plus agréables.

⇒ Certains formateurs utilisent les applaudissements à la fin des mises en situation à la fois pour féliciter les participants qui ont passé avec succès l'épreuve de l'implication et pour réduire une partie des tensions engagées dans le groupe tout entier. En cas de blocage total, les formateurs peuvent jouer une mise en situation, mais dans ce cas, il est important qu'ils jouent une situation de niveau moyen afin d'éviter un effet de modélisation impossible à suivre.

⇒ Il est aussi possible de projeter un film avant les mises en situation, et dans ce cas, il est souhaitable

¹ La plupart des dispositifs de formation des adultes portent sur les modifications de pratiques professionnelles. La formation des adultes est centrée principalement sur l'acquisition de compétences, c'est-à-dire sur les capacités des sujets en formation à mobiliser des connaissances dans différents contextes d'actions. Par ailleurs, la formation des adultes s'intéresse au processus de formation-professionnalisation, au sens où les voies de professionnalisation mobilisent des recompositions organisationnelles (ex : devenir « soignant éducateur » dans un réseau de soins) mais aussi identitaire (savoir s'affirmer avec de nouvelles compétences). Enfin, la formation des adultes est une pratique différente de la conception dominante de l'éducation qui vise à privilégier l'activité face à face avec le public dans une même salle de cours. Elle s'attache en permanence à chercher les meilleures façons de concevoir les lieux, les moyens, les dispositifs, les supports, les activités contribuant à produire des effets de formation.

qu'il porte sur des difficultés rencontrées par ceux qui jouent le rôle d'écouter de manière à créer une identification entre les participants et ceux qui sont en situation pédagogique.

D'autres alternatives sont aussi possibles : la **mise en scène par les formateurs du blocage**, la **technique de la chaise**, le **renoncement à la mise en situation**.

Mise en scène du blocage

Les formateurs simulent entre eux une discussion du style :

- « En fait, dans mon groupe hier, personne ne voulait participer aux mises en situation, qu'est-ce que tu en penses ? »
- Je ne sais pas, peut-être les stagiaires étaient-ils fatigués et avaient-ils peur d'être jugés ? Peut-être as-tu mal expliqué ce que tu attendais d'eux ? »
- Ils sont peut-être timides. Ou bien, il y avait dans le groupe trop de gens qui se connaissaient... Ce n'est pas toujours facile de se mettre à jouer devant quelqu'un que tu rencontres tous les jours en situation professionnelle... ».

Puis, l'un des formateurs se tourne vers le groupe en lui demandant d'apporter des solutions. En général, le groupe trouve des solutions de participation comme le tirage au sort, le suivi de la liste de présence, la mise en situation par binômes. Le groupe se sent rassuré d'avoir entendu les formateurs formuler ou reformuler ses difficultés.

La technique de la chaise de l'invité

Les formateurs prennent leur chaise et viennent s'asseoir en face d'une personne qui semble à l'aise. Ils commencent à simuler un entretien en s'adressant directement à l'un des participants en face d'eux. En général, cela déclenche l'intérêt général et la participation de celui qui se trouve mis en position de sollicitation active.

Le renoncement à la mise en situation

Si rien n'est possible, les formateurs doivent renoncer temporairement à la mise en situation et proposer une autre activité. Bien entendu, avant de prendre cette décision, il faut essayer quelques alternatives, il ne faut pas non plus hésiter à demander de l'aide au groupe pour trouver la solution la plus adéquate, à la fois au bénéfice de la formation mais aussi au bénéfice du groupe.

Les messages forts du module

L'écoute comme support aux apprentissages

On n'apprend rien à une personne si on ne commence pas par lui donner la parole. En effet, c'est toujours l'apprenant qui doit parler en premier pour permettre au pédagogue de savoir d'où il doit partir, quelles méthodes pédagogiques utiliser et quelles ressources mettre à disposition de l'apprenant. L'écoute est un support à chaque étape de l'apprentissage, car c'est l'apprenant qui indique en permanence, par ses réactions et ses formulations, comment il intègre, rejette ou s'approprie le corpus de savoirs ou de savoir-faire qui lui est proposé. Elle est également essentielle lors du **Bilan Éducatif Partagé (BEP)** car, comme nous l'avons vu, celui-ci est un dialogue et non un interrogatoire. **Le BEP nécessite la maîtrise d'au moins 2 techniques d'entretien comme la pratique de la question ouverte et de la reformulation.** L'écoute est enfin indispensable dans l'animation de séquences pédagogiques car on n'apprend pas si on ne se sent pas pris en compte, écouté lorsque l'on pose une question, un peu entendu et compris lorsque l'on exprime des difficultés dans la mise en œuvre et l'exercice de ses compétences d'autosoins ou de ses compétences psychosociales. Sensibiliser les participants à **l'importance fondamentale de l'écoute dans les apprentissages** est donc un point incontournable dans la formation.

L'intérêt de l'approche motivationnelle en éducation thérapeutique

L'approche motivationnelle est essentielle dans le cadre d'une approche d'accompagnement au changement. Le changement est envisagé comme un résultat qui dépend de la qualité des interactions entre le soignant et le patient. Ce postulat n'est pas facile à accepter, et ce d'autant plus que les auteurs de l'approche motivationnelle (Miller et Rollnick, 1991, traduction française en 2006) attribuent une part de la résistance du patient à changer aux modalités d'interactions entre les soignants et les patients. **Tout l'art de l'approche motivationnelle consiste à contourner voire à « danser avec la résistance »** pour montrer au patient que celle-ci est normale et qu'elle fait partie du processus de changement au sens où l'on résiste souvent au changement avant de s'y engager.

Le point fort de cette approche réside aussi dans le fait que ses fondateurs ont développé une méthode d'application de leur approche. L'entretien motivationnel allie de manière délicate **l'empathie** et la **guidance**. Les entretiens sont brefs, peu nombreux et semi-structurés. Quelques entretiens suffisent pour aider une personne à envisager ce qu'elle désire changer, ce qu'elle ne désire pas changer et les moyens qui lui conviennent pour réaliser le changement. Le tout se déroule dans un climat visant à lui redonner **confiance en ses capacités** et à lui permettre de **maintenir son estime de soi** face aux échecs et aux rechutes, ces derniers étant considérés et travaillés comme des essais.

Dans cette formation, nous intégrons les apports de l'approche motivationnelle, notamment pour ce qui concerne l'importance accordée à l'empathie, à la qualité des interactions, à la reconnaissance de la résistance et de la difficulté à se maintenir durablement dans une intention de changement sur le long terme.

Ces intentions et ces volontés de changement, aussi fortes soient-elles, sont exposées à des obstacles permanents qui ne sont pas forcément à attribuer au patient (stress, stigmatisation, regard social négatif, image de la maladie, moralisation des comportements alimentaires).

Module 3 : Du Bilan Éducatif Partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP

Le Comité pédagogique de l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais a choisi le terme « Bilan Éducatif Partagé (BEP) », plutôt que « Diagnostic éducatif » pour éviter la connotation trop médicale du terme « diagnostic ». Ce choix permet une ouverture du côté des acquis. Il comprend un aspect dynamique et prospectif à même d'éviter toute confusion avec une simple évaluation des connaissances et des compétences des patients par un évaluateur restant en position d'extériorité. Accolé au terme « partagé », l'expression « bilan » montre bien la nécessité de le conduire sous la forme d'un **dialogue**, ce d'autant que l'exploration des besoins en apprentissage nécessite la conduite d'un entretien centré sur l'exploration de ce que le patient sait déjà, sur la manière dont il apprend et sur ses sources d'informations. Il est important aussi de s'intéresser au mode de vie du patient qui représente un levier ou un obstacle dans l'exercice de ses compétences en santé (rythme de travail, facteurs de stress, degré de soutien de l'entourage). De même, il est important de lui demander de décrire sa santé, même si on a son dossier médical sous les yeux. Cela nous donne d'emblée accès à sa santé perçue et c'est l'occasion pour lui de nous faire part de ses priorités en

termes d'attendus de soins. Le recueil des besoins en éducation nécessite que chaque thème abordé le soit au regard de son incidence en termes d'offre en éducation à faire au patient. Celle-ci pourra se décliner en termes d'informations complémentaires à délivrer, d'acquisition de compétences en communication avec son entourage, de renforcement d'acquis et de valorisation du chemin parcouru par le patient. On n'entame pas une démarche éducative sans avoir au moins un minimum d'idées sur les besoins du patient et sans savoir qui il est, ce qu'il aimerait savoir et apprendre. Il est important de partir des **priorités de soins du patient** car elles sont parfois différentes de celles de l'équipe soignante. Par exemple, lorsque les patients ont plusieurs pathologies, leurs priorités peuvent consister à vouloir réduire les symptômes invalidants dans leur vie quotidienne ou professionnelle comme par exemple les douleurs, la fatigue, les migraines, certains troubles fonctionnels, les effets secondaires de certains traitements. Il s'agit donc d'articuler les priorités de soins du patient avec celles de l'équipe. Ceci est l'objet d'un dialogue voire parfois de négociations en cas de risque de complications ou de danger pour le patient.

Objectifs du module

À l'issue de ce module les participants seront capables de :

- Identifier, définir et lister les compétences d'autosoins et psychosociales ;
- Connaître les différentes dimensions du bilan éducatif ;
- Identifier les techniques adaptées à l'exploration des différentes dimensions du Bilan Éducatif Partagé (BEP) ;
- Conduire un entretien de Bilan Éducatif Partagé (BEP) ;
- Identifier le contenu de la synthèse du Bilan Éducatif Partagé (BEP).

Compétences attendues à l'issue de ce module

Elles sont de plusieurs ordres. Conduire un Bilan Éducatif Partagé nécessite prioritairement la maîtrise de quelques **techniques d'entretien**, notamment pour explorer les dimensions cognitives et socioaffectives des besoins du patient en éducation. Il s'agit d'explorer en utilisant un style le plus possible éloigné d'un quelconque interrogatoire. **Les compétences attendues sont donc : une écoute attentive, une exploration guidée et une synthèse des contenus de cet entretien afin de mieux identifier les priorités du patient en termes d'apprentissage.**

Organisation et enchaînement des activités du module

Ce module de 8 heures, consacré à la pratique du Bilan Éducatif Partagé, compte **7 activités** de formation dont **2 exposés**.

Activité 14 : Compétences attendues chez les patients (diabète) - Classement par type : autosoins et psychosociales et « Référentiel Compétences Patient (Exposé n°6).

Activité 15 : « Bilan Éducatif Partagé (BEP) : Étape 1 de la démarche éducative - Les 6 tâches du soignant éducateur » (Exposé n°7).

Activité 16 : Construction en petits groupes d'un guide pour explorer les différentes dimensions du BEP.

Activité 17 : La réalisation d'un BEP centré sur la dimension cognitive (mise en situation).

Activité 18 : La réalisation d'un BEP centré sur la dimension projet de soin, priorités d'apprentissages (mise en situation).

Activité 19 : La réalisation d'un BEP centré sur la dimension psychoaffective et/ou socioprofessionnelle (mise en situation).

Activité 20 : « La rédaction de la synthèse d'un BEP » (Exposé n°8).

Le module démarre par un travail de **différenciation et de classement de compétences d'autosoins et psychosociales**, à partir d'une liste non exhaustive. Cette liste montre déjà la multiplicité des compétences requises ou mises en jeu par un patient dans sa vie quotidienne. Les activités suivantes proposent une approche distincte de chaque dimension du Bilan Éducatif Partagé afin de mettre délibérément en valeur chacune d'entre elles. C'est en faisant vivre ces dimensions dans le groupe, par le biais de mises en situation, que les stagiaires mesurent leur impact dans la construction des savoirs du patient, dans sa vie quotidienne, dans ses attentes vis-à-vis des soignants, dans ses projets, dans ses comportements de santé

au sens large. Ce découpage s'appuie sur l'hypothèse d'une reconstruction naturelle par les participants de tous les éléments qui, bien entendu, sont intriqués. Le fait de les délier pour en permettre l'apprentissage est donc une attention portée à la formation, et non pas un fait en soi.

Le module se termine sur un exposé présentant les axes directeurs d'une synthèse de Bilan Éducatif Partagé.

Format du module

Le format préconisé pour ce module est une journée de 8 heures.

Planning d'activités du module

Cf. Tableau page 32.

Matériel à prévoir

Cf. Tableau page 33.

Planning d'activités du module 3

Du Bilan Éducatif Partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP (8 heures)

Le(s) formateur(s) a/ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
		- Reprise inter-module et présentation des objectifs du module.		9h00 - 9h15	15 min
	- Identifier, définir et lister les compétences d'autosoins et les compétences psychosociales.	- La définition et l'explicitation des compétences patient.	Activité n°14 - Classement des compétences attendues chez les patients/diabète (45 min) et Exposé n°6 (15 min). Travaux en petits groupes	9h15 - 10h15	60 min
- Créer du lien avec les modules précédents.	- Connaître les différentes dimensions du bilan éducatif.	- Les dimensions du Bilan Éducatif Partagé initial et les techniques d'exploration.	Activité 15 - Exposé n°7 « Bilan Éducatif Partagé : Étape 1 de la démarche éducative - Les 6 tâches du soignant éducateur ».	10h15 - 11h00	45 min
		PAUSE		11h00 - 11h30	30 min
- Permettre au groupe de repérer les compétences patient (d'autosoins et psychosociales) et leurs stratégies d'ajustement.	- Identifier les techniques adaptées à l'exploration des différentes dimensions du bilan éducatif.	- Les dimensions du Bilan Éducatif Partagé et les techniques d'exploration.	Activité n°16 - Construction en petits groupes d'un guide pour explorer les différentes dimensions du BEP.	11h30 - 12h45	75 min
		DÉJEUNER		12H45- 13H45	60 min
- Permettre aux participants de maîtriser et d'explorer toutes les dimensions du Bilan Éducatif Partagé (initial).	- Conduire un entretien de Bilan Éducatif Partagé.	- Explorer les connaissances, les représentations, les croyances relatives à sa maladie et sa santé. - Aider le patient à formuler ses priorités de vie, de santé, de soin et d'apprentissage.	Activité n°17 - Réalisation d'un Bilan Éducatif Partagé centré sur la dimension cognitive. Mise en situation par binômes. Activité n°18 - Réalisation d'un Bilan Éducatif Partagé centré sur la dimension projet de soin, priorités d'apprentissage. Mise en situation par binômes.	13h45 - 14h30 14h30 - 15h15	45 min 45 min
		PAUSE		15h15 - 15h45	30 min
- Permettre aux participants de maîtriser la rédaction du Bilan Éducatif Partagé.	- Identifier le contenu de la synthèse écrite du Bilan Éducatif Partagé.	- Explorer avec le patient ses ressources, ses soutiens et identifier ses besoins. - Le contenu du Bilan Éducatif Partagé.	Activité n°19 - Réalisation d'un Bilan Éducatif Partagé centré sur la dimension psychoaffective et/ou socio-professionnelle. Mise en situation par binômes. Activité n°20 - Exposé n°8 « La rédaction du Bilan Éducatif Partagé ».	15h45 - 16h30 16h30 - 17h45	45 min 75 min
			Synthèse du module	17h45 - 18h00	15 min

Matériel à prévoir pour le Module 3

Activité n°14

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 14** « Classement compétences patients par type auto-soins et psychosociales »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 1** « Réponses classement compétences patients »
- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°6** « Référentiel compétences patient »

Activité n°15

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°7** « Le BEP : Étape 1 de la démarche éducative - Les 6 tâches du soignant éducateur »

Activité n°16

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 16A** « Bilan éducatif partagé - Construction d'un guide pour conduire le BEP »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 16B** « Bilan Éducatif Partagé - Les 5 dimensions du BEP »

Activité n°17

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 17A** « Conseils pour l'exploration de la dimension cognitive »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 17B** Rôle 1
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 17C** Rôle 2
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 17D** Rôle 3

Activité n°18

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 18A** « Conseils pour l'exploration du projet de soins et des priorités d'apprentissage »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 18B** Rôle 1
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 18C** Rôle 2

Activité n°19

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 19A** « Conseils pour l'exploration de la dimension psychoaffective et/ou socioprofessionnelle »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 19B** Rôle 1
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 19C** Rôle 2
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 19D** Rôle 3

Activité n°20

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°8** « La rédaction de la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé »

À ne pas oublier

- ❑ Ordinateur et vidéo projecteur
 - ❑ Rallonge électrique
 - ❑ *Paperboard*
 - ❑ Feutres
 - ❑ Papier / Stylos
 - ❑ Clé USB
 - ❑ Scotch
-
- ❑ Bouteilles d'eau
 - ❑ Café
 - ❑ Biscuits
 - ❑ Gobelets en plastique



Orientations pour l'animation des activités du module

Les participants ont souvent tendance, dans un premier temps, à adopter la position d'interrogateur de savoirs. La formation consiste précisément à les aider à renoncer à cette position pour pouvoir adopter celle inhérente à la pratique du BEP. Une étape est atteinte quand le groupe commence à formuler des questions comme : « qu'aimeriez-vous savoir ou comprendre en priorité ? », et peut délaisser les questions comme : « qu'est-ce que vous savez sur le diabète ? Qu'est-ce que l'hypoglycémie ? ». Une autre tendance observée dans les groupes en formation, est celle qui consiste à répondre immédiatement à chaque question du patient. Cela a pour effet de multiplier le temps dédié au bilan et d'entamer la continuité de l'entretien. Lors des premiers essais, ou des mises en situation en petits ou en grand groupes, les formateurs peuvent intervenir et réorienter le travail en soulignant l'importance de la conduite de l'entretien. Bien entendu, à la fin de l'entretien, les « soignants éducateurs » peuvent donner les informations fondamentales qu'ils estiment devoir donner au patient, mais ils devront le faire à la fin de l'entretien pour ne pas en perturber le déroulé.

Les messages forts du module

La multiplicité des dimensions du BEP

Nos attitudes et comportements de santé sont liés à nos croyances, nos représentations, nos connaissances, mais aussi au milieu dans lequel on vit, aux contraintes de nos professions et à notre état de santé. Ces dimensions sont donc fondamentales à explorer dans un diagnostic éducatif, ou pour employer l'expression retenue par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais « le Bilan Éducatif Partagé ». Bien entendu, cela laisse entendre que la partie éducation prend en compte tous ces éléments et qu'elle ne se réduit pas à enseigner aux patients des savoirs et des bonnes pratiques. Les besoins qui émergent à la suite d'un bilan peuvent être des besoins en soutien, en accompagnement, en communication, en connaissances. Si un patient pense que dans le cas de sa pathologie il n'existe aucun traitement qui marche ou que de toute façon il n'arrivera jamais à suivre les recommandations médicales et diététiques proposées, le programme d'éducation devra intégrer cela comme un fait et partir de cela. Ainsi, on observe que le bilan sert aussi aux soignants éducateurs, dans la mesure où il leur permet déjà de voir sur quoi ils devront s'attarder (rassurer le patient, renforcer sa confiance en soi, proposer des apprentissages qui intègrent les croyances et les connaissances déjà acquises).

La notion de compétences patients : autosoins et psychosociales

Il existe un vrai débat sur la notion de compétences en éducation. En effet, tous les référentiels en éducation, et ceci depuis les programmes de l'école maternelle jusqu'à l'enseignement universitaire, sont des référentiels qui s'appuient sur l'acquisition de

compétences et ne se réduisent plus à l'acquisition de savoirs au sens où cela ne sert à rien d'acquérir des savoirs si on ne sait pas quand, comment et pourquoi les utiliser. Par ailleurs, des actions importantes comme savoir identifier, comprendre, repérer, décider, sont des compétences cognitives au sens où ce sont de réelles activités toutes aussi importantes que celles ayant trait au savoir-faire ou au savoir-être. On parle de « **compétences patients** » en référence au fait que la maladie et ses soins nécessitent la mobilisation de ressources cognitives, affectives et sociales de la part des patients. Ceci paraît évident concernant les habiletés techniques, les dosages, la lecture de résultats biomédicaux, l'auto-surveillance, mais cela l'est moins pour ce qui concerne les habiletés relationnelles et communicationnelles

La compétence : des savoirs mobilisables dans une multiplicité de situations

Il est important de retenir qu'une compétence s'exerce essentiellement en situation. Une compétence apprise mais non utilisée tend à se volatiliser, notamment les habiletés techniques. Il en va de même pour les compétences en communication, c'est en les exerçant dans de multiples contextes qu'elles s'améliorent.

L'approche du soin par compétences patient ; transfert de compétences

L'approche par « compétences patient » dans le soin est encore peu développée. Ce domaine est un champ nouveau dans la formation des soignants. Jusqu'alors on pensait que le patient apprenait naturellement à faire ce qu'il devait faire à partir de la délivrance d'informations. On doit au domaine de l'éducation du patient d'avoir montré que le fait d'être malade et d'avoir à exercer ses propres compétences ayant trait au soin de soi, était l'objet d'apprentissages de plusieurs types : **cognitifs, sociaux émotionnels et comportementaux**. La construction du rôle de malade nécessite une série d'ajustements psychosociaux si le patient ne veut pas être réduit à une vision sociale négative de la maladie, laquelle fait partie des représentations sociales communes de la maladie. De nombreuses maladies chroniques exposent à la stigmatisation et à la critique sociale (ex : l'obésité, les maladies métaboliques dans leur ensemble où on attribue au patient une part de responsabilité dans leur survenue). Le diabète de type 2 est souvent décrit comme une maladie sanction d'un style de vie (sédentarité, mauvaise alimentation). On voit à quel point la mobilisation des « compétences patient » revêt un périmètre assez large qui déborde le domaine de la pratique de soin. Il est difficile pour les soignants de transférer aux patients des capacités qui, au-delà de l'information et des traitements, visent à les aider à rester mobilisés et motivés face à l'adversité qu'ils peuvent rencontrer dans la gestion psychosociale de leurs maladies.

Module 4 : La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique

Ce module est une étape importante dans la formation, au sens où il invite les participants à entrer dans un univers assez éloigné de la pratique de soins, l'univers des pratiques pédagogiques. Il vise à les accompagner pas à pas dans l'appropriation d'une démarche pédagogique complète en isolant les éléments indispensables à la construction d'une séquence d'apprentissage. 3 types de savoirs sont volontairement distingués : savoir cognitif, savoir-faire

et savoir-être, dans la mesure où ils requièrent des méthodes et des outils pédagogiques différents. Ce module propose par ailleurs aux participants de découvrir et discuter l'intérêt pédagogique de la participation de patients experts au titre de co-animateurs d'ateliers d'éducation. Enfin, il aborde le cadre spécifique dans lequel ces apprentissages ont lieu, c'est-à-dire le groupe.

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

- Identifier, repérer et classer les différents types de savoirs en jeu dans l'éducation thérapeutique ;
- Identifier les enjeux d'une séquence d'apprentissage ;
- Construire une séquence d'apprentissage pédagogique portant sur l'acquisition ou le renforcement de savoirs, savoir-faire et savoir-être ;
- Identifier la place et le rôle des patients experts en ETP ;
- Identifier et reconnaître le livret de l'animateur du programme d'ETP mis à disposition par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais ;
- Utiliser des techniques de base d'animation de groupes de patients.

Compétences attendues à l'issue du module

Les deux compétences prioritaires attendues sont la **capacité à construire des séquences pédagogiques selon un guide préétabli** et à **les animer dans le cadre d'une éducation en groupe**. Ces compétences sont nouvelles pour les soignants, il est donc important dans le processus de formation de faciliter leur appropriation en les rendant accessibles et en les présentant de manière attractive.

Activité 27 : L'apport des patients experts dans un programme d'ETP.

Activité 28 : « Animer un groupe de patients - Conseils pratiques » (Exposé n°10).

Activité 29 : Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique.

Activité 30 : Animer un groupe de patients lors d'une séquence d'apprentissage.

Organisation et enchaînement des activités du module

Ce module d'une durée de 11h30 compte **10 activités** de formation, dont **2 exposés**.

Activité 21 : Classer les savoirs (diabète).

Activité 22 : « Mise en place d'une séquence pédagogique » (Exposé n°9).

Activité 23 : La construction d'une séquence pédagogique - Éléments d'explication.

Activité 24 : Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir cognitif).

Activité 25 : Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-faire).

Activité 26 : Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être).

Format du module

Ce module est découpé en une journée et demi. Ainsi, le format préconisé est une journée de 8 heures à laquelle s'ajoute une matinée de 3h30 lors de la dernière journée de formation.

Planning d'activités du module

Cf. Tableau page 38.

Matériel à prévoir

Cf. Tableau page 40.

Planning d'activités du module 4 (1/2)

La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique (11 heures 30)

Le(s) formateur(s) a/ ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
		- Reprise inter-module et présentation des objectifs des modules.		9h00 - 9h15	15 min
- Créer du lien avec les modules précédents.	- Identifier, repérer et classer les différents types de savoirs en jeu dans l'éducation thérapeutique.	- Les 3 types de savoirs : savoirs cognitifs, savoir-faire et savoirs relevant du champ de la communication et des relations humaines.	Activité n°21 - Reclassement par catégories d'appartenance les éléments extraits d'une liste de savoirs de patients.	9h15 - 10h00	45 min
- Permettre aux participants de repérer les différents types de savoirs mobilisés en ETP.	- Identifier et comprendre le déroulé d'une séquence pédagogique complète.	- Les prérequis à la mise en place d'une séquence pédagogique en ETP.	Activité n°22 - Exposé n°9 « Mise en place d'une séquence d'apprentissage - Prérequis pour la construction d'une séquence d'apprentissage. ».	10h00 - 10h45	45 min
PAUSE					
- Permettre aux participants de comprendre et maîtriser la construction d'une séquence d'apprentissage en ETP.	- Construire une séquence pédagogique sur des savoirs.	- Construire une séquence pédagogique sur des savoirs.	Activité n°23 - La construction d'une séquence pédagogique - Éléments d'explication.	11h15 - 12h15	60 min
DÉJEUNER					
		- La séquence pédagogique sur une compétence isolée en termes de savoir cognitif.	Activité n°24 - Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir cognitif). Travaux en sous groupes.	12h15-13h15	60 min
- Permettre aux participants d'identifier les techniques d'animation d'un groupe de patients.	- Construire une séquence d'apprentissage centrée sur les savoirs cognitifs.	- La séquence pédagogique sur une compétence isolée en termes de savoir faire.	Activité n°25 : Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir faire). Travaux en sous-groupes.	13h15 - 14h30	75 min
- Sensibiliser les participants à la place et au rôle des patients experts en ETP.	- Construire une séquence d'apprentissage centrée sur les savoir être.	- La séquence pédagogique sur une compétence isolée en termes de savoir être.	Activité n°26 : Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être). Travaux en sous-groupes.	14h30 - 15h30	60 min
PAUSE					
		- La contribution des patients experts dans un programme d'ETP.	Activité n°27 – Les apports des patients experts dans les programmes d'ETP.	15h30 - 16h00	30 min
			Synthèse du module.	16h00 - 17h00	60 min
				17h00 - 17h45	45 min
				17h45 - 18h00	15 min

Planning d'activités du module 4 (2/2)

La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique (11 heures 30)

Le(s) formateur(s) a/ ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
- Permettre aux participants de connaître et maîtriser les règles de base d'animation de groupes de patients.	- Connaître les règles de base d'animation de groupes de patients.	- Présentation du livret d'animation d'ateliers d'ETP que l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais met à la disposition des professionnels libéraux formés à l'ETP dans le cadre de la mise en place de programmes d'ETP en soins de premiers recours.	Activité n°28 - Exposé n° 10 « Animer un groupe de patients - Conseils pratiques ».	9h00 - 9h30	30 min
- Permettre aux participants de s'approprier et endosser le rôle de soignant pédagogue.	- Maîtriser les règles de base d'animation de groupes.	- Ouvrir un groupe (présentation de soi, présentation du programme, animer un tour de table, faire une synthèse).	Activité n°29 – Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique. Mise en situation.	9h30 - 10h30	60 min
PAUSE					
	- Maîtriser l'animation d'un atelier en adaptant les règles d'animation de groupes aux méthodes pédagogiques d'apprentissage selon les compétences visées.	- Animer un groupe centré sur l'apprentissage d'un savoir.	Activité n°30 - Animer un groupe de patients lors d'une séquence d'apprentissage.	10h30 - 11h00 11h00 - 12h30	30 min 90 min
DÉJEUNER					
12H30 - 13H30					

Activité n°21

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 21** « Liste des savoirs pour gérer son diabète » (3 pages)
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 1** « Classement des savoirs »

Activité n°22

- ❑ 15 exemplaire du **Diaporama de l'exposé n°9** « Mise en place d'une séquence d'apprentissage »

Activité n°23

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 23** « Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 2** « Commentaires »

Activité n°24

- ❑ 5 exemplaires de la **Fiche participant 24A** « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 24B** « Construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) »

Activité n°25

- ❑ 5 exemplaires de la **Fiche participant 25A** « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 25B** « Construire une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »

Activité n°26

- ❑ 5 exemplaires de la **Fiche participant 26A** « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-être) »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 26B** « Construire une séquence d'apprentissage (savoir-être) »

Activité n°27

- ❑ 5 exemplaires de la **Fiche participant 27A** « Apports des patients experts dans des programmes d'ETP »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche formateur 3** « Apports des patients experts dans les programmes d'ETP »

Activité n°28

- ❑ 15 exemplaires du **Livret de l'animateur** du programme d'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 proposé par l'URPS Médecins NPDC
- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°10** « Animer un groupe de patients »

À ne pas oublier

- ❑ Ordinateur et vidéo projecteur
 - ❑ Rallonge électrique
 - ❑ Paperboard
 - ❑ Feutres
 - ❑ Papier / Stylos
 - ❑ Clé USB
 - ❑ Scotch
-
- ❑ Bouteilles d'eau
 - ❑ Café
 - ❑ Biscuits
 - ❑ Gobelets en plastique

Activité n°29

- ❑ 4 exemplaires de la **Fiche participant 29A** « Consignes pour les co-animateurs de la séquence pédagogique « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique » »
- ❑ 4 exemplaires de la **Fiche participant 29B** « Consignes pour les co-animateurs C et D »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 29C** « Consignes pour les *acteurs patients* de la séquence pédagogique « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique » »

Activité n°30

- ❑ 2 exemplaires de la **Fiche participant 30.1A** « Consignes pour les co-animateurs de la séquence pédagogique « Savoir identifier l'hypoglycémie, agir et prévenir » »
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche participant 30.1B** « Consignes pour les 7 *acteurs patients* de la séquence pédagogique « Savoir identifier l'hypoglycémie, agir et prévenir » »
- ❑ 6 exemplaires de la **Fiche participant 30.1C** « Consignes pour les 6 observateurs de la séquence pédagogique « Savoir identifier l'hypoglycémie, agir et prévenir » »
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche « Hypo » 30.1D**
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche « Planning semaine » 30.1E**
- ❑ 2 exemplaires de la **Fiche participant 30.2A** « Consignes pour les co-animateurs de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation » »
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche participant 30.2B** « Consignes pour les 7 *acteurs patients* de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation » »
- ❑ 6 exemplaires de la **Fiche participant 30.2C** « Consignes pour les 6 observateurs de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation » »
- ❑ 2 exemplaires de la **Fiche participant 30.3A** « Consignes pour les co-animateurs de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps » »
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche participant 30.3B** « Consignes pour les 7 *acteurs patients* de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps » »
- ❑ 6 exemplaires de la **Fiche participant 30.3C** « Consignes pour les 6 observateurs de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps » »
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche « Journée » 30.3D**
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche « Personnage » 30.3E**
- ❑ 7 exemplaires de la **Fiche « Activité physique » 30.3F**



Orientations pour l'animation des activités du module

Dans les activités en sous-groupes, il est important de ne pas laisser les participants s'embarquer trop loin avant d'avoir identifié l'objectif spécifique de la séquence d'apprentissage. Au début, les participants auront tendance à avoir des objectifs trop larges comme « améliorer la prise du traitement », « pratiquer une activité physique ».

Construire une séquence d'apprentissage, c'est imaginer un cheminement qui comporte des étapes, sachant qu'il peut être important de ne pas passer à l'étape suivante si la précédente n'a pas été réalisée. Certaines étapes sont incontournables et sont liées entre elles.

Selon nous, les étapes incontournables, dont dépend toute la pertinence des autres, tiennent au **choix de l'objectif spécifique de la séquence d'apprentissage, c'est-à-dire l'identification des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être en jeu**. Par exemple, lorsque l'on forme le patient à l'utilisation de son stylo à insuline ou d'un auto-tensiomètre en situation de routine, on ne peut pas se contenter d'un exposé sans mise en pratique ou sans démonstration. **Lorsque l'on aborde des thèmes de relations humaines comme la communication, il faudra faire un tour de groupe, voire un mini-diagnostic des besoins, c'est-à-dire donner la parole aux participants avant de commencer une quelconque activité sur ce thème.**

Dans une séquence d'apprentissage de savoirs, dans certains cas on ne peut pas aller plus loin tant que 85% du groupe n'a pas compris l'explication fondamentale justifiant une recommandation médicale ou son déroulement. Par exemple, dans une séquence sur les soins du pied, si les patients n'ont reçu aucune information sur le risque plantaire et son lien avec le diabète, il faut le prendre en considération et revoir à la baisse l'objectif pédagogique fixé. Le pédagogue ne cesse de réviser ses ambitions, de les réduire, mais il est celui parmi les autres professionnels qui le fait vraisemblablement avec le plus de plaisir. Rester au plus près de là où se situe l'autre et le voir réfléchir tout haut, raisonner et comprendre, est une expérience partagée et partageable très agréable.

Ce module prévoit une sensibilisation à la **participation possible de patients experts dans la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique et l'animation de séquences d'apprentissages**. Il est en effet important que les professionnels de santé libéraux puissent identifier les apports de patients experts afin de pouvoir les intégrer dans les programmes qu'ils vont déployer sur le terrain. Dans la pratique, les expériences de terrain ont montré la pertinence et l'intérêt d'associer des patients experts dans la mise en place, la construction et/ou l'animation de séances d'éducation thérapeutique en direction d'autres patients. Les thèmes les plus souvent développés par les patients experts relèvent des compétences psychosociales (droits sociaux, vie quotidienne, communication avec l'entourage, recours au système de soins, préparation de la consultation médicale,...). Lorsque des séances

d'éducation thérapeutiques sont co-animées par des soignants et des patients formés, il est important de prévoir, de discuter et de préciser la part de chacun dans l'animation et la co-animation des activités proposées. Les patients experts, en fonction de leur formation et de leur expérience en animation, peuvent proposer aux soignants éducateurs une palette d'activités et vice versa.

Les messages forts du module

Le choix d'une méthode pédagogique

Le choix d'une méthode pédagogique dépend des types de savoirs sur lesquels on travaille. En effet, nous n'utilisons pas les mêmes méthodes pour délivrer une information, travailler sur un savoir-faire, sur une habileté technique ou sur un savoir-être. **L'apprentissage de savoir-faire repose beaucoup sur l'imitation, la répétition, l'observation.** S'il s'agit par exemple de l'utilisation d'un auto-tensiomètre, on choisira une méthode pédagogique qui comprendra, entre autres, des phases de manipulation de l'objet auto-tensiomètre par les patients. S'il s'agit de la difficulté de dire non ou de poser des limites à son entourage, la méthode utilisée privilégiera une étude de situation, une mise en situation, une étude de cas. Il est donc important pour les formateurs de sensibiliser les participants à la variété de méthodes pédagogiques existantes mais aussi à l'intérêt d'associer le choix de la méthode avec le type de savoir en jeu.

L'animation d'un atelier d'éducation

L'animation d'un atelier d'éducation nécessite des compétences de base dans le domaine de l'animation de groupes et la maîtrise de quelques techniques, comme :

- **la mise en place d'un cadre** (un groupe doit savoir pourquoi il est là et ce qu'il va se passer),
- **la présentation des objectifs de l'atelier** (un groupe doit pouvoir se préparer à réussir et à atteindre un objectif, la présentation de l'objectif évite les dérapages du groupe),
- **la présentation des règles de fonctionnement minimales** (par exemple, ne pas intervenir sur la parole d'autrui, le laisser finir ses phrases),
- **les horaires** et la définition des attentes des animateurs de l'atelier si ceux-ci pensent qu'il est important de les présenter.

Concernant le déroulement, il n'existe pas de règles de base mais il y a un certain nombre de situations critiques que nous avons isolées et pour lesquelles nous avons proposé des stratégies d'intervention. En effet, l'animation d'un groupe partage des points communs avec l'intervention pédagogique. Il est important de savoir quoi faire en face de telle ou telle situation quand celle-ci émerge, comme par exemple un patient qui s'énerve, se fâche, quitte la salle, est trop timide, prend la parole sans la laisser aux autres. Ces situations peuvent être maîtrisées en partie par l'usage de techniques appropriées.

La **co-animation**, quel que soit le statut des animateurs, présente l'avantage de favoriser les échanges si les deux animateurs évitent d'intervenir en écho ou de se mettre en répétition ou reformulation de ce que chacun d'entre eux dit. Elle permet par exemple pour l'un des animateurs de se centrer et d'être attentif à la prise de parole individuelle et pour l'autre de pouvoir veiller à ce que la totalité du groupe participe aux activités proposées. Cela suppose que les co-animateurs puissent se faire part l'un à l'autre de leurs observations complémentaires, y compris pendant le déroulement des activités. La co-animation correspond à l'alternance d'intervention, la répartition des rôles comme par exemple l'un qui intervient et l'autre qui observe. Leurs rôles peuvent s'échanger selon les séances mais ils doivent être définis avant le début de chaque atelier. Certains patients peuvent construire un lien plus spécifique avec l'un des animateurs. Cela est inévitable dans un groupe et participe à l'élaboration de sa dynamique.

La distinction groupes de paroles et groupes d'apprentissages

Un groupe de paroles a pour objectif d'apporter un soutien et une aide de type psychologique à des participants qui sont demandeurs de ce type d'aide. Il est en général animé par un psychologue formé à l'intervention de type psychothérapeutique dans les groupes. Les thèmes abordés sont des thèmes proposés par les participants et le travail des animateurs consiste à relancer la parole, faire des synthèses et parfois proposer une interprétation du vécu émotionnel qui s'y exprime.

Un groupe d'apprentissage a pour objectifs de créer des situations facilitant l'acquisition de savoirs informatifs, de savoir-faire et de savoir-être dans un cadre déterminé à l'avance. Les participants qui viennent à un groupe d'apprentissage sont informés dès le démarrage du groupe des objectifs pédagogiques des animateurs. La situation éducative est une situation structurée qui s'appuie sur des activités qui se déroulent dans un cadre propice à la mobilisation chez les participants de leurs capacités à apprendre, à s'exercer, à imiter, à résoudre des problèmes, à transférer des acquis dans leur vie quotidienne. La dynamique des groupes d'apprentissage est gérée par des spécialistes qui sont des pédagogues et non des psychologues. Il s'agit à tout instant, pour l'animateur d'un groupe d'apprentissage, de faire avancer, chacun à son rythme, vers un objectif prédéterminé même si celui-ci est à l'initiative de l'apprenant.

Module 5 : Les composantes de l'évaluation partagée

L'évaluation partagée est un concept novateur, à la fois dans le soin et dans le champ de l'éducation. Il s'agit de partager avec le patient la perception qu'il a de ses apprentissages, de faire le point avec lui sur ses acquis tout en lui demandant de nous indiquer en quoi le programme d'éducation a répondu à ses attentes de manière à l'améliorer. Cette approche dynamique de l'évaluation, sous la forme d'un guide d'entretien à construire avec les stagiaires, est une étape importante dans la formation. Il s'agit donc d'accompagner les participants dans la conduite d'un entretien d'évaluation intégrant cinq composantes :

la satisfaction du patient, les apprentissages, les changements intervenus comme effets directs et/ou indirects de l'acquisition ou du renforcement de savoirs ou de compétences dans la santé et la vie du patient, la qualité de vie, l'évolution de sa santé depuis les ateliers. L'évaluation partagée doit prévoir également un temps sur les activités d'éducation proposées. Ce module est complété par une présentation du « Dossier éducatif du patient » mis à la disposition des soignants éducateurs par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais à l'issue de la formation.

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront capables de :

- Identifier les objectifs et les composantes de l'évaluation avec le patient de son programme/parcours d'ETP ;
- Maîtriser la conduite de l'entretien et l'abord des composantes de l'évaluation dans un climat d'écoute et de partage ;
- Mettre en œuvre un climat d'évaluation partagée ;
- Identifier le contenu et les modalités d'utilisation du « Dossier éducatif du patient » proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais.

Compétences attendues à l'issue du module

Les compétences attendues à l'issue de ce module sont de plusieurs ordres : **pouvoir développer une approche compréhensive et dynamique de l'évaluation ; savoir aborder plusieurs composantes de l'évaluation ; pouvoir aider le patient à expliciter son cheminement ; avoir confiance en soi lorsque l'on conduit une évaluation sur un programme qu'on a soi-même conçu.**

Organisation et enchaînement des activités du module

Ce module d'une durée de 4h30 compte **4 activités** de formation dont **1 exposé**.

Activité 31 : « L'évaluation avec le patient de son parcours ETP : Étape 4 de la démarche éducative – Les six tâches du soignant éducateur »
(Exposé n°11).

Activité 32 : La construction d'un guide pour conduire l'entretien d'évaluation partagée.

Activité 33 : Conduire l'entretien d'évaluation partagée.

Activité 34 : Présentation du « Dossier éducatif du patient » mis à disposition par l'URPS ML – Nord-Pas de Calais.

La partie du module consacrée à l'évaluation s'articule

autour de 3 temps. Le premier temps est consacré à une approche conceptuelle du type d'évaluation requis en éducation thérapeutique. Le second temps, très important, consiste pour les participants à construire, en bénéficiant de l'aide des animateurs, quelques questions ouvertes et dynamiques ayant pour objectifs d'inviter le patient à regarder rétrospectivement son parcours et faire des liens entre l'avant et l'après. La dynamique consiste à voir ensemble ce qui a bougé, ce qui a émergé tout au long des activités d'éducation. Enfin, le troisième temps est un entraînement à la pratique de la conduite d'entretien requise pour une « évaluation partagée ».

La dernière activité consacrée au « Dossier éducatif du patient », que l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais met à disposition des professionnels dans le cadre de l'ETP en soins de premier recours, donne lieu à la remise de ce dernier et à une présentation en permettant la prise en main.

Format du module

Le format préconisé pour ce dernier module est une demi-journée de 4h30 qui sera animée lors du dernier jour de formation.

Planning d'activités du module

Cf. Tableau page 46.

Matériel à prévoir

Cf. Tableau page 47.

Planning d'activités du module 5

Les composantes de l'évaluation partagée (4 heures 30)

Le(s) formateur(s) a/ont pour objectif de :	Pour que le participant soit capable de :	Contenus	Modalités pédagogiques	Horaires	Durée
- Permettre aux participants de comprendre et maîtriser les objectifs et les composantes de l'évaluation du programme/parcours d'ETP.	- Identifier les objectifs et les composantes de l'évaluation avec le patient de son programme/parcours d'ETP.	<ul style="list-style-type: none"> - Définir, lister les objectifs de l'évaluation du programme/parcours individuel d'ETP. - Construire un guide d'entretien pour l'évaluation partagée avec le patient de son parcours ETP. 	<p>Module 5 / Activité 31 - Exposé n°9 « L'évaluation avec le patient de son parcours ETP : Étape 4 de la démarche éducative - Les six tâches du soignant éducateur ».</p> <p>Module 5 / Activité 32 - La construction d'un guide pour conduire l'entretien d'évaluation partagée.</p>	<p>13h30 - 14h15</p> <p>14h15 - 15h30</p>	<p>45 min</p> <p>75 min</p>
PAUSE					
- Permettre aux participants d'explorer la conduite de l'entretien d'évaluation partagée.	- Maîtriser la conduite de l'entretien et l'abord des composantes de l'évaluation.	<ul style="list-style-type: none"> - Entraînement à la conduite de l'entretien d'évaluation partagée. 	<p>Module 5 / Activité 33 - Conduire l'entretien d'évaluation. Mise en situation.</p>	16h00 - 17h15	75 min
- Permettre aux participants de prendre connaissance du « Dossier éducatif » proposé par l'URPS.	- Identifier le contenu et les modalités d'utilisation du Dossier éducatif proposé par l'URPS.	<ul style="list-style-type: none"> - Le Dossier éducatif du patient. 	<p>Module 5 / Activité 34 : Présentation du Dossier éducatif du patient.</p> <p>Synthèse de la formation et passation du questionnaire d'autosatisfaction.</p>	17h15 - 17h35	20 min
				17h35 - 18h00	25 min

Matériel à prévoir pour le Module 5

Activité n°31

- ❑ 15 exemplaires du **Diaporama de l'exposé n°11**
« L'évaluation avec le patient de son parcours ETP »

Activité n°32

- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 32A** « Les 5 composantes de l'entretien d'évaluation partagé avec le patient »
- ❑ 15 exemplaires de la **Fiche participant 32B** « Script du soignant éducateur »

Activité n°33

- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 33A** « Script pour le rôle de Mme S »
- ❑ 1 exemplaire de la **Fiche participant 33B** « Script pour le rôle de M. B »

Activité n°34

- ❑ 15 exemplaires du **Dossier éducatif du patient** proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais

À ne pas oublier

- ❑ Ordinateur et vidéo projecteur
 - ❑ Rallonge électrique
 - ❑ *Paperboard*
 - ❑ Feutres
 - ❑ Papier / Stylos
 - ❑ Clé USB
 - ❑ Scotch
-
- ❑ Bouteilles d'eau
 - ❑ Café
 - ❑ Biscuits
 - ❑ Gobelets en plastique



Orientations pour l'animation des activités du module

L'activité sur l'évaluation partagée sollicite chez les soignants éducateurs une attention soutenue et exige de leur part l'adoption d'une posture inhabituelle. **Les formateurs devront très clairement expliciter ce qu'ils entendent par évaluation partagée et aider le groupe à s'approprier ce concept.** Ils devront insister sur le caractère dynamique et la qualité du lien qui doit s'instaurer entre eux et leurs patients au moment de l'évaluation qui survient à la fin de tout programme d'éducation et qui donc est pris dans l'atmosphère de la séparation. La remobilisation de compétences, comme la pratique maîtrisée de quelques techniques d'entretien de base, doit être réactivée pour cette activité de formation.

Pour l'activité de construction d'un guide d'entretien de l'évaluation partagée, nous conseillons de diviser le groupe en 4, afin que chaque sous-groupe puisse travailler l'une des composantes à explorer, un des sous-groupes travaillant à la fois sur la composante « Évolution de la santé » et la composante « Évolution de qualité de vie » du patient depuis les ateliers. Il s'agit de leur proposer de rédiger un guide d'entretien à partir de quelques lignes de contenus pour ne pas qu'ils se perdent.

Il est aussi possible de leur donner la liste des questions ouvertes ci-dessous se rapportant aux 5 composantes et leur demander de s'entraîner à conduire une évaluation partagée. Cette méthode, quand on a peu de temps, permet une appropriation plus rapide et un entraînement sur site.

La composante satisfaction du patient par rapport au programme s'explore par des questions ouvertes

Qu'est-ce qui vous a plu ? Qu'est-ce qui vous a le moins plu ? Qu'est-ce qui a été le plus utile pour vous ? Quelle activité vous a le plus aidé ? Qu'est-ce qui vous a gêné dans les activités ? Quelle activité de groupe et quel thème ont été pour vous les plus difficiles à réaliser ?

Il est possible de noter les activités de 1 à 10 mais en général, si ce n'est pas fait le jour même de l'activité, les gens ne se souviennent pas très bien de leur nom et de leur contenu. Il est alors possible de faire noter les grands thèmes (la connaissance du diabète, les traitements du diabète, l'alimentation, les soins à accorder au pied, l'activité physique). On peut terminer l'exploration de cette composante en demandant :

« Auriez-vous envie de parler de ce programme à un autre patient diabétique ? ».

La composante vécue des apprentissages et leurs répercussions dans la vie quotidienne s'explorent sous la forme de questions simples

« Qu'est-ce que vous avez découvert que vous ne saviez pas ? Quelle est l'information qui vous a le plus marqué ? Quelles sont les informations qui vous ont paru difficiles à comprendre ? Qu'est-ce que vous savez faire maintenant que vous ne saviez pas très bien faire avant le programme d'éducation ? ».

La composante « changements identifiés » par le patient et le soignant éducateur en lien avec l'éducation s'explore avec des phrases simples en évitant tout contenu normatif ou prescriptif

Avant l'entretien d'évaluation partagée, les soignants doivent relire la synthèse du bilan éducatif (BEP) afin de faire des liens entre la rencontre initiale et le terme du parcours d'éducation. Quant aux questions, elles doivent porter sur les différents domaines de vie du patient et reprendre les finalités de l'éducation thérapeutique (autonomie, décisions prises, qualité de vie, motivation au soin). Par exemple : « En quoi participer aux activités d'éducation a changé quelque chose pour vous dans votre suivi, dans votre vie quotidienne avec vos traitements, dans vos relations avec votre entourage, dans votre relation avec l'équipe médicale ? Avez-vous modifié vos horaires de prises de médicaments, une ou deux habitudes alimentaires ? Y a-t-il des choses que vous n'arriviez pas à faire et que vous arrivez à faire maintenant pour votre santé ? Pensez-vous plus à votre santé qu'avant ? Comment cela se traduit dans votre vie quotidienne ? ».

La composante « effets de l'éducation sur sa qualité de vie et sur sa santé », ou plutôt sur ses trois santé, s'explore en posant des questions simples permettant d'aider le patient à les repérer

Moins de stress, meilleure maîtrise des imprévus, ce qui a évolué en termes de rééquilibrage entre les exigences de soins et la poursuite de la vie quotidienne d'une part, prendre soin de sa santé et de soi, y accorder du temps, de l'importance, acquisition d'habiletés (autosoins), meilleure connaissance du système de santé et le suivi médical, d'autre part.

De manière générale, les activités d'éducation proposées s'explorent sous la forme de questions extrêmement concrètes et simples. Qu'est-ce qu'on pourrait changer, ajouter, enlever du programme ? Est-ce que des activités étaient difficiles à suivre ? Lesquelles ? Est-ce que la durée, le rythme vous ont convenu ? Le lieu ? La salle ? Les intervenants ? C'est aussi l'occasion pour les soignants éducateurs de demander aux patients les questions qu'ils se sont posées tout au long du programme et de recueillir leurs avis et leurs opinions (initiatives, nouvelles idées, doutes, incertitudes).

Les formateurs doivent s'assurer que les participants font des liens entre les attitudes et les techniques qu'ils ont appris à développer et à utiliser dans l'entretien portant sur le Bilan Éducatif Partagé (écoute, empathie, question ouverte, valorisation, ...), les éléments fondamentaux travaillés dans la construction des séquences pédagogiques et les réflexions sur leur posture de soignants éducateurs. Il ne faut pas que le thème de l'évaluation fasse disparaître l'esprit et les valeurs diffusés pendant la formation. Il est aussi important qu'ils insistent sur le fait qu'il s'agit également d'une évaluation formative visant à l'amélioration des activités d'éducation et que le patient doit apporter son point de vue sur le programme afin de pouvoir l'améliorer.

Les messages forts du module

Ne pas confondre évaluation et contrôle des connaissances

L'évaluation ne peut se réduire à un contrôle des connaissances ou à une liste d'items à côté desquels on écrit : acquis, non acquis. Elle doit mettre en rapport les objectifs promus dans un apprentissage, les méthodes utilisées et les résultats des apprenants, sachant que de ce fait ce n'est pas l'apprenant à qui il faut faire porter le résultat final mais à tout le dispositif pédagogique. Par ailleurs, les savoir-être ne répondent pas aux catégories « acquis / non acquis ». Ils se définissent en termes d'intention, de prise de décision, d'essais, d'actions entreprises, qui sont des éléments qui ne rentrent pas dans un tableau mais nécessitent la rédaction de quelques lignes à partir de la parole du patient.

Les changements intervenus doivent être dit par le patient lui-même et non évalués par une personne extérieure qui ne peut pas les voir à l'œil nu. De l'extérieur, une telle évaluation n'est pas pertinente car beaucoup de changements ne sont pas visibles. Elle doit par ailleurs porter sur le programme en tant que tel et non sur les patients. Ce programme était-il adéquat ? Comment ceux qui ont animé le programme l'ont-ils conduit ? Comment expliquer qu'ils ont modifié l'ordre des activités ? Les patients ont-ils apprécié le programme ? À quel niveau : l'ont-ils trouvé confortable, satisfaisant, dynamisant, aidant ? Cela nécessite que les animateurs des ateliers puissent aussi consigner leurs observations sur ce qui a pu être réalisé, sur les modifications ou ajustements du programme et sur la pertinence de certaines activités.

L'évaluation n'est pas un moment de fermeture mais d'ouverture

Il faut parvenir à vivre l'évaluation comme une pause entre l'équipe d'éducation et le patient et non pas comme une fermeture ou une fin. L'évaluation doit davantage être pensée comme une synthèse de renforcement du patient que comme une fin. Il n'y a jamais de fin en éducation, nous continuons tous les jours à apprendre. Si nous avons réussi à déclencher une dynamique dans le désir d'apprendre du patient, cette dynamique continuera à avoir ses effets après le programme d'éducation. Le patient saura quoi faire, vers qui se tourner en cas de difficulté, et ces acquis sont fondamentaux. Il ne doit pas quitter son équipe d'éducation avec une impression scolaire mais en gardant à l'esprit que des personnes sont encore là et seront encore à ses côtés pour participer à son évolution personnelle. Il est important d'introduire l'idée de lien dans le moment de l'évaluation partagée.

L'acte d'évaluation est aussi important que l'acte éducatif

Notre expérience dans le domaine de la formation des adultes nous a permis de voir à quel point chacun d'entre nous a un vécu et une expérience à la fois « d'évalué » et « d'évaluateur ». La formation est en ce sens le dispositif idéal pour que le futur soignant éducateur réfléchisse sur sa double expérience avant

de la mettre en œuvre auprès d'un patient, de même qu'il réfléchisse à l'intérêt d'adopter en éducation une posture d'ouverture et d'accompagnement dans l'évaluation plutôt qu'une posture prescriptive ou correctrice. La complexité de l'acte d'évaluation ne doit pas faire disparaître son intérêt lorsqu'il est pensé dans un climat de soutien des apprentissages. Si à la fin d'un programme, un patient en venait à se sentir jugé comme un mauvais apprenant dans le regard de l'équipe éducative, cela annulerait les effets attendus du programme pensé pour lui. Si un savoir ou une compétence n'a pas été acquis, c'est peut-être parce que nous n'avons pas su utiliser la bonne méthode pédagogique pour aider les apprenants à l'acquiescer. Il suffit donc de tester plusieurs méthodes pédagogiques en fonction des différents profils d'apprenants que l'on a en face de soi.

Un retour réflexif pour les soignants éducateurs sur leurs pratiques éducatives

L'évaluation partagée intègre le vécu et l'impact des activités d'éducation chez les deux partenaires de l'éducation : celui qui l'organise et la dispense et celui qui la reçoit. L'évaluation du degré de satisfaction fait partie intégrante de l'évaluation, au sens où il est important d'explorer jusqu'à quel point le programme a répondu aux attentes, mais aussi aux besoins des patients. Ce retour réflexif sur leurs attentes permet aux patients de faire le point sur ce qui s'est passé pour eux. Il représente une occasion de renforcer leur confiance en soi, de découvrir leurs progrès, en sachant qu'il faut partir, si possible, de ce qu'ils perçoivent comme leur progression, avant de leur dire ce que nous en avons perçu. De son côté, le soignant qui conduit l'entretien d'évaluation partagée peut en profiter lui aussi pour se poser, revenir en arrière, regarder sa progression, son chemin parcouru, ses attentes, ses inquiétudes de départ et son point d'arrivée. Dans un tel climat de partage, en partie verbalisé, l'évaluation devient une activité enrichissante et agréable et les soignants ne la voient plus comme une tâche lourde. Ils ne l'appréhendent plus, ils l'apprécient.

Un guide d'entretien volontairement axé sur le dialogue

Le guide d'entretien proposé est résolument axé sur le dialogue. Néanmoins, si les équipes en ont besoin pour des raisons administratives, elles pourront le compléter par un questionnaire en se rappelant que le climat de passation d'un questionnaire est très éloigné du climat d'un entretien à visée d'évaluation compréhensive. Il faudra alors distinguer le temps de l'évaluation partagée et celui du questionnaire en privilégiant l'entretien d'évaluation avant le questionnaire de manière à ne pas avoir à passer du temps à tenter d'ouvrir ce que le questionnaire a fermé.

Conseils pour l'animation

Les soignants ont l'habitude du format « réunion d'équipe » comme modèles de groupe, exceptés pour ceux qui ont bénéficié de groupe d'analyse de la pratique. L'animation d'un groupe de soignants n'est pas chose aisée car ce sont des professionnels habitués à l'action, à la prise de décision et à l'intervention en urgence. Au cours d'une formation, il leur arrive souvent de dire qu'ils ne sont pas habitués à rester assis pendant plusieurs heures de suite.

Dans la mesure où toute formation à l'intervention invite à l'adoption d'une **posture auto réflexive**, des mises en situation, des jeux de rôles, des échanges entre participants, elle requiert de la part des soignants en groupe un haut degré de participation. Par ailleurs, pour beaucoup de soignants, le thème de l'éducation est chargé d'ambivalence, d'inquiétude, d'intérêt positif ou négatif. Le mot « éducation » accolé à celui de « patient » appelle d'emblée, dans un groupe de soignants, un imaginaire coloré. Il se doit donc d'être explicité, repris, discuté tout au long de la formation.

En ce sens, nous avons réuni dans ce chapitre, à partir de notre expérience de formateurs de groupes de soignants, quelques observations en espérant qu'elles seront utiles à nos collègues formateurs.

La création d'un climat de formation des adultes

Dès l'ouverture de la formation, il est important d'adopter une **position d'écoute et d'accompagnement adaptée à la formation des adultes**. Cela suppose d'entrée de jeu de **donner un temps de parole aux participants** allant au-delà de la simple présentation administrative ou statutaire de soi, y compris pour les formateurs.

L'ouverture peut prendre la forme d'une **présentation croisée, d'une ou deux questions ouvertes proposées** par les formateurs, d'une **activité de repérage** de la pratique de chacun à condition d'en faire une synthèse collective, sous la forme par exemple de mots clefs au tableau.

Les règles et le cadre

Les participants en formation doivent bénéficier des informations indispensables au maintien du cadre de travail. Les formateurs doivent les informer clairement des **objectifs de la formation**, des **moyens** qui seront utilisés pour les atteindre et de la **place qui sera accordée à chaque stagiaire**. Un groupe en formation ne se constitue en tant que groupe que si le cadre s'y prête, c'est-à-dire si les formateurs s'adressent au groupe en tant que groupe, alternent des moments présents et des moments où ils le laissent exister par lui-même (les pauses, les repas, certaines activités en sous-groupes).

La participation active

En général, si un groupe ressent la bienveillance des formateurs à son égard, il est plus enclin à participer à des activités de formation qui l'exposent. Il est donc important pour les formateurs de **faire attention aux synthèses** des activités qu'ils font aux participants. Ils doivent encourager, analyser, ouvrir des questionnements et éviter les jugements évaluatifs.

Distinguer les temps d'apprentissage et les temps d'élaboration

Certaines activités du programme, comme par exemple l'usage des techniques d'entretien, nécessitent des apprentissages qui mettent en jeu les compétences relationnelles. Ces apprentissages intervenant à un stade où le groupe est encore proche de sa création (deuxième journée), il s'agira d'**être très attentif et d'adopter une position de soutien** tout au long de la journée. La méthode de travail en petits groupes, avec le choix d'une consigne comme par exemple « Choisissez une personne que vous ne connaissez pas très bien dans le groupe », facilite de fait l'apprentissage entre pairs. À l'inverse, l'apprentissage de la construction de la séquence pédagogique, qui nécessite un travail par petits groupes mais qui intervient en quatrième journée, place le groupe dans une position moins exposée au niveau narcissique. Cela peut en conséquence donner lieu à plus de relâche du côté des formateurs. Ces derniers pourront rester centrés sur l'atteinte des objectifs d'apprentissage sans avoir à se soucier de la fragilité du groupe.

La multidisciplinarité

Chaque métier, y compris dans le soin, a son propre vocabulaire, ses propres références et modes de raisonnements ou de diagnostic. Une diététicienne n'a pas les mêmes schémas de décision, de diagnostic et d'intervention qu'une psychologue, qu'un podologue, qu'une infirmière ou qu'un médecin. Il s'agit pour les formateurs de respecter continuellement dans le groupe en formation les places existantes, les différences et les métiers, tout en visant la construction d'une alliance de travail en éducation thérapeutique. Ils veilleront donc dans les synthèses et les tours de table à laisser les participants donner chacun leur lecture des situations de patients exposés. Il est essentiel que les professionnels se sentent reconnus et acceptés avec leurs références et leurs analyses propres.

Comprendre les processus d'apprentissage des soignants

Les soignants sont héritiers d'une tradition d'enseignement qui privilégie la démonstration et la recherche de preuves. Dans le soin, tout protocole est le résultat de faits et d'expérimentations multiples.

À l'inverse, les pratiques éducatives ne sont pas l'objet de protocoles. Tout programme pédagogique doit en permanence s'adapter voire se modifier en fonction du degré de réceptivité des publics auquel il est proposé. **La réussite pédagogique repose sur la qualité de la relation pédagogique et cette dernière est très différente de la relation de soin.** Il s'agira donc d'accompagner les soignants dans l'expérimentation d'une posture éducative. Par ailleurs, les formateurs doivent faire attention à ne pas bousculer les *habitus* des soignants. Ils devront faire des synthèses, exposer clairement des faits, des résultats d'études, tout en s'attachant à les inviter à y renoncer lorsqu'il est question de relation éducative. La peur de perdre le contrôle, l'importance à renoncer à la maîtrise lorsqu'on se trouve dans une position éducative, représente un cheminement pour les participants. En termes d'animation de groupe, il s'agira pour les formateurs de préparer ces moments de bascule avec attention et d'accompagner cette étape régulièrement un peu tous les jours.

Les moments de transition dans un processus de formation

En nous appuyant sur notre expérience, nous avons pu isoler **3 moments qui mobilisent chez les formateurs une attention particulière** au sens où la manière de les traiter peut avoir un impact positif ou négatif sur le processus de formation.

Le moment d'entrée en formation

Les premières heures de formation représentent un événement important pour les soignants car elles nécessitent pour eux une rupture avec leurs activités de soins et leur lieu de travail. Cette transition est plus ou moins bien vécue par chacun des participants. S'ils exercent sur un mode libéral, il n'est pas rare qu'ils aient déjà effectué plusieurs visites à domicile ou consultations et qu'ils quittent la formation au plus vite le soir pour reprendre leurs activités. Ils sont alors aux prises avec l'exercice de deux fonctions : une fonction professionnelle nécessitant un art du contrôle et une fonction de stagiaire nécessitant un art du « lâcher prise ». Les formateurs seront donc attentifs à ce double positionnement identitaire des participants et essaieront de faciliter la transition d'une fonction à une autre.

Les moments de fatigue en formation

La fatigue en formation représente un moment de transition et elle est tout à fait normale lorsque le dispositif de formation engage les participants à la fois dans des activités de connaissances et dans des

activités de construction de sens à propos de leurs pratiques.

La formation engage chez les participants plusieurs registres d'activités à la fois : apprendre à reconnaître une situation, faire des liens, écouter les autres, s'auto-analyser... La mobilisation de la pluralité de ces registres donne lieu à des moments de fatigue qui vont se manifester de manières différentes chez les participants. Cela nécessite de la part des formateurs des observations détaillées sur le parcours formatif de chaque participant et justifie l'exigence de la taille réduite d'un groupe en formation à 15 personnes.

Les crises et les recompositions identitaires en formation

Dans la mesure où le dispositif de formation introduit l'exercice d'une nouvelle pratique sans vraiment donner beaucoup de moyens pour la réaliser, il est tout à fait normal de voir surgir tout au long de la formation des questionnements, des critiques voire la formulation de sentiments de colère et de déception. En effet, l'accès, l'engagement et l'implication des soignants dans le processus de formation sont souvent ponctués par des moments de crises s'apparentant à une crise identitaire. À l'occasion de mises en situations, les participants réfléchissent aux modalités de construction de leur fonction et de leurs attitudes de soignants au cours de leur formation initiale et de leur expérience. La sensibilisation à un autre registre d'attitudes, comme celles en jeu dans la posture éducative, sont l'objet des formes de recomposition identitaire. Les transformations d'attitudes qu'ils opèrent tout au long de la formation exigent de leur part un travail de négociation anticipée avec les possibilités de les adopter dans leur contexte professionnel. Par exemple, le temps nécessité par l'écoute est souvent l'objet d'une tension vive dans les groupes de soignants en éducation thérapeutique. La tension porte sur les efforts que produit chaque participant pour articuler le possible, le souhaitable, le faisable et le désirable. Les formateurs doivent intégrer ces moments de crise et de recomposition identitaire, et aider les participants à les traverser en respectant les moments de questionnement identitaire de chaque participant. Ils peuvent le faire par l'écoute. Il ne faudrait surtout pas qu'ils soient cassants et renvoient le participant en lui disant que ce qu'il énonce comme ses difficultés est hors sujet. Les formateurs peuvent passer quelques minutes à évoquer des thèmes ayant trait à l'analyse des pratiques, à la résistance au changement dans les institutions, à l'analyse institutionnelle. Ils peuvent aussi dire en quoi l'on sait que la formation engage le sujet dans une transformation de soi et du rapport à soi. Cet accompagnement relève du processus formatif, il nécessite de la part des formateurs une grande écoute et une forme d'attention constante à chaque participant. L'encouragement, la valorisation, l'aide directe lors de certains questionnements se font par le biais d'une écoute, de moments de dialogue avec ceux qui sont aux prises avec les épreuves causées par la formation.

Former un groupe de soignants lorsque l'on est soignant

Les formateurs occasionnels sont souvent des formateurs qui exercent à titre principal des professions proches de celles exercées par les personnes en formation. Cela est assez courant dans le monde de l'éducation et de la santé. En général, il s'agit de situations de formations ayant trait à l'intégration de pratiques nouvelles où à l'implantation de nouveaux dispositifs. Cette situation pose deux types de questions : celle de la légitimité des formateurs et celle de leur acceptation par le groupe en formation. La légitimité d'un soignant formateur de ses pairs est en général accordée lorsqu'il cumule deux types d'expertise : l'une comme praticien de la pratique nouvelle à laquelle il forme ses collègues, l'autre comme formateur ayant bénéficié d'une formation de formateur.

La co-animation

La co-animation est un dispositif qui nécessite un temps de préparation et de coordination entre les formateurs. Quand les formateurs représentent des univers professionnels différents, il est préconisé, en fonction du thème de la séance, que celui qui en a l'expertise soit le garant du thème et des contenus (ex : podologie pour un atelier portant sur le soin du pied ; diététicienne pour un atelier portant sur l'alimentation, ...). L'autre formateur est le garant du cadre, de la participation des participants et de la dynamique du groupe.

Quand aucun des formateurs n'est spécialisé dans le thème des activités proposées, il est important qu'ils se répartissent les tâches à peu près de la manière suivante : l'un suit pas à pas l'organisation des activités proposées, l'autre aide les participants à les réaliser et veille à ce que chacun puisse y participer en passant dans chaque sous-groupe et en y assurant la présence nécessaire.

Conseils pour réussir une co-animation

- ⇒ Ne pas faire ou dire la même chose au même moment.
- ⇒ Expliciter si possible au groupe les rôles et tâches que les formateurs adopteront et réaliseront de manière à ce que les participants distinguent les personnes à qui s'adresser en fonction de leurs besoins.
- ⇒ Démontrer une bonne entente de travail en évitant toute confrontation ou tout conflit en face du groupe.

¹ Notion mise en évidence par le sociologue Pierre Bourdieu dans sa théorie des mécanismes d'inégalités sociales.

Supports pour l'animation et l'évaluation de la formation

Module 1 : Cadre et repères pour la mise en œuvre de programmes d'ETP - Pratiquer l'éducation thérapeutique, quel nouveau rôle pour le soignant ? p.54

Module 2 : Les compétences relationnelles de base au service d'une démarche éducative p.100

Module 3 : Du bilan éducatif partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques de son programme d'ETP.. p.152

Module 4 : La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique p.202

Module 5 : Les composantes de l'évaluation partagée p.292



Représentations sur l'ETP

La pêche à la ligne

Durée : 45 minutes

Matériel

- 1 exemplaire de la Fiche formateur 1, à savoir la liste des 10 affirmations renvoyant aux croyances les plus communes

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront conscients de la multiplicité de l'existence de représentations et de leurs attentes implicites et explicites face à l'éducation thérapeutique.
- Auront identifié l'existence de points de vue différents parmi eux sur l'éducation thérapeutique.
- Seront plus ouverts pour l'exposé qui suit car ils auront partagé une activité commune et seront plus à l'écoute les uns des autres.

Méthode

- Activité interactive (de groupe) stimulant les échanges et la recherche d'un consensus.
- Activité animée par le formateur.
- Le formateur a une fonction de facilitation des échanges et ne commente aucun point de vue.

Aide à l'animation

- Comme cette activité est la première de la matinée, le formateur ne doit faire aucun commentaire, cela créerait un clivage dans le groupe, il explique qu'il s'agit de discuter nos propres idées et conceptions de l'éducation thérapeutique.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Le formateur présente l'activité au groupe en leur expliquant qu'il va lire 10 affirmations une à une et que les participants devront pour chaque affirmation aller d'un côté ou de l'autre de la salle selon que l'affirmation correspond ou non à ce qu'ils pensent [d'accord/pas d'accord]. Il précise qu'ils ont le droit d'hésiter et de se placer au milieu.

5 minutes

3 Le formateur laisse 2 à 4 minutes de discussion entre les groupes « d'accord/pas d'accord » par affirmation et veille à éviter le débordement du temps total dédié à l'activité.

35 minutes

2 Après chaque affirmation lue par le formateur, les deux groupes ainsi formés [ceux qui sont d'accord et ceux qui ne sont pas d'accord] doivent justifier leur choix et essayer de convaincre les autres de changer de position.

« Représentations sur l'ETP »

- L'éducation thérapeutique sert à améliorer la qualité de vie des patients.
- Les patients ont besoin d'être éduqués pour bien prendre leurs médicaments.
- L'éducation thérapeutique doit essentiellement porter sur des connaissances (ex : connaissances de la maladie, des médicaments, des techniques d'injection).
- Il ne faut pas que les séances d'éducation soient des séances où les soignants font des cours comme à l'école.
- L'éducation, c'est s'intéresser aux manières dont le patient a construit ses savoirs.
- L'éducation, c'est d'abord écouter, se centrer sur le patient et envisager avec lui ce qu'il aimerait comprendre et apprendre.
- C'est aux soignants de choisir les thèmes d'éducation thérapeutique car ce sont eux qui savent ce dont les patients ont besoin.
- C'est aux patients de décider les thèmes d'éducation thérapeutique car ce sont eux qui connaissent leurs besoins.
- C'est le soignant qui doit décider à qui donner la parole en groupe sinon cela devient vite le chaos.
- Quelqu'un qui a besoin d'éducation thérapeutique, cela se voit.



Définition, Objectifs & Mise en oeuvre de l'Éducation Thérapeutique

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°1 « L'Éducation Thérapeutique »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront dans la capacité de définir l'éducation thérapeutique partagée.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

35 minutes

1 Le formateur annonce l'activité qui porte sur les modalités de mises en œuvre et de dispensation de l'ETP.

Il présente le plan de l'exposé qui comprend 4 parties : Objectifs et définition de l'ETP ; Cadre législatif et réglementaire ; l'évaluation des programmes ; l'éducation thérapeutique en Nord-Pas de Calais.

Il distribue aux participants les exemplaires de l'exposé leur permettant de prendre des notes et commence l'exposé.

10 minutes

2 Le formateur répond aux questions des participants, suscite et facilite les échanges dans le groupe.

Module 1 / Activité 2 / Exposé 1




UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

En partenariat avec :






Financé par :




Éducation Thérapeutique

Définition, Objectifs & Modalités de mise en œuvre des programmes et de dispensation

Mise à jour - JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°1

1. DÉFINITION *



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

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 soin.

* C. Saout, B. Charbonnel, D. Bertrand. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative septembre 2008, 171 p.

© COMMENT DIRE, 2011

2. FINALITÉS & OBJECTIFS :



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

L'ETP 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'évènements majeurs de la prise en charge (ex : initiation du traitement, modification du traitement, évènements intercurrents...);
- mais aussi plus généralement tout au long du projet de soin avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui.

© COMMENT DIRE, 2011

2. FINALITÉS & OBJECTIFS :

Compétences **autosoins**

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure ;
- Adapter des doses de médicaments ;
- Initier un auto-traitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins, etc.

Cf. HAS., (2007), Recommandation «Education thérapeutique du patient Définition, Finalités et Organisation », p.2

© COMMENT DIRE, 2011

2. FINALITÉS & OBJECTIFS :

Compétences **Psychosociales**

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- Prendre des décisions et résoudre des problèmes ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer, se renforcer, etc.

Cf. HAS., (2007), Recommandation «Education thérapeutique du patient Définition, Finalités et Organisation », p.2

© COMMENT DIRE, 2011

3. CADRE LÉGISLATIF & RÉGLEMENTAIRE

Cadre législatif & réglementaire

- Loi n°2009-879 « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) du 21 Juillet 2009
Titre III : Accès de tous à des soins de qualité
Titre VI : **article 84** Education thérapeutique du patient
- Arrêté et décret n°2010-904 du 02 Août 2010
- Décret n°2013-449 du 31 mai 2013, **actualisant l'arrêté et le décret n°2010-906 du 2 août 2010**

© COMMENT DIRE, 2011

3. CADRE LÉGISLATIF & RÉGLEMENTAIRE

La loi HPST du 21 juillet 2009

- L'ETP est reconnue par la loi pour toute personne atteinte d'une maladie chronique et dont l'état le nécessite.
- Le patient est en droit de ne pas accepter le programme qui lui est proposé. Son refus ne pourra pas conduire à une sanction (pas de sanction financière non plus des assureurs).

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. CADRE LÉGISLATIF & RÉGLEMENTAIRE

Titre VI : Éducation thérapeutique du patient, chapitre 1

- La pratique de l'ETP devra s'appuyer sur des compétences nouvelles (incluant la VAE) à acquérir par un professionnel de santé.
- L'ETP nécessite une formation spécifique et agréée, pour tout professionnel de santé qui souhaiterait l'exercer. Les compétences pour dispenser l'ETP sont déterminées par décret (n° du 2 août 2010).
- Un enseignement spécifique sera inclus dans le cursus de formation initiale des PS.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. CADRE LÉGISLATIF & RÉGLEMENTAIRE

Arrêtés et décrets

- Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
- Décret n°2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
- Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'ARS & autorisation des programmes (décret n°2010 – 904)

- Est la **seule compétente** dans son ressort territorial pour retenir les programmes et autoriser les équipes à les mettre en place.
- Assure une mission de **labelliser les équipes et les structures** au sein des établissements de santé (ambulatoires - réseaux de santé).
- S'appuie sur le respect d'un **cahier des charges national** et tiendra compte des priorités nationales et régionales en matière d'ETP.

© COMMENT DIRE, 2011

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'ARS & autorisation des programmes (décret n°2010 – 904)

- Les programmes d'ETP sont coordonnés par : un **médecin** ou un **autre professionnel de santé** ou un **représentant dûment mandaté** d'une association agréée de patients.
- Un programme doit être mis en œuvre par au moins **deux professionnels de santé** de professions différentes.
- Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

© COMMENT DIRE, 2011

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Cahier des charges des programmes ETP et dossier de demande autorisation

Rubriques pour l'élaboration et le contenu des programmes :

- Composition de l'équipe éducative
- Description du programme éducatif
- Modalités de coordination du programme
- Modalités de confidentialité et déontologie
- Modalités d'évaluation du programme

CI, HAS, *Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS*, 21 juillet 2010.
Cahier des charges d'un programme d'ETP : <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Presentation-generale-129805.0.html>

© COMMENT DIRE, 2011

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

Dispensation de l'ETP

- L'ETP est dispensée par les **professionnels de santé** et peut être assurée avec le concours d'autres professionnels (ex : patient expert, psychologue, sophrologue, etc.).
- Les membres des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article L. 1161-2 et à l'article L. 1161-3.

Cf. Décret 2010-904 du 02 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP

© COMMENT DIRE, 2011

4. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'ARS : agrément des programmes (décret n°2013-449)

- Pour dispenser l'ETP, les professionnels mentionnés à l'article D. 1161-1 doivent disposer de **compétences spécifiques**.
- Le référentiel déclinant ces compétences soignants et les conditions nécessaires à leur acquisition sont **fixés par arrêté** du Ministre chargé de la santé.

© COMMENT DIRE, 2011

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'ARS : évaluation des programmes

Elle comprend 3 axes :

- Le rapport d'activité annuelle
- L'auto évaluation annuelle
- L'évaluation quadriennale du programme autorisé par l'ARS

© COMMENT DIRE, 2011

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation

Elle doit être prévue par le promoteur et doit porter sur 2 niveaux :

- L'auto évaluation annuelle
- L'auto évaluation quadriennale

Cahier des charges national pour la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient », 10 octobre 2009.
Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.
Cf. HAS., (2012), Guide « Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient »

© COMMENT DIRE, 2011

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation : L'activité globale (1)

- **Accessibilité géographique et horaire.**
- **Activité globale :** file active annuelle de personnes vivant avec une maladie chronique bénéficiant d'activités éducatives au sein du programme (nombre de personnes entrant dans le programme, % d'abandons) ; nombre de consultations et de séances éducatives assurées par les différents professionnels impliqués.

© COMMENT DIRE, 2011

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation : L'activité globale (2)

- **Caractéristiques des activités mises en place :** profil des bénéficiaires du programme (âge moyen, sexe, pathologie, co-morbidités, ...) ; durée totale du programme pour un patient (en heures ou en jours) ; planning des séances, nombre de séances (périodicité) ; nombre moyen de personnes vivant avec une maladie chronique par séance collective ; ratio séances individuelles/séances collectives.
- **Autres objets d'évaluation**

© COMMENT DIRE, 2011

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTE

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation : Le processus (1)

- Pertinence des activités proposées au regard des besoins de la population concernée.
- Des intervenants, des secteurs impliqués et de la coordination : multi-professionnalité et interdisciplinarité des professionnels impliqués, travail en coordination (ex : temps d'échange planifiés...), intersectorialité du processus, place des personnes ou associations représentant des personnes vivant avec une maladie chronique.

© COMMENT DIRE, 2011

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTE

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation : le processus (2)

- Des démarches, méthodes éducatives et techniques proposées : individuelles et collectives, d'information, d'enseignement, d'apprentissage et de soutien psychosocial.
- De la qualité des pratiques (en lien avec l'EPP).
- De l'adaptation et de la personnalisation du programme.
- Des ressources disponibles (locaux, supports/outils d'information, d'animation et d'évaluation de l'ETP).
- Du dossier éducatif.

© COMMENT DIRE, 2011

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTE

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP:

L'auto évaluation : L'atteinte des objectifs (1)

- L'évaluation des résultats doit porter à minima sur la satisfaction des bénéficiaires du programme.
- Selon le choix effectué par les acteurs impliqués dans le programme, cette évaluation peut également porter sur l'atteinte des objectifs fixés avec le patient, sur les savoirs de ce dernier (connaissances, raisonnement clinique, décisions, comportements de santé, postures de prévention), sur sa vie (maintien du travail, projets, qualité de vie, etc.), sur sa santé (résultats bio cliniques, réduction des crises).

© COMMENT DIRE, 2011

5. L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES D'ETP :

L'évaluation quadriennale

- Elle est à prévoir par le promoteur en termes d'activité globale, de processus et de l'atteinte des objectifs sur des critères de jugement définis à priori.
- Elle porte sur 2 axes :
 - Les rapports d'activité annuelle (quantitatif)
 - Les auto-évaluation annuelle (qualitatif)

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

6. ORGANISATION DE L'ETP EN RÉGION:

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

3 niveaux d'offre en ETP

1. Une offre d'ETP en ville, de 1^{ère} intention et de proximité.

- Dispensée par les PS de 1^{er} recours
- S'adresse aux malades chroniques non compliqués et relativement stabilisés (pathologies fréquentes comme le diabète, les MCV, maladies respiratoires, etc.).

Cf. ARS... Schéma Régional d'Offre de Soins (SROS) « Annexe ETP »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

6. ORGANISATION DE L'ETP EN RÉGION:

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

- Conformément à la loi HPST, l'ETP doit faire l'objet d'un déploiement important afin de proposer une offre d'ETP de proximité. Cette dernière se substituera progressivement aux offres d'ETP de 1^{er} recours déployées jusqu'alors par des structures de soins de 2nd recours (réseaux et établissements de santé).
- L'objectif étant d'articuler les différentes offres d'ETP et de valoriser la complémentarité des offres.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

6. ORGANISATION DE L'ETP EN RÉGION:

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

2. Une offre d'ETP de 2ème intention.

- Dispensée par les équipes de coordination des réseaux de santé ou structures intermédiaires.
- S'adresse aux malades chroniques complexes (pluri pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

6. ORGANISATION DE L'ETP EN RÉGION:

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

3. Une offre d'ETP à l'hôpital

- Axée sur les prises en charge lourdes et spécialisées (2ème et 3ème recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1er niveau).

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

6. ORGANISATION DE L'ETP EN RÉGION:

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

- La redéfinition de l'offre d'ETP et son déploiement dans les soins de 1er recours doit amener progressivement les établissements hospitaliers à modifier leur offre en ETP.
- Les financements alloués à ce titre feront parallèlement l'objet d'une réaffectation sur d'autres missions dévolues à l'hôpital.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011



CONCLUSION :

L'Éducation thérapeutique en Nord Pas-de-Calais

- Parmi les critères de réussite pour le déploiement de l'ETP : **ASSOCIER LE MÉDECIN TRAITANT À L'ETP DISPENSÉE À SON PATIENT**, que ce soit dans un réseau de santé, un établissement de santé, par un organisme d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire, une structure pluri professionnelle de santé, une équipe éducative de PS libéraux, ...
- En outre, le futur dossier médical partagé devra contenir un volet ETP intégrant l'ensemble du parcours éducatif du patient et le degré d'atteinte des objectifs.

© COMMENT DIRE, 2011



Les Étapes de la démarche éducative

Durée : 1 heure

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°2 « Les Étapes de la démarche éducative »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront capables de déterminer les 4 étapes de la démarche éducative.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

40 minutes

1 Le formateur annonce l'activité au groupe qui consiste à décrire les étapes de la démarche éducative. Il indique le plan de l'exposé qui suit précisément, en détaillant les 4 étapes de la démarche éducative.

20 minutes

2 À l'issue de l'exposé (ou à l'issue de chaque étape présentée), le formateur invite le groupe à échanger. Il propose éventuellement une synthèse à l'issue des échanges.

Module 1 / Activité 3 / Exposé 2



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :






Financé par :




Les Étapes de la Démarche Éducative

Mise à jour – JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°2



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

Les 4 étapes de la démarche éducative

1. Bilan Éducatif Partagé (BEP) ou Diagnostic Éducatif (DE)
2. Définition du programme personnalisé avec les priorités d'apprentissage
3. Planification et mise en œuvre des séances d'ETP
4. Réalisation de l'Évaluation Partagée (EP) individuelle

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE

Étape 1 : Élaborer le Bilan Éducatif Partagé (BEP)

C'est explorer et évaluer avec le patient ses besoins et ressources en termes de :

- d'acquisition de connaissances ;
- d'acquisition ou de renforcement de compétences d'autosoins et compétences psychosociales,
- tout en valorisant ses démarches d'auto-apprentissage.

En pratique, le BEP est réalisé :

- sous la forme d'un entretien semi-directif, individuel (guide d'entretien) ;
- par un professionnel de santé formé à l'ETP.

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 2 : Définir un programme personnalisé & les priorités ⁽¹⁾

- Le BEP aboutit à un **échange** entre le soignant et le patient.
- Le soignant et le patient **négoce** des **objectifs personnalisés** à partir des **compétences à acquérir ou à renforcer** à des fins de santé, de maintien et/ou d'amélioration de sa **qualité de vie**.
- Les compétences à acquérir ou à renforcer sont des :
 - compétences **d'autosoins** ;
 - compétences **psychosociales**.
- Le soignant précise au patient les modalités et le déroulement de son **programme personnalisé**.

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 2 : Définir un programme personnalisé & les priorités ⁽²⁾

Il s'agit d'**écouter** ce que le patient **déclare** comme ses **priorités de vie, de santé, de compétences à acquérir** (ce qu'il réussit bien, ce qu'il aimerait apprendre à faire, là où il aimerait profiter d'une formation, ...).

Cela consiste pour le **soignant éducateur** à créer une **alliance pédagogique** autour du « **apprendre et faire ensemble** ».

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 3 : Planifier et mettre en œuvre des séances d'ETP ⁽¹⁾

- Les **séances d'ETP** peuvent être réalisées en :
 - individuel (ex : séance sur l'estime de soi)
 - collectif (ex : séance sur les traitements)
 - alternance (ex : séance sur les droits sociaux)

Cela est défini en fonction du patient et des **compétences à développer ou mobiliser**.

- L'**organisation et les outils pédagogiques** sont adaptés en fonction du ou des **objectifs personnalisés** (savoirs, savoir-faire, savoir-être).

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 3 : Planifier et mettre en œuvre des séances d'ETP ⁽²⁾

Les différentes ressources en ETP :

- Outils d'animation, de suivi, de coordination et les guides d'entretiens : fiches d'animation de séquences pédagogiques, trame de bilan éducatif partagé, fiche de synthèse, dossier éducatif patient, fiche de liaison, grille d'évaluation des séances, etc.
- Les organisations pédagogiques : exposé interactif, table ronde, mise en situation, jeu de rôle, étude de cas, travaux pratiques, brainstorming®, etc.
- Les outils pédagogiques : jeu de carte, carte de Barrow®, Photo langage®, planning thérapeutique, vidéos, aliments factices, etc.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 4 : Réaliser l'évaluation partagée ⁽¹⁾

- Évaluer la satisfaction du patient par rapport au déroulement du programme (ex : questionnaire).
- Faire le point avec le patient sur :
 - ce qu'il sait, ce qu'il a compris,
 - ce qu'il sait faire et appliquer,
 - ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.
- Proposer au patient si nécessaire, une nouvelle offre d'ETP (de renforcement ou de reprise) qui tient compte des données de cette évaluation et des données du suivi de la maladie chronique.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES 4 ÉTAPES DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE

Étape 4 : Réaliser l'évaluation partagée ⁽²⁾

L'évaluation du patient est néanmoins un processus continu.

Elle permet de réajuster le BEP, les objectifs personnalisés du patient ; de réévaluer ses besoins et ses attentes.

Elle permet d'orienter le patient vers une offre d'ETP complémentaire (en 2nd recours).

Le médecin traitant est au cœur du suivi éducatif du patient.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

**Évaluer :
Pour qui ? Pour quoi ?**

- Identifier des points forts, points sensibles, points à améliorer
 - la performance (fil active, nb de BEP, etc.)
 - la satisfaction des bénéficiaires du programme.
- Donner une visibilité
 - aux patients
 - à l'ARS, à l'institution
 - aux professionnels de l'équipe
 - aux partenaires de la démarche
- Améliorer l'offre éducative et la coordination
 - Réajuster, faire évoluer le programme éducatif
 - Optimiser la coordination

© COMMENT DIRE, 2011

3. PERSPECTIVES

L'offre ETP : prescription ?

La prescription de l'ETP est un acte administratif qui donne droit à financement mais dans la démarche éducative.

L'ETP doit être proposée et non imposée, elle ne se prescrit pas comme un simple médicament.

© COMMENT DIRE, 2011

3. PERSPECTIVES

**L'offre ETP :
contrat /consentement ?**

- La question du contrat est aussi une question sensible car il est utile au niveau administratif. La rédaction des termes employés mérite parfois qu'on s'y arrête.
- Le langage doit être un langage où les deux parties se sentent respectées.
- Il est important que le patient puisse s'engager, parfois dans la durée, notamment dans certains ateliers, mais là encore, l'offre ne doit pas être proposée comme une obligation.

© COMMENT DIRE, 2011



UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTE

CONCLUSION

L'offre ETP

Tout cela suppose qu'on :

- sache proposer ce nouveau type de prise en charge aux patients
- et que des réflexions ou des apports issus des Sciences de l'éducation par exemple, réfléchissent à comment on propose une démarche éducative dans un parcours de soin.

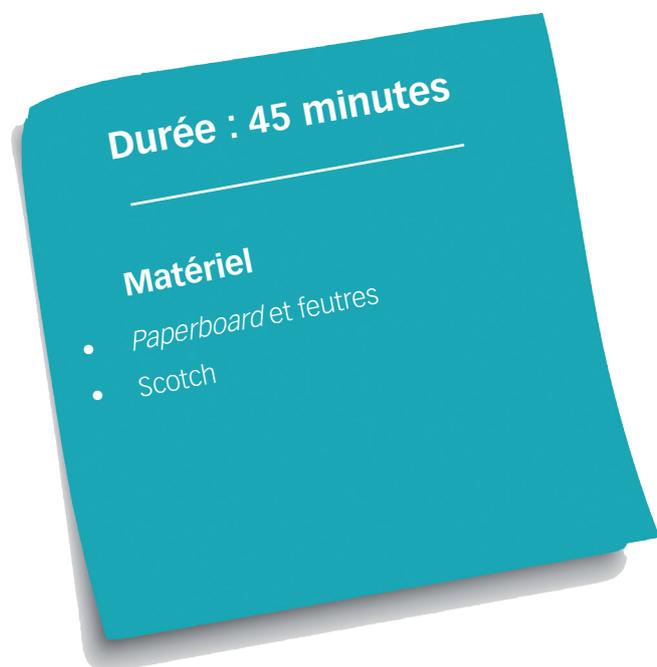
Le « contrat » doit être vécu de part et d'autre comme étant issu d'un objectif commun : la santé du patient.

Ce qui suppose que les deux partenaires du soin se soient parlés, écoutés et interagissent comme deux partenaires du soin.

© COMMENT DIRE, 2013



Les Étapes de la démarche éducative



Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- S'approprieront le vocabulaire des recommandations officielles.
- Découvriront la différence entre le langage de leur pratique de soins et celui de l'ingénierie de l'éducation thérapeutique.
- S'initieront à un nouveau langage commun.
- Évolueront dans leurs représentations sur l'éducation thérapeutique.
- Pourront mieux appréhender « le langage de l'ETP » pour pouvoir remplir et répondre à un cahier des charges.

Méthode

- Activité interactive mobilisant la construction des savoirs par les stagiaires.
- Les participants répartis en 3 groupes essaient de s'expliquer les uns aux autres ce qu'ils ont compris et retenu des 4 étapes de la démarche éducative. Ils réfléchissent à quoi cela leur fait penser dans leur pratique de soignant.
- Ensuite, pour chaque groupe, un rapporteur vient faire un résumé des 4 étapes de la démarche éducative en grand groupe.
- L'activité peut être prolongée, si le temps le permet, par un exercice qui consiste à essayer de transposer ces quatre étapes de la démarche éducative dans l'apprentissage des langues, du piano, de la marche chez l'enfant. En quoi ces quatre étapes diffèrent ou ne correspondent pas à la situation, ex : apprentissage naturel de la marche, donc absence de démarche éducative ? Pour les langues, on passe d'abord un test, pourquoi, quel test, à quoi cela sert-il ? Pour le piano, le programme de formation est-il personnalisé ? Est-ce la même chose ?

Variante : Écrivez sous une forme humoristique les 4 étapes d'une démarche éducative pour apprendre quelque chose qui a trait à une activité domestique (ex : apprendre à se servir d'un nouveau téléphone commandé par internet et livré sans mode d'emploi).



Aide à l'animation

- Éviter les confrontations.
- Expliquer que cette activité s'inscrit dans un processus d'appropriation des savoirs abstraits (connaître) et qu'on ne s'approprié ce type de savoir que si on dispose d'un temps pour l'intégrer, en parler, utiliser le vocabulaire adéquat qui est de plus celui du cahier des charges des ARS en ETP.

↳ Consignes et déroulement

15 minutes

1 Le formateur propose au groupe de se sous-diviser en 3 sous-groupes et de discuter pendant 15 minutes de ce qu'ils ont retenu de la présentation des 4 étapes de la démarche éducative. Il précise qu'un rapporteur doit être choisi par chaque sous-groupe pour prendre des notes et exposer en plénière les résultats de leurs travaux.

15 minutes

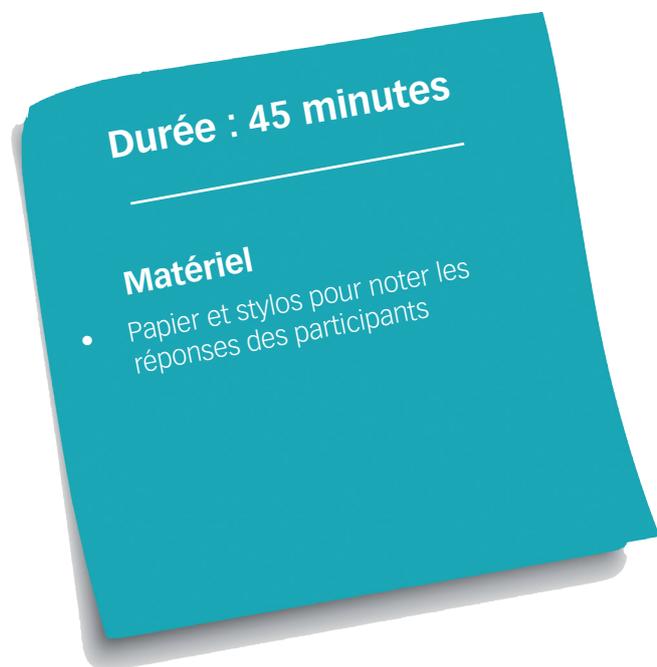
3 Le formateur met en valeur les points forts des explications de chaque groupe et soulève les oublis éventuels.

15 minutes

2 Le formateur invite les sous-groupes à reformer le grand groupe et les rapporteurs à présenter le résultat du travail de leur groupe (5 minutes par groupe).



Ma pratique en Éducation Thérapeutique



Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront eu l'opportunité d'explicitier leur pratique en éducation thérapeutique, leurs difficultés et leurs atouts.
- Découvriront la pratique des autres participants.
- Identifieront des points communs avec d'autres participants.
- Commenceront à élaborer sur leurs représentations de l'éducation thérapeutique.
- Développeront les premiers stades du sentiment d'appartenance à un groupe de professionnels, présents pour des raisons proches des leurs.

Méthode

- Activité interactive stimulant les échanges, le contact entre les participants et la circulation de la parole dans le groupe.
- Tour de table animé par le formateur.
- Le formateur fait un résumé rapide à la fin du tour de table des éléments rapportés par le groupe. Cette reprise par le positif du groupe aide à la naissance et à l'élaboration d'un sentiment d'appartenance à un groupe qui partagera un objet en commun pendant toute la formation.

Aide à l'animation

- Pour faciliter l'animation de cette activité durant laquelle les participants apprennent à se connaître, il est important de donner clairement dans la consigne le temps dont disposent les binômes pour discuter et noter leurs réponses.
- Les participants parlent de leur motivation, de leur désir, de ce qui leur plaît. Il est intéressant de commencer par la mise en évidence d'un plaisir vécu ou anticipé car l'éducation est dépendante du désir pédagogique de celui qui la pratique.
- Favoriser ce type de sentiment groupal participe à la diminution d'éventuelles inquiétudes que peuvent ressentir des stagiaires face au groupe, à un thème et au fait de s'y sentir accueilli. Il est important de démarrer par le plaisir et le désir de se former à quelque chose en commun.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

- 1** Le formateur propose au groupe de se mettre en binôme et de discuter sur 3 thèmes :
- Ce que je fais déjà en éducation thérapeutique du patient.
 - Ce que j'aime dans cette pratique, ce qui m'attire même si je ne la connais pas très bien.
 - Pourquoi j'ai envie de me lancer dans l'éducation thérapeutique.

25 minutes

- 3** Au bout de 10 minutes, le formateur lance le tour de table et invite chaque binôme à restituer en grand groupe ses réponses.

5 minutes

- 4** À l'issue des restitutions, le formateur fait un résumé rapide des éléments rapportés par le groupe.

10 minutes

- 2** Les stagiaires discutent (par 2) pendant 10 minutes, et notent les réponses trouvées par leur binôme.

↳ Pour en savoir plus

- Références bibliographiques :
 - Anzieu D. (2007), La dynamique des groupes restreints, Paris, PUF-quadrige.
 - Anzieu D., Kaës R., Thomas L.-V. (2007). Fantôme et formation, Paris, Éd. Dunod.





L'irruption d'une maladie chronique dans une vie

Durée : 2 heures

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant T-1 « Paroles de patients »
- 15 exemplaires de la Fiche participant T-2 « Paroles de patients »
- 15 exemplaires de la Fiche participant T-3 « Paroles de patients »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 2 « Paroles de patients »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 3 « Apprentissages »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Se représenteront la maladie comme une occasion d'apprentissages apportée par la vie.
- Pourront aborder l'irruption d'une maladie dans la vie d'une personne comme une transition ou un tournant de vie.
- Prendront conscience que les apprentissages liés à l'éducation thérapeutique viennent s'intégrer dans l'univers d'apprentissage du patient.

Méthode

- Constitution de 3 sous-groupes de 5 personnes.
- Synthèse en grand groupe.
- Le formateur a une fonction de facilitation des échanges dans les sous-groupes et lors du temps 4.

Pour en savoir plus

- **Références bibliographiques :**
 - Hélène Bezille-Lesquoy, 2003, L'autodidacte : entre pratiques et représentations sociales, Paris : Ed. L'Harmattan, Coll. Éducatifs et sociétés.
 - Francis Lesours, 2009, L'homme en transition. Éducation et tournants de vie, Paris : Ed. ECONOMICA, Anthropos.
- **Annexe :** Fiche « Apprentissages » (MOD 1/En savoir plus)



↳ Consignes et déroulement

1 Le formateur introduit le thème de l'activité de la façon suivante :

« La représentation prédominante de la maladie chronique dans notre société est une représentation qui réduit la maladie à une faille, un défaut, une anomalie, une perte, un handicap. Mais, en éducation, nous avons besoin d'une approche dynamique, qui part de la personne et prend en compte les manières dont elle donne du sens à l'événement « maladie » et ses capacités à rebondir. Faire de l'éducation thérapeutique, c'est accompagner une transition, un tournant de vie. Vous allez donc entrer en contact avec 8 personnages qui sont des personnes affectées par des pathologies qui n'ont pas été mentionnées volontairement (certaines se devinent très vite) et vous allez en petits groupes discuter et lister les savoirs d'existence et d'expérience que tous ces personnages ont acquis au décours de la maladie. »

90 minutes

2 Le formateur présente le déroulement et les consignes de l'activité.

L'activité dure 2 heures et comprend 4 temps de 30 minutes chacun. Le groupe est invité à se diviser en 3 sous-groupes de 5 personnes.

A la fin de chaque temps, les groupes recevront de la part du formateur les consignes du temps suivant. A l'issue des 3 premiers temps, le grand groupe se reforme pour la synthèse.

Le formateur remet aux participants des 3 sous-groupes la Fiche participant **Temps 1** « Paroles de patients » et leur présente la consigne : « Lire individuellement puis en groupe le texte, discuter et lister « Ce que la maladie a occasionné comme apprentissages pour chaque patient ? » (ex : prendre soin de soi, désir de savoir) ».

Le formateur distribue aux participants des sous-groupes la Fiche participant **Temps 2**, « Paroles de patients » et leur présente la consigne : « Vous restez en contact avec les 8 personnages et pour chacun vous notez dans les colonnes correspondantes les apprentissages que la maladie leur a occasionnés. Vous pouvez cocher plusieurs cases pour une personne. ».

Le formateur distribue aux participants des sous-groupes la Fiche participant **Temps 3**, « Paroles de patients » et leur présente la consigne : « À partir des apprentissages identifiés pour chaque personnage dans le temps 2, imaginez pour 3 ou 4 d'entre eux un scénario de vie enrichi et s'appuyant sur ses apprentissages (ex : il pourrait en faire quoi ? Vous le voyez dans quelle activité ? Style de vie ?) ».

-> Suite page suivante

↳ Consignes et déroulement *(suite)*

30 minutes

3 Synthèse

Le formateur invite les participants à reformer le grand groupe puis à s'exprimer sur les 3 questions suivantes :

- Qu'est-ce que ces personnages nous apprennent ?
- Quels types d'apprentissages ont-ils réalisé ?
- Qu'est-ce que vous avez imaginé comme rebondissement et scénario de vie pour certains d'entre eux ?

↳ Éléments pour la synthèse de l'activité

- Les apprentissages existentiels sont des apprentissages qui surgissent à n'importe quels moments de l'existence. Ils sont imprévus pour la plupart et finissent par constituer ce qu'on appelle des transitions ou des tournants de vie. Ils portent sur l'image de soi, du monde, la mythification des relations aux autres. Les croyances sur lesquelles la personne avait organisé sa vie quotidienne, ses projets, son couple, sa vie parentale, etc. sont tout d'un coup remis en question par un événement pensé par l'imaginaire collectif comme un événement négatif (divorce, perte de travail, maladie, handicap, ...). Ces événements viennent mobiliser des ressources (internes et externes), des apprentissages souvent d'autodidacte (apprendre seul en dehors des institutions éducatives, groupes d'échanges de savoir, réseaux, ...).
- Quand on propose une ETP, il est donc essentiel de prendre en compte et de valoriser les savoirs existentiels que le patient a acquis à l'occasion de sa maladie.

« Paroles de patients »

Consignes : Dans la colonne « Apprentissages », listez les apprentissages que la maladie a occasionné pour chaque patient.

Patients	Apprentissages
<p>SAMUEL, 35 ANS : La maladie m'a permis de résoudre beaucoup de choses en une seule fois sur le plan personnel, des casseroles que je traînais avec moi depuis la fin du lycée. Du coup il y a du positif là-dedans. Si je n'avais pas eu cela, je pense que je serais sorti des rails et pas du bon côté.</p>	
<p>LEILA, 21 ANS : J'ai une sœur qui est morte au pays de cette maladie quand j'étais encore petite. Donc quand j'ai appris que j'avais cela, je me suis dit « tout est foutu pour moi ». Mais en fait grâce aux nouveaux traitements, je m'en sors, mais je réapprends une autre vie presque plus intense...Oui... J'apprends ! J'apprends à vivre avec cela, mais pas que pour cela.</p>	
<p>MICHEL, 42 ANS : Je n'aurais jamais repris d'études si je n'étais pas tombé malade et surtout je n'aurais jamais eu l'idée de changer de métier... Non, franchement je n'aurais pas osé, alors que je me souviens qu'enfant j'y avais pensé.</p>	
<p>MARTINE, 69 ANS : Apprendre, vous savez a priori, je pensais qu'à part apprendre sur le diabète et l'hypertension, je n'apprendrais rien. Et voilà qu'ici j'ai appris que j'avais le droit de dire non et que m'occuper de moi c'est important. Je peux vous dire que la vie a changé à la maison et que mon mari il ne met plus ses écailles quand je lui parle... Ah non pas question, j'existe et j'ai appris cela par-dessus le marché !</p>	
<p>SAID, 15 ANS : Moi, la maladie cela m'a tout appris parce que j'ai commencé jeune avec elle et on m'a tout de suite dit que vu mon état, mon avenir tout cela, que j'y arriverais dans la vie, si je me concentrais et si je faisais attention à tout... ! Au départ, cela ne m'a pas plu, mais maintenant c'est moi qui apprend aux autres. Je suis volontaire dans cette association et j'aime expliquer aux autres jeunes diabétiques comment on peut faire...</p>	
<p>CORINNE, 30 ANS : Attention, la maladie n'apprend pas que des choses bonnes à apprendre. J'étais jeune et cela m'a sapé le moral, j'ai dû apprendre et comprendre tout toute seule et un jour, j'ai eu envie de me battre pour le statut des malades.</p>	
<p>FRANCIS, 58 ANS : Je suis chauffeur de taxi, alors oui la maladie cela vous en apprend même si on n'a pas fait d'études, mais c'est dur, car il faut apprendre le bon côté des choses et en laisser un peu de côté, mais je l'ai fait et j'assume encore bien mon métier de taxi.</p>	
<p>PIERRE, 31 ANS : Cette maladie elle m'a appris l'injustice, le rejet. On m'a mis à l'écart dès que cela s'est su et même ma famille, ce n'est plus comme avant... Il faut apprendre à vivre sans famille, apprendre à se taire, apprendre à mentir des fois...</p>	

Consignes : Cochez les apprentissages que la maladie a occasionné selon vous, pour chaque patient.

Apprentissages	Samuel	Leila	Michel	Martine	Saïd	Corinne	Francis	Pierre
Résolution de problèmes								
Vivre avec sa maladie								
Espoir, qualité de vie								
Oser réaliser un rêve enfoui								
Émancipation								
Prendre soin de soi								
Mettre des limites								
Affirmation de soi								
Prendre conscience de sa valeur								
Savoir voir les choses du bon côté								
Stigmatisation								
Désir de transmettre à d'autres patients								
Désir de savoir								
Engagement, militantisme								
Repositionnement dans sa vie								
Estime de soi								

« Paroles de patients »

Consignes : À partir des apprentissages identifiés pour chaque personnage dans le temps 2, imaginez, pour 3 ou 4 d'entre eux, un scénario de vie enrichi qui s'appuie sur leurs apprentissages (ex : qu'est-ce qu'il pourrait en faire ? Dans quelle activité le voyez-vous ? Quel style de vie aurait-il adopté ?

Scénarios de vie
SAMUEL, 35 ANS >> 45 ans :
LEILA, 21 ANS >> 31 ans :
MICHEL, 42 ANS >> 52 ans :
MARTINE, 69 ANS >> 79 ans :
SAID, 15 ANS >> 25 ans :
CORINNE, 30 ANS >> 40 ans :
FRANCIS, 58 ANS >> 68 ans :
PIERRE, 31 ANS >> 41 ans :

« Paroles de patients »

Scénarios de vie

SAMUEL, 35 ANS >> 45 ans :

Il est employé dans une bibliothèque de lycée, il est heureux avec ses deux enfants et sa femme. Il fait très attention à sa santé.

LEILA, 21 ANS >> 31 ans :

Elle a repris des études le soir et elle travaille dans un salon de remise en forme. Elle est heureuse et s'est mariée.

Elle a encore des épisodes aigus qui peuvent la bloquer pendant 24-48 heures. Elle sait qu'elle peut avoir des enfants.

MICHEL, 42 ANS >> 52 ans :

Il était comptable. Maintenant, il est artisan à son compte. Il a inventé un concept de fabrication de meubles en carton.

Il vit toujours en couple.

MARTINE, 69 ANS >> 79 ans :

Elle n'est pas en bonne santé. Elle est suivie dans un hôpital plus près de chez elle car elle a du mal à se déplacer (complications du diabète et de l'âge).

SAID, 15 ANS >> 25 ans :

Il est marié et il vient d'avoir une petite fille. Il a un métier dans les technologies et il a des problèmes de santé avec son diabète. On lui a découvert un problème rénal mais il continue à se battre pour les autres et il siège dans un comité d'usagers.

CORINNE, 30 ANS >> 40 ans :

Elle est dans la communication, elle a perdu son époux et n'a pas refait sa vie à cause de sa maladie. Elle s'occupe de son fils qui a été ébranlé par la maladie, par le décès de son père, mais qui réussit bien à l'école.

FRANCIS, 58 ANS >> 68 ans :

Il a des soucis de santé, il n'arrive pas à contrôler son hypertension et son insuffisance rénale. Il n'est plus chauffeur de taxi et il n'a pas beaucoup de moyens.

PIERRE, 31 ANS >> 41 ans :

Il est devenu journaliste. Il a écrit un livre sur les prisons aux États-Unis et il travaille pour les associations. Il a eu une fille et il vit seul.

« Apprentissages »

« Qu'est-ce qu'apprendre ?¹ »

Il existe de multiples définitions de l'acte d'apprendre. Il existe même une multitude de classifications selon des critères très diversifiés. On distingue ainsi des apprentissages verbaux ou moteurs, des apprentissages par l'action

ou par l'imitation... Nous nous limiterons ici à une dichotomie qui se réfère à deux grandes théories d'apprentissage souvent opposées, mais en fait plutôt complémentaires.

Conception behavioriste

Théoriquement, cette conception se rattache aux travaux de Pavlov sur le conditionnement. En psychologie, le concept de conditionnement est repris par Watson qui se fait fort de transformer tout enfant, normalement constitué, en médecin, avocat ou voleur par le jeu de subtils conditionnements.

Dans les années 60, B.F. Skinner définit l'apprentissage comme un « conditionnement opérant », axé sur les renforcements positifs ou aversifs.

Dans la foulée, il invente l'enseignement programmé, moteur de ce qu'il appelle « la révolution scientifique de l'enseignement ». Cette conception a suscité autant d'adhésion que d'hostilité. L'erreur de Skinner est, sans doute, d'avoir généralisé à outrance sa théorie. Il est incontestable que certains apprentissages relèvent bien du conditionnement mais que d'autres se réalisent d'une toute autre manière.

Conception cognitive

Le cognitivisme est un courant de pensée de la psychologie contemporaine qui s'interroge sur la genèse de la connaissance.

Contrairement aux behavioristes, les cognitivistes refusent le dogme de « la boîte noire », c'est-à-dire qu'ils considèrent qu'entre le stimulus et la réponse, il existe une activité interne digne d'intérêt même si elle n'est pas directement observable. L'une des plus importantes contributions au cognitivisme est sans conteste l'œuvre de Jean Piaget qui s'interroge sur le développement de l'intelligence

chez l'enfant. C'est ce qu'il appelle l'épistémologie génétique. Pour Piaget, les concepts ne s'enseignent pas, ils se construisent au cours de stades d'évolution successifs; ils se construisent de bric et de broc grâce à l'interaction de l'individu avec son environnement. Dans les recherches du LEM, notre référence sera, bien entendu, plus constructiviste que behavioriste. Toutefois, nous admettons que ces deux courants de pensée sont complémentaires et que certains apprentissages relèvent, qu'on le veuille ou non, du conditionnement.

¹ L'intégralité de ce texte est extrait de l'article *Styles d'enseignement, styles d'apprentissages et pédagogie différenciée en sciences* (sous la direction du Professeur Jean THERER), publié dans la revue Informations Pédagogiques, 1998, N°40, pp. 3-23.
<http://www.restode.cfwb.be/download/infoped/info40a.pdf>

Conséquences

L'apprentissage est un concept extensif que l'on ne peut réduire aux acquis scolaires.

J'apprends à skier, j'apprends le tableau de Mendeleev, j'apprends la haine, l'amour, j'apprends à jouer d'un instrument de musique, j'apprends à conduire une voiture... Le concept d'apprentissage est extraordinairement extensif. Il faut bien constater que les apprentissages qui ont marqué notre vie relèvent plus des apprentissages existentiels que d'apprentissages scolaires.

Comment définir l'apprentissage, en fonction de ce qui précède ?

En nous référant à la fois au behaviorisme et au cognitivisme, nous proposons la définition suivante : **l'apprentissage est une modification adaptative du comportement consécutive à l'interaction de l'individu avec son milieu. De plus, l'apprentissage doit être plus ou moins durable et, autant que possible, utilisable.** Et quand on

parle de modifications adaptatives, on ne préjuge pas de la désirabilité sociale de l'apprentissage ; on peut apprendre à tuer, à voler, à mentir comme on peut apprendre à aider son prochain, comme on peut apprendre à résoudre une équation.

Le but de l'apprentissage n'est pas le savoir, mais l'action.

En d'autres termes, le but de l'apprentissage c'est d'accroître notre qualité de vie. Ce critère n'est pas toujours très explicite dans les apprentissages scolaires.

Certaines conditions facilitent les apprentissages.

Ces conditions ont été mises en lumière par les recherches sur les conditions de l'apprentissage ; nous les avons exprimées en termes d'efficacité didactique. Un des premiers principes, c'est le principe de signification ; « **tout apprentissage doit être significatif, c'est-à-dire qu'il doit s'insérer dans un réseau de choses connues et vécues par l'apprenant.** »



Changement & Maladies chroniques

Durée : 1 heure

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°3 « Changement & maladies chroniques »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront capables de déterminer et de comprendre les modifications thérapeutiques des styles de vie qu'impliquent les maladies chroniques.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



Consignes et déroulement

45 minutes

1 Le formateur présente l'activité qui porte sur les changements de style de vie liés à la maladie et aux traitements, avec des illustrations dans le domaine du diabète.

15 minutes

2 A l'issue de l'exposé, le formateur invite le groupe à échanger. Il précise que ce thème du changement sera repris plus tard dans la formation.

Module 1 / Activité 6 / Exposé 3



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



COMMENT DIRE
UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

En partenariat avec :







Financé par :




Changement & Maladies chroniques

Modifications thérapeutiques des styles de vie

Mise à jour – JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°3



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

INTRODUCTION :

Problème posé

Les **maladies chroniques** sont l'objet de deux types de prescriptions :

- Une prescription médicamenteuse.
- Une prescription de changements à effectuer ayant trait au style de vie.

© COMMENT DIRE, 2011



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

1. CHANGEMENT ET MALADIES CHRONIQUES :

Changement et Styles de vie

- Les changements à effectuer dans les styles de vie concernent majoritairement les **pratiques alimentaires**, l'**activité physique** et les **différentes modalités d'auto surveillance**.
- Ces changements sont difficiles à mettre en place et aussi à maintenir dans la durée.

© COMMENT DIRE, 2011

1. CHANGEMENT ET MALADIES CHRONIQUES :

Changement et Styles de vie

La plupart de ces changements partagent des éléments en commun, comme :

- Renoncer à certains plaisirs (alimentation) ;
- Conduire des actions qui représentent une contrainte perçue (activité physique) ;
- Devoir modifier ses habitudes ;
- Introduire dans son emploi du temps des activités perçues comme des activités obligées ;
- Devoir tenir dans la durée.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

1. CHANGEMENT ET MALADIES CHRONIQUES :

Changement et Resistance

- Ces changements répondent à une nécessité, un besoin, une obligation qui confrontent la personne à une ambivalence et à des résistances, même si elle perçoit les avantages du changement.
- La plupart du temps, la personne essaie de mettre en place ces changements, mais comme elle se confronte à des échecs répétés, elle finit par perdre confiance en elle et renoncer.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. LE CHANGEMENT : ILLUSTRATION DANS LE DIABÈTE

Illustration dans le diabète

Il y a souvent un cumul des tâches du patient :

- Modification de son style de vie (nutrition, exercice, poids) ;
- Surveillance et soins du pied ;
- Prise de médicaments ;
- Injection d'insuline ;
- Autosurveillance.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. LE CHANGEMENT : ILLUSTRATION DANS LE DIABÈTE

Changement : Quels besoins ?

Pour les professionnels :
Un besoin d'apports théoriques sur les théories du changement en santé (qu'est-ce qui marche ? Qu'est-ce qui ne marche pas ?).

Pour les patients :
Un besoin d'accompagnement : les changements d'habitudes pour des raisons de santé ont du mal à se pérenniser.

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011



Écoute centrée sur la personne

Entraînement à la pratique

Durée : 1 heure 15

Matériel

- Papier pour noter les expressions du vécu des participants dans la pratique de l'écoute proposée par l'activité
- Fiche formateur 1 « Rôle et place du langage non verbal dans l'ETP »
- Fiche formateur 2 « L'empathie »
- Fiche formateur 3 « L'écoute »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront acquis une pratique réflexive sur leurs capacités d'écoute.
- Sauront repérer les points à renforcer dans leur écoute pour ne pas parasiter le récit du patient en ETP.
- Comprendront l'importance pour le patient d'avoir un soignant qui pratique l'écoute centrée sur la personne dans certaines situations.
- Connaîtront la différence entre l'écoute active et l'écoute utilisée dans la vie quotidienne.
- Comprendront que le langage non verbal est le premier niveau de l'empathie.

Méthode

- Activité starter qui permet une conscientisation des enjeux de l'écoute.
- Le groupe doit être assis en cercle. Les tables sont exclues pour ce type d'activité.
- Verbalisation du vécu des participants, animé par l'intervenant.
- L'intervenant a une fonction de facilitation et de soutien des participants.
- C'est lui qui dirige le déroulement des activités par étapes.

Pour en savoir plus

Références bibliographiques :

- Rogers C. (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Ed. ESF pour la traduction française, Paris.
- Tourette-Turgis C. (1996), *Le counseling*, Paris, Ed. PUF, Coll. Que Sais-Je ?
- Tourette-Turgis C., Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L. (2008), *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue*, Paris, Ed. COMMENT DIRE.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique au groupe que le travail va consister à explorer l'écoute et l'empathie, à travers des mises en situation. Ce sont 2 attitudes de base dans l'approche centrée sur la personne (voir annexes).

20 minutes

2 Mises en situation par binômes

Temps 1 : « A » raconte à « B » une situation problématique pour lui (10 minutes).

Pendant son récit, « B » l'écoute sans avoir le droit de parler mais en lui montrant son empathie. « B » peut manifester sa présence (rire, faire « hum », bouger, etc.) mais il ne peut pas parler.

Temps 2 : « B » raconte à « A » une situation problématique pour lui (10 minutes) et c'est maintenant à « A » d'écouter sans avoir le droit de parler et en montrant son empathie.

Le formateur précise aux participants que lorsqu'ils sont dans le rôle de celui qui écoute, ils doivent essayer de s'apercevoir de leur ressenti tout au long du récit de leur binôme, en repérant aussi ce qui est difficile pour eux dans cette situation de silence.

30 minutes

3 Tour de table et discussion en grand groupe

Temps 1 : Le formateur invite systématiquement tous les participants (et prend des notes) à s'exprimer sur ce qu'ils ont ressenti à partir de 3 questions :

- Qu'est-ce que cette activité vous a permis de comprendre ?
- Qu'est-ce que vous avez ressenti pendant que vous écoutiez sans avoir le droit de parler ? Quelles étaient vos difficultés ?
- À quel moment c'était le plus difficile pour vous de ne rien dire ? Qu'est-ce que vous aviez envie de lui dire ?

Temps 2 : Le formateur demande ensuite au grand groupe « Comment vous êtes-vous senti écouté ? »

20 minutes

4 Conclusion par le formateur

Mini-exposé (se reporter Fiches formateur 1, 2 et 3) en prenant soin de prendre en compte les réponses des participants sur leur vécu comme « écoutant ».



Aide à l'animation et reprise possible

Cette activité est centrale dans le renforcement des compétences relationnelles dans la conduite d'activités éducatives nécessitant une part d'écoute et d'échanges.

Très souvent les participants éprouveront de l'appréhension au moment d'évoquer des situations personnelles à raconter en binôme. Parfois, il faut donner des exemples, comme « il y a quelque chose qui m'étonne, qui m'inquiète depuis quelques temps ». Pour ceux qui ne trouveraient vraiment pas de situations à raconter, il y a toujours la possibilité de parler des dernières vacances.

Il est important d'énoncer au groupe qu'à l'issue de cette activité, la situation racontée ne sera pas partagée avec le grand groupe, mais que, lors d'une prochaine activité, les participants qui le souhaiteraient pourraient reprendre une des situations évoquées. Le travail de l'écouter est de :

- prendre conscience de ce qui se passe en lui et d'entrer en contact avec son propre monde interne,
- ne pas oublier que l'autre aussi vit de son côté une expérience interne pendant son récit,
- savoir régler son écoute et faire écho à ce qu'il perçoit et ressent comme étant l'état interne de celui qui lui parle.

Le formateur doit prendre en compte toutes les difficultés formulées par les participants dans sa synthèse et faire le lien avec l'écoute naturelle utilisée dans une discussion entre deux personnes. Il

peut dire quelque chose comme : « Très souvent dans l'écoute quotidienne, les choses se passent comme cela : Marie parle à Sonia « tu sais, mon ami m'a fait quelque chose de très dur ce week-end » Marie commence à raconter ce qu'elle a vécu et tout d'un coup Sonia intervient en disant « le mien aussi, il m'a fait quelque chose de pire encore... » Mais le problème est que Marie voulait peut-être dire que ce qu'a fait son ami lui a servi, mais comme elle a commencé par la plainte, elle ne peut dire en quoi l'attitude de son ami l'a aidée (par exemple, à se rendre compte qu'elle gagnerait à être moins dépendante, au risque de choquer ses collègues ou avoir à se justifier !). Combien de fois, n'arrivons-nous pas à conclure, à analyser ce qui nous tracasse parce que ceux qui nous écoutent nous parasitent avec leurs histoires, leurs interprétations, leurs conseils ? »

Le formateur peut proposer au groupe une mini-activité très rapide (3 min.) : « Avez-vous eu la semaine dernière le sentiment de ne pas avoir été écouté, dans la vie professionnelle, dans la vie sociale, familiale ? Essayez de vous en souvenir. » Il laisse une minute au groupe pour réfléchir et demande ensuite aux personnes qui se sont souvenues d'une telle situation, de lever le bras. En général, une bonne partie du groupe (sinon la majorité en y incluant le formateur lui-même !) lève le bras. Le formateur rappelle que l'écoute est libératrice pour celui qui peut s'entendre. « Il faut écouter pour que l'autre s'entende ».

« Rôle et place du langage non verbal dans l'ETP »

La forme spontanée de l'empathie se manifeste par la présence à l'autre et cette présence se rend visible par le langage non verbal. Il y a un consensus dans la littérature qui dit que la communication non verbale serait responsable entre 90 et 95% de la communication humaine ! Cette « empathie de base » est accessible à tout être humain. On le voit par exemple dans la communication qui s'établit entre la mère et son enfant de 2 mois.

Il y a parfois des chocs culturels au niveau du langage non verbal. Dans certaines cultures,

les femmes ne peuvent pas regarder des hommes directement. Dans d'autres, il est impossible de toucher les gens, dans d'autres encore, c'est le contraire, etc.

Il y a parfois même des rejets provoqués par ce choc culturel, rejets non analysés en tant que tels lorsque le langage verbal est privilégié comme forme significative de la communication.

Il y a parfois une contradiction entre le « langage non verbal » et le « langage verbal » qui devient source de mésentente.

Dans l'ETP « centrée sur la personne du patient », le langage non verbal du patient est source d'aide pour le soignant au recentrage. Par exemple, un soignant est en train de dire quelque chose, de donner une explication à un patient, et tout d'un coup, il voit que celui-ci « n'est plus là », c'est-à-dire qu'il n'écoute plus. Le soignant peut à ce moment lui dire « j'ai le sentiment que ce que je viens de dire vous a fait réfléchir » ou « j'ai le sentiment que ce que j'ai dit vous a fait peur », ou encore « j'ai le sentiment que ce que j'ai dit ne répond pas à votre question ! ». Cela permet au soignant de se recentrer sur le vécu du patient et surtout cela permet au patient de se repositionner, de prendre sa place, de ne pas subir. Imaginons en suivant cet exemple que c'est précisément ce que dit le soignant qui n'intéresse pas vraiment le patient, ce dernier pourra alors le dire sans crainte et le soignant pourra poursuivre

l'échange en se mettant à la disposition du patient. Dans le cas où le soignant aurait tort, le patient peut se repositionner « Non, cela m'intéresse, mais vous savez, ce que vous avez dit m'a fait penser que... ».

Le langage non verbal du patient dit quelque chose et le soignant doit en prendre acte. Par exemple, cette infirmière qui nous a dit un jour : « J'ai reçu un malade avec son épouse, j'étais devant eux et il y avait un bureau entre nous. L'épouse était penchée sur le bureau et le malade était en retrait... Quand tout d'un coup j'ai vu que ses pieds étaient tournés vers la porte qui était à sa gauche... Là je me suis dit qu'il fallait que je prenne cela en compte et que je devais au moins essayer d'attirer l'attention de ce monsieur... À la fin, il était penché sur la table tout content et son épouse avait pris un peu de recul... C'était trop parlant, je ne pouvais pas l'ignorer ! »

« L'empathie »

« L'empathie est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. À la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le praticien tente de faire abstraction de son propre univers de référence mais sans perdre contact avec lui, pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Elle se résume par une question à se poser régulièrement : « Qu'est-ce qui se passe actuellement chez la personne qui est en face de moi ? ».

Un certain nombre de travaux s'accordent pour dire que l'existence de l'empathie est fondamentale dans l'entretien et que sa qualité est en lien direct avec l'expérience du counselor* et la qualité du lien thérapeutique quelle que soit

l'orientation théorique à laquelle se rattache le thérapeute. D'autres études (Mitchell, Bozarth, Krauff et Sloan par exemple) démontrent bien son importance mais ne la considèrent pas comme aussi déterminante. L'adoption de cette attitude est difficile dans certaines situations graves qui nous poussent naturellement à nous sentir à la fois affectés, impuissants et mobilise en nous des sentiments comme l'injustice ou l'inquiétude. Et pourtant une personne confrontée à une situation difficile a d'abord besoin de quelqu'un présent à ses côtés, qui l'aide à faire face à ce qui lui arrive, et non d'une personne qui réagit à sa place. Par la compréhension empathique, le conseiller aide la personne à entrer en contact avec ses propres sentiments et à découvrir leur signification.

Comment se manifeste l'empathie ?

- En mettant des mots sur ce que l'on perçoit comme étant l'émotion dominante chez la personne ;
- En lui demandant de nous dire ce dont elle aurait le plus besoin dans l'ici et maintenant ;
- En essayant de comprendre son point de vue et en reformulant ce dernier sans tenter de le modifier (c'est d'elle-même dans un deuxième temps que la personne modifiera son point de vue sur sa situation).

Les effets de l'empathie dans la relation de soin

- Augmentation du degré d'estime de soi de la personne : « on peut donc comprendre ce que je ressens sans me renvoyer que j'ai tort de penser cela » ;
- Amélioration de la qualité de la communication : « il ne se contente pas de me répondre que lui aussi peut mourir en sortant d'ici » ;
- Ouverture à l'expression d'émotions plus profondes : « c'est vrai que derrière cette colère il y a en fait toutes mes peurs ».

Questions à se poser

- Puis-je entrer dans le monde intérieur d'autrui et réussir à saisir ce qu'il ressent et ce qu'il perçoit ?
- Puis-je me sentir suffisamment proche d'autrui tout en me sentant différent et perdre tout désir de le juger et de l'évaluer ?

Réflexions

- Il peut m'être difficile de communiquer à quelqu'un la compréhension que je pense avoir de lui. Le minimum de compréhension formulée, même sous une forme incomplète, aide considérablement l'autre à avancer dans la compréhension de lui-même. »¹.

*Dans la culture anglo-saxonne, le terme de « counseling » est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. H.B. et A.C. English le définissent comme « une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face ». Les praticiens du counseling sont appelés counselors.

¹ Cette fiche téléchargeable sur Internet <http://www.counselingvih.org/fr/definition/empathie.php>

a été rédigée à partir d'extraits des ouvrages suivants :

C. Tourette-Turgis (1996). La rétinite à CMV – Guide de counseling (pp. 53-54), Ed. Comment Dire

C. Tourette-Turgis (1992). Guide de prévention – Comment conduire des actions en éducation pour la santé sur l'infection par le V.I.H. auprès des jeunes en milieu scolaire (chap. I, p. 60), Ed. Comment Dire / AFLS.

« L'écoute »

Qu'est-ce que l'écoute ?

« L'écoute est le premier soin (...) la première attitude d'aide à développer ou à optimiser chez le soignant. Et là encore, il est important de définir ce que nous entendons par écoute dans notre approche. Écouter, c'est essayer d'entendre, et entendre, c'est exercer ses capacités à voir l'autre comme un être unique qui ne se compare à aucun autre. C'est aussi renoncer pendant le temps d'un entretien à la relation asymétrique qui existe à la fois dans le monde de l'éducation et celui du soin. C'est refuser de se retrancher derrière une barrière où l'un saurait ce que l'autre ne sait pas, où l'un aurait le pouvoir par rapport à un autre qui serait pensé comme démuné et réduit à sa plainte ou à ses symptômes !

L'écoute n'est pas une technique mais une attitude, une compétence de base qui peut être développée ou renforcée. « Il s'agit d'une forme d'engagement envers l'autre impliquant une sensibilité et une attention à autrui. » L'écoute active (...) se centre sur la personne du patient et sur ce que celle-ci exprime de manière explicite ou implicite dans son langage verbal et non verbal. L'écoute active n'est pas la recherche ou

la confirmation d'une hypothèse, elle ne se situe pas sur un registre rationnel. Écouter, c'est se mettre en travail. Cela sous-entend que celui qui écoute activement l'autre, a des choses à faire ou à tenir dans la durée de l'entretien comme l'adoption d'une attitude de non-jugement, d'une attitude empathique.

Par ailleurs, le travail consiste à utiliser des techniques comme des aides à l'expression de la personne (reformulation, recentrage, clarification, questions ouvertes, silences). L'écoute demande à celui qui la pratique une discipline pour garder à une bonne distance de soi ses réactions de jugement et ses opinions hâtives. Elle exige aussi le renoncement au plaisir de parler et à l'habitude de monopoliser la parole. En retour, elle le délasse de lui-même et lui apporte du plaisir et un sentiment de bien-être lié au lâcher prise. L'écoute active « est la compétence de base indispensable à l'exercice d'autres capacités comme la capacité à reformuler les contenus d'un entretien, les sentiments et les émotions exprimés. » »

Cette fiche n°2 est un extrait de l'ouvrage *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue*, (2008), Tourette-Turgis C. Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L., Paris: Ed. COMMENT DIRE (Chapitre 4, pp. 84-87).

À quoi cela sert ?

Dans un entretien, l'écoute active aide le patient à éprouver le sentiment d'exister dans le regard de l'autre. Grâce à la position de facilitateur du soignant, le patient s'approprie son vécu autrement. Elle participe à la création d'une relation soignant-soigné basée sur la confiance mutuelle, elle est aidante car elle redonne au patient une confiance en lui.

Le patient se met alors à trouver lui-même ses propres solutions à ce qui se présentait comme un problème insurmontable quelques minutes auparavant. L'écoute active mobilise de nouvelles énergies chez le patient qui petit à petit se libère dans l'expression de ses émotions tout en les maîtrisant lui-même s'il le sent nécessaire.

Comment faire ?

Pour écouter, le soignant doit adopter une attitude physique de disponibilité. Il explicite par des signes visuels et verbaux sa mise en écoute. Il doit refuser dans la mesure du possible d'être dérangé par des bips ou des appels téléphoniques. Il est important pour le soignant de faire un travail sur soi pour faire taire ses idées préétablies et ses préjugés, afin de contenir son envie d'interpréter ou d'intervenir trop vite et trop souvent. Pouvoir éloigner chez le patient la peur d'être jugé (par rapport à ses conduites alimentaires, son poids, ses non prises de médicaments) est le pas fondateur de la consultation elle-même ! Les patients verbalisent souvent la peur d'être jugés pour justifier le fait de ne pas avoir envie de venir à ce type de consultation. Un médecin explique comment il fait pour éloigner cette peur chez ses patients : « Je dis : elles (les infirmières) ne sont pas là pour vous juger ou dire ce qui est bien ou mal ! Elles sont là pour vous aider parce qu'on sait que

tout ça peut ne pas être évident ! » Cette peur se retrouve chez les personnes ayant à suivre des traitements lourds ou des recommandations contraignantes. Elle comprend plusieurs peurs : celle de se sentir jugé par leur entourage, par le corps soignant, mais aussi par elles-mêmes. Pour maintenir un haut niveau d'écoute dans la durée, le soignant a intérêt à utiliser des questions ouvertes pour réduire les « allant de soi » dont on se contente dans une conversation ordinaire. Par exemple, quand un patient dit « cette maladie c'est difficile, vous ne trouvez pas ? », on pourrait penser qu'il s'agit juste de manifester notre accord avec la pensée du patient. En fait, la méthode consiste à relancer immédiatement le patient en lui demandant « Qu'est-ce qui est difficile ou qu'est-ce qui est le plus difficile dans cette maladie ? ». Cela évite au soignant de parasiter le patient avec son propre imaginaire de la maladie forcément différent de celui du patient. »



Techniques de base - La question ouverte

Entraînement à la pratique

Durée : 1 heure 30

Matériel

- Fiche formateur 4 « Les questions ouvertes »
- 15 exemplaires de la Fiche participant 8 « Reconnaître une question ouverte et une question fermée »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 5 « Reconnaître une question ouverte et une question fermée » (Réponses à la Fiche participant 8)
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Connaîtront la différence entre une question ouverte et une question fermée.
- Saisiront l'intérêt des questions ouvertes dans l'ETP mais aussi dans toute approche centrée sur la personne.
- Maîtriseront l'usage des questions ouvertes.

Méthode

- Activité se déroulant par étapes et nécessitant un haut degré d'implication des participants.
- Le groupe doit être assis en cercle, les tables doivent avoir été enlevées.
- Débat animé par le formateur.
- Le formateur a une fonction de facilitation et de garant d'un climat de bienveillance et de non-jugement.

Pour en savoir plus

- **Références bibliographiques :**
 - Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2009), Pratique de l'entretien motivationnel – communiqué avec le patient en consultation. Traduction Languérand d'E., Lécallier D., Michaud P., Paris : InterEditions-Dunod (pp 68-74).
 - Tourette-Turgis C. Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L. (2008), L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue, Paris, Ed. COMMENT DIRE (pp. 89-95).



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente l'activité qui porte sur la technique de la question ouverte, qui est une technique fondamentale dans un entretien à visée d'écoute, d'aide, d'accompagnement, de compréhension. Il explique que l'activité se déroule sur 4 temps.

10 minutes

2 Travail sur les connaissances du groupe sur la « question ouverte »

Le formateur sollicite le groupe pour que les participants expliquent ce qu'ils comprennent par « question ouverte ».

Il leur demande ensuite « En quoi l'usage de la question ouverte est préférable à celui de la question fermée dans l'ETP ? Qu'est-ce que les questions ouvertes favorisent chez la personne ? Qu'est-ce qu'elles permettent ? ».

10 minutes

3 Mini exposé

Le formateur fait un mini-exposé (Fiche formateur 4) sur l'usage et l'importance de la question ouverte dans l'écoute active et la conduite d'un entretien exploratoire.

20 minutes

4 Identification des questions ouvertes

Le formateur va au tableau et demande au groupe de lui donner des exemples de questions ouvertes pour commencer un entretien.

Il note les propositions du groupe en prenant soin de les laisser visibles.

Il remet ensuite à chaque participant la Fiche 8 « Reconnaître une question ouverte et une question fermée » où figurent 15 questions.

Les participants remplissent de manière individuelle cette fiche. Ensuite, il invite les participants à discuter entre eux leurs résultats et tenter de se mettre d'accord en cas de divergence (Voir ci-dessous l'aide à l'animation sur les questions).

45 minutes

5 S'entraîner à l'usage de la question ouverte

Le formateur demande qui dans le groupe aimerait raconter la « situation problématique » qu'il a présentée en binôme dans l'activité précédente (Cf. Module 2/Activité 7) pour que les participants puissent s'entraîner à poser des questions ouvertes.

Le formateur s'assure que les participants n'utilisent que des questions ouvertes. Si quelqu'un pose une question fermée, il invite le groupe à l'aider à ouvrir sa question.

Le formateur stimule les participants, mais ne les force pas.

À la fin de l'histoire et/ou quand la majorité voire tous les participants ont posé au moins une question ouverte, le formateur demande à chaque personne : « Comment avez-vous vécu cette expérience ? » (Cf. ci-après « Aide à l'animation et reprise possible ».).



Aide à l'animation et reprise possible

- **Encadré 4** : Le formateur attend les réponses du groupe mais il sait que l'on peut commencer une question ouverte avec: « Comment, que, qu'est-ce, quel, quelle, dans, en quoi ; etc. ». Une question ne peut pas être ouverte si l'on place le verbe avant le sujet (ex. : « Voulez-vous lui en parler ? » ; « Feriez-vous comme cela ? »)

- **Commentaires sur l'exercice « Est-ce une question ouverte ou fermée? »**. Il est très commun que le groupe n'ait pas les mêmes réponses pour toutes les questions. Surtout pour la 2^{ème} (Où avez-vous grandi ? ». Cette question théoriquement fermée suscite une discordance entre les participants. Une partie s'arrête au sens géographique « où » (et dit qu'il s'agit d'une question fermée) et une autre s'arrête au sens du mot « grandir », qui est un mot chargé d'affect (et dit qu'il s'agit d'une question ouverte.). Les deux réponses peuvent coexister et montrent la complexité du thème.

Il est intéressant de demander au groupe d'ouvrir certaines questions fermées tout en restant au plus près du sens de la phrase. Cela permet aux participants de mieux en maîtriser la pratique. Par exemple, la question n°4 : « Voulez-vous revenir pour un rendez-vous de suivi ? » =

« Que pensez-vous d'un rendez-vous de suivi », la question n° 6 (« Voulez-vous rester dans cette relation ? » = « Comment envisagez-vous la suite de cette relation ? »), etc.

La question n° 8 (« Qu'est-ce que vous voulez faire par rapport au tabac: quitter, réduire ou rester pareil ? ») est qualifiée de « question ouverte gaspillée » ! Car on a transformé une question ouverte en question à choix multiples. Pour l'ouvrir il faut s'arrêter avant les deux points).

- **Encadré 5** : Dans cette partie de l'activité, il n'est pas rare qu'un silence prenne place après la recherche d'un volontaire dans le groupe. Ne vous inquiétez pas, il y a toujours une

personne qui va se lancer. Sinon vous prenez une chaise, vous vous asseyez devant deux participants et vous commencez à raconter une histoire vraie qui vous est arrivée, en choisissant des domaines assez neutres : choix d'école, train raté, une histoire d'animal domestique...

- Quand quelqu'un se dit prêt à faire un récit, le formateur attire l'attention du groupe du fait que l'histoire est une histoire personnelle.
- Pendant que la personne raconte une histoire, le formateur intervient sur la forme et montre au passage l'usage d'autres techniques s'il les maîtrise bien : « Ah, ça, c'est une reformulation et on verra plus tard », « Ah, ça, c'est un point de vue - on le laisse dehors », « Ah, ça, c'est un conseil - Je vous demande de ne poser que des questions ouvertes dans cet exercice. »
- Il n'est pas rare que la personne qui s'est engagée dans un récit sorte de cette expérience enrichie et remercie le groupe de l'aide apportée par leurs questions ouvertes.
- Le formateur rappelle qu'un patient n'a pas 15 personnes qui lui posent des questions ouvertes comme dans le cas de l'exercice ! Souvent les personnes qui n'ont pas l'habitude de poser des questions ouvertes ont peur que les patients ne veuillent pas leur répondre. Mais comme le participant qui a accepté de faire un récit, les patients sont toujours intéressés par toute personne qui leur manifeste un intérêt.
- Une autre réticence souvent exprimée porte sur l'aspect intrusif potentiel des questions ouvertes. Il y aura sûrement eu des moments dans l'activité où le participant qui a fait part d'une histoire a donné une réponse qui n'avait rien à voir avec la question posée. C'est normal et cela démontre que de fait toute personne tend à privilégier ce qu'elle a envie de dire ! On est loin de l'intrusion.

« Les questions ouvertes »

« Qu'est-ce que c'est ? »

Les questions ouvertes sont des questions qui suscitent une autre réponse qu'un simple « oui », « non » ou une réponse obligée.

C'est une technique qui permet immédiatement de passer de l'interrogatoire à l'entretien.

À quoi servent-elles ?

- Les questions ouvertes permettent au patient de mobiliser ses capacités à s'exprimer avec ses propres mots, à explorer ses attitudes, ses sentiments ses valeurs et ses comportements sans être influencé par l'univers de référence¹ soignant.
- Poser des questions ouvertes, c'est oser dire à un patient qu'on ne sait pas grand-chose de ce qui se passe ou de ce qui s'est passé pour lui, et qu'on cherche à comprendre en finesse ce qu'il nous dit.

Comment faire ?

- L'utilisation de la question ouverte bouleverse les pratiques de l'usage de la parole dans le monde du soin mais permet au soignant de passer de l'interrogatoire à l'entretien, à condition toutefois qu'il fasse usage de cette technique avec l'intention sincère de comprendre et d'aider le patient et non pour satisfaire sa curiosité.
- Une question ouverte n'est pas un outil de recueil de données.
- De plus, la manière de poser les questions est déterminante, la forme et le ton doivent être éloignés de toute forme ressemblant à une quelconque inquisition ou interrogatoire².

« Reconnaître une question ouverte et une question fermée »

Consignes : Est-ce une question ouverte ? Pour chaque question, cochez la case « oui » ou « non ».

Questions	oui	non
1. Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de boire ?		
2. Dans quelle ville avez-vous grandi ?		
3. Est-ce que ce n'est pas important pour vous de trouver du sens à votre vie ?		
4. Voulez-vous revenir pour un rendez-vous de suivi ?		
5. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ?		
6. Voulez-vous rester dans cette relation ?		
7. Avez-vous pensé à la marche comme forme simple d'exercice ?		
8. Qu'est-ce que vous voulez faire par rapport au tabac : quitter, réduire ou rester pareil ?		
9. Dans le passé, comment avez-vous dépassé un obstacle important dans votre vie ?		
10. Quelles sont les conséquences à long terme du diabète qui vous inquiètent le plus ?		
11. Est-ce que votre santé vous inquiète ?		
12. Quelles sont les raisons les plus importantes pour lesquelles vous voulez arrêter de vous shooter ?		
13. Est-ce que vous voulez essayer cela pendant une semaine ?		
14. Est-ce que ceci est une question ouverte ?		

« Reconnaître une question ouverte et une question fermée »

Consignes : Est-ce une question ouverte ? Pour chaque question, cochez la case « oui » ou « non ».

Questions	oui	non
1. Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de boire ?	x	
2. Dans quelle ville avez-vous grandi ?		x
3. Est-ce que ce n'est pas important pour vous de trouver du sens à votre vie ?		x
4. Voulez-vous revenir pour un rendez-vous de suivi ?		x
5. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ?	x	
6. Voulez-vous rester dans cette relation ?		x
7. Avez-vous pensé à la marche comme forme simple d'exercice ?		x
8. Qu'est-ce que vous voulez faire par rapport au tabac : quitter, réduire ou rester pareil ?		x
9. Dans le passé, comment avez-vous dépassé un obstacle important dans votre vie ?	x	
10. Quelles sont les conséquences à long terme du diabète qui vous inquiètent le plus ?	x	
11. Est-ce que votre santé vous inquiète ?		x
12. Quelles sont les raisons les plus importantes pour lesquelles vous voulez arrêter de vous shooter ?	x	
13. Est-ce que vous voulez essayer cela pendant une semaine ?		x
14. Est-ce que ceci est une question ouverte ?		x



Techniques de base - La reformulation

Entraînement à la pratique

Durée : 25 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°4 « La reformulation »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 6 « Phrases à reformuler » à lire par le formateur (voir Fiche formateur 7 pour des idées de reformulations)

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Saisiront l'importance de la reformulation dans une approche centrée sur la personne.
- Sauront comment et dans quel contexte utiliser la reformulation dans un entretien.
- Seront capables de faire des reformulations (reflet, clarification, aide à la formulation des émotions).

Méthode

- Partage des savoirs en groupe.
- Entraînement à la pratique.
- L'intervenant a une fonction importante d'accompagnement des participants dans l'apprentissage de la reformulation.

Pour en savoir plus

- **Références bibliographiques :**
 - Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2009), Pratique de l'entretien motivationnel – communiqué avec le patient en consultation. Traduction Languérand d'E., Lécallier D., Michaud P., Paris : InterEditions-Dunod.
 - Tourette-Turgis C. Isnard Bagnis C., Pereira Paulo L. (2008), L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue, Paris, Ed. COMMENT DIRE.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente au groupe les 3 temps de l'activité sur le thème de la reformulation comme technique importante dans la conduite d'un entretien, par exemple, à l'occasion du bilan initial d'éducation.

5 minutes

2 Partage de savoirs

Il demande aux participants ce qu'ils savent de la « reformulation ». Qu'est-ce que c'est ? À quoi ça sert ? Comment on la fait ? Par quoi commence une reformulation ?

5 minutes

3 Mini exposé

Il propose un mini-exposé (Cf. Exposé n°4 « La reformulation ») en guise de suite à ce qui a été dit au sein du groupe.

10 minutes

4 Mises en situation et débat

Le formateur lit 10 affirmations (Cf. Fiche formateur 6) une à une en demandant à chaque fois aux participants de les reformuler en essayant de mettre l'accent sur le thème principal et sur l'émotion principale exprimée dans la phrase.

Il propose, à l'issue de ce temps, une courte synthèse qui mettra en évidence les difficultés rencontrées par les participants, sans jamais faire aucune critique négative mais en partageant avec eux le souci d'amélioration de la pratique d'écoute dont la reformulation est un outil important.



Aide à l'animation et reprise possible

- Le formateur peut lire les 10 situations/phrases avec une certaine intonation dans la voix pour rendre l'activité plus attractive. Il peut aussi apprendre approximativement les phrases ou les thèmes qu'elles traitent. Dans ce cas, il demande au groupe de faire des reformulations et il veille à ce que la majorité des personnes participent.
- Attention aux reformulations suivies de dérapages dans la posture d'écoute. ex. : « Vous me dites que c'est difficile pour vous de prendre vos médicaments (reformulation), mais si vous ne les prenez pas, vous risquez de le payer cher pour votre santé » (utilisation de la peur et de la menace).

En effet, dès que l'on se sent compris, on développe naturellement une propension à aller plus loin dans le dialogue mais si on découvre que l'autre se sert de notre parole à d'autres fins qu'une fin d'aide et de compréhension, on se bloque définitivement parce que l'on se sent trahi.

La reformulation ne peut avoir lieu que dans un échange où l'aidant s'engage au non-jugement, à l'acceptation et à la bienveillance.

- Souvent les participants demandent « Mais qu'est-ce que je dis après une ou deux reformulations ? », « Qu'est-ce qu'on peut faire après ? » Le formateur peut alors expliquer qu'après une reformulation, une question ouverte vient tout naturellement.

Module 2 / Activité 9 / Exposé 4



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



COMMENT DIRE

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :



Financé par :



Assurance
Maladie

Mise à jour - JUIN 2013

La reformulation

Rappels pratiques

Diaporama - Exposé n°4



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. DÉFINITION :

Qu'est-ce que la reformulation ?

Il s'agit d'une technique de communication qui consiste à **formuler de manière plus concise ou plus claire** ce qu'une personne a exprimé comme étant sa pensée, sa manière de voir les choses, ses émotions.

* Tourette-Turgis C, Isnard Bagnis C, Pereira Paulo L. (2008). L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique - le soignant pédagogue, Paris: Ed. COMMENT DIRE, Paris. (pp. 88-89).

© COMMENT DIRE, 2011.



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

2. OBJECTIFS :

À quoi sert la reformulation ?

Pour le patient :

Entendre une autre personne reformuler ce qu'y est dit.
Cela lui permet :

- de se rendre compte qu'il est écouté,
- de constater à quel point sa parole est reconnue comme pouvant être entendue.

© COMMENT DIRE, 2011.

2. OBJECTIFS :

À quoi sert la reformulation ?

Pour le professionnel :

La reformulation permet :

- de s'assurer qu'il a bien compris ce que le patient lui a dit,
- de recentrer l'entretien afin qu'il ne parte dans tous les sens,
- de clarifier ce que le patient veut dire.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. EN PRATIQUE :

Comment faire ?

- Avant même toute reformulation verbale, il est important d'adopter une posture corporelle qui exprime d'emblée l'acceptation de l'autre et de tout ce qu'il va nous dire.
- La reformulation ne doit pas être faite avec ironie, ou froideur, ni avec une intonation de jugement ou de surprise dans la voix.
- Elle peut commencer par :
 - "Si j'ai bien compris, vous m'avez dit que..." ;
 - "Vous me dites que..." ;
 - "Pour vous, ..."

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. EN PRATIQUE :

Comment faire ?

- Généralement, il est conseillé pour un entretien de qualité, de faire suivre une question ouverte par une ou deux reformulations.
- L'objectif étant d'éviter une « volée » de questions ouvertes qui transformerait l'entretien en interrogatoire.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

« Phrases à reformuler »

On se disait dans la salle d'attente que vous nous écoutez. Vous nous regardez dans les yeux quand on parle, vous nous écoutez, vous n'êtes pas comme les autres médecins qui ne regardent que leurs écrans...non, vous, vous nous écoutez !

Je ne peux plus, je n'ai plus l'énergie, je n'arrive plus à rien.

Le médecin c'est sûr, il n'est pas malade ! Pour lui c'est facile, il prescrit, il prescrit ! Je dois prendre 10 traitements, je dois faire un régime, je dois faire de l'activité physique et je dois me préparer pour la dialyse ! Pour lui c'est facile, il n'y a que prescrire !

Vous savez, j'ai un diabète qui m'embête un peu, mais ce qui m'inquiète c'est ma sclérose en plaques, en plus avec les traitements de mon hypertension cela fait un drôle de ménage... Pour mon VIH, les traitements ont beaucoup diminué et cela va. Mais le plus important c'est que la vie continue et elle me plaît bien !

Depuis que je suis malade, j'ai l'impression que le monde me tombe sur la tête, je ne sais plus ce qui m'attend là devant !

Je ne comprends rien à ce que dit ce médecin, il est gentil mais quand il parle, il a une voix si basse et en plus il dit des mots que je ne connais pas !

La maladie m'a appris à sélectionner mieux mes amis, je ne perds plus de temps avec des personnes qui ne sont pas intéressantes.

Quand je suis tombée malade, je me suis dit « ma belle ou tu vis ou tu meurs, cela dépend de toi ! Ou tu te bats ou tu te laisses aller ! » J'ai pris ma décision, je me bats mais je ne me laisse pas faire non plus par les soignants !

Dans ce service, on est traité comme des bœufs ! Vous décidez tout sans nous dire et quand on demande une information sur notre état, vous nous renvoyez toujours à quelqu'un d'autre !

Vous ? Vous coucheriez avec quelqu'un comme moi, séropositif ?

« Phrase à reformuler »

Idées de reformulations empathiques

🗨 On se disait dans la salle d'attente que vous nous écoutez. Vous nous regardez dans les yeux quand on parle, vous nous écoutez, vous n'êtes pas comme les autres médecins qui ne regardent que leurs écrans... Non, vous, vous nous écoutez !

- Vous aimeriez qu'on vous écoute d'avantage.
- Vous avez le sentiment qu'on ne vous écoute pas assez.
- Vous avez envie qu'on vous dédie plus d'écoute.

🗨 Je ne peux plus, je n'ai plus l'énergie, je n'arrive plus à rien.

- Vous êtes à bout.
- Vous me dites que vous ne pouvez plus, que c'est trop pour vous.
- Vous êtes en difficulté.

🗨 Le médecin c'est sûr, il n'est pas malade ! Pour lui c'est facile, il prescrit, il prescrit ! Je dois prendre 10 traitements, je dois faire un régime, je dois faire de l'activité physique et je dois me préparer pour la dialyse ! Pour lui c'est facile, il n'y a qu'à prescrire !

- Pour vous tout cela n'est pas facile.
- Vous avez le sentiment qu'on vous demande beaucoup trop.
- Vous nous demandez de prendre en compte que ce n'est pas si facile de tout faire.

🗨 Vous savez, j'ai un diabète qui m'embête un peu, mais ce qui m'inquiète c'est ma sclérose en plaques, en plus avec les traitements de mon hypertension cela fait un drôle de ménage... Pour mon VIH, les traitements ont beaucoup diminué et cela va. Mais le plus important c'est que la vie continue et elle me plaît bien !

- Malgré toutes les maladies que vous avez, vous arrivez à garder le moral.
- Vous me dites que vous avez plusieurs maladies et qu'il y en a quelques-unes qui vous embêtent plus que d'autres.
- De toutes les maladies que vous avez, celle qui vous inquiète le plus en ce moment, c'est la sclérose en plaques.

🗨 Depuis que je suis malade, j'ai l'impression que le monde me tombe sur la tête, je ne sais plus ce qui m'attend là devant !

- La maladie a déstructuré beaucoup de chose dans votre vie.
- Vous êtes inquiet pour votre avenir.
- Vous avez tellement des choses à gérer en ce moment que votre avenir vous semble un mystère.
- C'est toute votre organisation de vie qui en a pris un coup.

🗨 Je ne comprends rien à ce que dit ce médecin, il est gentil mais quand il parle, il a une voix si basse et en plus il dit des mots que je ne connais pas !

- Vous aimeriez qu'on vous parle de manière plus simple.
- Si je comprends bien vous aimeriez qu'on vous explique mieux les choses.
- Vous voulez comprendre d'avantage...

🗨 La maladie m'a appris à sélectionner mieux mes amis, je ne perds plus de temps avec des personnes qui ne sont pas intéressantes.

- La maladie vous a appris à aller à l'essentiel.
- Vous avez appris à vous positionner autrement.
- La maladie vous a rendu pragmatique au niveau d'amitié.

🗨 Quand je suis tombée malade, je me suis dit « ma belle ou tu vis ou tu meurs, cela dépend de toi ! Ou tu te bats ou tu te laisses aller ! » J'ai pris ma décision, je me bats mais je ne me laisse pas faire non plus par les soignants !

- Vous avez décidé de vous battre et de prendre vous-même les décisions qui vous concernent.
- Vous assumez vos choix, il ne faut pas vous en imposer.
- Vous avez fait le choix de vivre et vous voulez garder votre autonomie.

🗨 Dans ce service, on est traité comme des bœufs ! Vous décidez tout sans nous dire et quand on demande une information sur notre état, vous nous renvoyez toujours à quelqu'un d'autre !

- Vous me dites que vous aimeriez prendre part dans les décisions qui vous concernent.
- Vous aimeriez qu'on puisse vous répondre mieux.
- Vous êtes en colère parce que vous avez le sentiment qu'on ne prend pas vos besoins en compte.

🗨 Vous ? Vous coucheriez avec quelqu'un comme moi, séropositif ?

- Vous avez peur d'être rejeté à cause de votre maladie.
- Vous vous demandez qui va vouloir de vous avec cette maladie.
- Vous vous dites qu'il sera difficile pour vous de vous mettre en couple.



Techniques de base - Questions ouvertes et reformulations

Entraînement à la pratique

Durée : 1 heure 10

Matériel

- Paperboard et feutres
- Il est recommandé de disposer d'une salle spacieuse pour que les trios ne se dérangent pas lors des mises en situation
- Avoir quelques idées des situations en main pour aider les participants

Méthode

- Activité interactive (par trio) stimulant l'auto-formation des participants qui puisent dans leurs nouvelles connaissances.
- Mise en scène des apprentissages expérientielles.
- L'intervenant soutient les échanges dans les petits groupes et maîtrise le *timing* (il passe dans chaque groupe pour rappeler les 15 minutes par situation).

Aide à l'animation

- Pour faciliter, l'intervenant peut proposer des situations car à ce moment de la formation, les personnes qui ne sont pas très habituées à créer des histoires peuvent se retrouver en difficulté, même si elles sont intéressées par les entraînements à la pratique. À noter, qu'il est possible que les groupes prennent moins de temps parce qu'ils s'essouffent. Il est alors préférable qu'ils travaillent par exemple 5 minutes (et non 10 minutes) et donc pas nécessaire de prolonger l'activité.

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Sauront reformuler et poser des questions ouvertes.
- Articuleront les deux techniques.
- Amélioreront leur capacité d'écoute.
- S'entraîneront à la découverte du monde de l'autre.

- Ces situations peuvent être différentes de celles du soin, dans la mesure où cela peut aider certains participants à entrer plus facilement dans le monde de la personne qui raconte son problème.

Par exemple :

- Un jeune homme a raté son permis de conduire mais ne sait pas comment l'annoncer.
- Une femme qui vient à une association car elle souffre d'un problème de voisinage depuis plusieurs mois. Elle ne sait plus comment faire pour résoudre ce problème.
- Un homme qui est tombé en panne sur l'autoroute alors qu'il avait un rendez-vous important.



- Ou des situations de soins :
 - Je n'ai pas envie de prendre mon traitement d'hypertension car je ne me sens pas malade.
 - Quelqu'un qui ne veut pas passer à la dialyse alors que cela lui est présenté comme la seule alternative pour rester en vie.
 - Un malade qui ne s'entend pas avec son cardiologue.
- Il est important que le formateur passe de temps en temps dans les trios pour voir s'ils arrivent à garder l'esprit d'auto-formation, d'aide mutuelle.

↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur propose aux participants de se répartir en 5 sous-groupes de 3 personnes pour s'entraîner à l'usage des techniques « question ouverte » et « reformulation ».

Il explique aux participants que les trios jouent une première mise en situation selon les consignes suivantes.

30 minutes

3 Poursuite de nouvelles mises en situation

Deux nouvelles mises en situation de 15 minutes sont jouées afin que chaque participant des trios passe par les 3 positions « A », « B » et « C » à l'issue des situations jouées.

20 minutes

4 Restitution en plénière

Les trios sont sollicités pour échanger sur ce qu'ils retirent de cette activité.

15 minutes

2 Première mise en situation

Temps 1

« A » joue le rôle de celui qui raconte son histoire à « B » qui mène l'entretien, « C » étant en position d'observateur.

« B » a pour consigne d'écouter le récit de « A » et de reformuler 2 fois avant de poser une question ouverte, « C » d'observer si « B » arrive à faire les reformulations et à poser des questions ouvertes et de noter ce qui est aidant pour celui qui raconte, ainsi que le nombre de questions fermées par rapport aux questions ouvertes.

Temps 2

À la fin de la mise situation, les trois protagonistes échangent ensemble. Le formateur écrit sur le *paperboard* de façon visible pour les 5 sous-groupes :

« B » = 2 reformulations + 1 question ouverte.



Aider le patient à conduire sa motivation au changement

Fiche pédagogique

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°5 « Aider le patient à construire sa motivation au changement »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront capable de déterminer les composantes nécessaires pour aider un patient à conduire sa motivation au changement.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



Consignes et déroulement

40 minutes

1 Le formateur introduit l'activité qui porte sur l'intérêt des approches motivationnelles en éducation thérapeutique.

5 minutes

2 À l'issue de l'exposé, le formateur invite le groupe à échanger. Il propose éventuellement une synthèse à l'issue des échanges.

Module 2 / Activité 11 / Exposé 5



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :






Financé par :




Mise à jour – JUIN 2013

Aider le patient à construire sa motivation au changement

Diaporama - Exposé n°5



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL :

L'entretien motivationnel

- L'entretien motivationnel est adapté pour des personnes confrontées à un changement plus ou moins inévitable dans leur vie et qui concerne leur santé.
- Il s'adresse à des personnes pour lesquelles ces changements sont difficiles à réaliser, à réussir et à maintenir dans le temps.

Ressource bibliographique :

W.R.MILLER, S.ROLLNICK, (2006), *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, Inter Editions, Paris.

© COMMENT DIRE, 2012



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

2. LA RÉSISTANCE AU CHANGEMENT :

La résistance au changement

On ne décide pas de s'engager dans des changements dans sa vie si on est dirigé ou conseillé par des gens qui :

- pensent à notre place,
- nous disent ce qu'il faut faire,
- ne croient pas en nous,
- ne cherchent pas à comprendre notre monde, notre point de vue.

© COMMENT DIRE, 2012

3. LA MOTIVATION :

La motivation

C'est le concept clef qui nécessite la réunion de 3 conditions :

- L'envie, c'est l'importance accordée au changement.
- La confiance en soi, en ses capacités ; c'est ce qui nourrit et produit l'énergie nécessaire pour l'action.
- Etre prêt, c'est lorsque le changement devient sa propre priorité !

© COMMENT DIRE, 2012

3. LA MOTIVATION :

- Plutôt que de se centrer sur la raison qu'oppose une personne à un changement souhaité (ex : par son entourage ou l'équipe de soin), il est préférable de :
SE CENTRER SUR CE QU'ELLE DÉSIRE POUR ELLE
- Donc, l'approche motivationnelle ne vise pas un changement à obtenir à tout prix ce à quoi la personne va résister, mais elle vise à :
EXPLORER AVEC LA PERSONNE CE QU'ELLE DÉSIRE POUR ELLE
- Cela implique de commencer par :
IDENTIFIER LES OBJECTIFS DE LA PERSONNE

Par exemple : en termes de prise en charge de sa vie, de sa santé, de son diabète, comme cela est pratiqué en addictologie en posant la question : *Quels sont vos objectifs en termes de consommation d'alcool ?*

© COMMENT DIRE, 2012

4. EN PRATIQUE :

Votre travail : susciter le Discours Changement (DC) & poser des Questions Ouvertes (QO)

1. Favoriser l'expression du **désir** et des **capacités** :

Exemple :

- Qu'est-ce qui fait que vous désirez arrêter de fumer ?
(**Désir**)
- Comment pourriez-vous vous y prendre si vous décidiez de le faire ? (**Capacité**)

© COMMENT DIRE, 2012

4. EN PRATIQUE :

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

**Union Régionale
des Professionnels
de Santé**

4. EN PRATIQUE :

Votre travail :
susciter le **DC** & poser des **QO**

2. Favoriser l'expression des raisons, des besoins.

Exemple :

- Quelles sont les 3 raisons les plus importantes à vos yeux pour faire ce changement ? (**Raisons**)
- A quel point est-ce important pour vous ? (**Besoin**)

© COMMENT DIRE, 2012

4. EN PRATIQUE :

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

**Union Régionale
des Professionnels
de Santé**

4. EN PRATIQUE :

Votre travail :
susciter le **DC** dans le même registre

3. Reformuler le discours changement et non les obstacles :

Exemple :

- de discours changement DC : « J'aimerais bien le faire mais je ne m'en sens pas capable. »
- de reprise (sur les capacités) : « Vous aimeriez le faire, de quoi auriez-vous besoin pour y arriver ? »

© COMMENT DIRE, 2012



Aider le patient à construire sa motivation au changement

Écouter le discours changement

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 12A « Mme B »
- 15 exemplaires de la Fiche participant 12B « Six catégories de discours changement »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 8 « Le discours changement »

Objectifs

À la fin de l'activité complète (12 et 13), les participants :

- Sauront reconnaître le discours changement chez un patient.
- Auront acquis un premier niveau d'usage des reformulations et des questions ouvertes.
- Sauront comment rebondir face au discours changement du patient.

Méthode

- Activité interactive (de groupe) stimulant les échanges de connaissances, la recherche de consensus, le processus d'auto formation en petits groupes.
- Activité se déroulant en 3 temps.

Pour en savoir plus

- **Références bibliographiques :**
 - Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2009), Pratique de l'entretien motivationnel – communiqué avec le patient en consultation. Traduction Languérand d'E., Lécallier D., Michaud P., Paris, InterEditions-Dunod.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique que l'activité sera divisée en 3 temps et que l'objectif pédagogique est d'apprendre à entendre et repérer le discours changement, à rebondir dessus ou à le susciter par des questions ouvertes.

Si le formateur anime seul, il distribue à tous les participants la fiche participants 12A « Mme B » et 12B « Six catégories de discours changement » et leur demande de se répartir en 3 sous-groupes.

Si l'activité est animée par deux formateurs, ils jouent devant le groupe entier le scénario de Mme B, puis distribuent à tous les fiches participants 12A « Mme B » et 12B « Six catégories de discours changement » et leur demande de se répartir en 3 groupes.

40 minutes

2 Temps 1 (15 minutes) : Centrage sur le discours changement de Mme B

Les participants des 3 sous-groupes entourent et classent tous les mots ou expressions du discours changement que Mme B utilise en se servant du tableau « Six catégories de discours changement ».

Le formateur passe à l'étape 2, sans débriefer.

Temps 2 (15 minutes) : Centrage sur le discours du professionnel

Le formateur demande aux participants de s'attacher à étudier le script du professionnel qui conduit l'entretien avec Mme B.

Les participants doivent noter chaque fois que le professionnel rebondit sur le discours changement. Le formateur leur demande de noter les reformulations (R), les questions ouvertes (QO), les questions fermées (QF), les infos (INF), les phrases de valorisation (VAL) sur le document du cas Mme B en utilisant des codes.

Temps 3 (10 minutes) : Si vous étiez le professionnel...

Le formateur demande au groupe d'ajouter des reformulations, des valorisations, des encouragements et des questions ouvertes là où ils pensent que cela aurait été pertinent pour renforcer le discours changement de Madame B (« ramasser les fleurs qui ont été laissées sur le sol »).

3 Sans débriefer, le formateur passe directement à l'activité suivante.



Aide à l'animation et reprise possible

- Lors du **temps 1**, le formateur doit veiller à ce que les groupes ne débordent pas. En effet, certains participants auront une tendance naturelle à anticiper et à commencer à explorer les éléments qui se jouent dans l'interaction entre le professionnel et Mme B. Ils voudront étudier le fond alors qu'on leur demande d'étudier la forme du dialogue. L'activité demandée consiste à entourer et à classer (« grosso modo ») le discours changement de manière à ce qu'ils s'habituent à l'identifier.

Il est important d'alerter les groupes 3 minutes avant la fin de l'activité car ils doivent rendre leurs résultats.

Il est important que les participants des sous-groupes ne se dispersent pas en petites discussions hors contexte et qu'ils puissent ajuster leur rythme de travail qui doit être soutenu, tout au long des 3 étapes.

- Lors du **temps 2** : Le formateur doit veiller toujours à ce que l'activité ne déborde pas dans le temps. Cette activité requiert un travail précis à partir de consignes qui doivent être très claires.
- Dès que le **temps 3** se termine, le formateur passe à l'activité 13, sans débriefing.

« Mme B »

Intervenant	Madame B. Bonjour. Vous êtes hospitalisée actuellement dans le service surtout par rapport à votre surpoids. Je voulais vous poser quelques questions par rapport à vos objectifs de santé dans les mois qui viennent. Est-ce que vous accepteriez qu'on passe une dizaine de minutes à parler ensemble sur comment les choses se passent pour vous. Quel est votre plus gros souci ?	
Mme B.	Ben, c'est de ne pas arriver à faire comme tout le monde, par exemple, m'habiller, respirer, marcher... M'essouffler... Tout me fatigue et me fait mal.	
Intervenant	Vous n'arrivez pas à faire les choses comme vous aimeriez les faire car vous vous sentez vite essoufflée, fatiguée, vous aimeriez pouvoir vous habiller, pouvoir marcher.	
Mme B.	Ben oui... Et c'est pour ça que j'ai décidé de me faire hospitaliser dans votre service pour essayer de voir un peu et arriver à me remettre sur le bon rail.	
Intervenant	Actuellement vous êtes à quel poids ? Est-ce vous avez perdu ou est-ce que vous avez stabilisé ces derniers temps ?	
Mme B.	Oh quel poids... Je ne sais pas à combien j'en suis mais j'ai perdu à peu près 11 kg et j'espère en perdre encore beaucoup plus... Je sais que ça sera dur mais c'est mon choix.	
Intervenant	Quelles sont vos attentes aujourd'hui par rapport à l'équipe ? Vous savez, ici nous pouvons vous proposer une orientation vers une structure spécialisée qui plaît bien aux patients et où il y a beaucoup de relaxation. Vous allez pouvoir faire de l'activité physique, bénéficier d'ateliers de nutrition, rencontrer un psychologue spécialisé. Quelles sont vos attentes par rapport à toutes ces propositions ?	
Mme B.	Ah, j'attends beaucoup. J'espère arriver mieux encore, j'ai décidé de faire plus encore attention à tout, enfin à presque tout et d'écouter tout ce qu'ils vont me dire.	
Intervenant	Qu'est-ce que vous n'arrivez pas à faire dans la maison ? Là, vous avez déjà fait beaucoup d'efforts, c'est très bien.	
Mme B.	Ben oui c'est vrai cela, j'ai perdu quand même beaucoup.	
Intervenant	Qu'est-ce qui est difficile pour vous ?	
Mme B.	Ben, j'ai deux étages dans mon immeuble, il faut que je les monte avec les bouteilles d'eau parce qu'il n'y a pas d'ascenseur, vous savez qu'ils font des bouteilles d'eau de 2 litres Vittel plus économiques mais c'est lourd... J'ai du mal à me baisser pour lacer mes chaussures... Depuis que j'ai perdu 11 kg j'arrive c'est sûr, à me débrouiller mieux. Mais il me faut encore quelqu'un pour m'aider aux choses que je n'arrive pas à faire toute seule, pour l'instant mais aujourd'hui je dirai j'arrive un peu mieux.	

Intervenant	Bien, dans la vie de tous les jours vous avez des difficultés pour certains mouvements.	
Mme B.	Oui, je suis comme je vous l'ai dit encore quand même un peu essouffée, j'ai l'impression des fois que je ne vais pas y arriver malgré tous les efforts, oui j'ai des difficultés, ah oui c'est difficile, je ne me sens pas capable des fois, pis...	
Intervenant	Qu'est-ce que vous avez réussi à faire comme activité ? Parce que si vous avez perdu du poids, c'est que vous avez fait des efforts et fait des choses qui vous ont aidé à perdre du poids.	
Mme B.	Ben, je sors plus facilement de chez moi.	
Intervenant	Oui.	
Mme B.	J'arrive à rester plus longtemps dehors ou dans les rues à marcher.	
Intervenant	Vous avez fait plus de marche.	
Mme B.	Un peu plus, oui. Mais pas autant que je veux. Il y a les sorties d'école... Mais c'est seulement six immeubles plus bas dans la rue. Bon, je fais tout ce que je peux faire, par exemple je peux aller jusqu'au vide-ordures tous les soirs après le souper, des choses que je ne faisais pas avant, c'est mon mari qui était obligé de le faire et du coup il râlait un peu des fois parce que c'était l'heure de sa télé.	
Intervenant	D'accord euh, et au point de vue diététique, quels efforts avez-vous fait ? Parce que vous avez perdu du poids.	
Mme B.	Ben...	
Intervenant	Qu'est-ce que vous avez réussi à faire comme effort ?	
Mme B.	Je ne mange plus de fromage, plus de beurre, et plus de frites. De temps en temps j'achète du fromage allégé, j'ai trouvé une bonne marque chez ED mais c'est pas souvent.	
Intervenant	Hum hum...	

-> Suite page suivante

Mme B.	Bah oui, j'ai réduit le pain aussi, quand je mange des petits Lu c'est trois et c'est tout, je me fais des légumes, j'essaie de ne pas manger entre les repas et je bois pas mal d'eau.	
Intervenant	Hum, hum...	
Mme B.	Pourtant il y a des fois, il y a des choses qui me font envie, mais je ne préfère pas.	
Intervenant	Oui, parce que ce qu'il faut faire, c'est faire attention aux étiquettes et il faut essayer de boire un verre d'eau si vous avez le sentiment d'une petite faim qui commence.	
Mme B.	Ah oui...	
Intervenant	Vous allez pouvoir approfondir tout cela en groupe. Pour l'activité physique vous allez avoir une surveillance, des petits échauffements, de la relaxation, tout pour ne pas avoir mal et pas de courbatures, vous verrez tout est adapté.	
Mme B.	Vous savez, pour les marques de produits allégés, c'est celles où il y a un rayon spécial, mais vous pouvez me dire dans lequel c'est le mieux ?	
Intervenant	Ah !	
Mme B.	Parce que je regarde toujours dans ce rayon mais je ne comprends pas bien si c'est un rayon Bio ou un rayon pour maigrir.	
Intervenant	Oui, oui, je vois.	
Mme B.	Bah oui, je ne comprends pas comment cela marche, les taux, les pourcentages.	
Intervenant	Ah, c'est bien ! Vous avez raison, vous êtes bien attentive alors ce qu'il faut regarder en premier ce sont les pourcentages et les calories et attention aux publicités mensongères !	
Mme B.	Oui, oui, ah cela, c'est sûr !	
Intervenant	Vous avez des bons réflexes, c'est bien, c'est très bien !	
Mme B.	C'est comme apprendre, il faut un début à tout et là je veux apprendre et comprendre ce que je peux faire, ce que je ne dois pas faire, parce qu'il y a aussi mon porte-monnaie dans cette affaire-là !	

« Les 6 catégories de discours-changement »

<p>Désir :</p> <p>Déclarations en faveur du changement</p>	<p>« Je veux/je voudrais... » « J'aimerais... » « Je souhaiterais/ je souhaite... »</p>
<p>Capacité :</p> <p>Déclarations sur l'aptitude au changement</p>	<p>« Je pourrais... » « Je peux... » « Je pourrais être capable de... »</p>
<p>Raisons :</p> <p>Arguments spécifiques en faveur du changement</p>	<p>« Je me sentirais sûrement mieux si je... » « J'ai besoin d'avoir plus d'énergie pour jouer avec mes enfants... »</p>
<p>Besoins :</p> <p>Déclarations sur la nécessité de changer</p>	<p>« Je devrais... » « Je dois... » « Il faudrait vraiment que je... »</p>
<p>Engagement :</p> <p>Déclarations sur la probabilité du changement</p>	<p>« Je vais... » « J'ai l'intention de... »</p>
<p>Premiers pas :</p> <p>Déclarations sur les actions entreprises</p>	<p>« Je suis effectivement sorti et... » « Cette semaine, j'ai commencé à... »</p>

« Le discours changement »

Consignes : Soulignez et classez tous les mots ou expressions du discours changement que Mme B utilise en vous servant du tableau « Six catégories de discours changement » (page 141).

Lorsque l'intervenant rebondit, précisez s'il s'agit d'une **reformulation (R)**, d'une **question ouverte (Q.O)**, d'une **question fermée (Q.F)**, d'une **information (INF)** ou d'une phrase de valorisation (VAL).

Intervenant	Madame B. Bonjour. Vous êtes hospitalisée actuellement dans le service surtout par rapport à votre surpoids. Je voulais vous poser quelques questions par rapport à vos objectifs de santé dans les mois qui viennent. <u>Est-ce que vous accepteriez qu'on passe une dizaine de minutes à parler ensemble sur comment les choses se passent pour vous. Quel est votre plus gros souci ?</u>	Q.F Q.O
Mme B.	Ben, c'est de ne pas arriver à faire comme tout le monde, par exemple, m'habiller, respirer, marcher... M'essouffler... Tout me fatigue et me fait mal.	
Intervenant	Vous n'arrivez pas à faire les choses comme vous aimeriez les faire car vous vous sentez vite essoufflée, fatiguée, vous aimeriez pouvoir vous habiller, pouvoir marcher.	R
Mme B.	Ben oui... <u>Et c'est pour ça que j'ai décidé de me faire hospitaliser</u> dans votre service pour essayer de voir un peu et arriver à me remettre sur le bon rail.	
Intervenant	<u>Actuellement vous êtes à quel poids ? Est-ce vous avez perdu ou est-ce que vous avez stabilisé ces derniers temps ?</u>	Q.F Q.F
Mme B.	Oh quel poids... Je ne sais pas à combien j'en suis mais j'ai perdu à peu près 11 kg et <u>j'espère en perdre encore beaucoup plus...</u> <u>Je sais que ça sera dur mais c'est mon choix.</u>	
Intervenant	<u>Quelles sont vos attentes aujourd'hui par rapport à l'équipe ?</u> Vous savez, ici nous pouvons vous proposer une orientation vers une structure spécialisée et qui plaît bien aux patients et où il y a beaucoup de relaxation. Vous allez pouvoir faire de l'activité physique, bénéficier d'ateliers de nutrition, rencontrer un psychologue spécialisé. <u>Quelles sont vos attentes par rapport à toutes ces propositions ?</u>	Q.O INF INF Q.O
Mme B.	Ah, j'attends beaucoup. <u>J'espère arriver mieux encore, j'ai décidé de faire plus encore</u> attention à tout, enfin à <u>presque tout</u> et d'écouter tout ce qu'ils vont me dire.	
Intervenant	<u>Qu'est-ce que vous n'arrivez pas à faire dans la maison ?</u> Là, vous avez déjà fait beaucoup d'efforts, c'est très bien.	Q.O VAL
Mme B.	Ben oui c'est vrai cela, j'ai perdu quand même beaucoup.	
Intervenant	<u>Qu'est-ce qui est difficile pour vous ?</u>	Q.O
Mme B.	Ben, j'ai deux étages dans mon immeuble, il faut que je les monte avec les bouteilles d'eau parce qu'il n'y a pas d'ascenseur, vous savez qu'ils font des bouteilles d'eau de 2 litres Vittel plus économiques mais c'est lourd... J'ai du mal à me baisser pour lacer mes chaussures... Depuis que j'ai perdu 11 kg j'arrive c'est sûr, à me débrouiller mieux. Mais il me faut encore quelqu'un pour m'aider aux choses que je n'arrive pas à faire toute seule, pour l'instant mais aujourd'hui je dirai <u>j'arrive un peu mieux.</u>	

Intervenant	Bien, dans la vie de tous les jours vous avez des difficultés pour certains mouvements.	R
Mme B.	Oui, je suis comme je vous l'ai dit encore quand même un peu essoufflée, j'ai l'impression des fois que je ne vais pas y arriver malgré tous les efforts, oui j'ai des difficultés, ah oui c'est difficile, je ne me sens pas capable des fois, pis...	
Intervenant	Qu'est-ce que vous avez réussi à faire comme activité ? Parce que si vous avez perdu du poids, c'est que vous avez fait des efforts et fait des choses qui vous ont aidé à perdre du poids.	Q.O R
Mme B.	Ben, je sors plus facilement de chez moi.	
Intervenant	Oui.	
Mme B.	J'arrive à rester plus longtemps dehors ou dans les rues à marcher.	
Intervenant	Vous avez fait plus de marche.	R
Mme B.	Un peu plus, oui. Mais pas autant que je veux. Il y a les sorties d'école... Mais c'est seulement six immeubles plus bas dans la rue. Bon, je fais tout ce que je peux faire, par exemple je peux aller jusqu'au vide-ordures tous les soirs après le souper, des choses que je ne faisais pas avant, c'est mon mari qui était obligé de le faire et du coup il râlait un peu des fois parce que c'était l'heure de sa télé.	
Intervenant	D'accord euh, et au point de vue diététique, quels efforts avez-vous fait ? Parce que vous avez perdu du poids.	Q.O VAL
Mme B.	Ben...	
Intervenant	Qu'est-ce que vous avez réussi à faire comme effort ?	Q.O
Mme B.	Je ne mange plus de fromage, plus de beurre, et plus de frites. De temps en temps j'achète du fromage allégé, j'ai trouvé une bonne marque chez ED mais c'est pas souvent.	
Intervenant	Hum hum...	

Mme B.	Bah oui, j'ai réduit le pain aussi, quand je mange des petits Lu c'est trois et c'est tout, je me fais des légumes, j'essaie de ne pas manger entre les repas et je bois pas mal d'eau.	
Intervenant	Hum, hum...	
Mme B.	Pourtant il y a des fois, il y a des choses qui me font envie, mais je ne préfère pas.	
Intervenant	Oui, parce que ce qu'il faut faire, c'est faire attention aux étiquettes et il faut essayer de boire un verre d'eau si vous avez le sentiment d'une petite faim qui commence.	INF
Mme B.	Ah oui...	
Intervenant	Vous allez pouvoir approfondir tout cela en groupe. Pour l'activité physique vous allez avoir une surveillance, des petits échauffements, de la relaxation, tout pour ne pas avoir mal et pas de courbatures, vous verrez tout est adapté.	INF INF
Mme B.	Vous savez, pour les marques de produits allégés, c'est celles où il y a un rayon spécial, mais vous pouvez me dire dans lequel c'est le mieux ?	
Intervenant	Ah !	
Mme B.	Parce que je regarde toujours dans ce rayon mais je ne comprends pas bien si c'est un rayon Bio ou un rayon pour maigrir.	
Intervenant	Oui, oui, je vois.	R
Mme B.	Bah oui, je ne comprends pas comment cela marche, les taux, les pourcentages.	
Intervenant	Ah, c'est bien ! Vous avez raison, vous êtes bien attentive alors ce qu'il faut regarder en premier ce sont les pourcentages, et les calories et attention aux publicités mensongères !	VAL INF
Mme B.	Oui, oui, ah cela, c'est sûr !	
Intervenant	Vous avez des bons réflexes, c'est bien, c'est très bien !	VAL
Mme B.	C'est comme apprendre, il faut un début à tout et là je veux apprendre et comprendre ce que je peux faire, ce que je ne dois pas faire, parce qu'il y a aussi mon porte-monnaie dans cette affaire-là !	



Aider le patient à construire sa motivation au changement

Jeux de rôle

Durée : 45 minutes

Matériel

- 1 exemplaire de la Fiche formateur 9 « Consignes pour le rôle du patient » (situation d'un patient à jouer par le formateur)

Objectifs

À la fin de l'activité complète (12 et 13), les participants pourront :

- Reconnaître le discours changement.
- Identifier et utiliser des reformulations et des questions ouvertes.
- Rebondir et renforcer le discours-changement du patient.

Méthode

- Mises en situation.
- Les jeux de rôles se font au milieu du groupe disposé en cercle.

Pour en savoir plus

• Références bibliographiques :

- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2009), Pratique de l'entretien motivationnel – communiqué avec le patient consultation. Traduction Languérand d'E., Lécallier D., Michaud P., Paris, InterEditions-Dunod.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur propose au groupe un jeu de rôle pour visualiser le discours changement. Il annonce qu'il jouera un patient plutôt facile et qu'un des participants jouera un soignant.

15 minutes

2 Le jeu de rôle en grand groupe

Le formateur demande à ce qu'un participant joue le rôle du soignant et il lui explique les consignes pour son rôle : le volontaire a pour consigne de faire des reformulations et de poser des questions ouvertes à chaque fois qu'un discours-changement apparaît dans le discours du patient (il ramasse les fleurs !). Sa mission est de suivre le patient dans la manière dont il a déjà envisagé la chose.

Par groupe de 3 ou 4, les participants ont pour mission de mener des observations dirigées selon les consignes suivantes :

- le **sous-groupe 1** comptabilise le nombre de questions ouvertes / fermées et de reformulations qui sont utilisées par le « soignant »,
- le **sous-groupe 2** note les fleurs ramassées et non ramassées,
- le **sous-groupe 3** note à quel moment la résistance a monté ou a failli monter et comment le « soignant » a fait,
- le **sous-groupe 4** observe et note à quel moment de l'entretien le patient
 1. demandait à être guidé,
 2. demandait d'être aidé,
 3. demandait de l'information.

Le formateur joue le rôle d'un patient facilitant le rôle du soignant, il se maintient dans la posture où il veut être aidé mais il tient à ce que le soignant explore les solutions qu'il a lui-même déjà envisagées. Il ne veut pas que le soignant pense à sa place. Il a besoin à certains moments d'être guidé, à d'autres d'être aidé et à d'autres d'être informé.

25 minutes

3 À la fin du jeu de rôle

Le formateur sollicite le point de vue du « soignant », ensuite celui du grand groupe, il peut à la suite éventuellement donner ses propres impressions. Cet ordre n'est pas obligatoire, le formateur pouvant faire selon son intuition.

Il demande au « soignant » :
« Comment cela s'est passé pour vous ? À quel moment cela a été plus facile/plus difficile pour vous ? Qu'est-ce que vous avez appris en jouant ce jeu de rôle ? »

Il demande aux groupes de faire le point de ce qu'ils ont observé.



Aide à l'animation et reprise possible

- Le formateur joue le rôle suivant : « Il est un patient qui a envie que le soignant l'aide à aller à la gym 2 ou 3 fois par semaine pour son hypertension, il est en train de réfléchir et de se demander s'il va dans une salle de gym près de son travail ou près de son domicile. Il a un discours-changement niveau désir. » (Se reporter à la Fiche formateur 9 « consignes pour le rôle du patient »).
- Ne pas oublier que la mise en situation démarre sur la parole du patient qui énonce d'emblée : « Bonjour, on m'a dit de venir vous voir parce que vous allez m'aider à me remettre à l'activité physique » (Ce n'est pas le professionnel qui démarre).

« Consignes pour le rôle du patient »

1 Le formateur-patient entre dans la pièce et s'assied.

2 Il commence par s'exclamer : « Bonjour, je suis heureux de vous voir aujourd'hui car on m'a dit que vous alliez m'aider concrètement à commencer une activité physique. J'en ai vraiment envie et je n'attends plus que vous pour démarrer. ».

3 Le formateur qui joue le rôle du patient se maintient absolument dans son « discours changement désir ». Il veut entamer une activité physique mais il a besoin d'une aide concrète. Il se réjouit chaque fois que le conseiller imagine avec lui comment les choses pourraient se dérouler.

4 Le patient est direct. Il imagine et décrit sa vie avec une activité physique avec des phrases comme : « Le midi, oui, je pourrais par exemple aller à la gym mais il faut que je pense à arriver avec mon sac de gym et à le ramener le soir, donc comme le vendredi soir je suis toujours chargé, peut être que le mieux serait jeudi. ».

5 L'idée générale est que le patient est vraiment demandeur d'un accompagnement concret. Il insiste calmement en disant régulièrement des phrases comme : « J'ai vraiment envie de réussir, j'ai tout simplement besoin que vous m'aidiez à mettre cela en place... ».



Compétences attendues chez les patients (diabète)

Classement par type (autosoins et psychosociales)

Durée : 1 heure

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 14 « Classement compétences patients par type (autosoins et psychosociales) »
- La Fiche formateur 1 « Réponses classement compétences patients »
- Le Diaporama de l'exposé n°6 « Référentiel compétences patient »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Sauront identifier, définir et distinguer les compétences d'autosoins et psychosociales dans le diabète.

Méthode

- Activité en petits groupes.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur invite les participants à former 3 sous-groupes de 5 personnes et leur remet la Fiche participant 14 « Classement compétences patients par type – autosoins et psychosociales ».

15 minutes

3 Tour de table et discussion en grand groupe

Le formateur invite tour à tour un participant à lire un item et à donner sa réponse qui est discutée en grand groupe jusqu'à validation. Le formateur valide ou pas les réponses. Tous les participants auront lu et donné leur réponse à au moins un item.

20 minutes

2 Travail en sous-groupes

Les participants des sous-groupes prennent connaissance individuellement de la fiche. Ils échangent ensemble sur les items et entourent le type de compétence correspondant à chaque item. Ils notent ceux qui posent problème dans leur groupe.

15 minutes

4 Reprise et synthèse des deux types de compétences

à l'aide du diaporama de l'exposé n°6 « Référentiel Compétences Patient ».

5 minutes

5 Conclusion de l'activité par le formateur

« Classement compétences patients par type (autosoins et psychosociales) »

Consignes : Entourez pour chaque item le type de compétence dont il s'agit.

Réaliser une injection d'insuline	Auto soins	Se fixer des buts à atteindre et faire des choix par rapport à sa santé	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Réduire le stress	Auto soins	Planifier la prise de médicaments	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Assurer les premiers gestes de pansements	Auto soins	Prendre des décisions	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Surveiller sa peau	Auto soins	Avoir confiance dans ses capacités à prendre des initiatives favorables à sa santé	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique	Auto soins	Corriger un malaise hypoglycémique	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir faire ses courses au supermarché	Auto soins	S'observer, s'évaluer et se renforcer	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles	Auto soins	Résoudre un problème de communication avec un soignant	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Faire le lien entre l'activité physique et les variations glycémiques	Auto soins	Gérer l'insulinothérapie face à des situations comme activité physique, voyages, infection intercurrente	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Avoir à disposition plusieurs options de recettes disponibles en cas de visites imprévues d'amis	Auto soins	Pouvoir exprimer ses besoins	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Utiliser des appareils d'autosurveillance (glycémique, tensionnel)	Auto soins	Savoir poser des limites pour préserver sa santé	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale

-> Suite page suivante

Savoir résister aux pressions de l'entourage	Auto soins	Adapter ses repas	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir s'orienter au sein des services de santé	Auto soins	Savoir où aller chercher de l'information	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir choisir ses plats dans un restaurant	Auto soins	Maîtriser les activités d'autosurveillance	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Gérer son dossier social	Auto soins	Savoir interpréter les résultats d'analyse glycémique sur son lecteur	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir prévenir le retrait social causé par les contraintes alimentaires	Auto soins	Définir ses priorités socio-professionnelles	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir prendre des décisions adaptées (projet de vie, professionnel, familial ou personnel)	Auto soins	Connaître ses droits en tant que personne malade chronique (assurance, emploi, prise en charge)	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Parvenir à introduire une activité physique régulière dans sa vie	Auto soins	Savoir repérer un œdème et savoir ce qu'il faut faire (ex : appeler son médecin)	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir choisir des chaussures adaptées	Auto soins	Remplir le carnet de suivi	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Pouvoir parler sans gêne avec un soignant de la santé sexuelle	Auto soins		
	Psycho sociale		

« Réponses classement compétences patients »

Consignes : Entourez pour chaque item le type de compétence dont il s'agit.

Réaliser une injection d'insuline	Auto soins Psycho sociale	Se fixer des buts à atteindre et faire des choix par rapport à sa santé	Auto soins Psycho sociale
Réduire le stress	Auto soins Psycho sociale	Planifier la prise de médicaments	Auto soins Psycho sociale
Assurer les premiers gestes de pansements	Auto soins Psycho sociale	Prendre des décisions	Auto soins Psycho sociale
Surveiller sa peau	Auto soins Psycho sociale	Avoir confiance dans ses capacités à prendre des initiatives favorables à sa santé	Auto soins Psycho sociale
Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique	Auto soins Psycho sociale	Corriger un malaise hypoglycémique	Auto soins Psycho sociale
Savoir faire ses courses au supermarché	Auto soins Psycho sociale	S'observer, s'évaluer et se renforcer	Auto soins Psycho sociale
Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles	Auto soins Psycho sociale	Résoudre un problème de communication avec un soignant	Auto soins Psycho sociale
Faire le lien entre l'activité physique et les variations glycémiques	Auto soins Psycho sociale	Gérer l'insulinothérapie face à des situations comme activité physique, voyages, infection intercurrente	Auto soins Psycho sociale
Avoir à disposition plusieurs options de recettes disponibles en cas de visites imprévues d'amis	Auto soins Psycho sociale	Pouvoir exprimer ses besoins	Auto soins Psycho sociale
Utiliser des appareils d'autosurveillance (glycémique, tensionnel)	Auto soins Psycho sociale	Savoir poser des limites pour préserver sa santé	Auto soins Psycho sociale

Fiche formateur 1

Savoir résister aux pressions de l'entourage	Auto soins	Adapter ses repas	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir s'orienter au sein des services de santé	Auto soins	Savoir où aller chercher de l'information	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir choisir ses plats dans un restaurant	Auto soins	Maîtriser les activités d'autosurveillance	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Gérer son dossier social	Auto soins	Savoir interpréter les résultats d'analyse glycémique sur son lecteur	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir prévenir le retrait social causé par les contraintes alimentaires	Auto soins	Définir ses priorités socio-professionnelles	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir prendre des décisions adaptées (projet de vie, professionnel, familial ou personnel)	Auto soins	Connaître ses droits en tant que personne malade chronique (assurance, emploi, prise en charge)	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Parvenir à introduire une activité physique régulière dans sa vie	Auto soins	Savoir repérer un œdème et savoir ce qu'il faut faire (ex : appeler son médecin)	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Savoir choisir des chaussures adaptées	Auto soins	Remplir le carnet de suivi	Auto soins
	Psycho sociale		Psycho sociale
Pouvoir parler sans gêne avec un soignant de la santé sexuelle	Auto soins		
	Psycho sociale		

Module 3 / Activité 14 / Exposé 6



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

En partenariat avec :



Financé par :




Référentiel Compétences Patient

Rappels pratiques

Mise à jour - JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°6



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

1. DÉFINITION :

Qu'est-ce que la compétence ?

- La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés.*
- Les compétences visées chez les patients :

AUTOSOINS

&

PSYCHO
SOCIALES

*G. LE BOTERF (1995), De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisations.
Cf. HAS., (2007), Recommandations Education thérapeutique du patient « Définition, finalités et organisation », p.2

© COMMENT DIRE, 2012



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

2. COMPÉTENCES D'AUTOSOINS :

Définition : Compétences d'autosoins

- « Décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de sa maladie sur sa santé » (OMS, 2004)*
- Parmi ces compétences d'autosoins, des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient

Guide méthodologique - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007, p : 9-10.
* G. LE BOTERF (1995), De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisation

© COMMENT DIRE, 2012

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORMANDIE - BAS-NORMANDIE

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

2. COMPÉTENCES D'AUTOSOINS :

Exemples pour le diabète :

- Réaliser une injection d'insuline ;
- Utiliser des appareils d'autosurveillance (glycémique, tensionnel) ;
- Planifier la prise de médicaments ;
- Assurer les premiers gestes de pansements ;
- Corriger un malaise hypoglycémique ;
- L'apprentissage de la gestion de l'insulinothérapie face à des situations de la vie quotidienne (ex: activité physique, voyages, infection intercurrente).

© COMMENT DIRE, 2012

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORMANDIE - BAS-NORMANDIE

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

2. COMPÉTENCES D'AUTOSOINS :

Exemples pour le diabète :

- Traiter son diabète grâce à une alimentation adaptée ;
- Savoir choisir ses plats dans un restaurant, savoir faire ses courses au supermarché ;
- Savoir choisir des chaussures avec surveillance cutanée ;
- Faire le lien entre l'activité physique et les variations glycémiques ;
- Adapter les collations afin de prévenir les hypoglycémies.

© COMMENT DIRE, 2012

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORMANDIE - BAS-NORMANDIE

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELLS
DE SANTÉ

2. COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES :

Définition : Compétences psychosociales

Selon l'OMS, les compétences d'adaptation sont «des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci »*.

* Guide méthodologique - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007, p. 10-11.

© COMMENT DIRE, 2012

2. COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES :

Exemples

- Se connaître soi même ;
- Avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- Développer des compétences en matière de communication et relations interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre un problème ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer ;
- Maintenir son degré de socialisation ;
- Gérer son dossier social ;
- Continuer à faire des projets ;
- Savoir prendre des décisions adaptées (projet de vie, professionnel, familial ou personnel).



UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012



Le Bilan Éducatif Partagé :

Étape 1 de la démarche éducative - Les 6 tâches du soignant éducateur

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°7 « Le Bilan Éducatif Partagé : Étape 1 de la démarche éducative - Les 6 tâches du soignant éducateur »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants seront capables de :

- Définir les objectifs du Bilan Éducatif Partagé (BEP), d'identifier et décrire les 5 dimensions du BEP

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

40 minutes

1 Le formateur annonce l'exposé sur le Bilan Éducatif Partagé (BEP) qui représente la première étape de la démarche éducative. Il précise que dans un premier temps il définira les objectifs et le contenu du BEP, pour dans un second temps définir et décrire les tâches à réaliser par le soignant éducateur pour la conduite d'un BEP.

5 minutes

2 A l'issue de l'exposé, le formateur invite le groupe à échanger puis propose éventuellement une synthèse des échanges.

1. DÉFINITIONS :

Les 5 dimensions du BEP

Dimension cognitive

Dimension biomédicale

Dimension psycho-affective

Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage

Dimension socio-professionnelle

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Dimension biomédicale

Ce que le patient a

- Elle concerne l'ensemble des problèmes de santé du patient.
- Il s'agit d'explorer avec le patient et de comprendre la manière dont il vit sa maladie :
 - Symptômes vécus au quotidien (fatigue, douleurs, ...)
 - Traitements (vécu des soins, de l'autosurveillance, ...)
 - Autres problèmes de santé associés (co-morbidités ou autres pathologies).

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Dimension socioprofessionnelle

Sa profession, ses activités

- Elle concerne le contexte des activités professionnelles et sociales du patient.
- Il s'agit d'explorer le contexte de vie du patient tout en s'en tenant à des « territoires » en lien avec sa santé, sa (ses) maladie(s) et ses traitements.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Dimension cognitive

Ce que le patient sait

- Elle concerne les **connaissances du patient** sur la maladie.
- Il s'agit d'**explorer avec le patient** ses connaissances, ses représentations, ses croyances.
- Il est important de **mettre en parallèle les connaissances** et les **informations acquises** avec les savoirs que le patient a construits tout au long de sa maladie et de ses soins.
- Cette dimension présente un autre intérêt : celui d'**entrer en contact avec l'univers des savoirs** mais aussi le rapport aux apprentissages du patient.

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Dimension psychoaffective

Son environnement, ses ressources

- Elle concerne l'**environnement** familial, conjugal, amical... du patient en termes de **ressources** et de **soutien** qu'il a utilisé jusque là pour faire face aux situations causées par sa (ses) maladie(s) et les contraintes de soins.
- Il s'agit, avec le patient de :
 - **mettre en évidence** et **valoriser les ressources** mobilisées pour vivre au mieux tous les jours.
 - **d'évaluer le poids des contraintes de soin** sur sa vie (couple, famille,...) et son environnement.
 - Cette dimension est essentielle pour **identifier à la fois les priorités du patient et ses besoins**. Ils apparaîtront au soignant éducateur et au patient lors de cette exploration.

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Dimension projet de soin, Priorités d'apprentissage

Ce que le patient projette

- Cette dimension, qui concerne le projet de soin du patient, **synthétise** toutes les autres dimensions.
- Il s'agit d'**explorer avec le patient son projet**, en l'invitant à s'exprimer dans ses mots à lui : prendre soin de soi, se sentir mieux, avoir envie de faire des choses pour sa santé ou pour améliorer sa qualité de vie...
- Cette dimension permet de repérer avec le patient :
En quoi les **savoirs** et **quels savoirs** ? ; en quoi les **savoir-faire** et **quels savoir-faire** ? ; en quoi les **savoir-être** et **quels savoir-être** ? pourraient répondre à ses attentes et selon quelles priorités.

© COMMENT DIRE, 2012

1. DÉFINITIONS :

Synthèse des 5 dimensions du BEP

Dimension cognitive
ce que le patient sait
ses connaissances, ses représentations, ses croyances sur sa maladie et les traitements....

Dimension biomédicale
ce que le patient a
ses problèmes de santé, la manière dont il les vit.

Dimension psycho-affective
qui est le patient
son environnement familial, conjugal, amical, ses ressources, ses soutiens, sa manière de les mobiliser....

Dimension socio-professionnelle
sa profession, ses activités
dans ce qu'elles insèrent avec les soins, les traitements, la maladie.

Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage
ce que le patient projette
Son projet et ses priorités de santé, ses priorités d'apprentissage en lien avec son projet de vie....

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Les 6 tâches du soignant éducateur dans le BEP

1. Écouter
2. Recueillir de l'information
3. Informer
4. Proposer
5. Décider avec le patient
6. Rédiger le BEP avec le patient

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Écouter : les techniques adaptées

Écouter, ce n'est pas interroger...

- Commencer par une phrase d'accueil et non par une question.
- Se présenter et informer le patient sur les objectifs du BEP.
- Vérifier et (re)demande l'accord du patient pour ce type d'entretien.
- Privilégier les Q.O suivies d'une reformulation.
- Éviter le style « interrogatoire » ou scolaire du type « Que savez vous sur ... ? ».
- Préférer l'usage d'expressions comme « Racontez-moi... ».
- Reformuler permet au patient de se sentir compris, écouté.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Recueillir : les techniques adaptées

Les 7 questions ouvertes les plus utiles :

- Qu'est-ce qui est le plus important pour vous en ce moment ? (valeurs)
- Qu'est-ce que vous en pensez ? (recentrage)
- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous ? (besoins/ attentes)
- Qu'est ce qui se passe exactement ? (description des faits)
- À quelles solutions avez-vous pensé ? (mobilisation des ressources)
- Comment voyez-vous cela ? (idées-suggestions du patient)
- Habituellement, face aux difficultés, comment faites-vous ? (savoir faire face habituels)

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Informé

... ce n'est pas délivrer des informations directement.

- Demander au patient ce qu'il aimerait savoir, ce qu'il sait déjà.
- Éviter le réflexe correcteur immédiat du style : « non, ce n'est pas cela, je vais vous expliquer... ».
- Préférer : « si vous le voulez bien, on reviendra là-dessus... ». L'objectif est de faire émerger et maintenir l'appétit de savoirs et de connaissances, non de faire honte au patient.
- Face aux mauvaises nouvelles, soutenir l'optimisme du patient.
- S'interroger ou demander au patient « Avant de continuer : que signifie cette information pour vous ? ».

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Décider avec le patient

- Identifier ses priorités, ses attentes, ses besoins.
- Ne pas décider à sa place.
- Lui demander son avis.
- Prendre en compte ce qu'il fait, sait faire et fait déjà.

L'éducation n'est pas un soin pratiqué sur le corps, c'est la mobilisation d'un désir d'apprendre ou de savoir au service d'un projet d'amélioration de sa santé et de sa qualité de vie.

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Proposer au patient

- Ne proposer que **ce qui est disponible**.
- **Vérifier** si ce que l'on propose à l'extérieur existe encore, appeler les collègues régulièrement (temps, place, disponibilité, localisation).
- **Demander au patient** de faire des propositions.
- **Chercher avec lui** au moins deux ou trois options.
- Avoir à choisir, c'est **mobilisateur**, surtout quand on a participé à l'élaboration des choix.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LES 6 TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR :

Rédiger le BEP avec le patient

- Le bilan a pour objectif d'identifier **les facteurs facilitant** ou **fragilisant** la qualité de vie et/ou la santé du patient.
- L'équipe éducative s'appuiera sur ce BEP pour :
 - **Adapter** les séances éducatives.
 - **Définir les outils pédagogiques** les plus appropriés au patient.
 - **Déterminer les indicateurs** des effets attendus du programme d'ETP.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

3. ÉTAPE 2 DE LA DÉMARCHÉ ÉDUCATIVE :

Définir un programme personnalisé & les priorités d'apprentissages (1)

- Le BEP aboutit à un **échange** entre le soignant et le patient sur les compétences à **acquérir** ou à **renforcer** à des fins de santé et d'amélioration de sa qualité de vie.
- Les compétences à acquérir ou à renforcer sont des :
 - compétences **d'autosoins** ;
 - compétences **psychosociales**.
- Le soignant précise au patient les modalités et le déroulement de son programme personnalisé.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. ÉTAPE 2 DE LA DÉMARCHE ÉDUCATIVE :

Définir un programme personnalisé & les priorités d'apprentissages ⁽²⁾

Il s'agit d'écouter ce que le patient déclare comme ses priorités de vie, de santé, de compétences à acquérir (ce qu'il réussit bien, ce qu'il aimerait apprendre à faire, là où il aimerait profiter d'une formation...).

Cela consiste pour le soignant éducateur à créer une alliance pédagogique autour du « apprendre et faire ensemble ».

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011



Les 5 dimensions du Bilan Éducatif Partagé

Construction d'un guide pour conduire le BEP

Durée : 1 heure 15

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 16A « Bilan Éducatif Partagé – Construction d'un guide pour conduire le BEP »
- 15 exemplaires de la Fiche participant 16B « Bilan Éducatif Partagé – Les 5 dimensions du BEP »
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Se seront familiarisés avec les contenus et les techniques utiles pour explorer les dimensions du Bilan Éducatif Partagé.
- Auront saisi la nécessité d'une concordance entre les dimensions explorées et les techniques utilisées.

Méthode

- Travail par petits groupes, suivi de restitution en grand groupe.
- Partage des savoirs en groupe.
- Synthèse facilitant l'appropriation par le groupe d'une méthodologie de travail nouvelle pour les soignants (conduite d'un entretien avec objectifs de Bilan Éducatif Partagé).



↳ Consignes et déroulement

15 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente l'activité qui consiste à construire un guide « Bilan Éducatif Partagé – La construction d'un guide pour conduire le BEP ». Il invite les participants à se répartir en 3 sous groupes, remet à chaque participant les fiches 16A et 16B, et demande à chaque groupe de désigner un rapporteur pour la restitution en grand groupe.

3 À l'issue des 3 restitutions, le formateur propose une courte synthèse des travaux présentés et fait le lien avec les 6 tâches du soignant éducateur lors du Bilan Éducatif Partagé.

60 minutes

2 Les participants, par petits groupes, tentent de construire un guide d'entretien incluant les 5 dimensions du Bilan Éducatif Partagé. Ils rédigent pour chaque dimension le script du soignant (une dimension = un scénario) qui doit se présenter sous la forme de suggestions, de questions ouvertes et de phrases de relance.

Chaque petit groupe dispose de 6 minutes environ pour présenter en grand groupe son guide d'entretien par dimension et en justifiant le choix des questions.

« Construction d'un guide pour conduire le BEP »

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Nom :

Prénom :

Date :

___/___/___

PATIENT

Nom :

Prénom :

___/___/___

___/___/___

Sexe : H F

Âge : ans

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Fiche participant 16A

Dimension biomédicale, ce que le patient a ses problèmes de santé, la manière dont il les vit.

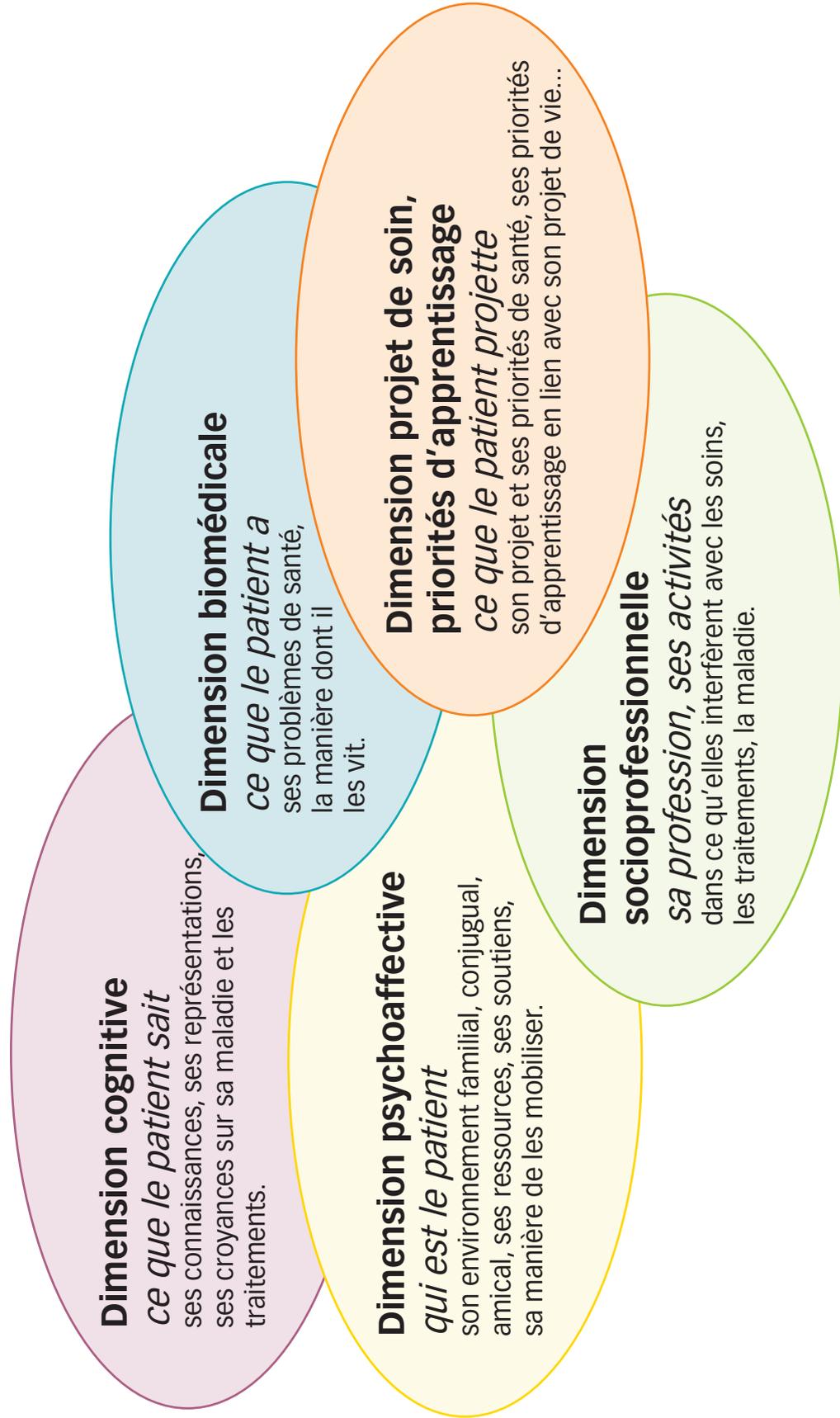
Dimension socioprofessionnelle, sa profession, ses activités dans ce qu'elles interfèrent avec les soins, les traitements, la maladie.

Dimension cognitive, ce que le patient sait ses connaissances, ses représentations, ses croyances sur sa maladie et les traitements.

Dimension psychoaffective, qui est le patient son environnement familial, conjugal, amical, ses ressources, soutiens.

Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage, ce que le patient projette son projet et ses priorités de santé, ses priorités d'apprentissage en lien avec son projet de vie...

« Les 5 dimensions du BEP »





Bilan Éducatif Partagé

Mise en situation sur la dimension cognitive

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 17A « Conseils pour l'exploration de la dimension cognitive »
- 1 exemplaire de la Fiche participant 17B « script du Rôle 1 »
ou 1 exemplaire de la Fiche participant 17C « script du Rôle 2 »
ou 1 exemplaire de la Fiche participant 17D « script du Rôle 3 »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront sensibles à la multiplicité des dimensions et aussi à la spécificité de chaque dimension du Bilan Éducatif Partagé.
- Seront plus à l'aise pour explorer avec un patient ses connaissances, ses représentations, ses croyances.

Méthode

- Partage des savoirs en groupe.
- Entraînement à la pratique.
- L'intervenant a une fonction importante d'accompagnement des participants dans l'apprentissage de la conduite de l'entretien utilisé dans le Bilan Éducatif Partagé.

Pour en savoir plus

- Références bibliographiques :
 - C. Herzlich et J. Pierret (1991), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris : Ed. payot, Coll. Bibliothèque Scientifique Payot.
 - S. Sontag (1993), *La maladie comme métaphore / Le sida et ses métaphores* - Traduit de l'américain par Marie-France de Paloméra et Brice Matthieussent, Paris : Christian Bourgeois, Coll. Choix / essais.
 - F. Laplantine (1998), *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris : Payot, Coll. Bibliothèque scientifique.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente au groupe les 2 temps de l'activité qui porte sur l'exploration de la dimension cognitive dans le Bilan Éducatif Partagé, par mise en situation. Tout le groupe sera impliqué par la mise en situation grâce au dispositif « le soignant éducateur tournant ».

15 minutes

3 Synthèse

Sur le rôle des croyances en santé, conseils sur l'abond de la dimension cognitive dans le Bilan Éducatif Partagé (Cf. le paragraphe « Aide à l'animation et reprises possibles »). À l'issue de la synthèse, un formateur distribue la Fiche participant 17A.

25 minutes

2 Le soignant éducateur tournant

Le formateur sollicite dans le groupe une personne volontaire pour jouer un rôle de patient. Il sort de la salle avec la personne et lui explique précisément le rôle à jouer (Fiche participant 17B, 17C ou 17D). Pendant ce temps (si 2 formateurs), l'un des formateurs prépare avec le groupe la séance de travail en expliquant la méthode du « soignant éducateur tournant », à savoir la possibilité à tout moment pour celui qui joue le rôle du soignant éducateur de se faire remplacer par un autre participant de la manière suivante : quand il ne sait plus comment intervenir, il lève la main et un autre participant prend sa place et reprend le cours de l'entretien.

Le formateur demande aux personnes qui joueront le rôle du soignant éducateur de respecter la consigne qui est de :

- a) s'en tenir à l'exploration avec le patient de ses croyances, de ses représentations, de ses connaissances en adoptant une attitude empathique et en suivant le guide d'entretien élaboré,
- b) ne pas transformer une exploration en interrogatoire, le but étant que le soignant éducateur explore la dimension cognitive en totalité.

Aide à l'animation et reprise possible



Observations

La plupart du temps, face aux connaissances, les professionnels ont tendance à poser des questions de type scolaire parce qu'on leur a dit qu'il fallait évaluer les connaissances du patient. Or le Bilan Éducatif Partagé est plus que cela, c'est une rencontre avec le monde des idées, des croyances, des représentations du patient. Ce qui est important, c'est de comprendre comment le patient a construit ses propres savoirs, ses représentations, de sa santé, de ses maladies, du soin, des recommandations. Dans certaines cultures, dire aux gens ce qu'ils doivent manger ou leur interdire certains aliments les met en difficulté car le rapport à la nourriture est une construction sociale et culturelle.

Le nœud de croyances liées à la maladie est un élément fondamental pour expliquer les comportements de santé. Il est important de prendre en compte ce qu'une personne croit, comment elle a construit son savoir avant de lui imposer un savoir médical.

Il est très important d'arriver à trouver les mots et les reformulations nécessaires au maintien de la dynamique de l'entretien. La difficulté consiste à éviter la pratique de l'effet correcteur du type : « Non, non ! Vous vous trompez, je vais vous expliquer ». Il est important de savoir à quel moment intervenir sur une croyance surtout si elle semble nuire ou réduire la qualité de vie du patient.

Il est important d'attirer l'attention de soignants sur les métaphores utilisées dans le vocabulaire médical qui a des répercussions fortes et violentes pour les patients, comme par exemple : insuffisance rénale, détérioration, comparaison de la fonction rénale à une déchetterie.

Les maladies, du point de vue anthropologique, sont souvent décrites comme des « plus » qu'il faut extraire, enlever, inciser, c'est le principe de la saignée et de l'intervention chirurgicale, on enlève ce qui est mauvais. Le diabète est perçu comme une sanction du style de vie de la personne (poids, sédentarité, mauvaises habitudes alimentaires). Le patient s'attend donc à un contrôle de ses comportements et à un jugement négatif. Il est donc obligé de construire des raisonnements pour sauver son estime de soi quitte à choisir d'adhérer à des fausses croyances.

L'animateur veillera à se poser des questions sur la façon dont lui-même aussi a construit son savoir, ses représentations, ses croyances.

« Conseils pour l'exploration de la dimension cognitive »

 Éviter	 Préférer
« Que savez-vous ? »	« Comment êtes-vous arrivé à vous faire une idée de ce qu'est le diabète ? »
« Expliquez-moi le diabète »	« Comment avez-vous expliqué à vos enfants ce qu'est le diabète ? »
« Non, non ! Vous vous trompez, je vais vous expliquer »	« Ah là je peux vous être utile et vous apprendre quelque chose si vous me le permettez ! »

« Script du rôle 1 »

Rôle 1	Une patiente qui a beaucoup de croyances
Dimension cognitive	<p>Mme B., 61 ans, lors de l'entretien, est intarissable.</p> <p>Le diabète, elle connaît bien, c'est de famille et elle n'a pas été étonnée lorsqu'on lui en a trouvé un à l'âge de 51 ans. Sa mère est décédée du diabète, et le père de son époux est décédé d'un diabète avec gangrène.</p> <p>Cela fait 10 ans qu'elle vit avec son diabète, elle pense que c'est de famille et qu'il n'y a rien à y faire.</p> <p>Les traitements ne l'améliorent pas beaucoup, cela sert à vendre des médicaments mais de toute façon le diabète, on en meurt, la maladie évolue tout doucement, et hop... elle nous amène des complications, son « cœur est déjà attaqué », dit-elle. Elle a mal pourtant, elle n'arrive pas à faire tout ce qu'il faut, sa tension « monte et descend » mais sa mère, c'était pareil.</p> <p>Ce qu'elle croit sur le diabète ? C'est que sur ses trois enfants, il y en aura au moins un qui sera diabétique. Elle penche pour sa fille car elle ressemble à son grand père du côté de son mari.</p> <p>Sinon, cela va bien... Oui tout va bien !</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <p>Ses connaissances : niveau faible.</p> <p>Ses croyances : ++++++</p> <p>Ses représentations du diabète : = mort</p>

« Script du rôle 2 »

Rôle 2	Un patient qui sait tout
Dimension cognitive	<p>M. V., 54 ans. Il est cadre commercial et il sait tout sur son diabète. Ses carnets sont tenus à jour et il les a toujours avec lui. Il est fier de les montrer pendant l'entretien sur le diagnostic.</p> <p>Ses représentations : il n'en a aucune, il a du mal à s'expliquer sur son diabète excepté qu'il a un métier sédentaire et qu'il fait beaucoup de voiture. Il voit le diabète comme une maladie de la sédentarité « on ne bouge plus alors les organes s'encrassent. »</p> <p>Ses croyances : il pense qu'on va trouver un traitement ou une thérapie génique pour empêcher la survenue du diabète. On pourra prévenir le diabète bientôt avec un test génétique, il a lu cela dans une revue américaine.</p> <p>Les traitements, il y croit surtout depuis qu'il y a l'insulinothérapie fonctionnelle, il trouve que c'est une merveille d'invention.</p> <p>L'éducation, il est pour, mais il aimerait avoir des DVD audio à écouter en voiture car il roule beaucoup.</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <p>Ses connaissances : niveau élevé.</p> <p>Ses croyances : ++++++ dans la génétique.</p> <p>Ses représentations du diabète : diabète = maladie professionnelle.</p>

« Script du rôle 3 »

Rôle 3	Une patiente qui doute... de tout !
Dimension cognitive	<p>Mme S., 63 ans, est retraitée d'un poste à la SNCF dans le social.</p> <p>Elle a des connaissances sur le diabète mais elle n'est sûre de rien. « Des fois, je me dis que le diabète avec la mesure de l'HB1C, ce n'est pas très fiable. »</p> <p>« Il n'y en a jamais eu dans ma famille et j'ai fait de la marche toute ma vie. J'ai toujours pensé que c'était lié à mon divorce il y a 20 ans. J'ai été si malheureuse que j'en ai déclenché un diabète et de l'hypertension. »</p> <p>Elle suit et comprend les mécanismes des traitements même si elle pense qu'elle peut encore apprendre sur le diabète.</p> <p>Elle viendra aux séances surtout qu'elle s'ennuie seule dans son petit appartement.</p> <p>Elle pense que le diabète, c'est comme les cancers « tout cela est arrivé à la même époque et en plus cela tombe sur ceux qui sont fragiles. »</p> <p>Madame S. doute un peu de tout.</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <p>Ses connaissances : niveau moyen.</p> <p>Ses croyances : ++++++ diabète = résultat d'un traumatisme.</p> <p>Ses représentations du diabète : diabète = cancer.</p>



Bilan Éducatif Partagé

Mise en situation sur la dimension projet de soins, priorités d'apprentissage

Fiche pédagogique

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 18A « Conseils pour l'exploration du projet de soins et des priorités d'apprentissage »
- 1 exemplaire de la Fiche participant 18B « script du Rôle 1 »
- ou 1 exemplaire de la Fiche participant 18C « script du Rôle 2 »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Sauront explorer avec un patient un thème sensible comme la place que donne le patient à son projet de soins en lien avec son projet de vie et aussi son rapport aux apprentissages.

Méthode

- Partage des savoirs en groupe.
- Entraînement à la pratique.
- Le formateur a une fonction importante d'accompagnement des participants dans l'apprentissage de la conduite de l'entretien sur un thème complexe parce qu'il comporte trois composantes à explorer au service d'un tout : la santé.

Aide à l'animation et reprise possible

- Le formateur doit être attentif au script du soignant et à la qualité de l'interaction soignant-patient dans le jeu du soignant éducateur.

Le message le plus important est d'aider les participants à explorer cette dimension sans violence et en profondeur car le projet d'éducation va s'appuyer beaucoup sur le projet du patient, or si celui-ci n'a pas pu être explicité ou formulé, on ne pourra pas construire un programme avec le patient !



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur propose au groupe de travailler sur une autre dimension, à savoir celle relative au projet de soins et aux priorités d'apprentissage du patient en lien avec son projet de vie.

Il attire l'attention des participants sur le fait qu'il n'y pas de projet de soins ou de santé quand il n'y a pas de projet, c'est-à-dire sans mobilisation ou le maintien de capacités d'anticipation. Or celles-ci sont modifiées par la maladie et tout projet de vie comporte une dimension d'incertitude renforcée dans le cas d'une maladie. Il est donc nécessaire de prendre en compte cet aspect pour éviter toute violence dans l'abord du thème du projet du patient qui, par ailleurs touche à son intimité existentielle.

25 minutes

2 Jeu « Le soignant éducateur tournant » (25 minutes ou 2 x 10 minutes de jeux de rôle)

Le formateur sollicite dans le groupe une personne volontaire pour jouer un rôle de patient. Il sort de la salle avec la personne et lui explique précisément le rôle à jouer (Fiche participant 18B ou 18C).

Pendant ce temps (si 2 formateurs), l'un des formateurs prépare avec le groupe la séance de travail en expliquant la méthode du « soignant éducateur tournant », à savoir la possibilité à tout moment pour celui qui joue le rôle du soignant éducateur de se faire remplacer par un autre participant de la manière suivante : quand il ne sait plus comment intervenir, il lève la main et un autre participant prend sa place et reprend le cours de l'entretien.

Le formateur demande aux personnes qui joueront le rôle du soignant éducateur de respecter la consigne qui est de :

- a) s'en tenir à l'exploration avec le patient de son projet de soins, de ses priorités d'apprentissage en suivant le guide d'entretien élaboré,
- b) explorer l'articulation projet de vie, projet de soins et apprentissages du patient, le but étant que le soignant éducateur explore la dimension projet de soins en totalité.

15 minutes

3 Synthèse (15 minutes ou 2 x 10 minutes)

Elle peut porter sur la manière d'explorer cette dimension notamment sur les moments de phase entre le ton, la forme des questions, l'empathie, l'exploration des composantes qui s'articule entre elles.

À l'issue de la synthèse, un formateur distribue la Fiche participant 18A.

« Conseils pour l'exploration de la dimension projet de soins, priorité d'apprentissage »

 Éviter	 Préférer
« Quel est votre projet ? »	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que vous aimez faire ? - Qu'est-ce que vous n'osez plus faire depuis que vous avez du diabète ?
« Quel est votre projet de soins ? »	<ul style="list-style-type: none"> - Combien de fois par jour vous pensez à votre santé ? - Quelles sont les choses que vous faites pour votre santé ? - Quelles sont les choses que vous aimeriez savoir ou pouvoir mieux faire pour votre santé ?
« Comment vous voyez-vous dans 10 ans ? »	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre soin de vous, dans les mois et les années qui viennent, cela voudrait dire quoi comme petits ou grands changements ? - Qui pourrait vous aider ?
« Que voulez vous apprendre ? »	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qu'on pourrait vous apprendre à faire ou à mieux faire (insister sur l'aspect pratique des apprentissages) ? - Et qui vous aiderait dans votre santé ou votre vie de tous les jours ?

« Script du rôle 1 »

Rôle 1

Projet de soins, priorités d'apprentissage

Mme A., 73 ans, est devenue au fil de sa vie un peu résignée. Elle n'est pas du tout déprimée mais elle ne se sent pas du tout comme étant porteuse d'un projet de santé.

Ses priorités d'apprentissage portent sur un « savoir mieux se débrouiller avec son téléphone, la télécommande de sa nouvelle télévision. »

Dans sa vie quotidienne, elle a l'impression qu'elle commence à se sentir dépassée.

Elle dit : « Chaque fois qu'on achète une simple cafetière, tout est compliqué à installer. »

Pour sa santé, elle suit ce que le médecin lui dit, elle n'a pas envie de faire plus que cela car elle a confiance en lui. « C'est lui qui sait, qui me dit ce qu'il y a à faire même quand je n'y arrive pas toujours comme par exemple avec les frites et le beurre. »

Projet de santé : Elle ne pense pas retrouver une bonne santé. La santé, elle se détériore plutôt avec le début d'arthrite, la fatigue, le surpoids, l'essoufflement. Elle dit « c'est comme cela, il faut bien faire avec et être heureux d'être encore capable de se lever, de marcher et de faire ses courses et son ménage. » Elle tient à ce que sa maison soit bien tenue et elle en est fière.

Éléments pour le jeu de rôle :

- Sa priorité, elle n'a jamais pensé de cette manière dans sa vie.
- Elle connaît le diabète, de manière modérée, sans plus.

« Script du rôle 2 »

Rôle 2	
Projet de soins, priorités d'apprentissage	<p>Mlle V., 32 ans, elle est jeune avocate et a beaucoup d'ambition professionnelle.</p> <p>Ses priorités de vie, elle les énonce d'emblée : « se marier, avoir des enfants, au moins un ou deux et entrer comme associée dans un grand cabinet d'avocats ».</p> <p>Elle a peur d'être malade, elle prend bien ses traitements et fait beaucoup d'auto-surveillance car à son travail personne ne sait et ne doit savoir qu'elle a un problème de santé.</p> <p>Elle pose des questions sur enfant et diabète et veut bien venir aux séances d'éducation si elles ont lieu à l'heure du déjeuner ou très tôt le matin.</p> <p>Elle voudrait aussi savoir comment on annonce à un homme qu'on rencontre qu'on a un diabète « sans perdre ses chances amoureuses ». Elle pense à quelqu'un qu'elle a rencontré.</p> <p>Elle souhaite rester dans la région de Lille mais elle dit que la concurrence est féroce car il n'y pas autant de grands cabinets d'avocats qu'à Paris.</p> <p>Éléments pour le jeu de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son projet de santé et sa priorité sont « une santé au top du top » et « apprendre à gérer son diabète comme une pro ». - Elle connaît tout sur le diabète, excepté « grossesse et diabète ».



Bilan Éducatif Partagé

Mise en situation sur la dimension psychoaffective et/ou socioprofessionnelle

Fiche pédagogique

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 19A « Conseils pour l'exploration de la dimension psychoaffective et/ou socioprofessionnelle »
- 1 exemplaire de la Fiche participant 19B « script du Rôle 1 »
ou 1 exemplaire de la Fiche participant 19C « script du Rôle 2 »
ou 1 exemplaire de la Fiche participant 19D « script du Rôle 3 »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront sensibles à la multiplicité des dimensions et aussi à la spécificité de chaque dimension du Bilan Éducatif Partagé.
- Seront plus à l'aise pour explorer avec un patient son environnement familial, conjugal, amical, ses ressources, ses soutiens et sa manière de les mobiliser.

Méthode

- Partage des savoirs en groupe.
- Entraînement à la pratique.
- L'intervenant a une fonction importante d'accompagnement des participants dans l'apprentissage de la conduite de l'entretien utilisé dans le Bilan Éducatif Partagé.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente au groupe les 2 temps de l'activité qui porte sur l'exploration de la dimension psychoaffective dans le Bilan Éducatif Partagé par mise en situation. Tout le groupe sera impliqué par la mise en situation grâce au dispositif « soignant éducateur tournant ».

15 minutes

3 Synthèse

Sur le degré d'isolement, de soutien qui sont des déterminants de santé. À l'issue de la synthèse, un formateur distribue la Fiche participant 19A.

25 minutes

2 Le soignant éducateur tournant

Le formateur sollicite dans le groupe une personne volontaire pour jouer un rôle de patient. Il sort de la salle avec la personne et lui explique précisément le rôle à jouer (Fiche 19B, 19C ou 19D).

Pendant ce temps (si 2 formateurs), un des formateurs prépare avec le groupe la séance de travail en expliquant la méthode du « soignant éducateur tournant », à savoir la possibilité à tout moment pour celui qui joue le rôle du soignant éducateur de se faire remplacer par un autre participant de la manière suivante : quand il ne sait plus comment intervenir, il lève la main et un autre participant prend sa place et reprend le cours de l'entretien.

Le formateur demande aux personnes qui joueront le rôle du soignant éducateur de respecter la consigne qui est de s'en tenir à l'exploration avec le patient de son environnement (familial, conjugal, amical, social...) et de ses ressources et soutiens ou à l'exploration de la dimension socioprofessionnelle uniquement en lien avec sa maladie, ses traitements et ses soins.

« Conseils pour l'exploration de la dimension projet soin, priorité d'apprentissage »

 Éviter	 Préférer
« Vous êtes marié(e) ? »	« Qui s'occupe de vous à la maison ? »
« Tout le monde est au courant de votre diabète, n'est-ce pas ? »	« Avec qui parlez-vous de votre santé ? »
« Oh la la ! vous avez trop de problèmes à la fois, je peux pas tout faire ! »	« Je vous propose qu'on commence par essayer de résoudre le problème le plus urgent pour vous. »
« Êtes-vous déprimé ? »	« Est-ce que vous avez l'impression d'avoir un peu perdu pied ? Depuis quand ? »
« Vous n'arrivez pas à vous discipliner, n'est-ce pas ? »	« Qui pourrait vous aider à reprendre les rênes ? »

« Script du rôle 1 »

Rôle 1	
Dimension psychoaffective	<p>Mme F. est heureuse dans son couple. Elle a 48 ans.</p> <p>Elle a expliqué à tout le monde dans son entourage ce que c'est le diabète. Elle a 3 enfants et elle travaille à la mairie.</p> <p>La dernière fois qu'elle a été hospitalisée, il y a deux ans, l'équipe médicale lui a découvert un cancer du sein. Elle a eu une chimiothérapie et a réalisé que son vrai soutien, c'était sa famille.</p> <p>Elle parle du diabète avec ses voisins et au travail, mais elle se rend compte qu'elle ne parle pas du cancer car elle sent que les gens paniquent « rien qu'à entendre ce mot-là ».</p> <p>Elle sait s'entourer et elle a deux sœurs qui habitent dans la région de Maubeuge. Elle les voit souvent et elle parle de tout avec ses sœurs, de son diabète, de son cancer, de tout !</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madame F est très coopérante au cours de l'entretien. - Son véritable soutien ce sont ses deux sœurs. - Elle aimerait rencontrer d'autres personnes qui ont eu un cancer. - Elle veut vivre longtemps parce qu'elle aime la vie, son couple et ses trois enfants. - Elle aide l'un des trois qui est sans travail, elle sait que ses sœurs seront toujours là en cas de besoin et son mari aussi.

« Script du rôle 2 »

Rôle 2	
Dimension socioprofessionnelle	<p>M. L., 51 ans, est chauffeur de taxi à Lille.</p> <p>Il présente un surpoids et a pris rendez-vous chez un néphrologue car son médecin lui a trouvé des mauvais résultats (protéinurie).</p> <p>Il gère son diabète mais son métier de taxi l'empêche de respecter les contraintes alimentaires et de faire de l'activité physique.</p> <p>Il envisage la retraite anticipée et de continuer une activité de menuisier qu'il a commencé de manière à préserver sa santé. Son travail le fatigue beaucoup même s'il est bien organisé et travaille avec des contrats pour des personnes âgées qu'il transporte pour leurs soins à l'hôpital.</p> <p>Il n'a pas d'heures pour le déjeuner ou le dîner car il travaille pour une société de taxis qui est en difficulté et qui a déjà réduit son nombre de chauffeurs.</p> <p>Comme son diabète s'aggrave avec un problème de rein, il est prêt à faire tout ce qu'il faut pour préserver sa santé.</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monsieur L pose des questions sur la retraite anticipée et se demande s'il est préférable d'arrêter tout de suite son métier de taxi. - Il demande des renseignements l'adresse d'un service pour l'aider à calculer le montant de sa retraite. - Il veut vraiment s'en sortir et est très à l'écoute du soignant qui conduit le Bilan Éducatif Partagé. - Son souci majeur c'est sa profession en lien avec sa santé qui se dégrade !

« Script du rôle 3 »

Rôle 3	
Dimension socioprofessionnelle	<p>Mme C. n'a plus d'activités et elle s'ennuie. Elle a 69 ans et son diabète n'est pas contrôlé car elle a des complications cardiovasculaires.</p> <p>Elle a passé sa journée d'hier devant la télévision et elle peut rester assise des heures en grignotant. Elle dit « Je m'assieds dans le salon, je m'endors un peu et hop, il fait déjà nuit et froid dehors. Comment voulez-vous que je sorte ? »</p> <p>Elle suit bien les visites médicales, elle fait son contrôle des pieds et des yeux mais l'ennui et le manque de distractions la font grossir.</p> <p>Ses petits enfants sont loin, ils sont partis en région parisienne et elle ne les voit pas assez, elle leur téléphone mais cela n'est pas une activité. Elle se demande si elle ne devrait pas se remettre au vélo et s'il existe un club car elle ne veut pas se retrouver seule à faire du vélo « Où est-ce que j'irai comme cela avec mon vélo toute seule ? ».</p> <p>Éléments de direction pour le jeu de rôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madame C aimerait se socialiser mais elle ne sait pas comment faire car elle n'a pas confiance en elle et elle a toujours été timide. - Elle est heureuse que le soignant éducateur s'intéresse à sa vie et elle dit qu'il faut qu'elle s'en sorte et que de venir à des séances d'éducation vont l'aider à sortir de chez elle.



La rédaction de la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé

Durée : 1 heure 15

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°8 « La rédaction de la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Seront capables de rédiger la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

70 minutes

1 Le formateur présente l'activité au groupe en lui expliquant qu'il va présenter un diaporama qui expliquera comment rédiger la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé.

5 minutes

2 Le groupe échange et fait une synthèse de ce qui a été dit. Le formateur pose des questions.

Module 3 / Activité 20 / Exposé 8



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



COMMENT DIRE
UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :



Financé par :



La rédaction de la synthèse d'un Bilan Éducatif Partagé

Mise à jour -- JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°8

INTRODUCTION



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

Partager la rédaction avec le patient et l'équipe

- La rédaction du BEP doit pouvoir être partagée avec le patient et les autres intervenants de l'équipe.
- Le texte peut être imprimé et remis au patient dès sa rédaction, voire soumis à une lecture partagée avec lui avant sa rédaction définitive.

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

Le BEP : un lien pour l'équipe

- Le BEP (ou DE) : Un outil opératoire qui reste dans le dossier éducatif du patient et qui peut être complété à tout moment.
- Sa rédaction doit reprendre les 5 composantes de base.
- Le format du texte doit prévoir de la place pour des ajouts et des compléments. Car, le recueil de données d'informations nécessaires à la compréhension des besoins et des priorités de vie, de santé et d'apprentissage du patient doit se faire tout au long de la prise en charge éducative.

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Les 5 dimensions du BEP

- Dimension cognitive**
ce que le patient sait
ses connaissances, ses représentations, ses croyances sur sa maladie et les traitements....
- Dimension biomédicale**
ce que le patient a
ses problèmes de santé, la manière dont il les vit.
- Dimension psycho-affective**
qui est le patient
son environnement familial, conjugal, amical, ses ressources, ses soutiens, sa manière de les mobiliser....
- Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage**
ce que le patient projette
Son projet et ses priorités de santé, ses priorités d'apprentissage en lien avec son projet de vie....
- Dimension socio-professionnelle**
sa profession, ses activités
dans ce qu'elles impliquent avec les soins, les traitements, la maladie.

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Exemples : La dimension cognitive

- Madame A, croit qu'elle a un diabète parce que sa mère en avait un. Elle évoque le décès du père de son époux par diabète. Elle ne pense pas qu'on puisse traiter le diabète.
- Monsieur B, possède les connaissances essentielles sur le diabète, ses complications et ses traitements. Il aimerait savoir si il y a un lien entre son diabète et le cancer qu'il a eu il y a deux ans.

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Exemples : La dimension psychoaffective

- Madame D, a une tendance aux grignotages devant la TV depuis son divorce, son diabète s'est aggravé depuis qu'elle est seule. Elle a l'impression de se laisser aller, mais elle aimerait se reprendre en main et attend beaucoup des ateliers pour cela. Elle veut rompre le cercle de la solitude.
- Monsieur E est heureux dans sa vie familiale, il se sent aidé et soutenu. Il est un peu ennuyé par ses troubles de l'érection et il aimerait avoir une consultation spécialisée sur ce sujet.

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Exemples : Projet de soin et priorité d'apprentissage

- Madame V a une priorité dans la vie : avoir des enfants, elle veut tout savoir sur le diabète et la grossesse. Elle veut savoir si elle devra changer de traitement, de type d'alimentation, de modalités d'activités physiques.
- Monsieur X n'a pas envie d'en savoir plus sur son diabète et sa santé, il fait confiance à son médecin. Il pense que ce n'est pas à lui de décider ce qu'il faut faire.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Exemples : La dimension socioprofessionnelle

- Madame F, responsable d'un magasin d'ameublement, est en rapport avec les fournisseurs de plusieurs pays. Elle saute souvent les repas à l'heure du déjeuner, elle mange des barres protéinée et ne boit pas assez dans la journée car elle court tout le temps. Elle a sauté le dernier rendez-vous d'ophtalmologie à cause d'un fournisseur.
- Monsieur J est enseignant, il s'organise pour faire un peu d'activité physique tous les soirs en rentrant du travail. Il fait attention à la cantine et il essaie de réduire le stress, surtout lors des périodes scolaires de révisions du bac par ses élèves, qui sont souvent énervés en classe.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

1. RAPPEL : LE BILAN ÉDUCATIF PARTAGÉ

Exemples : La dimension biomédicale

- Madame T, ne se plaint pas de son diabète mais de ses douleurs dans le dos, dans les jambes, elle souffre de maux de tête et demande si elle va pouvoir bénéficier d'un traitement qui lui calme ses douleurs.
- Monsieur Y, a des vertiges de plus en plus souvent, son poids le fatigue et il a peur pour ses articulations.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LA RÉDACTION DU BEP



Conseils de rédaction (1)

- Rédiger environ 4 lignes pour chaque composante.
- Utiliser des mots simples avec des verbes descriptifs pour chaque composante.
- Pour chaque composante, posez-vous la question :
En quoi les informations recueillies vont aider l'équipe à conduire les ateliers d'éducation ?

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. LA RÉDACTION DU BEP



Conseils de rédaction (2)

- Se mettre à la place de tous les lecteurs de ce BEP :
Ils ont besoin d'informations minimales avant les ateliers d'éducation pour mieux cerner les thèmes à aborder et/ou les adapter aux besoins et priorités du patient (ex : dans votre équipe on saura que dans le groupe 2, il y a une femme qui a besoin d'informations sur grossesse et diabète).
- Éviter toute forme de jugement à l'emporte pièce qui nécessiterait une exploration approfondie (ex : Mr Z est dans le déni).

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012



En conclusion

- Le BEP est un outil qui va servir de lien entre :
 - Les équipes éducatives.
 - Le patient.
 - Les soignants impliqués dans l'ETP.
- Il doit être rédigé de manière simple et être utile à tous les soignants impliqués dans le soin et l'ETP.
- Il est souhaitable qu'il soit discuté avec le patient avant sa rédaction finale.

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012



Classer les savoirs (diabète)

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 21 « Liste des savoirs pour gérer son diabète » (3 pages)
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 1 « Liste des savoirs pour gérer le diabète » (3 pages) (sachant qu'il y a de nombreux savoirs aux frontières, qui rentrent dans plusieurs cases à la fois)

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Sauront classer les types de savoirs en jeu dans le diabète.
- Prendront conscience du nombre important de savoirs à maîtriser par un patient diabétique.
- Intégreront le concept de savoirs à mobiliser dans des situations imprévisibles.

Méthode

- Travail en petits groupes et restitution en grand groupe suivie d'une discussion sur les savoirs aux frontières.



↳ Consignes et déroulement

2 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique au groupe que le travail va consister par le biais de petits groupes de 5 à 6, à lire la liste des savoirs mis en œuvre par le patient diabétique dans sa vie quotidienne pour ensuite les classer par type de savoirs : savoir, savoir-faire et savoir-être.

Il distribue la Fiche participant 21 en précisant que la liste n'est pas exhaustive et que les sous-groupes peuvent la compléter.

15 minutes

3 Discussion en grand groupe

Le formateur invite les participants à se regrouper et à faire part du résultat de leur travail.

Un participant lit à haute voix la première phrase et la réponse apportée. En cas de désaccord, le groupe tout entier discute.

Le participant suivant lit la phrase suivante et la réponse apportée, ainsi de suite.

25 minutes

2 Classement des savoirs par les sous-groupes

Dans chaque sous-groupe, les participants prennent connaissance de la liste.

Ils discutent entre eux.

Ils remplissent la liste en se mettant d'accord (*5 minutes*).

3 minutes

4 Conclusion par le formateur

Il conclut la séquence en mettant en évidence que les frontières entre les types de savoirs ne sont pas toujours identifiables et que beaucoup de savoirs nécessitent des connaissances préalables.

« Liste des savoirs pour gérer son diabète »

Consignes : pour chaque item, cochez le type de savoir correspondant. Vous pouvez cocher plusieurs cases pour un même item.

Colonne 1 : savoirs
Colonne 2 : savoir-faire
Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles
Colonne 4 : savoir-être

Fiche participant 21

Types de savoirs	1	2	3	4
Faire de l'exercice régulièrement, au moins 3 à 4 fois par semaine.				
Savoir comment faire pour perdre du poids.				
Pouvoir s'organiser pour bouger 30 minutes par jour.				
Connaître et comprendre les différents types d'insuline utilisée pour chaque patient (action rapide, action ultrarapide, action lente).				
Comprendre ses ordonnances.				
Savoir se protéger contre les maladies parodontales (6 ^{ème} complication du diabète, impacts de traitements sur la production de la salive) et préparer ses interventions dentaires (antibiothérapies).				
Savoir classer ses ordonnances et ses traitements.				
Savoir à quoi servent les différents médicaments prescrits sur l'ordonnance (lesquels il ne faut pas oublier).				
Connaître les ressources fiables en termes d'information.				
Connaître les associations de diabétiques dans sa région.				
Remplir son carnet de soins (date de l'examen du dernier fond d'œil, événements survenus entre deux consultations, prescriptions de médicaments pour une autre maladie, automédication).				
Savoir vivre avec l'incertitude.				
Savoir prendre des décisions en urgence par rapport à son diabète.				
Limiter les événements de stress dans sa vie quotidienne.				
Prendre soin de soi, faire le point sur comment on se sent par rapport à son diabète.				
Savoir comment faire pour se souvenir de ce qui a été dit pendant la consultation et qui est important à retenir en termes de conduites à tenir.				
Connaître différentes méthodes pour arrêter de fumer.				
Contrôler son taux de glycémie.				
Connaître les consommations d'alcool autorisées.				
Connaître les répercussions des vaccins sur le contrôle glycémique et s'organiser avant un voyage.				
Savoir ajuster les doses d'insuline selon la longueur des journées dans le pays où l'on va.				
S'assurer de la possibilité d'un accès à un réfrigérateur sur le lieu de séjour (prévoir une mini-glacière pour conserver l'insuline au frais).				

Colonne 1 : savoirs

Colonne 2 : savoir-faire

Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles

Colonne 4 : savoir-être

Types de savoirs	1	2	3	4
Avoir toujours avec soi de quoi se resucrer.				
Comprendre l'impact du diabète sur les troubles de la sexualité chez la femme.				
Comprendre l'impact du diabète sur les troubles de l'érection masculine.				
Savoir ajuster l'insuline en fonction de ce que l'on boit et mange.				
Savoir ajuster l'insuline avant un rapport sexuel.				
Savoir maintenir un équilibre entre les protéines, les glucides et les lipides.				
Connaître les aliments à fibres qui doivent composer la majorité des glucides.				
Savoir se préserver des complications du diabète.				
Connaître les conséquences du diabète sur certains organes cibles (œil, nerfs y compris nerfs des organes, rein).				
Arriver à supprimer les sucres rapides de son alimentation.				
Pouvoir contrôler sa glycémie.				
Savoir contrôler sa glycémie.				
Savoir adapter ses contrôles glycémiques dans certaines situations (conduite automobile, infections, médicaments modifiant la glycémie).				
Penser à ne pas injecter l'insuline près du muscle sollicité pour l'effort dans les activités sportives.				
Savoir décider et prendre des décisions en fonction d'une multiplicité de situations.				
Savoir adapter ses doses d'insuline selon l'intensité de l'effort.				
Pouvoir pratiquer une activité physique qui privilégie l'endurance plutôt que la performance.				
Penser à observer ses pieds après tout exercice (bien se sécher les pieds après la piscine).				
Repérer les erreurs d'adaptation ou de manipulation de l'insuline.				
Savoir faire des liens entre une hypo et des situations qui en sont la cause (repas oublié, émotion forte, technique d'injection, quantité de sucres trop faible dans le repas, etc.).				
Préparer le site de prélèvement (se laver les mains à l'eau tiède, masser la paume vers l'extrémité du doigt utilisé pour la piqûre).				
Savoir faire une rotation des sites d'injection.				
Penser à renouveler une fois par an son autopiqueur.				
Savoir réduire les traumatismes au bout des doigts, la douleur lors des prélèvements capillaires.				
Savoir remplir son carnet d'autosurveillance.				
Savoir qui avertir de son diabète dans son entourage et à qui enseigner quoi faire en cas de coma et d'urgence.				

Colonne 1 : savoirs
Colonne 2 : savoir-faire
Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles
Colonne 4 : savoir-être.

Types de savoirs	1	2	3	4
Faire une liste des membres de son entourage à appeler en cas de coma imprévu loin de la maison.				
Avoir sur soi plusieurs numéros de personnes à appeler en cas de coma et qui sauront expliquer ce qu'il faut faire.				
Savoir préparer sa visite avec son médecin avec sa liste de questions classées par priorités.				
Savoir quoi faire quand on commence à se sentir démotivé par rapport à son traitement.				
Réorganiser son projet de vie, son projet professionnel en fonction de son diabète et des exigences d'autosurveillance.				
Savoir quoi faire si on a raté une dose d'insuline.				
Savoir quoi faire quand on ne veut plus prendre son traitement.				
Savoir quoi faire quand on veut sauter des doses de son traitement.				
Savoir comment expliquer son diabète et préserver son droit à la vie privée.				
Savoir quoi répondre aux personnes qui ont des idées fausses et des préjugés négatifs sur le diabète.				
Améliorer sa confiance en soi.				
Apprivoiser son diabète de manière à l'intégrer dans sa vie en gardant une qualité de vie optimale.				
Savoir faire face aux moments de déprime.				
Comprendre les situations qui exposent aux risques de complication.				

« Liste des savoirs pour gérer son diabète »

Consignes : pour chaque item, cochez le type de savoir correspondant. Vous pouvez cocher plusieurs cases pour un même item.

Colonne 1 : savoirs
Colonne 2 : savoir-faire
Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles
Colonne 4 : savoir-être

Fiche formateur 1

Types de savoirs	1	2	3	4
Faire de l'exercice régulièrement, au moins 3 à 4 fois par semaine.		X		
Savoir comment faire pour perdre du poids.	X	X		
Pouvoir s'organiser pour bouger 30 minutes par jour.		X		X
Connaître et comprendre les différents types d'insuline utilisée pour chaque patient (action rapide, action ultrarapide, action lente).	X			
Comprendre ses ordonnances.	X			
Savoir se protéger contre les maladies parodontales (6ème complication du diabète, impacts de traitements sur la production de la salive) et préparer ses interventions dentaires (antibiothérapies).	X	X		
Savoir classer ses ordonnances et ses traitements.	X	X		
Savoir à quoi servent les différents médicaments prescrits sur l'ordonnance (lesquels il ne faut jamais oublier).	X			
Connaître les ressources fiables en termes d'informations.	X			
Connaître les associations de diabétiques dans sa région.	X			
Remplir son carnet de soins (date de l'examen du dernier fonds d'œil, événements survenus entre deux consultations, prescriptions de médicaments pour une autre maladie, automédication).		X		
Savoir vivre avec l'incertitude.				X
Savoir prendre des décisions en urgence par rapport à son diabète.			X	
Limiter les événements de stress dans sa vie quotidienne.		X		X
Prendre soin de soi, faire le point sur comment on se sent par rapport à son diabète.				X
Savoir comment faire pour se souvenir de ce qui a été dit pendant la consultation et qui est important à retenir en termes de conduites à tenir.		X		
Connaître différentes méthodes pour arrêter de fumer.	X			
Contrôler son taux de glycémie.		X		
Connaître les consommations d'alcool autorisées.	X			
Connaître les répercussions des vaccins sur le contrôle glycémique et s'organiser avant un voyage.	X		X	
Savoir ajuster les doses d'insuline selon la longueur des journées dans le pays où on va.		X	X	
S'assurer de la possibilité d'un accès à un réfrigérateur sur le lieu de séjour (prévoir une mini-glacière pour conserver l'insuline au frais).		X	X	

Colonne 1 : savoirs
 Colonne 2 : savoir-faire
 Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles
 Colonne 4 : savoir-être

Types de savoirs	1	2	3	4
Avoir toujours avec soi de quoi se resucrer.		X		
Comprendre l'impact du diabète sur les troubles de la sexualité chez la femme.	X			
Comprendre l'impact du diabète sur les troubles de l'érection masculine.	X			
Savoir ajuster l'insuline en fonction de ce que l'on boit et mange.		X		
Savoir ajuster l'insuline avant un rapport sexuel.		X		
Savoir maintenir un équilibre entre les protéines, les glucides et les lipides.		X		
Connaître les aliments à fibres qui doivent composer la majorité des glucides.	X			
Savoir se préserver des complications du diabète.		X		X
Connaître les conséquences du diabète sur certains organes cibles (œil, nerfs y compris nerfs des organes, rein).	X			
Arriver à supprimer les sucres rapides de son alimentation.		X		
Pouvoir contrôler sa glycémie.		X		
Savoir contrôler sa glycémie.	X			
Savoir adapter ses contrôles glycémiques dans certaines situations (conduite automobile, infections, médicaments modifiant la glycémie).		X	X	
Penser à ne pas injecter l'insuline près du muscle sollicité pour l'effort dans les activités sportives.		X		
Savoir décider et prendre des décisions en fonction d'une multiplicité de situations.		X	X	
Savoir adapter ses doses d'insuline selon l'intensité de l'effort.		X		
Pouvoir pratiquer une activité physique qui privilégie l'endurance plutôt que la performance.		X		
Penser à observer ses pieds après tout exercice (bien se sécher les pieds après la piscine).		X		
Repérer les erreurs d'adaptation ou de manipulation de l'insuline.	X	X		
Savoir faire des liens entre une hypo et des situations qui en sont la cause (repas oublié, émotion forte, technique d'injection, quantité de sucres trop faible dans le repas, etc.).	X			
Préparer le site de prélèvement (se laver les mains à l'eau tiède, masser la paume vers l'extrémité du doigt utilisé pour la piqûre).		X		
Savoir faire une rotation des sites d'injection.		X		
Penser à renouveler une fois par an son autopiqueur.		X		
Savoir réduire les traumatismes au bout des doigts, la douleur lors des prélèvements capillaires.		X		
Savoir remplir son carnet d'autosurveillance.	X	X		
Savoir qui avertir de son diabète dans son entourage et à qui enseigner quoi faire en cas de coma et d'urgence.		X		X

Colonne 1 : savoirs
 Colonne 2 : savoir-faire
 Colonne 3 : savoir faire dans des situations imprévisibles
 Colonne 4 : savoir-être.

Types de savoirs	1	2	3	4
Faire une liste des membres de son entourage à appeler en cas de coma imprévu loin de la maison.		X		
Avoir sur soi plusieurs numéros de personnes à appeler en cas de coma et qui sauront expliquer ce qu'il faut faire.		X		
Savoir préparer sa visite avec son médecin avec sa liste de questions classées par priorités.		X		X
Savoir quoi faire quand on commence à se sentir démotivé par rapport à son traitement.		X		X
Réorganiser son projet de vie, son projet professionnel en fonction de son diabète et des exigences d'autosurveillance.				X
Savoir quoi faire si on a raté une dose d'insuline.		X		
Savoir quoi faire quand on ne veut plus prendre son traitement.		X		X
Savoir quoi faire quand on veut sauter des doses de son traitement.	X	X		
Savoir comment expliquer son diabète et préserver son droit à la vie privée.		X		X
Savoir quoi répondre aux personnes qui ont des idées fausses et des préjugés négatifs sur le diabète.	X			X
Améliorer sa confiance en soi.				X
Apprivoiser son diabète de manière à l'intégrer dans sa vie en gardant une qualité de vie optimale.				X
Savoir faire face aux moments de déprime.				X
Comprendre les situations qui exposent aux risques de complication.	X			



Mise en place d'une séquence d'apprentissage

Durée : 45 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°9 « Mise en place d'une séquence d'apprentissage »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront intégré les prérequis pour la construction d'une séquence d'apprentissage.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

40 minutes

1 Le formateur annonce l'exposé dont l'objectif est de mettre en évidence les prérequis pour la construction d'une séquence d'apprentissage en ETP.

5 minutes

2 Le formateur invite le groupe à échanger et partager sur ce qui vient d'être présenté.

Module 4 / Activité 22 / Exposé 9



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :






Financé par :




Mise en place d'une séquence d'apprentissage

Prérequis pour la construction d'une séquence d'apprentissage

Mise à jour – JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°9



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. L'apprentissage par imitation
2. L'apprentissage par explication
3. L'apprentissage par immersion
4. L'apprentissage par répétition
5. Les auto apprentissages

© COMMENT DIRE, 2011



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. LES APPRENTISSAGES

L'apprentissage par imitation

- Nos premiers apprentissages dans la petite enfance, sont des apprentissages spontanés qui se font par imitation : paroles, gestes, marche.
- Ils ne reposent pas sur des raisonnements.
- Méthodes mobilisées dans l'enseignement des arts : la danse, le dessin ou encore dans l'équitation.

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES APPRENTISSAGES

L'apprentissage par **explication**

- On explique ce que la personne **doit savoir**.
- L'explication peut être faite par **oral** ou par **écrit**.

L'apprentissage par **immersion**

- Un **exemple concret** est celui de **l'apprentissage d'une langue**.

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2011

1. LES APPRENTISSAGES

L'apprentissage par **répétition**

- On fait faire au sujet ce qu'il doit apprendre à faire, et il **répète jusqu'à ce que le geste soit acquis** et qu'il puisse **le refaire seul** (champ de la rééducation).

Les **auto** apprentissages

- Ils concernent les **objets de la vie quotidienne**.
Exemple : apprendre tout seul avec une notice à se servir de la télécommande de la TV, de son nouveau téléphone.
- Ces **apprentissages sont nombreux et passent inaperçus...**

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

Les **séquences** d'apprentissage

1. De la démarche de construction d'un programme d'éducation thérapeutique
- ...
2. À la construction d'une séquence d'apprentissage ?

UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTE

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

De la démarche de construction d'un programme d'ETP ...

Définition du public	ex : les patients concernés
Elaboration des objectifs généraux	ex : mieux vivre avec sa maladie et ses traitements en soins de 1 ^{er} recours
Définition des contenus et notions prioritaires à aborder	ex : la maladie, l'alimentation, l'activité physique...
Définition des compétences visées	ex : d'autosoins et/ou psychosociales en termes de savoirs, savoir-faire, savoir-être
Choix d'un format	ex : 4 séances ou ateliers de 2 heures...
Les intervenants et la logistique	

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

... à la construction d'une séquence d'apprentissage (1)

- Une séquence d'apprentissage est l'unité élémentaire d'acquisition de connaissances ou de savoir-faire.
- Cette unité est structurée par un formateur en vue de contribuer à l'atteinte d'un objectif pédagogique.

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

... à la construction d'une séquence d'apprentissage (2)

Construire une séquence d'apprentissage : 2 temps

- Temps 1 : Définir l'objectif ou des objectifs spécifiques de la séquence.
- Temps 2 : Concevoir et rédiger la séquence d'apprentissage pour répondre aux différents objectifs spécifiques fixés en temps 1.

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

... à la construction d'une séquence d'apprentissage (3)

L'objectif spécifique :

- Il décrit **ce que le patient sera capable de faire** à la fin de la séquence d'apprentissage.
- Il est formulé à l'aide d'un **verbe d'action**.
- Sa formulation permet de **centrer l'apprentissage sur l'apprenant** (pédagogie par objectif).

L'organisation et les outils pédagogiques :

- Sont **adaptées à l'objectif spécifique**.

Ex d'organisation pédagogique : exposé court, discussion, travail par groupe, étude de cas, etc.

Ex d'outils pédagogiques : diapositive, brochure, film, matériel d'injection, boîte de médicaments, image, jeux de cartes...

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

... à la construction d'une séquence d'apprentissage (4)

La fiche de déroulement d'une séquence d'apprentissage doit **décrire** :

- Le **déroulement** des activités ;
- La **description** des activités du soignant éducateur et celles des patients (Que fait le patient ? Quelle activité lui est demandée ? Que fait le soignant éducateur ?) ;
- Les **consignes** et le **matériel** pédagogique ;
- L'**organisation** de la séquence (modalités, durée, etc.) ;
- Les **évaluations** à prévoir.

© COMMENT DIRE, 2011

URPS
MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

Exemple de séquence d'apprentissage :

1. Exemple de description mettant en évidence la multiplicité des variables en jeu dans une séquence complète.
2. Zoom : Description détaillée des actions du soignant éducateur et du patient pour un objectif spécifique « Connaître les options ».

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

Exemple de séquences d'apprentissage (1)

1. Exemple de description mettant en évidence la multiplicité des variables en jeu dans une séquence complète.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

1. Exemple de description mettant en évidence la multiplicité des variables en jeu dans une séquence complète

Objectif	Objectifs spécifiques	Savoir sollicité	Méthode	Outils	Évaluation	Temps pour l'activité
Faire le choix d'un mode dialyse	Réduire les peurs, les fausses croyances	Savoir-être Savoirs	Foire aux questions	Boîte à questions Etude de cas	Échelle niveau d'anxiété avec les Smiley	30 min
	Connaître les options	Savoirs	Exposé-discussion	Vidéo	Capacité à exprimer ses préférences	30 min
	Anticiper l'impact de ce soin	Savoir-faire	Questionnement - anticipation	Photolangage	Participation	30 min
	Résoudre des problèmes	Savoir-faire Savoir-être	Etude de cas	Liste « 10 problèmes »	Nombre de pbs résolus	30 min
	Pouvoir décider	Savoirs Savoir-être	Outil d'aide à la décision	Echelle de 1 à 10	Numéro sur l'échelle	30 min

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. LES SÉQUENCES D'APPRENTISSAGE

Exemple de séquences d'apprentissage (2)

2. Zoom : Description détaillée des actions du soignant éducateur et du patient pour un objectif spécifique « **Connaître les options** ».

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

Objectif spécifique : « Connaître les options » (1)

Durée	Déroulement détaillé de la séquence	Action soignant-éducateur	Action patient	Outils Documents Supports
5 min.	Présentation de l'objectif et mobilisation des participants.	1. Préciser l'objectif de la séquence. 2. Inviter les participants à exprimer leurs besoins en informations sur les options.	1. Prendre connaissance de la proposition. 2. Écouter, réagir, poser ou non une question.	
20 min.	Projection d'une vidéo sur les différentes options de dialyse. Discussion et reprise avec les patients.	1. Veiller à ce que les patients puissent regarder la vidéo. 2. Proposer et animer une discussion.	1. Écouter et se concentrer sur la vidéo 2. Poser des questions	* Paperboard * Feutres * Films vidéo

Objectif spécifique : « Connaître les options » (2)

Durée	Déroulement détaillé de la séquence	Action soignant-éducateur	Action patient	Outils Documents Supports
5 min.	Consolidation des acquis	Demander à chaque participant l'option qu'il préfère.	Les patients expliquent leur choix.	Brochures à emporter chez soi.



La construction d'une séquence pédagogique - Éléments d'explication

Durée : 1 heure

Matériel

- 15 exemplaires de la Fiche participant 23 « Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins »
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 2 « Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Saisiront la dynamique d'une séquence d'apprentissage.
- Identifieront chaque phase dans le processus d'apprentissage.
- Seront sensibles à l'importance :
 - d'évaluer à quel stade en est le groupe,
 - de mettre en évidence les raisonnements des patients.
- Comprendront l'importance d'identifier les capacités de transfert de savoirs des patients.

Méthode

- Présentation sous forme de cours et de démonstration (Exposé).



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Le formateur distribue la Fiche participant 23 « Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins ».

10 minutes

2 Le formateur invite les participants à en prendre connaissance et à la lire individuellement.

45 minutes

3 Il expose au groupe le rationnel de la Fiche. Il s'agit d'un commentaire de texte qui doit se faire mot à mot. En effet, la construction d'une séquence pédagogique est l'un des résultats attendus de cette formation. Les stagiaires doivent comprendre la dynamique d'une séquence pédagogique afin de pouvoir en construire eux-mêmes. Le formateur avance pas à pas avec le groupe dans ce commentaire. Il reste à son écoute.

« Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins »

Date : ___ / ___ / ___

Titre de la séquence : Savoir choisir la petite collation de la journée.

Compétence mobilisée : Autosoins en termes de savoir faire.

Prérequis : Avoir participé à une séance diététique ou bénéficier d'une consultation diététique individuelle.

Durée de l'activité : 45 minutes.

Nombre de participants (au maximum) : 8 patients.

Notes pour l'intervenant :

Objectif spécifique	À la fin de la séquence chaque patient sera capable de choisir parmi de multiples options sa collation de la journée.
---------------------	---

Organisation pédagogique	Étude de cas : Jean a 55 ans, il est diabétique depuis 5 ans. Son épouse lui propose un choix de collations pour la journée. Jean prend une collation vers 17 heures, juste avant de prendre sa voiture pour rentrer chez lui (45 minutes de trajet).
--------------------------	--

Matériel (support et outils pédagogiques)	Jeux de cartes sur lesquelles il y a plusieurs collations possibles (attention prévoir différents niveaux dans le choix des jeux de cartes).
---	--

Mobilisation du groupe sur le thème	Après avoir informé les patients sur l'objectifs de la séquence, le soignant éducateur fait un rapide tour de table sur ce que les patients connaissent sur l'intérêt de la collation, ses contenus possibles. 5 minutes
-------------------------------------	---

Consignes et déroulement de l'activité

Le soignant éducateur :

- a. Lit le cas de Jean et présente les jeux de cartes. *2 minutes*
- b. Invite les patients, à partir des cartes, à réfléchir individuellement aux collations autorisées et à éviter pour Jean. *3 minutes*
- c. Leur demande de se regrouper par 2 et de se mettre d'accord sur les collations autorisées et à éviter *10 minutes* puis de se regrouper par 4 en faisant de même *5 minutes* et enfin, tout le groupe. *5 minutes*
- d. Leur demande en grand groupe, lors de la restitution, d'exposer leurs résultats et les raisons de leur choix (non pas pour les contrôler, mais pour les aider à se remémorer). *5 minutes*

Verbalisation des raisonnements

Le soignant éducateur demande aux patients comment ils ont classé les cartes et réalisé deux listes. Ont-ils hésité et si oui, sur lesquelles ? *5 minutes*

Transfert des acquis

Le soignant éducateur demande à quoi et à qui cette activité va servir dans les situations de la vie quotidienne. Il fait un tour de groupe de tous les patients. *5 minutes*

« Exemple de construction d'une séquence d'apprentissage d'autosoins »

L'objectif spécifique

L'objectif spécifique choisi porte sur l'exercice de la capacité à choisir parmi plusieurs options possibles. En soi, il s'agit d'un objectif cognitif complexe qui nécessite des savoirs, des positionnements et des prises de décisions mentales.

Le cas de Jean peut être modifié par

l'intervenant. Il s'agit de prendre une situation simple, réaliste qui peut survenir dans le contexte où vous intervenez. Si vous intervenez auprès de jeunes, vous adaptez le cas. La contrainte du cas à rédiger est qu'il est nécessaire d'effectuer un choix comportant des options puisque le travail cognitif portera sur le choix des options.

Supports et outils pédagogiques :

Le jeu de cartes est facile d'utilisation mais il vous est possible de choisir un autre support. L'idée est de proposer quelque chose qui se voit à l'œil nu et

une multiplicité d'objets qui suscitent des réactions, des choix et qui soient adaptés à la culture locale.

La partie mobilisation du groupe sur le thème

Elle porte sur l'intérêt de la collation et permet d'emblée d'inviter les patients à s'exprimer sur un thème proche de leur vie quotidienne. Cette étape est une phase de préparation à entrer dans un univers mental partagé. En principe la collation est un thème qui évoque le plaisir et les rituels de la vie quotidienne. Rien qui mette en danger ou attise les résistances.

Le but est de passer entre 5 à 10 minutes à éveiller l'intérêt du groupe avant toute activité particulièrement dans les activités liées aux savoirs. L'idée est de partir de

là où il en est d'entrer en contact avec les représentations, les croyances et les connaissances du groupe. Cela nécessite de trouver une question d'appel. Les techniques à utiliser sont des techniques de relance, de facilitation de la parole.

Le soignant éducateur ne reprend pas sur le fond. Il intervient seulement pour donner la parole à chacun, pour veiller à ce que chaque patient s'exprime et que chacun reste concentré sur la question d'appel.

Présentation et déroulement de l'activité

Temps a :

Le soignant éducateur doit présenter les objectifs de la séance sous une forme simple. Par exemple : à la fin de l'atelier, vous saurez quoi faire face à une hypoglycémie. Il présente les consignes les unes après les autres de manière claire. Les participants doivent pouvoir se concentrer sur une chose à la fois (ne pas

surcharger la mémoire de travail). Lorsque les participants doivent travailler en petits groupes, l'animateur indique la durée dont ils disposent afin qu'ils s'organisent par rapport au temps et aux différentes étapes de l'activité.

Temps b :

C'est un temps important en pédagogie. Il

confronte le sujet à titre individuel à son univers cognitif. Chaque personne dans un groupe d'apprentissage doit passer par un temps solitaire. Nous apprenons par le groupe, nous apprenons en groupe parce que nous apprenons seuls et que nous confrontons ce que nous apprenons aux autres, que nous le verbalisons et que tout est discuté. Un groupe n'apprend rien, ce sont des individus qui apprennent grâce au groupe. L'interaction aide aux apprentissages individuels et parfois les gêne.

Temps c :

Temps de confrontation, de discussion. L'objectif est clair : se mettre d'accord à la demande d'un tiers. C'est important dans la mesure où c'est par la présence de ce tiers que le groupe peut fonctionner et n'est pas réduit à lui-même. Il doit répondre à une demande dans un cadre pensé pour lui où chaque étape fait partie de l'apprentissage.

Temps d :

Temps de restitution. De nombreuses activités d'apprentissage comportent une phase de restitution qui prend la forme d'une présentation en grand groupe, de la rédaction de notes sur un tableau, des résultats d'un travail par petits groupes (savoirs). Certaines donnent lieu à des

résultats à exposer en grand groupe comme par exemple des stratégies « trouvées » pour résoudre une situation-problème (savoir-faire). D'autres activités, telles que celles portant sur les savoir-être et la communication donnent lieu à la verbalisation d'observations dirigées ou centrées sur un point précis.

Elles ne relèvent pas des restitutions à proprement parler, mais d'évaluations portant sur le vrai et le faux.

Une question est souvent posée par les intervenants : Quand et comment notifier l'erreur dans une séquence sur les savoirs et les savoir-faire ? Le plus important est d'accepter qu'apprendre implique forcément de faire des erreurs. Le statut de l'erreur a donc un statut particulièrement positif dans une situation d'apprentissage. Le temps de la restitution est un temps qui nécessite la mise en place d'un climat : annoncer qu'un choix est fait, faire craindre la réprobation, le jugement, la régression à un climat scolaire où il faut se justifier. Il s'agit de faire revivre le processus en rétrospectif du cheminement cognitif ou intellectuel qui a amené le patient à choisir et comment il a renforcé ses connaissances (ex : je me suis dit, je me suis souvenu, etc.).

Verbalisation des raisonnements

C'est en verbalisant la façon dont nous raisonnons et prenons des positions que

nous comprenons et prenons conscience de ces raisonnements.

Transferts des savoirs

À ce moment de l'activité, il est important de refaire le lien entre le processus de travail cognitif et ses applications possibles dans la vie réelle. En demandant à chacun

à quoi cette activité va lui servir, le soignant éducateur renforce les capacités et les positions prises par les patients dans leur choix (approche motivationnelle).

N.B : À la fin de chaque séance de travail pédagogique, il est important que le soignant éducateur puisse évaluer, avec chaque patient, s'il

pourra réutiliser les savoirs et les acquis (quels sont les obstacles) et surtout si le patient (et ce pour chaque patient) a besoin d'un réentraînement pédagogique.



Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir cognitif)

Durée : 1 heure 15

Matériel

- 5 exemplaires de la Fiche participant 24A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) » (un exemplaire par groupe)
- 15 exemplaires de la Fiche participant 24B « Construction une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) »
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront construit une séquence pédagogique centrée sur l'apprentissage de savoirs cognitifs à partir du modèle proposé.

Méthode

- Travaux collectifs par groupes de 4 ou 5 personnes.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique au groupe que cette activité est consacrée à la construction d'une séquence d'apprentissage centrée sur des savoirs.

Il invite les participants à se regrouper par 4 ou 5 pour former un groupe de travail.

Le formateur remet à chaque groupe une Fiche participant 24A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) » et distribue à chacun un exemplaire de la Fiche participant 24B « Construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) ».

Il lit à haute voix la consigne de travail.

Il explique qu'il est à la disposition des groupes.

15 minutes

4 Chaque groupe présente durant 5 minutes la séquence qu'il a construite.

10 minutes

5 Discussion en grand groupe

Le formateur s'assure que le modèle ait bien été décliné dans toutes ses rubriques. Il demande à chaque sous-groupe d'explicitier ses choix si nécessaire. Il s'assure que les participants ont pu s'approprier les techniques de base de la construction d'une séquence pédagogique visant l'apprentissage de savoirs cognitifs.

5 minutes

2 Les participants des sous-groupes choisissent le savoir qui sera l'objet de la séquence d'apprentissage qu'ils vont construire.

35 minutes

3 Ils discutent et construisent ensemble la séquence d'apprentissage en prenant soin de documenter chaque item de la fiche vierge qui leur a été remise.

5 minutes

6 Courte synthèse faite par le formateur

Souvent le groupe oublie une rubrique ou en confond deux. Le formateur fait bien attention à ce que les participants mettent en lien l'activité et son objectif. Il les aide à distinguer la consolidation des acquis, leur transfert et la verbalisation des raisonnements. Ces 3 temps sont fondamentaux dans l'apprentissage, l'assimilation et l'appropriation des savoirs. La verbalisation des raisonnements permet au patient de prendre conscience de ses logiques et lui ouvre la porte d'une dynamique nouvelle : « apprendre à apprendre ».

« Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) »

1 Définissez le savoir que vous allez travailler dans la séquence d'apprentissage que vous allez construire dans la liste proposée ci-dessous :

3 minutes

- Connaître les mécanismes de la maladie / glycémie ;
- Reconnaître une hypo/hyper en début de diabète ;
- Connaître les complications du diabète ;
- Connaître les bases de l'équilibre alimentaire ;
- Savoir identifier les graisses et les sucres cachés ;
- Connaître les complications ;
- Savoir bien se chausser (chaussures et chaussettes) ;
- Connaître l'importance de l'entretien musculaire et articulaire ;
- Savoir différencier activité physique et sport ;
- Connaître les effets de l'activité physique.

2 Au moyen de la Fiche 21.2., construisez ensemble la séquence d'apprentissage en respectant les 3 consignes suivantes :

40 minutes

- La durée de la séquence doit se situer impérativement entre 40 et 45 minutes ;
- Toutes les rubriques de la fiche doivent être documentées ;
- La lecture de la fiche doit permettre à tout professionnel d'animer la séquence décrite.

3 Définissez qui de vous présentera en plénière la séquence que vous avez construite.

2 minutes

Le temps de la présentation en plénière est de **5 minutes**.

« Construction une séquence d'apprentissage (savoir cognitif) »

Fiche participant 24B

Date : ___ / ___ / ___ Durée de la séquence : ___ Nombre de participants : ___

Titre de la séquence :

Compétence mobilisée :

Prérequis :

Titre de la séquence précédente :

Notes pour l'intervenant :

Objectif spécifique	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---------------------	-------------------------

Organisation pédagogique	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--------------------------	-------------------------

Matériel (supports et outils pédagogiques)	<hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------



Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-faire)

Durée : 1 heure

Matériel

- 5 exemplaires de la Fiche participant 25A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »
- 15 exemplaires de la Fiche participant 25B « Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront construit une séquence pédagogique centrée sur l'apprentissage de savoir-faire à partir du modèle proposé.

Méthode

- Travaux collectifs par groupes de 4 ou 5 personnes.

Aide à l'animation

- Au début, le groupe a souvent besoin d'être accompagné dans ce type d'activité, assez éloigné des procédures codifiées du soin relevant de la pédagogie et de la formation des adultes.
- Le formateur invite à réfléchir : Comment enseigne-t-on un savoir-faire ? Comment eux-mêmes ont-ils appris des savoir-faire ? Il insiste sur le fait que les approches par situations problèmes ou par mises en situation sont préférables aux exposés.



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique au groupe que cette activité est consacrée à la construction d'une séquence d'apprentissage d'un savoir-faire.

Il invite les participants à se regrouper par 4 ou 5 pour former un groupe de travail.

Il remet ensuite à chaque groupe la Fiche participant 25A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-faire) » et distribue à chaque participant un exemplaire de la Fiche 25B « Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-faire) ».

Il lit à haute voix la consigne de travail.

Il explique qu'il est à la disposition des groupes.

15 minutes

4 Chaque groupe présente durant 5 minutes la séquence qu'il a construite.

10 minutes

5 Discussion en grand groupe

Le formateur s'assure que le modèle a bien été décliné dans toutes ses rubriques. Il demande à chaque sous-groupe d'explicitier ses choix si nécessaire. Il s'assure que les participants ont pu s'approprier les techniques de bases de la construction d'une séquence pédagogique visant l'apprentissage de savoir-faire.

5 minutes

2 Les participants des sous-groupes choisissent le savoir qui sera l'objet de la séquence d'apprentissage qu'ils vont construire.

25 minutes

3 Ils discutent et construisent ensemble la séquence d'apprentissage en prenant soin de documenter chaque item de la fiche vierge qui leur a été remise.

« Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »

1 Définissez le savoir que vous allez travailler dans la séquence d'apprentissage que vous allez construire dans la liste proposée ci-dessous.

3 minutes

- Doser / ajuster ses apports en fonction de l'activité physique quotidienne ;
- Observer, regarder ses pieds ;
- Laver, sécher et entretenir ses pieds et se couper les ongles ;
- Programmer une activité physique ;
- Manipuler son lecteur de glycémie ;
- Gérer les risques liés aux complications ;
- Interpréter son HbA1C et suivre son évolution dans le temps ;
- Remplir son carnet de surveillance ;
- Classer ses ordonnances et ses traitements ;
- Préparer le site de prélèvement ;
- Faire une rotation des sites d'injection.

2 Au moyen de la Fiche 22.2., construisez ensemble la séquence d'apprentissage en respectant les trois consignes suivantes :

40 minutes

- La durée de la séquence doit se situer impérativement entre 40 et 45 minutes ;
- Toutes les rubriques de la fiche doivent être documentées ;
- La lecture de la fiche doit permettre à tout professionnel d'animer la séquence décrite.

3 Définissez qui de vous présentera en plénière la séquence que vous avez construite.

2 minutes

Le temps de la présentation en plénière est de **5 minutes**.

« Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-faire) »

Date : ___ / ___ / ___ Durée de la séquence : ___ Nombre de participants : ___

Titre de la séquence :

Compétence mobilisée :

Prérequis :

Titre de la séquence précédente :

Notes pour l'intervenant :

Objectif spécifique

Organisation
pédagogique

Matériel
(supports et outils
pédagogiques)

Mobilisation du groupe sur le thème	Durée	

Consignes et déroulement de l'activité	Durée	

Verbalisation des raisonnements ou consolidation et transfert des acquis	Durée	



Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être)

Durée : 1 heure

Matériel

- 5 exemplaires de la Fiche participant 26A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-être) »
- 15 exemplaires de la Fiche participant 26B « Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être) »
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront construit une séquence pédagogique centrée sur l'apprentissage de savoir-être à partir du modèle proposé.

Méthode

- Travaux collectifs par groupes de 4 ou 5 personnes.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur explique aux groupes que cette activité est consacrée à la construction d'une séquence d'apprentissage centrée sur un savoir-être.

Il invite les participants à se regrouper par 4 ou 5 pour former un groupe de travail.

Il remet ensuite à chaque groupe la Fiche participant 26A « Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-être) » et distribue à chaque participant un exemplaire de la Fiche 26B « Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être) ».

Il lit à haute voix la consigne de travail.

Il explique qu'il est à la disposition des groupes.

15 minutes

4 Chaque groupe présente la séquence qu'il a construite.

10 minutes

5 Discussion en grand groupe

Le formateur s'assure que le modèle ait bien été décliné dans toutes ses rubriques. Il demande à chaque sous-groupe d'explicitier ses choix si nécessaire. Il s'assure que les participants ont pu s'approprier les techniques de base de la construction d'une séquence pédagogique visant l'apprentissage de savoirs cognitifs.

5 minutes

2 Les participants des sous-groupes choisissent le type de savoir qui sera l'objet de la séquence d'apprentissage qu'ils vont construire.

25 minutes

3 Ils discutent et construisent ensemble la séquence d'apprentissage en prenant soin de documenter chaque item de la fiche vierge qui leur a été remise.

« Consignes pour construire une séquence d'apprentissage (savoir-être) »

1 Définissez le savoir que vous allez travailler dans la séquence d'apprentissage que vous allez construire dans la liste proposée ci-dessous.

3 minutes

- Préserver son capital muscle / mobilité ;
- Savoir exprimer ses craintes de l'amputation ;
- Gérer les plaisirs face aux frustrations/privations ;
- Savoir dire non, poser des limites ;
- Informer son entourage sur ses traitements ;
- Savoir parler de son diabète ;
- Savoir vivre avec l'incertitude ;
- Prendre soin de soi ;
- Savoir qui avertir dans son entourage de son diabète et à qui enseigner quoi faire en cas de coma et d'urgence.

2 Au moyen de la Fiche 23.2., construisez ensemble la séquence d'apprentissage en respectant les trois consignes suivantes :

40 minutes

- La durée de la séquence doit se situer impérativement entre 40 et 45 minutes ;
- Toutes les rubriques de la fiche doivent être documentées ;
- La lecture de la fiche doit permettre à tout professionnel d'animer la séquence décrite.

3 Définissez qui de vous présentera en plénière la séquence que vous avez construite.

2 minutes

Le temps de la présentation en plénière est de **5 minutes**.

« Construction d'une séquence d'apprentissage (savoir-être) »

Date : ___ / ___ / ___ Durée de la séquence : ___ Nombre de participants : ___

Titre de la séquence :

Compétence mobilisée :

Prérequis :

Titre de la séquence précédente :

Fiche participant 26B

Notes pour l'intervenant :

Objectif spécifique	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---------------------	-------------------------

Organisation pédagogique	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--------------------------	-------------------------

Matériel (supports et outils pédagogiques)	<hr/> <hr/> <hr/>
---	-------------------

Mobilisation du groupe sur le thème	Durée	

Consignes et déroulement de l'activité	Durée	

Verbalisation des raisonnements ou consolidation et transfert des acquis	Durée	



L'apport des patients experts dans les programmes d'éducation thérapeutique

Durée : 45 minutes

Matériel

- 5 exemplaires de la Fiche participant 27 « Apports des patients experts dans des programmes d'ETP » (à remettre à tous les sous-groupes)
- 1 exemplaire de la Fiche formateur 3 « Apports des patients experts dans des programmes d'ETP »

Méthode

- Travail en petits groupes et restitution en grand groupe suivie d'un débat.

Pour en savoir plus

- Tourette-Turgis, C. (2010). Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique, *Revue Pratiques de formation/Analyses*, 2010, n°58-59, pp.137-153.
- Tourette-Turgis C. (avec la collaboration de L. Pereira-Paulo), Guide d'animation des ateliers MICI Dialogue, COMMENT DIRE, 2006. http://commentdire.fr/guide/PDF/guide_MICIdialogue_CMD2006.pdf
- Tourette-Turgis C., Pereira-Paulo L., Buisson A., Durance C., Olympie A., Faisabilité d'un programme patients-experts dans les MICI : un programme pilote développé par l'association François Aupetit et COMMENT DIRE, 3^{èmes} Journées annuelles de la Prévention, 29-30 mars 2007, Maison de la Mutualité, Paris (France), Communication orale, 29 mars 2007 dans la Session 3 intitulée « Le patient : sa place et son rôle dans la démarche éducative ». http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session3/session3_3003_mat/C.Tourette-Turgis.pdf
- INPES, Synthèse des débats de la Session 3 « Le patient : sa place et son rôle dans la démarche éducative », 3^{èmes} Journées annuelles de la Prévention, 29 et 30 mars 2007, Maison de la Mutualité, Paris. http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session3_synth.pdf
- Flora G., Perspectives historiques et contextes de l'émergence du savoir expérientiel des patients. 24 novembre 2010 <http://patientformateur.free.fr/spip.php?article8>



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente l'activité consacrée à l'apport des patients dans des programmes d'éducation thérapeutique. En pratique, il existe sur le terrain des patients formés (quelque soit l'expression retenue : patients experts, patients ressources, patients formateurs, patients animateurs...) qui sont de plus en plus associés à la construction et/ou l'animation de séances d'ETP en direction d'autres patients.

25 minutes

3 Le formateur distribue à chaque sous-groupe la Fiche participant 27A en leur présentant la consigne de travail.

(2 minutes)

Les participants des sous-groupes échangent, puis choisissent les compétences d'un patient expert qui seraient une ressource dans des programmes d'ETP.

(13 minutes)

Les sous-groupes restituent en grand groupe leurs réponses.

(10 minutes)

10 minutes

2 Le formateur invite les participants à se regrouper par petits groupes de 3 personnes. Il leur demande de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qu'un patient peut apprendre d'un autre patient ? ».

5 minutes

4 Synthèse

Le formateur met en évidence les types de savoirs et de compétences qui peuvent être transmis par des pairs. Il évoque les savoirs acquis par l'expérience et la légitimité accordée aux savoir-faire quand ceux-ci sont issus de la pratique quotidienne. À contenu égal, le fait que certains savoirs soient transmis par un pair facilite leur appropriation. Les apprentissages entre pairs sont reconnus en formation des adultes comme présentant un haut degré de pertinence. Ils sont l'équivalent dans la formation professionnelle de l'intervention de formateurs issus du même milieu professionnel que les participants.

« Apports des patients experts dans un programme d’ETP »

Consignes : Parmi les compétences ci-après, cochez celles pour lesquelles vous pensez que la co-animation avec un patient expert aiderait en termes d’acquisition ou de transfert de compétence ».

Réaliser une injection d’insuline	Corriger un malaise hypoglycémique
Réduire le stress	Planifier la prise de médicaments
Assurer les premiers gestes de pansements	Se fixer des buts à atteindre et faire des choix par rapport à sa santé
Avoir confiance dans ses capacités à prendre des initiatives favorables à sa santé	S’observer, s’évaluer et se renforcer
Savoir faire ses courses au supermarché	Résoudre un problème de communication avec un soignant
Pouvoir parler sans gêne avec un soignant de la santé sexuelle	Savoir résister aux pressions de l’entourage
Avoir à disposition plusieurs options de recettes disponibles en cas de visites imprévues d’amis	Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles
Utiliser des appareils d’autosurveillance (glycémique, tensionnel)	Savoir poser des limites pour préserver sa santé
Gérer son dossier social	Savoir où aller chercher l’information
Savoir choisir ses plats dans un restaurant	Parvenir à introduire une activité physique régulière dans sa vie
Savoir prévenir le retrait social causé par les contraintes alimentaires	Savoir interpréter les résultats d’analyse glycémique sur son lecteur
Savoir prendre des décisions adaptées (projet de vie, professionnel, familial ou personnel)	Connaître ses droits en tant que personne malade chronique (assurance, emploi, prise en charge)
Savoir repérer un œdème et savoir ce qu’il faut faire (ex : appeler son médecin)	Savoir choisir des chaussures adaptées

« Apports des patients experts dans un programme d'ETP »

Consignes : Parmi les compétences ci-après, cochez celles pour lesquelles vous pensez que la co-animation avec un patient expert aiderait en termes d'acquisition ou de transfert de compétence ».

	Réaliser une injection d'insuline		Corriger un malaise hypoglycémique
	Réduire le stress		Planifier la prise de médicaments
	Assurer les premiers gestes de pansements	x	Se fixer des buts à atteindre et faire des choix par rapport à sa santé
x	Avoir confiance dans ses capacités à prendre des initiatives favorables à sa santé		S'observer, s'évaluer et se renforcer
x	Savoir faire ses courses au supermarché	x	Résoudre un problème de communication avec un soignant
x	Pouvoir parler sans gêne avec un soignant de la santé sexuelle	x	Savoir résister aux pressions de l'entourage
x	Avoir à disposition plusieurs options de recettes disponibles en cas de visites imprévues d'amis	x	Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles
	Utiliser des appareils d'autosurveillance (glycémique, tensionnel)	x	Savoir poser des limites pour préserver sa santé
x	Gérer son dossier social	x	Savoir où aller chercher l'information
x	Savoir choisir ses plats dans un restaurant	x	Parvenir à introduire une activité physique régulière dans sa vie
x	Savoir prévenir le retrait social causé par les contraintes alimentaires		Savoir interpréter les résultats d'analyse glycémique sur son lecteur
	Savoir prendre des décisions adaptées (projet de vie, professionnel, familial ou personnel)	x	Connaître ses droits en tant que personne malade chronique (assurance, emploi, prise en charge)
	Savoir repérer un œdème et savoir ce qu'il faut faire (ex : appeler son médecin)		Savoir choisir des chaussures adaptées



Les règles de base dans l'animation de groupes de patients

Durée : 30 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du livret de l'animateur du programme d'éducation thérapeutique proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais
- 15 exemplaires du Diaporama de l'exposé n°10 « Animer un groupe de patients »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront pris connaissance du livret de l'animateur du programme d'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2, proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais.
- Identifieront les règles de base de l'animation présentées dans le livret.

Méthode

- Présentation du livret de l'animateur du programme d'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2 à partir d'un exposé s'appuyant sur le chapitre du livret consacré aux règles de bases de l'animation de groupes de patients.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

L'un des formateurs présente au groupe l'activité qui consiste à la fois à découvrir le livret de l'animateur du programme d'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2, proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais et à exposer les règles d'animation de groupes de patients présentées dans le livret.

L'autre formateur remet à tous les participants un exemplaire du livret et les invite à en prendre connaissance.

5 minutes

3 Synthèse

Les formateurs concluent l'activité en précisant aux participants que les activités suivantes leur permettront de s'entraîner à l'animation de groupes de patients dans le cadre d'ateliers d'ETP.

20 minutes

2 Exposé sur les règles de base d'animation de groupes de patients

L'un des formateurs expose et commente le contenu du diaporama qui reprend les règles de bases présentées dans le livret.

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

Les premiers participants arrivent...

1. L'accueil des participants.
2. Au bout d'environ 10 minutes votre groupe est au complet.
3. L'ouverture de la séance éducative.
4. Le tour de table et présentation des animateurs et des participants.
5. La **présentation** de ce qu'on va faire ensemble (le programme globale, la séance du jour et ses objectifs).

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

1. L'accueil des participants

- À l'arrivée des premiers participants, il est important de bien les **accueillir**, de les aider à se **mettre à l'aise**.
Un sourire, une parole chaleureuse d'accueil, une demande d'informations sur le temps de trajet qu'elles ont mis pour arriver, toutes ces paroles d'accueil vous feront gagner du temps dans la création du **climat d'écoute** dans votre groupe.
- Montrez aux personnes où elles peuvent déposer leurs affaires et **invitez-les à s'asseoir**.
- L'accueil des participants dure environ 10 minutes.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

2. Débuter la séance

- Au bout de **15 – 20 minutes** c'est l'heure de commencer.
- Vous regardez votre **liste d'émargement** ... deux, trois personnes ne sont pas encore arrivées...

Que faire ? Attendre au risque d'impatienter les autres participants qui ont fait des efforts pour être à l'heure (certains ont visiblement forcé leur pas !) ou commencer l'atelier ?
Il faut ouvrir le groupe aux horaires indiqués sur l'invitation, sauf en cas d'intempéries majeures !

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

3. L'ouverture du groupe

- Informer très vite les personnes sur le **but** de ces rencontres (même si vous l'avez fait par écrit, au préalable. Cela ne suffit pas.).
- Débuter une **présentation orale, claire et simple** du programme d'ETP et des objectifs, est essentielle.
- Les patients doivent savoir **ce qui va se passer**, ce que l'on va leur demander et dans quel but.
- Repréciser le cadre des séances si besoin (les dates des ateliers, les heures, le lieu, etc.).

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

3. L'ouverture du groupe

Exemple

« Cet atelier est à l'initiative de notre équipe éducative (centre médical, association). Il s'inscrit dans une offre d'éducation des patients. Nous nous sommes aperçus que dans le diabète, malgré l'annonce et les explications, il fallait apprendre beaucoup de choses pour **gérer au mieux** son diabète, le contrôler et éviter les complications.

C'est la raison pour laquelle nous avons prévu **5 ateliers**, qui vous permettront d'apprendre ou de **consolider vos connaissances** et vos compétences, dans tous les domaines du diabète comme l'alimentation, les traitements, le soin des pieds, l'activité physique. Les ateliers de **2 heures** seront animés par deux soignants dont le métier est différent.

Nous vous demanderons de participer à de nombreuses activités car nous avons choisi des méthodes de **formation actives des adultes**. »

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

4. Tour de groupe et présentation

- Lors de la première rencontre, il est important d'expliquer aux participants les **objectifs de la mise en place de ces ateliers**.
- Les animateurs demandent à chaque participant de **se présenter**, en une ou deux minutes, de parler un peu d'eux, de leur santé mais aussi de ce qu'ils aiment dans la vie afin de briser la glace.

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

Exemples de situations (1)

1. Si des personnes prennent un temps de parole plus grand... **La coupure empathique**

Vous pouvez les couper avec beaucoup d'empathie en disant par exemple :

« Je remercie X ou Y de nous faire part de son expérience sur laquelle nous reviendrons au cours de nos rencontres mais je suis obligé(e) de passer la parole à son voisin ou à sa voisine. Il est important que tout le monde se présente et nous avons une heure pour cette première activité. »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

Exemples de situations (2)

2. Si quelqu'un craque pendant la présentation... **Mettre immédiatement des mots**

Vous pouvez les couper avec beaucoup d'empathie en disant par exemple :

« C'est difficile de présenter ce qui nous est arrivé mais c'est aussi certainement un moment important de savoir que l'on n'est pas seul(e) à avoir ressenti pareille chose... Aussi, je vous propose, si vous le désirez, de dire pouce... »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

2. DE L'ACCUEIL À LA PRÉSENTATION DE LA SÉANCE :

5. La synthèse du tour de table

- Avant de lancer la discussion, l'un des animateurs fera la synthèse du tour de table, des attentes, en résumant et reprenant ce que les participants ont défini comme leurs attentes et leurs projets.
- Il rappellera les grandes lignes de présentation des participants en disant par exemple :

« Notre groupe est constitué de personnes qui... (définir les points communs des participant(e)s – pathologie, moyenne d'ancienneté dans la pathologie, lieu de soin, etc.) »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

Résoudre des difficultés...

1. Une personne arrive en retard.
2. Une personne ne se sent pas bien et désire partir.
3. Une personne empêche le groupe d'avancer par ses comportements agressifs.
4. Désamorcer les conflits et la colère, sans embarrasser les participants.
5. Les incidents provoqués par l'animateur.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

1. Les retards

- N'arrêtez pas l'activité, vous la mettriez mal à l'aise mais très vite, entre deux prises de parole, tournez-vous vers elle ; laissez lui reprendre ses esprits et demandez-lui de se présenter.
- Ensuite, faites-lui un compte rendu succinct des étapes du groupe, de là où il en est, et dites-lui que pendant la pause vous serez à sa disposition pour lui donner des informations complémentaires.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

2. Une personne ne se sent pas bien et désire partir

- Un des animateurs accompagne la personne en dehors de la salle :
 - Vous pouvez la faire s'asseoir ou marcher avec elle.
 - Prendre le temps de vérifier qu'elle est en état de rentrer chez elle.
 - Si tel n'est pas le cas, restez avec elle le temps nécessaire de prendre les dispositions qui s'imposent (appeler un membre de sa famille, attendre que quelqu'un du groupe la raccompagne, ...).
- De retour dans la salle, il est important que l'animateur rassure le groupe sur la personne qui n'était pas bien.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

3. Une personne empêche le groupe d'avancer par ses comportements très agressifs

- L'un des co-animateurs change de place et vient s'asseoir à côté d'elle après la pause.
- Souvent, les personnes ayant des comportements agressifs sont des personnes souffrant d'une grande insécurité. La présence d'un animateur à côté d'elles joue le rôle d'une **réassurance** de base.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

4. Les conflits et la colère

Il s'agit de les **désamorcer** sans embarrasser les participants.

- Si quelqu'un est agressif ou en colère, les animateurs peuvent **mettre des mots**, comme par exemple :
« Cela peut nous mettre en colère aussi... et nous reviendrons sur ces colères en voyant comment nous les avons aussi parfois transformées en forces... »
- Ils peuvent **prendre des mesures** comme :
 - proposer une pause,
 - intervenir pour changer de discussion,
 - reconnaître les difficultés du sujet discuté,
 - revoir les « règles » du groupe,
 - et autres stratégies de ce type.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

5. Les incidents provoqués par l'animateur

- Parfois, il peut arriver que l'animateur commette une erreur.
Exemple : formuler un jugement critique et sévère, mal reprendre une phrase et plonger une personne dans une peur inappropriée.

Comment rattraper son erreur ?

Dîtes à la personne ou au groupe :

« Excusez moi, je me suis aperçu(e) que j'avais repris trop vite ce point et que je ne devais pas reprendre les choses en ces termes. J'ai bien vu que je vous ai inquiété(e), excusez-moi, je reprends ce que j'ai dit... »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

3. GESTION DU GROUPE ET DES DIFFICULTÉS :

Conseil : Faire des synthèses régulièrement

- Une synthèse est un **résumé clair et simple** qui permet au groupe de savoir là où il en est, mais aussi de recentrer les discussions et de repartir du bon pied.
- Sans **recentrage**, un groupe finit par se perdre et partir dans tous les sens tout en étant déçu au final.
- Si vous avez noté un incident, comme des **prises de paroles trop longues**, recentrez aussi sur la forme en disant :
« Je propose aussi, afin que tout le monde puisse participer, de limiter les interventions de chacun d'entre nous à deux ou trois minutes au maximum. »

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

4. LES QUESTIONS :

Répondre aux questions ?

1. Doit-on répondre à toutes les questions et comment le faire ?
2. Les questions délicates.
3. Les questions ayant trait à des thèmes où il s'agit pour la personne de prendre une décision.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

4. LES QUESTIONS :

1. Doit-on répondre à toutes les questions et comment le faire ?

- On ne peut pas répondre à toutes les questions.
- L'important est donc de les **regrouper** et de les **classer** par catégories.
- Dans la « Foire aux questions », vous pouvez les lister sur un *paperboard* et ensuite demander aux groupes de les classer par ordre d'importance.
- Savoir dire « *je ne sais* ». Mais, préciser aux participants que vous allez vous renseigner et que vous pourrez leur apporter la réponse la prochaine fois.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2011

4. LES QUESTIONS :

2. Les questions délicates

Il existe 2 stratégies face à la question délicate :

1. **Reconnaître** la délicatesse de la question

- Dire que vous ne possédez pas de réponses pour cette question. Néanmoins, si la question vous paraît simple, pensez à la ressource du groupe et demandez si quelqu'un dans le groupe propose une réponse.

2. **Transformer** la question en la reformulant

- Si la question porte sur des **thèmes difficiles** et chargés d'émotion, comme ceux ayant trait à la vie, à la mort, à l'avenir, vous pouvez reformuler de la manière suivante :
« J'ai bien entendu votre question. Bien sûr, personne n'est en mesure de vous y répondre, mais peut-être vous pourriez nous dire ce qui vous fait le plus peur, ou ce qui est le plus difficile pour vous, dans votre situation. On pourrait alors demander aux autres membres du groupe de vous faire des suggestions constructives. »

© COMMENT DIRE, 2011

4. LES QUESTIONS :

3. Les questions ayant trait à des thèmes où il s'agit pour la personne de prendre une décision

- **Ne donnez pas de conseils directifs, utilisez la reformulation de type :**
« Vous vous demandez si vous devriez ou pas faire ceci ou cela, mais au fond :
 (1) *Qu'est-ce qui vous a conduit à penser qu'il faudrait faire ceci ou cela ?*
 (2) *Quels seraient pour vous les avantages et les inconvénients à faire ceci ou à faire cela ?*
 (3) *Quelles sont les autres alternatives ? »*

© COMMENT DIRE, 2011



Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique

Durée : 1 heure

Matériel

- 4 exemplaires de la Fiche participant 29A « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »
- 4 exemplaires de la Fiche participant 29B « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »
- 1 exemplaire de la Fiche participant 29C « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront identifié les enjeux liés à l'ouverture et aux premiers moments d'un groupe dans le cadre des ateliers d'ETP.
- Se seront entraînés à la présentation de soi (des animateurs et des participants) et à la présentation du programme d'ETP lors de l'ouverture du 1^{er} atelier.

Méthode

- Entraînement à la pratique.
- L'animateur n'intervient pas sur le fond mais sur la forme.

Aide à l'animation

- Les soignants ont des difficultés à endosser le rôle de soignant éducateur, il faut leur permettre de s'entraîner à présenter une activité d'éducation qui est très différente de la proposition d'un soin.
- Il s'agit ici de les aider à trouver leurs propres mots pour se présenter en tant qu'animateur, mais aussi pour présenter les finalités des ateliers en utilisant un langage simple, accessible aux patients tant dans son contenu que dans les valeurs liées à l'éducation. Les patients doivent se sentir à l'aise et aussi savoir ce qui va se passer pendant ces 5 ateliers.
- Pour l'accueil et la présentation, pour les participants qui débutent en animation de groupes, il est préférable de donner une ou deux consignes de présentation de soi ainsi que le temps dont ils disposent pour se présenter.
- Pour la remise des consignes des rôles aux acteurs patients, il est préférable que chacun prenne connaissance de son rôle. Le mieux est donc de leur remettre une vignette par personnage.



Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente l'activité d'animation de groupe qui porte sur l'ouverture du 1^{er} atelier du programme d'ETP proposé aux patients diabétiques. Il sollicite 8 personnes pour co-animer tour à tour l'ouverture de l'atelier et les autres pour jouer le rôle de patients
(Note : selon le nombre de participants présents, 4 personnes au lieu de 8 peuvent être sollicitées).

40 minutes

3 Entraînement à la pratique

Tour à tour les deux paires volontaires disposent de 10 minutes pour se présenter au groupe de patients et leur présenter le programme d'ETP.
(2x10 minutes)

Tour à tour les deux autres paires disposent de 10 minutes pour animer la présentation des patients et la synthèse des présentations. *(2x10 minutes)*

10 minutes

2 Deux paires (A et B) de co-animateurs réfléchissent, à partir des consignes qui leurs sont remises (Fiche participant 29A), à la manière dont ils vont :

- se présenter au groupe en tant que co-animateurs du programme ETP,
- présenter le programme ETP.

Deux autres paires (C et D) de co-animateurs réfléchissent, à partir des consignes qui leurs sont remises (Fiche participant 29B), à la manière dont ils vont :

- inviter les participants à se présenter à leur tour,
- faire la synthèse des présentations.

Les 7 autres participants prennent connaissance des consignes de leur rôle (Fiche participant 29C).

5 minutes

4 Synthèse

Le formateur met en évidence l'importance et le soin à apporter aux éléments suivants :

- Dans un groupe, les participants doivent savoir pourquoi ils sont là, ce qu'ils vont faire, qui sont les animateurs. Il faut éviter les confusions dès le départ, par exemple entre un groupe de paroles et des ateliers d'éducation.
- Dans les présentations, il est important de donner des consignes pour ne pas se faire déborder. Il faut pouvoir anticiper la reformulation de ce qui va être dit, imaginer et préparer quelques situations critiques au préalable.

Consignes pour les *co-animateurs* de la séquence pédagogique « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »

Consignes pour les co-animateurs A et B

1 Réfléchissez à la manière dont vous allez en *10 minutes* :

- a. Vous présenter comme animateur du groupe.
- b. Présenter le programme d'ETP aux 7 patients qui se sont inscrits aux 5 ateliers et qui sont présents au 1^{er} atelier que vous allez donc ouvrir.

2 Éléments à prendre en compte pour ces présentations :

- Vous co-animez ce premier atelier.
- Ces présentations durent maximum 10 minutes.
- Vous ouvrez avec quelques mots d'accueil.
- Les 7 patients, tous diabétiques, auxquels vous vous adressez sont attentifs à cette présentation.
- Les 5 ateliers où ils se sont inscrits sont les suivants :
 - o Explorer les signes de mon diabète.
 - o Adapter les traitements à mon quotidien.
 - o Équilibrer mes repas avec mes envies.
 - o Protéger mes pieds.
 - o Prendre du plaisir en bougeant.
- Chaque atelier dure 2 heures. Les activités proposées sont souvent ludiques et permettent d'échanger, d'apprendre, d'expliquer aux autres ce que l'on sait déjà.
- Le but est de participer à la réussite des objectifs que les uns et les autres ont discutés et se sont fixés avec leur médecin lors du Bilan Éducatif Partagé.

3 Si vous dépassez les *10 minutes* prévues, nous nous permettrons par souci du *timing* de vous demander d'arrêter la mise en situation.

Consignes pour les *co-animateurs* de la séquence pédagogique « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »

Consignes pour les co-animateurs C et D

1 Réfléchissez à la manière dont vous allez :

- a. Inviter à se présenter à leur tour les 7 patients présents à l'atelier.
- b. Faire la synthèse de leur présentation.

2 Éléments à prendre en compte pour l'animation :

- Vous co-animez ce premier atelier.
- Ces présentations durent maximum 10 minutes.
- Vous ouvrez avec quelques mots d'accueil.
- Les 7 patients, tous diabétiques, auxquels vous vous adressez sont attentifs à cette présentation.
- Vous leur suggérerez des éléments pour se présenter (prénom, âge, diabète depuis..., ce que j'aime/ce que je n'aime pas...).
- À l'issue de la présentation des patients, une mini synthèse est faite.

3 Si vous dépassez les 10 minutes prévues, nous nous permettrons, par souci du *timing*, de vous demander d'arrêter la mise en situation.

Consignes pour les *acteurs « patients »* de la séquence pédagogique « Ouvrir un atelier d'éducation thérapeutique »

Consigne Rôle patient n°1 : Vous jouez le rôle d'un(e) patient(e) diabétique de type 2 qui n'a jamais participé à un programme d'ETP et vous ne comprenez pas ce que l'on vous demande.

Consigne Rôle patient n°2 : Vous n'éprouvez aucune difficulté à être dans le groupe et vous êtes coopérant(e) avec les animateurs.

Consigne Rôle patient n°3 : Vous allez respecter la « consigne » qu'ils vont vous proposer pour vous présenter au groupe.

Consigne Rôle patient n°4 : Vous n'intervenez pas dans le groupe après votre présentation mais vous êtes à l'aise, même si vous ne parlez pas.

Consigne Rôle patient n°5 : Vous êtes énervé(e) et regardez votre montre car on vous a dit de venir mais cela ne vous plaît pas.

Consigne Rôle patient n°6 : Vous parlez trop de vous et vous en profitez pour faire part de tous vos soucis. Néanmoins, si l'animateur vous coupe, cela ne vous gêne pas.

Consigne Rôle patient n°7 : Vous êtes heureux(se) d'être enfin dans un atelier. Vous voulez rencontrer d'autres personnes qui ont la même santé que vous. Vous demandez si vous pouvez parler de votre cancer aussi, surtout pour l'alimentation et l'activité physique.



Animer un groupe de patients lors d'une séquence d'apprentissage

Durée : 1 heure 30

Matériel

- 2 exemplaires de la Fiche participant 30.1A
- 7 exemplaires de la Fiche participant 30.1B
- 6 exemplaires de la Fiche participant 30.1C
- 7 exemplaires de la Fiche « Hypo » 30.1D
- 7 exemplaires de la Fiche « Journée » 30.1E
- ou 2 exemplaires de la Fiche participant 30.2A
- 7 exemplaires de la Fiche participant 30.2B
- 6 exemplaires de la Fiche participant 30.2C
- ou 2 exemplaires de la Fiche participant 30.3A
- 7 exemplaires de la Fiche participant 30.3B
- 6 exemplaires de la Fiche participant 30.3C
- 7 exemplaires de la Fiche « Planning semaine » 30.3D
- 7 exemplaires de la Fiche « Personnages » 30.3E
- 7 exemplaires de la Fiche « Activité physique » 30.3F

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Se seront entraînés à l'animation d'une séquence pédagogique centrée sur l'apprentissage d'un savoir (savoir cognitif, savoir-faire, ou savoir-être),
- Prendront conscience de la nécessité de tester les activités proposées aux patients.

Méthode

- Mise en situation d'une séquence d'un atelier du programme d'ETP.



↳ Consignes et déroulement

10 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

L'un des formateurs explique au groupe que cette activité est consacrée à la mise en pratique de l'animation d'une séquence d'apprentissage de savoirs.

Il propose au groupe de choisir la séquence d'apprentissage qu'il veut explorer en termes d'animations parmi les trois proposées, ou invite le groupe à travailler sur telle ou telle séquence selon sa propre appréciation.

Il sollicite des volontaires pour la mise en situation :

- 2 volontaires qui joueront le rôle des co-animateurs,
- 7 volontaires pour jouer le rôle des patients du groupe de l'atelier,
- les 6 autres observeront la situation.

(Note : éventuellement, 2 participants pourront à tout moment aider les deux animateurs à leur demande, ce qui porterait dans ce cas le nombre des observateurs à 4).

45 minutes

2 Activités des stagiaires :

Temps 1 : préparation des rôles (10 minutes)

- Les 2 participants jouant le rôle des co-animateurs se retirent et préparent leur animation (10 minutes). Un formateur leur remet les consignes (Fiche 30.1A, 30.2A ou 30.3A) et les supports en nombre suffisant à distribuer aux « patients ».
- Pendant ce temps, l'autre formateur, après avoir situé le contexte de la mise en situation (Fiche 30.1B, 30.2B ou 30.3B), donne des repères au groupe qui joue les patients. Ils définissent leur « profil » mais ne mettent pas trop en difficulté les animateurs. (10 minutes)
- De même, il remet aux 6 observateurs les consignes d'observation (Fiche 30.1C, 30.2C ou 30.3C selon la séquence retenue). (10 minutes)

Temps 2 : mise en situation (35 minutes)

Temps 3 : Discussion en grand groupe (30 minutes)

L'un des formateurs invite tour à tour les participants qui ont joué les co-animateurs, ceux qui ont joué les patients et ceux qui ont observé, à faire part de leurs ressentis et observations. Il anime les échanges en prenant soin de valoriser les participants.

5 minutes

3 Synthèse

Consignes pour les *co-animateurs* de la séquence pédagogique « **Savoir identifier l'hypo, agir et prévenir** »

Fiche participant 30.1A

Éléments de contexte

La séquence que vous allez co-animer appartient à l'atelier « Explorer les signes de mon diabète » du programme d'ETP « Vous êtes diabétique... Avançons ensemble » (URPS/COMMENT DIRE) qui est organisé autour de deux séquences pédagogiques :

- S1 : « Qu'est-ce que le diabète ? » **40 minutes**
- S2 « Savoir identifier l'hypoglycémie, agir et prévenir ». **60 minutes**

Vous co-animez la première partie de cette seconde séquence (S2), soit 35 minutes.

Vous disposez de 10 minutes pour préparer votre co-animation sachant que :

- 7 de vos collègues jouent le rôle de patients selon des consignes précises.
- 6 autres sont en position d'observation et ne vous interrompent pas durant la mise en situation (ou 4 en position d'observateurs et 2 en aidants potentiels pour la co-animation).

Consignes pour l'animation

1 L'un de vous annonce la seconde activité (S2) et ses objectifs. À l'issue de la séquence, les patients sauront identifier l'hypoglycémie, sauront agir dans diverses situations et sauront l'éviter (savoir-faire).

5 minutes

2 Il distribue à tous les participants la Fiche 30.1D « HYPO - Les symptômes » de l'AFD et leur demande de cocher individuellement les images représentant ce qui leur arrive personnellement en cas d'hypoglycémie.

5 minutes

3 Il invite tour à tour les participants à s'exprimer sur les symptômes qu'ils ressentent personnellement lors d'une hypoglycémie.

10 minutes

4 L'autre remet ensuite à chaque participant une feuille représentant deux journées de 24h séquencées par heure (1 case = 60 minutes). Il les invite à réfléchir individuellement à leur(s) hypoglycémie(s) et à colorier les cases correspondant aux moments où elles apparaissent le plus souvent.

5 minutes

5 L'un de vous anime une discussion de groupe : À quels moments arrivent les hypoglycémies ? Quels événements/situations déclenchent chez chacun les hypoglycémies (selon chaque participant) ? Qu'est-ce que chacun fait en cas d'hypoglycémie ?

Pendant la discussion, l'autre animateur note sur le *paperboard* :

1. tous les événements cités, liés à l'hypoglycémie,
2. ce que font les participants en cas d'hypoglycémie.

15 minutes

Matériel

- Plusieurs Fiches 30.1D « HYPO – Les symptômes » de l'Association Française des Diabétiques (AFD).
- Plusieurs Feuilles 30.1E « Journées » inspirées de l'AFD.
- *Paperboard* et feutres.

Consignes pour les 7 acteurs « patients » de la séquence pédagogique « Savoir identifier l'hypo, agir et prévenir »

Fiche participant 30.1B

Éléments de contexte

- La séquence pédagogique à laquelle vous participez fait partie de l'atelier « Explorer les signes de mon diabète » du programme d'ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » auquel vous êtes inscrit(e).
- Cette séquence pédagogique a été précédée de la séquence « Qu'est-ce que le diabète ? » durant laquelle vous avez pu apprendre et découvrir quelques notions et valider ce que vous saviez déjà.

Consignes pour votre rôle

- Vous auto définissez votre « profil » de « patient apprenant ».
- Vous évitez de trop mettre en difficulté les co-animateurs de la séquence, et vous vous laissez porter par ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la situation de groupe.

Consignes pour les 6 *observateurs* de la séquence pédagogique « **Savoir identifier l’hypo, agir et prévenir** »

Éléments de contexte

- La séquence que vous observez fait partie de l’atelier « Explorer les signes de mon diabète » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » auquel se sont inscrits les patients (acteurs).
- Cet atelier est le premier atelier du programme auquel ils participent.
- Les patients sont censés avoir partagé des questions et des réponses durant la séquence pédagogique qui a précédé celle qui est maintenant jouée.

Consignes pour l’observation

Observateurs 1 et 2

Les observateurs de ce groupe se centrent sur la description fine et détaillée des consignes formulées et des explications données aux participants en relevant les verbes d’action utilisés (vous ferez, mettez-vous par deux, notez sur un post-it, etc.) de manière à distinguer le langage collaboratif du langage injonctif et directif ; ils précisent si les animateurs utilisent un style partagé (nous, vous, je, etc.). Ils observent le déroulement des consignes et leurs formulations, car ce point est essentiel dans une séquence pédagogique.

Observateurs 3 et 4

Les observateurs de ce groupe :

- Se centrent sur les interactions non verbales des animateurs et des participants (adhésion, froncement de sourcils, interrogation, confusion, lassitude, énervement, excitation, joie, etc.).
- Ils notent sur une feuille à part le comportement amplifié par le jeu de rôle (ex : comportement exagéré, peu plausible). Il est important de noter qu’en pédagogie, il y a une communication non verbale importante, c’est ce qui permet l’intuition, on sent le groupe, on pressent et on s’ajuste sans s’en rendre compte et ceci dans les deux sens.

Observateurs 5 et 6

Les observateurs de ce groupe s’intéressent :

- au langage utilisé chaque fois qu’il y a une explication portant sur un thème médical, à la longueur des phrases, aux images utilisées pour faciliter la compréhension, à l’utilisation de la répétition pour faciliter l’acquisition de connaissances, ils observent la pédagogie en action, comment on explique quelque chose de médical à un patient, pourquoi c’est important de répéter, comment les patients assimilent petit à petit ce qu’on leur explique par des petits mots : mais alors quand j’ai cela, cela veut dire (appropriation) etc..

Hypo

les symptômes



vision trouble



tremblement



pâleur



changement
de comportement



maux de tête



transpiration



vertige



fatigue



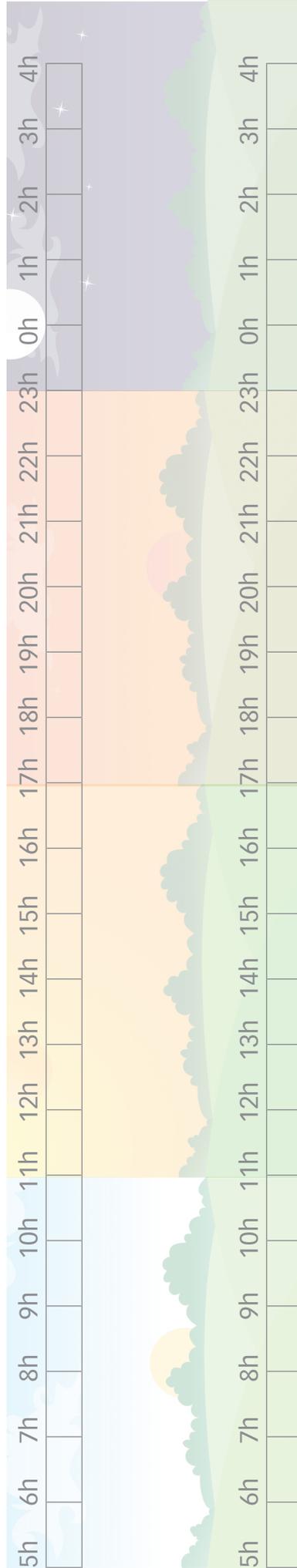
faim

www.afd.asso.fr

Association
Française
des Diabétiques

Les deux lignes ci-dessous représentent deux journées de 24 heures, chaque case correspondant à 1 heure (60 minutes).
Réfléchissez à quels moments apparaissent le plus souvent des hypoglycémies, puis coloriez pour deux journées les cases correspondant aux moments où elles vous arrivent le plus souvent.

Journée 1



Journée 2

Consignes pour les *co-animateurs* de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation »

Éléments de contexte

La séquence que vous allez co-animer appartient à l'atelier « Adapter les traitements à mon quotidien » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » qui est organisé autour de trois séquences pédagogiques :

- S1 : « Les traitements ? » *35 minutes*
- S2 « Le lecteur glycémique » *35 minutes*
- S3 « Préparer ma consultation » *35 minutes*

Vous co-animez cette troisième séquence (S3) de 35 minutes.

Vous disposez de 10 minutes pour préparer votre co-animation sachant que :

- 7 de vos collègues jouent le rôle de patients selon des consignes précises.
- 6 autres sont en position d'observation et ils ne vous interrompent pas durant la mise en situation (ou 4 en position d'observateurs et 2 en aidants potentiels pour la co-animation).

Consignes pour l'animation

1 Vous expliquez au groupe que souvent en sortant de la consultation médicale, on se rend compte que l'on a oublié de demander au médecin des choses importantes et concrètes, que l'on n'a pas tout compris, pas osé le dire. Il peut être alors intéressant de préparer sa consultation. Vous recueillez les impressions du groupe. *5 minutes*

2 Vous invitez les participants à rédiger sur une feuille individuelle des questions qu'ils aimeraient poser sur les médicaments. *5 minutes*

3 Vous leur proposez ensuite de se mettre par 2 pour s'entraîner à poser des questions sur leurs médicaments lors de leurs consultations médicales. Dans chaque binôme, un participant A s'entraîne à partir de sa liste de questions à poser à B, qui a un rôle facilitateur. Au bout de 5 minutes, les rôles sont inversés, B pose ses questions à A. *10 minutes*

4 À l'issue de cet entraînement, vous invitez les participants à s'exprimer sur ce qui s'est passé pour eux lorsqu'ils ont posé leurs questions : Comment ont-ils choisi leurs questions ? Combien en avaient-ils sur leur liste ? Quelle impression cela fait de poser des questions sur les médicaments ? (Est-ce difficile/agréable/stressant... ?) *5 minutes*

5 Vous concluez sur l'idée qu'une consultation est un échange, un travail à 2, un partenariat. Ainsi, cette séquence d'entraînement à poser des questions, contribue à l'efficacité de la consultation médicale. Cela grâce au temps de préparation que le patient y a consacré et à la satisfaction qu'elle procure, autant au patient qu'au médecin. *5 minutes*

Matériel

- Feuilles A4

Consignes pour 7 acteurs « patients » de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation »

Fiche participant 30.2B

Éléments de contexte

- La séquence à laquelle vous participez fait partie de l'atelier « Adapter les traitements à mon quotidien » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » auquel vous êtes inscrit(e).
- Cette séquence a été précédée de deux séquences pédagogiques, « Les traitements » et « Le lecteur glycémique » durant laquelle vous avez pu faire le point sur les traitements du diabète, vous entraîner à l'usage du lecteur glycémique et discuter sur l'autosurveillance de la glycémie.

Consignes pour votre rôle

- Vous auto définissez votre « profil » de « patient apprenant ».
- Vous évitez de trop mettre en difficulté les co-animateurs de la séquence et vous vous laissez porter par ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la situation de groupe.

Consignes pour les 6 observateurs de la séquence pédagogique « Préparer ma consultation »

Éléments de contexte

- La séquence pédagogique que vous observez fait partie de l'atelier « Adapter les traitements à mon quotidien » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » auquel se sont inscrits les patients (acteurs).
- Cet atelier est le deuxième atelier du programme auquel ils participent.
- Cette séquence pédagogique est la troisième de l'atelier (S3), les participants ont donc partagé des questions et des réponses sur « Les traitements » (S1) puis se sont entraînés à l'usage du « lecteur glycémique » (2) et ont discuté sur l'auto-surveillance de la glycémie.

Consignes pour l'observation

Observateurs 1 et 2

Les observateurs de ce groupe se centrent sur la description fine et détaillée des consignes formulées et des explications données aux participants en relevant les verbes d'action utilisés (vous ferez, mettez-vous par deux, notez sur un post-it, etc.) de manière à distinguer le langage collaboratif du langage injonctif et directif ; ils précisent si les animateurs utilisent un style partagé (nous, vous, je, etc.).

Observateurs 3 et 4

Les observateurs de ce groupe :

- Se centrent sur les interactions non verbales des animateurs et des participants (adhésion, froncement de sourcils, interrogation, confusion, lassitude, énervement, excitation, joie, etc.).
- Ils notent sur une feuille à part le comportement amplifié par le jeu de rôle.

Observateurs 5 et 6

Les observateurs de ce groupe s'intéressent :

- au langage utilisé chaque fois qu'il y a une explication portant sur un thème médical, à la longueur des phrases, aux images utilisées pour faciliter la compréhension, à l'utilisation de la répétition pour faciliter l'acquisition de connaissances, etc.

Consignes pour les *co-animateurs* de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps »

Fiche participant 30.3A

Éléments de contexte

La séquence que vous allez co-animer appartient à l'atelier « Prendre du plaisir en bougeant » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » qui est organisé autour de 3 séquences pédagogiques :

- S1 « L'activité physique, c'est quoi ? » *35 minutes*
- S2 « Les effets de l'activité physique sur mon corps » *40 minutes*
- S3 « L'intégration d'une activité physique régulière... » *40 minutes*

Vous co-animez les 35 premières minutes de la seconde séquence (S2).

Vous disposez de 10 minutes pour préparer votre co-animation sachant que :

- 7 de vos collègues jouent le rôle de patients selon des consignes précises.
- 6 autres sont en position d'observation et ils ne vous interrompent pas durant la mise en situation (ou 4 en position d'observateurs et 2 en aidants potentiels pour la co-animation).

Consignes pour l'animation

1 Vous proposez aux participants de reporter les activités physiques pratiquées au cours des 7 derniers jours, à l'aide d'un planning de la semaine. *10 minutes*

2 Vous invitez ensuite chaque participant à retenir 2 activités physiques (modérées à élevées) parmi toutes celles qu'ils pratiquent et à entourer, pour chaque activité, sur les 2 « fiches personnage » que vous leur avez remis - les parties du corps où ils ont ressenti un effet dû à la pratique de ces activités physiques. Les participants doivent distinguer les effets de la manière suivante : en **vert** « ça me fait du bien », en **rouge** « ça me fait mal / je ne me sens pas bien ». Une fois les fiches personnages remplies, vous animez une discussion sur les activités physiques (satisfaction, inconfort,...). *15 minutes*

3 Vous proposez aux participants, par 2, d'essayer de limiter les zones « rouges » sur leurs fiches personnage, en réfléchissant à l'adaptation de l'activité physique (ex : activité repassage - zone rouge : le dos. Comment adapter la hauteur de la table ? ...). Ils circulent dans les binômes et facilitent les recherches de solutions. *10 minutes*

Matériel

- Plusieurs Fiches 30.3D « Planning de la semaine »,
- Plusieurs Fiches 30.3E « Fiche Personnage »,
- Plusieurs Fiches 30.3F « Intensité de l'activité physique »,
- Plusieurs crayons de couleurs vert et rouge.

Consignes pour les 7 acteurs « patients » de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps »

Fiche participant 30.3B

Éléments de contexte

- La séquence à laquelle vous participez fait partie de l'atelier « Prendre du plaisir en bougeant » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... avançons ensemble » auquel vous êtes inscrit(e).
- Cette séquence pédagogique a été précédée d'une première séquence « L'activité physique, c'est quoi ? » durant laquelle vous avez pu définir la notion d'activité physique et appris à qualifier et évaluer les activités physiques selon leur degré d'intensité (légère, modérée ou intense »).

Consignes pour le rôle

- Vous auto définissez votre « profil » de « patient apprenant ».
- Vous évitez de mettre trop en difficulté les co-animateurs de la séquence et vous vous laissez porter par ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la situation de groupe.

Consignes pour les 6 *observateurs* de la séquence pédagogique « Les effets de l'activité physique sur mon corps »

Éléments de contexte

- La séquence que vous observez fait partie de l'atelier : « Prendre du plaisir en bougeant » du programme ETP « Vous êtes diabétique ... Avançons ensemble » auquel se sont inscrits les patients (acteurs).
- Cet atelier est le quatrième atelier du programme auquel ils participent.
- Les patients sont censés avoir partagé des questions et des réponses sur la nature, la définition et le degré d'intensité de l'activité physique lors de la séquence précédente.

Consignes pour l'observation

Observateurs 1 et 2

Les observateurs de ce groupe se centrent sur la description fine et détaillée des consignes formulées et des explications données aux participants en relevant les verbes d'action utilisés (vous ferez, mettez-vous par deux, notez sur un post-it, etc.) de manière à distinguer le langage collaboratif du langage injonctif et directif ; ils précisent si les animateurs utilisent un style partagé (nous, vous, je, etc.).

Observateurs 3 et 4

Les observateurs de ce groupe :

- Se centrent sur les interactions non verbales des animateurs et des participants (adhésion, froncement de sourcils, interrogation, confusion, lassitude, énervement, excitation, joie, etc.).
- Notent sur une feuille à part le comportement amplifié par le jeu de rôle.

Observateurs 5 et 6

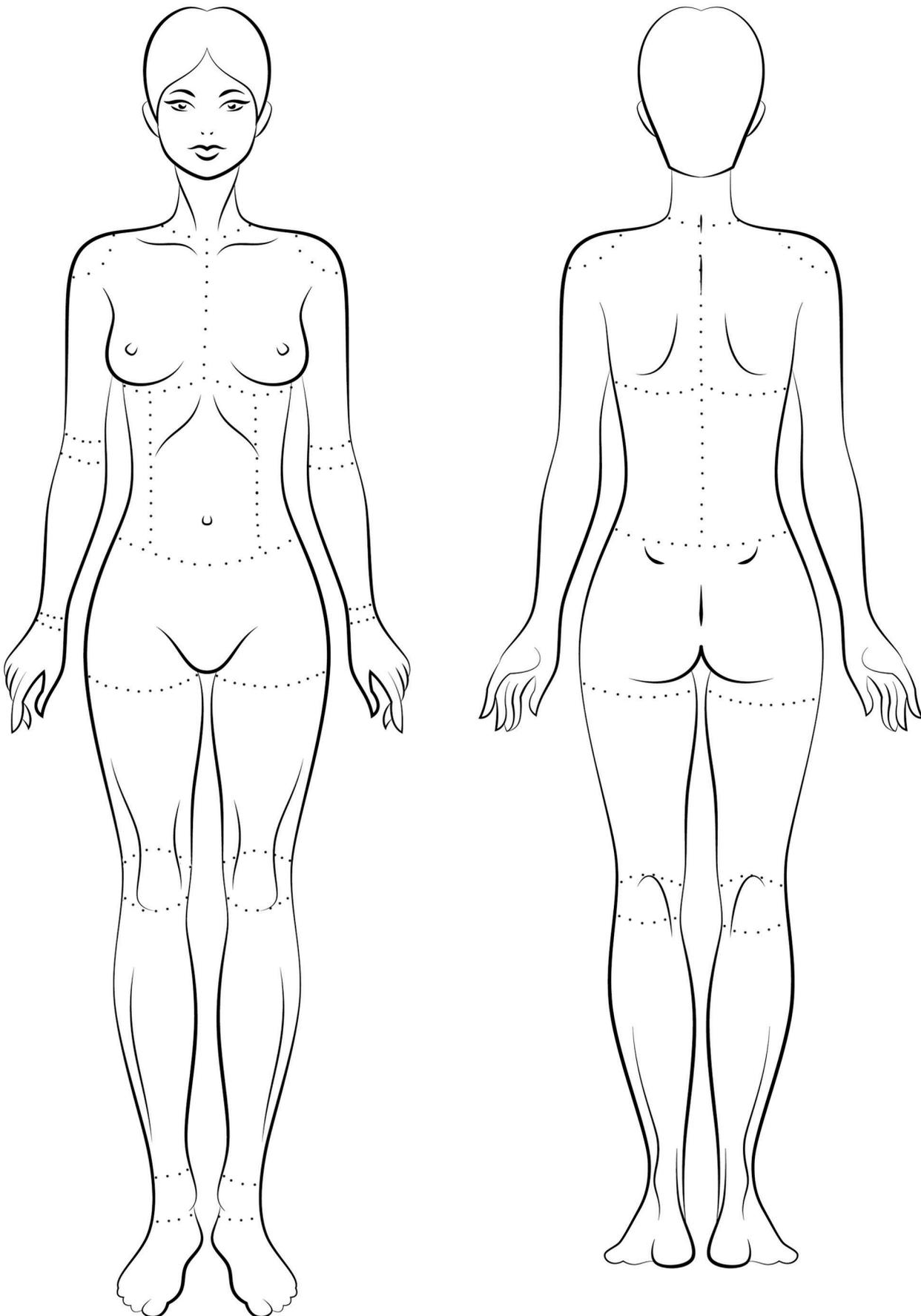
Les observateurs de ce groupe s'intéressent :

- au langage utilisé chaque fois qu'il y a une explication portant sur un thème médical, à la longueur des phrases, aux images utilisées pour faciliter la compréhension, à l'utilisation de la répétition pour faciliter l'acquisition de connaissances, etc.

Indiquez sur le schéma les parties du corps où vous ressentez un effet dû à l'activité physique.

Vert : « ça me fait du bien »

Rouge : « ça me fait mal/je ne me sens pas bien »

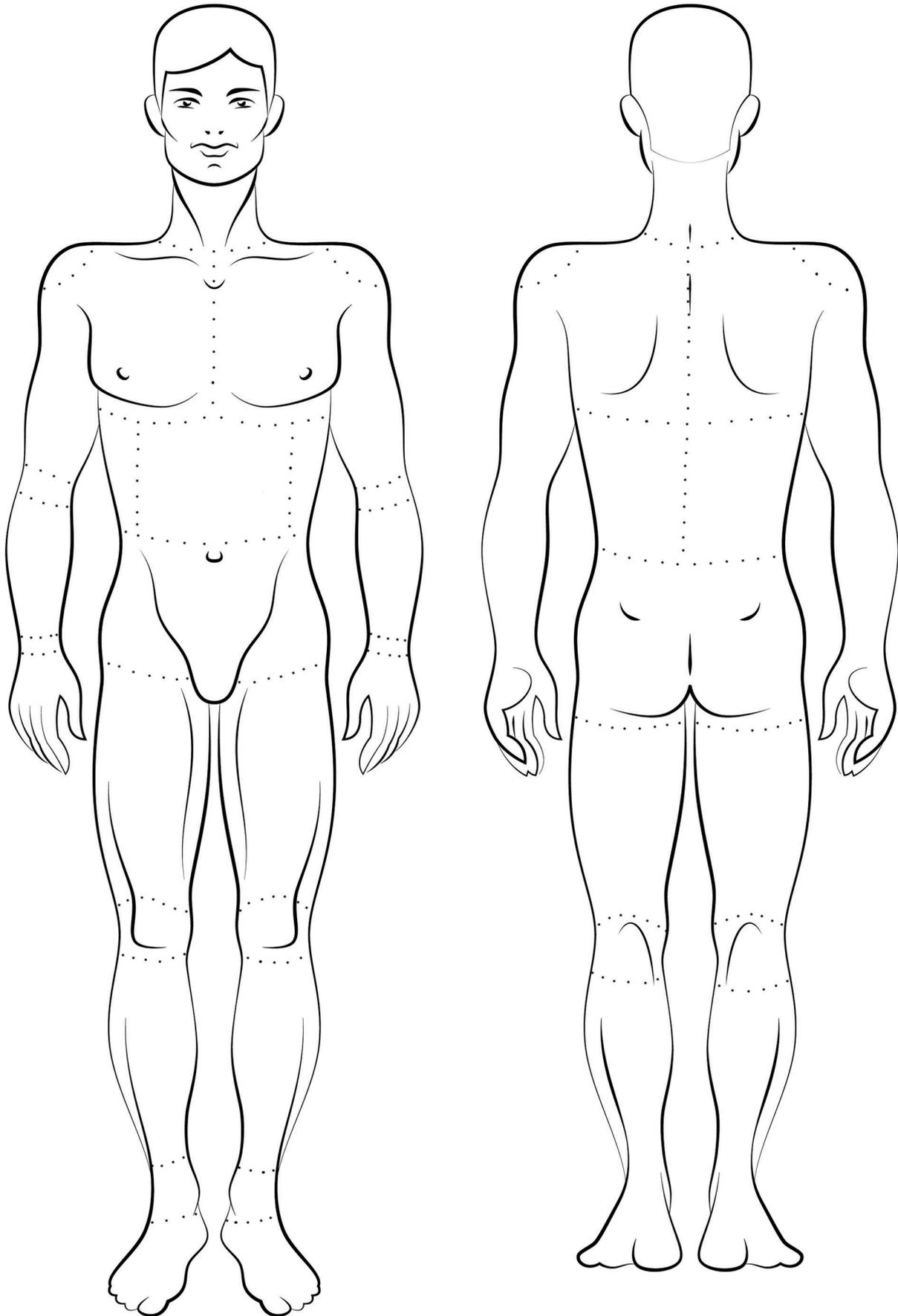


Fiche « Personnage » 30.3E

Indiquez sur le schéma les parties du corps où vous ressentez un effet dû à l'activité physique.

Vert : « ça me fait du bien »

Rouge : « ça me fait mal/je ne me sens pas bien »



Niveaux d'intensité de l'activité physique

Activités d'intensité faible



Marcher lentement



S'étirer



Jouer à la pétanque



Bricoler



Cuisiner



Arroser le jardin

Activités d'intensité modérée



Se balader à cheval



Faire les courses



Danser



Se balader à vélo



Monter les escaliers



Laver la voiture



Passer l'aspirateur

Activités d'intensité élevée



Courir



Bêcher



Couper du bois



Nager



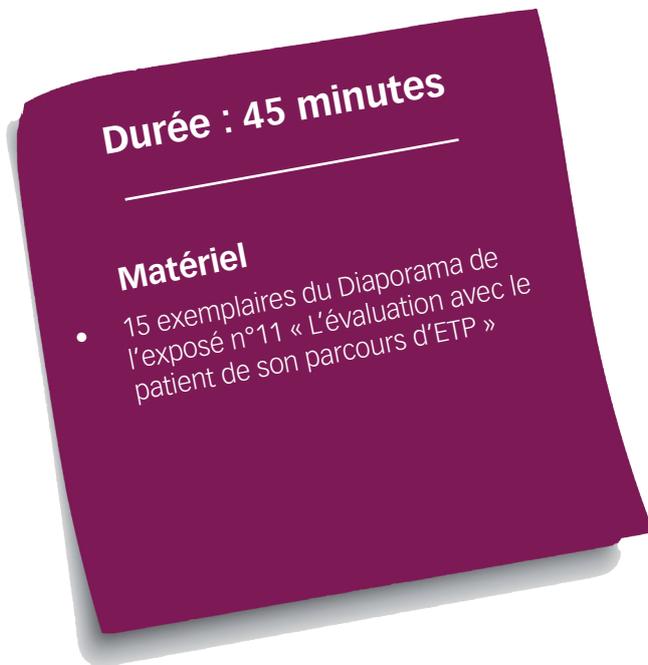
Jouer au tennis

L'intensité peut se quantifier en « METs » de la manière suivante :

METs = rapport entre le coût de l'activité métabolique et le niveau métabolique de base.



L'évaluation avec le patient de son parcours ETP



Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront intégré les prérequis pour l'évaluation du parcours ETP en présence du patient.

Méthode

- Exposé interactif présenté par le formateur.



↳ Consignes et déroulement

40 minutes

1 Le formateur annonce l'exposé qui porte sur l'évaluation avec le patient de son parcours d'ETP qui correspond à la 4^{ème} étape de la démarche éducative. L'exposé comprend trois parties: rappel sur l'objectif de cette étape de la démarche, présentation des composantes de l'évaluation, puis description des tâches du soignant éducateur lors de cet entretien.

5 minutes

2 Le groupe est invité à échanger à l'issue de l'exposé ou après chacune des parties de l'exposé. Il est important de bien gérer la durée des temps d'échanges selon la modalité choisie.

Module 5 / Activité 31 / Exposé 11




UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

En partenariat avec :






Financé par :




L'évaluation avec le patient de son parcours d'ETP

Étape 4 de la démarche éducative & Les 6 tâches du soignant éducateur

Mise à jour - JUIN 2013

Diaporama - Exposé n°11



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. L'ÉVALUATION PARTAGÉE (EP)

Définition :

- C'est une étape importante permettant au patient et au soignant éducateur de réfléchir à l'atteinte des objectifs personnalisés du programme (parcours éducatif) qu'ils ont défini ensemble à l'issue du BEP (Cf. Étape 2 de la démarche éducative).
- Elle a été précédée par des temps d'évaluation réguliers tout au long des 5 ateliers sous la forme de transferts des acquis, d'observations, d'écoute, d'échanges...

© COMMENT DIRE, 2012



UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

1. L'ÉVALUATION PARTAGÉE (EP)

En pratique :

- Elle se déroule sous la forme d'un entretien semi directif, individuel.
- L'entretien dure environ 30 minutes.
- Elle vise à reprendre avec le patient les grandes étapes du parcours et des ateliers auxquels il a participé.
- C'est un moment d'échanges rétrospectif et prospectif sur ses expériences d'apprentissages, de découvertes, de questionnements, de remises en question et de changements.
- L'entretien est centré sur le patient.

© COMMENT DIRE, 2012

1. L'ÉVALUATION PARTAGÉE (EP)

Les 5 composantes de l'Évaluation Partagée

© COMMENT DIRE, 2012

2. L'ÉVALUATION PARTAGÉE : TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR

Les 6 tâches du soignant éducateur

- Écouter ;
- Susciter chez le patient un questionnement de type auto réflexif ;
- Valider l'expérience de la personne ;
- Inviter la personne à consolider ses acquis ;
- Valoriser la personne dans ses apprentissages, ses découvertes ;
- Rédiger le compte rendu de l'entretien.

© COMMENT DIRE, 2012

2. L'ÉVALUATION PARTAGÉE : TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR

Les 6 tâches du soignant éducateur

1. Écouter

L'écoute en évaluation est une écoute visant à mettre en évidence les expériences marquantes pour le patient, ses découvertes, mais aussi ce qui a bougé pour lui de manière attendue et inattendue.

2. Susciter un questionnement auto réflexif

Il s'agit d'inviter la personne à s'approprier les résultats du parcours, en termes de réflexions personnelles sur lui-même, sa santé, ses projets.

© COMMENT DIRE, 2012

2. L'ÉVALUATION PARTAGÉE : TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR

3. Valider l'expérience de la personne

- Ce qu'elle a **ressenti** dans la rencontre avec les autres ;
- Ses découvertes de **ressources** de soin, du monde soignant... ;
- Ce qu'elle a **vécu** en se mettant dans une position d'apprenant, de découvreur...

4. Inviter la personne à valider ses acquis

Il s'agit de **reprendre avec le patient** les grandes étapes de ses acquisitions en mettant l'accent sur leur degré d'assimilation et d'appropriation...

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. L'ÉVALUATION PARTAGÉE : TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR

5. Valoriser la personne

- Dans ses **apprentissages** ;
- Dans les **efforts fournis** ;
- Dans l'**acceptation du doute**, du « je ne sais pas », du « je croyais savoir » ;
- Dans le **plaisir** mais aussi les **frustrations** du parcours suivi.

6. Rédiger le compte rendu de l'entretien

Le compte rendu reprend les 5 composantes de l'EP :

- Le degré de **satisfaction** ;
- Les **changements opérés** ;
- La **relation du patient à sa santé** ;
- Les **compétences marquantes acquises** ;
- Les impacts sur la **qualité de vie** du patient.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

2. L'ÉVALUATION PARTAGÉE : TÂCHES DU SOIGNANT ÉDUCATEUR

Le compte-rendu...

- Objectif : identifier les modifications introduites par l'EP
 - dans la **perception** du patient de lui-même, de sa santé,
 - de décrire ce que le programme lui a permis de mobiliser (relations aux autres, savoirs, idées, projets, intentions).
- L'équipe éducative s'appuiera sur cette EP pour :
 - compléter le **dossier éducatif**,
 - collecter des **données** recueillies auprès des patients pour **ajuster** le programme dans son futur.

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012

CONCLUSION

Les 5 composantes de l'Évaluation Partagée



The diagram consists of five overlapping ovals arranged in a circle. Starting from the top and moving clockwise, the ovals contain the following text: 'Satisfactions de la personne' (green), 'Apprentissages réalisés, compétences développées, renforcées' (grey), 'Évolution de sa santé depuis les ateliers.' (light blue), 'Changements opérés' (blue), and 'Qualité de vie quelle évolution ?' (pink).

UNION RÉGIONALE
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ

© COMMENT DIRE, 2012



La construction d'un guide pour conduire l'entretien d'évaluation partagée

Durée : 1 heure 15

Matériel

- 15 Fiches participant 32A « Script du soignant éducateur»
- 15 Fiches participant 32B « Les 5 composantes de l'entretien d'évaluation partagée avec le patient» à distribuer aux participants
- Paperboard et feutres

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Se seront familiarisés avec les contenus à aborder lors de l'entretien d'évaluation avec le patient de son parcours d'ETP.
- Auront saisi la nécessité d'un climat empathique et de la valorisation du patient à ce moment de transition dans la démarche éducative.

Méthode

- Travail par petits groupes suivi de restitution en grand groupe.
- Partage des savoirs et des acquis des participants en groupe.
- Synthèse facilitant l'appropriation par le groupe d'une méthodologie de travail nouvelle pour les soignants (conduite d'un entretien avec un objectif d'évaluation partagée).



↳ Consignes et déroulement

5 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Le formateur présente au groupe les 3 temps de l'activité qui consiste à construire un guide « Pour la conduite de l'entretien d'évaluation avec le patient de son parcours éducatif ». Il invite les participants à se répartir en 3 sous-groupes, leur remet les Fiches 32A et 32B, chaque groupe devant désigner un rapporteur pour la restitution en grand groupe.

20 minutes

3 Chaque petit groupe dispose de 6 minutes environ pour présenter en grand groupe son guide d'entretien par composante en justifiant le choix des questions.

15 minutes

4 À l'issue des 3 restitutions, le formateur propose une courte synthèse des travaux présentés et fait le lien avec les tâches du soignant éducateur lors de l'entretien d'évaluation avec le patient de son parcours éducatif.

Chaque petit groupe dispose de 6 minutes environ pour présenter en grand groupe son guide d'entretien par composante en justifiant le choix des questions.

35 minutes

2 Les participants par petits groupes tentent de construire un guide d'entretien incluant les 5 composantes de l'entretien d'évaluation partagée avec le patient. Ils rédigent pour chaque composante le script du soignant éducateur (une composante = un scénario) qui doit se présenter sous la forme de suggestions de questions ouvertes, de phrases de valorisation, d'aide à l'auto-réflexion sur son parcours.

« Script du soignant éducateur »

Consignes : Rédigez le script d'entretien du soignant éducateur pour chacune des 5 composantes de l'évaluation avec le patient (questions ouvertes, relances, valorisation...).

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Nom :

Prénom :

Date :

___/___/___

PATIENT

Nom :

Prénom :

___/___/___

___/___/___

Sexe : H F

Âge : ans

Satisfaction de la personne par rapport au programme

Apprentissage réalisés, compétences développées

Changements opérés

Évolution de sa santé

Évolution de sa qualité de vie depuis les ateliers

« Les 5 composantes de l'entretien d'évaluation partagée »

Satisfaction de la personne sur les modalités et contenus du programme

ce qui lui a plu, pas plu, comment cela s'est passé...

Apprentissages réalisés, compétences développées

ce qu'elle savait déjà, ce qu'elle a appris, ce qu'elle a compris, ce qu'elle a osé demander, ce qu'elle a pu partager et expliquer à d'autres, ce qu'elle a validé de ses auto apprentissages avant l'ETP.

Qualité de vie quelle évolution ?

moins de stress, meilleure maîtrise des imprévus, rééquilibrage entre les exigences de soins et la poursuite de la vie quotidienne...

Evolution de sa santé

depuis les ateliers : comment prend-elle soin de sa santé et d'elle, l'acquisition d'habiletés (autosoins), meilleure connaissance du système de santé, le suivi médical, ...

Changements opérés

les effets et les décisions prises suite aux ateliers, ce qui reste difficile pour elle, qu'elle n'ose pas encore faire...



Conduire l'entretien d'évaluation partagée

Durée : 1 heure 15

Matériel

- 1 exemplaire de la Fiche participant 33A
« Script pour le rôle de Mme S »
- 1 exemplaire de la Fiche participant 33B
« Script pour le rôle de M. B »

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Sauront explorer avec un patient plusieurs composantes de l'évaluation de son parcours éducatif en lien avec ses objectifs et son projet élaborés durant l'étape 1 et 2 de sa démarche éducative.

Méthode

- Entraînement à la pratique.



Consignes et déroulement

10 minutes

60 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

L'un des formateurs présente au groupe l'activité qui consiste à s'entraîner à conduire l'entretien d'évaluation d'un parcours d'ETP. Il rappelle que l'entretien est centré sur la personne et qu'il doit permettre à celle-ci de donner du sens à ce qui s'est passé pour elle, tout au long de son parcours éducatif, tout en faisant un point sur les résultats en lien avec son projet de soins et ses priorités d'apprentissages à l'origine de sa démarche.

Il sollicite dans le groupe une personne volontaire pour jouer le rôle du patient. Il sort de la salle avec elle et lui explique précisément le rôle à jouer qui est celui de Mme S ou de Mr B (Fiches participants 33A ou 33B).

Pendant ce temps, l'autre formateur (si deux formateurs) présente aux autres participants la méthode de travail : trois composantes vont être explorées par des mises en situation à partir des trois scripts d'entretiens rédigés lors de l'activité précédente (act. 31). Le formateur peut proposer les trois composantes à explorer ou laisser le groupe les définir. Il sollicite ensuite deux volontaires par composante explorée (soit 6 participants) pour jouer le rôle de soignants éducateurs. Ces derniers pourront, s'ils en éprouvent le besoin, se faire remplacer par un autre participant de la manière suivante : quand ils ne savent plus comment intervenir, ils lèvent la main et un autre participant prend leur place en reprenant le cours de l'entretien.

Le formateur demande aux personnes qui joueront le rôle du soignant éducateur de respecter la consigne qui est de s'en tenir à aider le patient à auto-évaluer son parcours à partir des composantes proposées.

2 Mises en situation

3 des 5 composantes pourront être travaillées par mises en situation.

Abord de la composante Satisfaction (20 minutes)

A tour de rôle, pendant 5 minutes chacun, 2 participants volontaires jouant le rôle du soignant éducateur facilitent l'expression de l'acteur patient sur les modalités, le contenu des ateliers, à partir du script rédigé par son binôme. (2 x 5 minutes)

Le formateur invite le groupe à réagir aux deux mises en situation. (10 minutes)

Et/ou Abord de la composante Apprentissages, compétences (20 minutes)

A tour de rôle, pendant 5 minutes chacun, 2 participants volontaires jouant le rôle du soignant éducateur facilitent l'expression de l'acteur patient sur les modalités, le contenu des ateliers, à partir du script rédigé par son binôme. (2 x 5 minutes)

Le formateur invite le groupe à réagir aux deux mises en situation. (10 minutes)

Et/ou Abord de la composante Changements (20 minutes)

A tour de rôle, pendant 5 minutes chacun, 2 participants volontaires jouant le rôle du soignant éducateur facilitent l'expression de l'acteur patient sur les modalités, le contenu des ateliers, à partir du script rédigé par son binôme. (2 x 5 minutes)

Le formateur invite le groupe à réagir aux deux mises en situation. (10 minutes)

Et/ou Abord de la composante Qualité de vie (20 minutes)

A tour de rôle, pendant 5 minutes chacun, 2 participants volontaires jouant le rôle du soignant éducateur facilitent l'expression de l'acteur patient sur les modalités, le contenu des ateliers, à partir du script rédigé par son binôme. (2 x 5 minutes)

-> Suite page suivante

Le formateur invite le groupe à réagir aux 2 mises en situation. *(10 minutes)*

Et/ou Abord de la composante
Évolution santé *(20 minutes)*

A tour de rôle, pendant 5 minutes chacun, 2 participants volontaires jouant le rôle du soignant éducateur facilitent l'expression de l'acteur patient sur les modalités, le contenu des ateliers, à partir du script rédigé par son binôme. *(2 x 5 minutes)*

Le formateur invite le groupe à réagir aux 2 mises en situation. *(10 minutes)*

5 minutes

3 Courte synthèse par le formateur

« Script pour le rôle de Mme S »

Rôle 1	Elle a 63 ans , elle est retraîtée d'un poste à la SNCF dans le social .
Madame S.	<p>Elle avait des connaissances sur le diabète mais n'était sûre de rien.</p> <p>Elle souhaitait participer aux ateliers parce qu'elle n'y arrivait plus dans son alimentation et surtout parce qu'elle s'ennuie seule dans son petit appartement.</p> <p>Elle a participé à tous les ateliers et est ravie de retrouver le professionnel qui a réalisé le Bilan Éducatif Partagé pour cet entretien qu'elle attendait impatiemment.</p> <p>Elle est satisfaite de la manière dont les choses se sont passées dans les ateliers car elle a trouvé que tout était particulièrement bien organisé et a rencontré des gens sympathiques. Elle se sent moins seule et plus forte</p> <p>Elle a appris beaucoup de choses et s'est rendu compte qu'elle en savait déjà beaucoup. Ce qui l'a étonnée, c'est de découvrir qu'elle avait pris plaisir à partager ce qu'elle savait avec d'autres. Elle ne pensait pas qu'on pouvait apprendre des choses compliquées sur le diabète et elle est fière d'elle, même si des fois les activités étaient difficiles car il fallait réfléchir, calculer, expliquer.</p> <p>Côté santé, elle s'est fait une copine avec qui elle partage des activités. Elle s'ennuie moins, sort plus et se sent mieux depuis qu'elle a décidé d'avoir une meilleure alimentation, elle a repris les bons réflexes qu'elle avait perdus et s'est lancée dans plus de marches à pieds et d'activités physiques.</p> <p>En termes de changements, du fait de son affinité avec quelques personnes de l'atelier, elle se retrouve à partager des activités, etc. Ce qui l'a marquée comme changement, c'est qu'elle se sent plus sûre d'elle pour dire oui ou non, elle veut rester en bonne santé et maintenant elle en est sûre.</p> <p>Sa qualité de vie s'en est trouvée améliorée. Par exemple, elle se stresse moins, elle s'est ouverte aux autres, elle peut mieux s'expliquer y compris avec son médecin.</p>

« Script pour le rôle de M. B »

Rôle 2	Il a 57 ans, il est chauffeur de taxi.
Monsieur B.	<p>Il avait peu de connaissances sur le diabète.</p> <p>Il ne souhaitait pas participer aux ateliers au début, mais son médecin l'a convaincu et après sa première visite chez un néphrologue, il a commencé à s'inquiéter et a décidé d'essayer quand même.</p> <p>Il a participé à 3 ateliers seulement à cause de son travail de taxi mais il est venu retrouver le professionnel qui a réalisé le Bilan Éducatif Partagé car il est quand même inquiet des suites de son diabète.</p> <p>Il est satisfait de la manière dont les choses se sont passées dans les ateliers mais il aurait préféré des ateliers en soirée, car avec son travail, c'était difficile d'assister à tout. Il se sent armé pour certaines choses et inquiet pour d'autres. Les gens et les soignants étaient tous sympathiques, on sent qu'ils se sont donnés du mal pour faire tout cela.</p> <p>Il a appris beaucoup de choses mais il s'est rendu compte qu'il avait du mal à apprendre, à retenir les choses. Ce qui l'a étonné, c'est de découvrir qu'il y avait autant de choses à savoir sur le diabète et que tout était lié, les yeux, les pieds, les nerfs. Il trouve que l'alimentation, c'est compliqué quand on mange dans son taxi le midi.</p> <p>Côté santé, il a décidé de se faire suivre, de ne plus rater un rendez-vous médical, de prendre ses rendez-vous plus longtemps à l'avance pour s'organiser, de changer ses horaires de travail au moins une semaine par mois pour aller marcher, de moins stresser avec les clients car après cela l'énerve et il grignote. Perdre du poids est devenu une priorité, il a commencé à perdre 3 kg et il en est fier.</p> <p>En termes de changements, ce qui l'a marqué c'est que maintenant il commence à penser aux complications rénales du diabète et qu'il ne veut pas en arriver là. Il faut qu'il arrive à repousser les limites.</p> <p>Sa qualité de vie ne s'est pas améliorée et elle ne le sera pas tant que ses deux filles feront des études. Il faut qu'il travaille encore beaucoup, mais quand même, il ne veut pas tomber malade et il va continuer les changements. Il demande s'il peut venir à un atelier de « piqûre de rappel » ou si une infirmière avec qui il a sympathisé pourrait le rappeler (ou la diététicienne).</p>



Le Dossier Éducatif du Patient

Durée : 20 minutes

Matériel

- 15 exemplaires du « Dossier Éducatif du Patient » proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais (dont 2 pour les formateurs)

Objectifs

À la fin de l'activité, les participants :

- Auront pris connaissance du dossier éducatif proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais dans le cadre de l'ETP mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux en soins de premiers recours.

Méthode

- Présentation du dossier éducatif du patient proposé par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais.

Aide à l'animation

- Le formateur aura pris connaissance du dossier éducatif du patient, notamment des chapitres qui en définissent les objectifs, la philosophie et le mode d'emploi.



Consignes et déroulement

2 minutes

1 Présentation de l'activité et des consignes

Un formateur propose au groupe de prendre connaissance du Dossier éducatif du patient que l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais mis à la disposition des professionnels de santé libéraux dans le cadre du développement de l'ETP en soins de premiers recours.

18 minutes

2 Prise en mains du « Dossier éducatif du patient »

Un formateur remet à tous les participants un exemplaire du dossier éducatif et leur laisse 5 minutes pour le feuilleter et en découvrir le contenu.

Il le décrit brièvement en s'appuyant sur le chapitre du dossier qui précise la manière dont il a été construit et rédigé. Il présente les rubriques du dossier et quelques fiches type. Il insiste sur le fait que le dossier est un outil ayant pour finalité de renforcer l'alliance thérapeutique entre les patients et les soignants. L'objectif principal du dossier est d'aider le patient à réussir son parcours de soins, à organiser son programme d'ETP et à intégrer dans sa vie quotidienne des activités de soins et de prévention au service de son maintien dans un état de santé optimal.

Les formateurs répondent aux questions des participants.

Ils rappellent la liste des outils mis à leur disposition par l'URPS Médecins Nord-Pas de Calais et leur indique les coordonnées de la personne à contacter pour obtenir toutes informations à propos des appuis et outils mis à leur disposition et nécessaires au déploiement de l'ETP en ville.

Dossiers techniques

Dossier technique participants p. 310

Dossier technique formateurs p. 324

Le dossier technique à remettre aux participants est ici limité aux textes réglementaires et à des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Il n'est pas exhaustif et peut être complété par les formateurs en fonction des demandes ou besoins des groupes en formation.

Liste des documents du dossier Annexes

Textes réglementaires

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, JO du 4 août 2010 (texte 25 sur 128).

Décret no 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, JO du 4 août 2010 (texte 27 sur 128).

Décret no 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JO du 2 juin 2013 (texte 1 sur 46).

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, JO du 4 août 2010 (texte 30 sur 128).

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, JO du 4 août 2010 (texte 31 sur 128).

Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient », JO du 2 juin 2013 (texte 3 sur 46).

Recommandations et documents de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Recommandations HAS - Éducation thérapeutique du patient - Définition, finalités et organisation, HAS, Juin 2007, 8 pages.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-]

Recommandations HAS - Éducation thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ?, 2007, 8 pages.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-]

Guide méthodologie - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, HAS-INPES, juin 2007, 103 pages.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf]

Recommandations HAS - Éducation thérapeutique du patient : Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?, 2007, 6 pages.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-]

Programme d'éducation thérapeutique : Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'Agence régionale de santé, HAS, juillet 2010, 8 pages

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/etp_grille_aide_evaluation_autorisation_programme_ars_web.pdf]

Auto-évaluation annuelle d'un programme d'ETP – Guide pour les coordonnateurs et les équipes, HAS, mars 2012, 36 pages.

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/etp_auto-évaluation-programme_2012-04-02_16-39-56_681.pdf]

Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient, Rapport présenté par C. Saout, B. Charbonnel, D. Bertrand à Madame Roselyne BACHELOT- NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative septembre 2008, 171 pages.

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG//pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf]

Élaboration d'un référentiel de compétence en éducation thérapeutique du patient - Le référentiel du praticien, 39 pages.



FORMATION A L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

- Formation élaborée et organisée par l'URPS Médecins Libéraux et COMMENT DIRE ;
- Formation de 40h ;
- Sur site ;
- La formation, comprend cinq modules :
 - ✓ **Module 1 (8 heures)** : Cadre et repère pour la mise en œuvre de programmes d'ETP. Pratiquer l'ETP : quel nouveau rôle pour le soignant ?
 - ✓ **Module 2 (8 heures)** : Les compétences relationnelles de base en ETP.
 - ✓ **Module 3 (8 heures)** : Du bilan éducatif à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques d'ETP.
 - ✓ **Module 4 (11 heures 30)** : La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique.
 - ✓ **Module 5 (4 heures 30)** : L'évaluation avec le patient de son parcours ETP.
- Formation pluri professionnelle ;
- Les objectifs de la formation :
 - Définir l'éducation thérapeutique du patient (finalités, objectifs, modalités d'intervention, champs d'application).
 - Identifier les compétences patients telles que visées par l'ETP (d'auto-soin et psychosociales).
 - Identifier les compétences soignants requises en ETP.
 - Repérer les attitudes des soignants et leur impact sur la relation d'éducation thérapeutique.
 - Explorer et mieux saisir le rapport que le patient entretient avec sa maladie.
 - Sensibiliser aux approches motivationnelles et centrées sur le patient.
 - Réaliser un bilan éducatif partagé, formaliser des objectifs pédagogiques et co-construire avec le patient son programme.
 - Susciter et soutenir la motivation du patient.
 - Planifier des séquences éducatives tenant compte des besoins et des ressources du patient.
 - Mettre en œuvre des stratégies pédagogiques favorisant l'expression, la motivation et l'apprentissage du patient.
 - Développer des compétences d'animation dans la conduite de séquences éducatives individuelles ou en groupe.
 - Mettre en œuvre des modalités d'évaluation des acquis du patient.
- Les méthodes pédagogiques comprennent une alternance de cours théoriques et d'activités en petits groupes (étude de cas, mises en situation,...).



CONDITIONS D'INSCRIPTION A LA FORMATION DE NIVEAU 1 EN EDUCATION THERAPEUTIQUE ET REMISE D'ATTESTATION

DESCRIPTIF DE LA FORMATION

Conformément à la législation (arrêtés et décrets du 2 août 2010), la formation à l'éducation thérapeutique élaborée par COMMENT DIRE et l'URPS Médecins Libéraux du Nord-Pas de Calais est d'une durée de 40h.

DEROULEMENT DE LA FORMATION

Les 40h se découpent en 5 journées de 8h. Seule la 1^{ère} journée (module 1) peut éventuellement être découpée en 2 demi-journées.

Les 40h sont composées de 5 modules (composition et durée des modules en annexe).

L'équipe pluridisciplinaire est composée de 10 professionnels de santé à minima et de 15 maximum.

Par principe la formation ne peut être rattrapée. En cas de force majeure un rattrapage pourra être étudié au cas par cas.

SUIVI DE LA FORMATION

Beryl Vigy, chargée de mission en éducation thérapeutique, reste votre interlocuteur privilégié pendant toute la durée de la formation au 03 20 14 22 18 ou beryl.vigy@urps5962ml.fr

VALIDATION DE LA FORMATION

Dans l'hypothèse où un participant n'a pas participé à l'intégralité de la formation, dans la limite d'une journée ou de 2 demi-journées d'absence, 2 options sont envisagées :

- 1- le participant ne souhaite pas rattraper le module ou une partie du module auquel il n'a pas participé, il peut alors demander la délivrance de l'attestation au regard du nombre d'heures effectives à ce jour (ex 28h).
- 2- le participant souhaite rattraper le module (ou une partie du module) auquel il n'a pas assisté : l'URPS ML pourra lui proposer de rattraper sur site en intégrant une autre groupe. Le participant souhaitant rattraper, s'engage à le faire dans les 12 mois à compter de la date de la fin de la formation sous réserve que l'URPS ML soit en capacité de proposer des sessions de rattrapage.

La participation à la formation est validée par une attestation cosignée par COMMENT DIRE et l'URPS ML.

INDEMNISATION DE LA FORMATION

L'indemnisation pour perte de ressources de 1000€ par professionnels de santé est versée au professionnel de santé ou à l'association (dans le cadre d'une MSP) lorsque le professionnel de santé justifie de sa **participation à l'intégralité de la formation. Aucun prorata n'est possible.**



ATTESTATION DE FORMATION EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Nous soussignons,

Maryline REBILLON, directrice de l'organisme de formation COMMENT DIRE,

Philippe CHAZELLE, président de l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux du Nord-Pas de Calais,

certifions que **M. X**

a suivi la totalité de la formation de 40 heures à la pratique de l'éducation thérapeutique des patients, élaborée et organisée par nos deux organismes et animée par l'URPS Médecins Libéraux.

La formation dispensée, comprend cinq modules qui se sont déroulés à (adresse), aux dates suivantes :

- ✓ **Module 1 (8 heures) : (date)** - *Cadre et repère pour la mise en œuvre de programmes d'ETP. Pratiquer l'ETP : quel nouveau rôle pour le patient ?*
- ✓ **Module 2 (8 heures) : (date)** - *Les compétences relationnelles de base en ETP.*
- ✓ **Module 3 (8 heures) : (date)** - *Du bilan éducatif à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques d'ETP.*
- ✓ **Module 4 (11 heures 30) : (date)** - *La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique.*
- ✓ **Module 5 (4 heures 30) : (date)** - *L'évaluation avec le patient de son parcours ETP.*

Le groupe en formation réunissait x professionnels de santé libéraux de la Région Nord-Pas de Calais.

Les objectifs de la formation étaient principalement :

- Définir l'éducation thérapeutique du patient (finalités, objectifs, modalités d'intervention, champs d'application).
- Identifier les compétences patients telles que visées par l'ETP (d'autosoin et psychosociales).
- Identifier les compétences soignants requises en ETP.
- Repérer les attitudes des soignants et leur impact sur la relation d'éducation thérapeutique.
- Explorer et mieux saisir le rapport que le patient entretient avec sa maladie.
- Sensibiliser aux approches motivationnelles et centrées sur le patient.
- Réaliser un bilan éducatif partagé, formaliser des objectifs pédagogiques et co-construire avec le patient son programme.
- Susciter et soutenir la motivation du patient.
- Planifier des séquences éducatives tenant compte des besoins et des ressources du patient.
- Mettre en œuvre des stratégies pédagogiques favorisant l'expression, la motivation et l'apprentissage du patient.
- Développer des compétences d'animation dans la conduite de séquences éducatives individuelles ou en groupe.
- Mettre en œuvre des modalités d'évaluation des acquis du patient.

Les méthodes pédagogiques comprenaient une alternance de cours théoriques et d'activités en petits groupes (étude de cas, mises en situation,...).

Fait à Paris, le

Fait à Lille, le

COMMENT DIRE.

99 Bis avenue du Général Leclerc. 75014 Paris. France

Tél. + 33 (0)1 42 85 34 54 ▪ Fax. +33 (0)1 42 85 35 95

▪ E-mail: commentdire@commentdire.fr

URL : <http://www.commentdire.com> ▪ <http://www.counselingvih.org>

▪ Numéro d'agrément d'organisme de formation : 11751781875

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

118 bis rue Royale . 59000 Lille

Tél. 03 20 14 93 30 . Fax 03 20 14 93 31

contact@urps5962ml.fr

www.urps5962ml.fr

Dimension bio-médicale, ce que le patient a

ses problèmes de santé, la manière dont il les vit

- Parlez-moi de votre santé...
- Avez-vous des problèmes de santé (s'il n'en parle pas)
- Qu'est-ce qui est important ou contraignant pour vous ? (si oui)
- Racontez-moi l'histoire de votre maladie
- Quels sont vos symptômes ?
- En quoi votre maladie vous gêne actuellement ?
- Comment allez-vous en ce moment ?
- Comment vivez-vous le fait d'être diabétique ?
- Est-ce que le diabète a modifié votre mode de vie ?
- Quels sont les autres problèmes de santé éventuels que vous rencontrez ?
- Comment vivez-vous votre maladie ?
- Quels sont vos symptômes au quotidien ?
- Comment vous traitez-vous ?
- Comment ressentez-vous votre maladie ?
- Quels sont vos symptômes au quotidien ?
- Comment les vivez-vous ?
- Comment vivez-vous le quotidien avec le diabète ?
- Quelles sont selon vous les autres pathologies que vous avez qui vous posent problèmes ?
- Quels sont les problèmes que vous rencontrez par rapport à votre maladie ?
- D'un point de vue général, qu'est ce qui a change ?
- Comment avez-vous réagi lorsque vous avez appris que vous êtes diabétique ?
- Et vous, le diabète, ça se passe comment ?
- Comment gérez-vous votre traitement ?
- Parlez-moi de vos autres problèmes de santé ?

Dimension socio-professionnelle, sa profession, ses activités

dans ce qu'elle interfère avec les soins, les traitements, la maladie

- Que faites-vous dans la vie ?
- Quelles autres activités avez-vous ?
- Quels changements la maladie a-t-elle apporté dans votre vie ?
- Quelle est votre situation professionnelle ?
- Comment gérez-vous, vivez-vous, au quotidien votre diabète au travail ?
- En quoi votre diabète est un frein à votre vie de tous les jours ?
- Et qu'est-ce que vous avez mis en place ?
- Quelles sont vos activités, vos loisirs ? Quel métier faites-vous ?
- Quelles sont les répercussions du diabète dans vos activités ?
- Comment les activités influent-elles sur votre maladie ?
- Comment gérez-vous votre diabète au travail ?
- Qu'est-ce qui est mis en place au travail pour gérer votre diabète ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous au travail ?
- Comment gérez-vous vos activités professionnelles et vos activités sportives
- De quelle manière a réagi votre patron ?
- Quelle est votre profession ?
- Comment vivez-vous votre activité professionnelle depuis le début de votre maladie ?
- Qu'est ce qui vous gêne le plus dans votre activité professionnelle ?
- Comment ça se passe ce diabète dans votre travail ?
- Comment vous organisez-vous pour prendre votre traitement dans votre journée de travail ?

Dimension cognitive, ce que le patient sait

ses connaissances, ses représentations, ses croyances sur sa maladie et les traitements...

- Pour vous, le diabète, c'est quoi ?
- Comment vivez-vous votre diabète au quotidien ? (travail, suivi...)
- Quel est votre vécu avec le diabète ?
- Imaginons décrire le diabète à un proche, que diriez-vous ?
- Comment avez-vous appris que vous étiez diabétique ?

- Pour vous, qu'est-ce que le diabète ? Que pouvez-vous dire sur le diabète ?
- D'après vous, comment pourrait-on améliorer votre diabète ?
- Quels types de traitements connaissez-vous ?
- Comment vous représentez votre maladie dans le futur ?
- Pouvez-vous me dire ce que vous savez sur le diabète, les traitements ?
- Quels sont les aspects de la maladie qui vous font peur ?
- Que connaissez-vous de la maladie ?
- Quels sont les différents types de traitements que vous connaissez, utilisez ?
- Comment voyez-vous les conséquences de la maladie ?
- Comment expliquez-vous le diabète à votre entourage ?
- Que représente l'insuline ?
- Comment vous expliquez-vous la survenue du diabète ?
- Qu'est-ce qui vous fait penser qu'il faut vous intéresser à votre taux de sucre ?

Dimension psycho-affective, qui est le patient

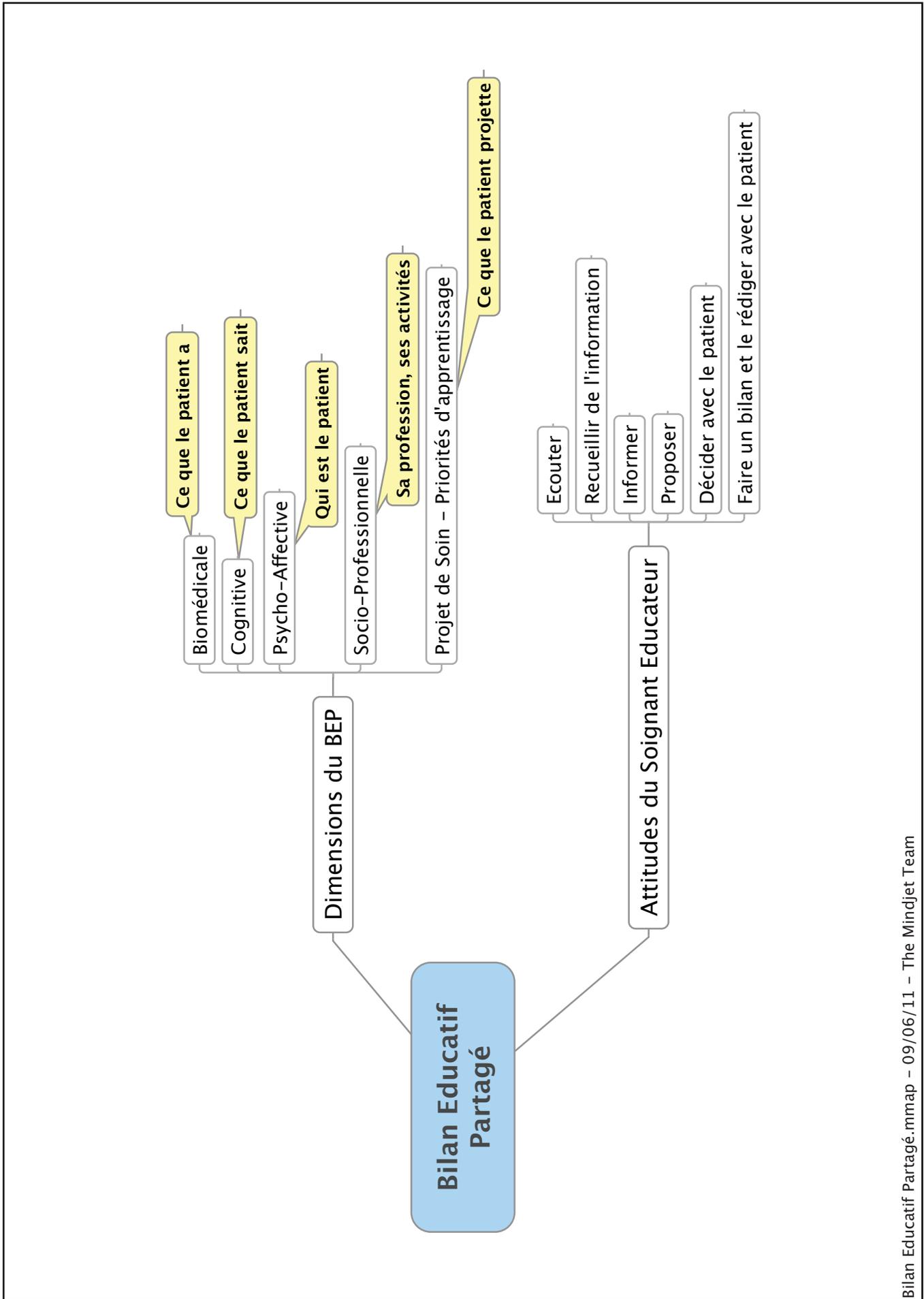
son environnement familial, conjugal, amical, ses ressources, soutiens...

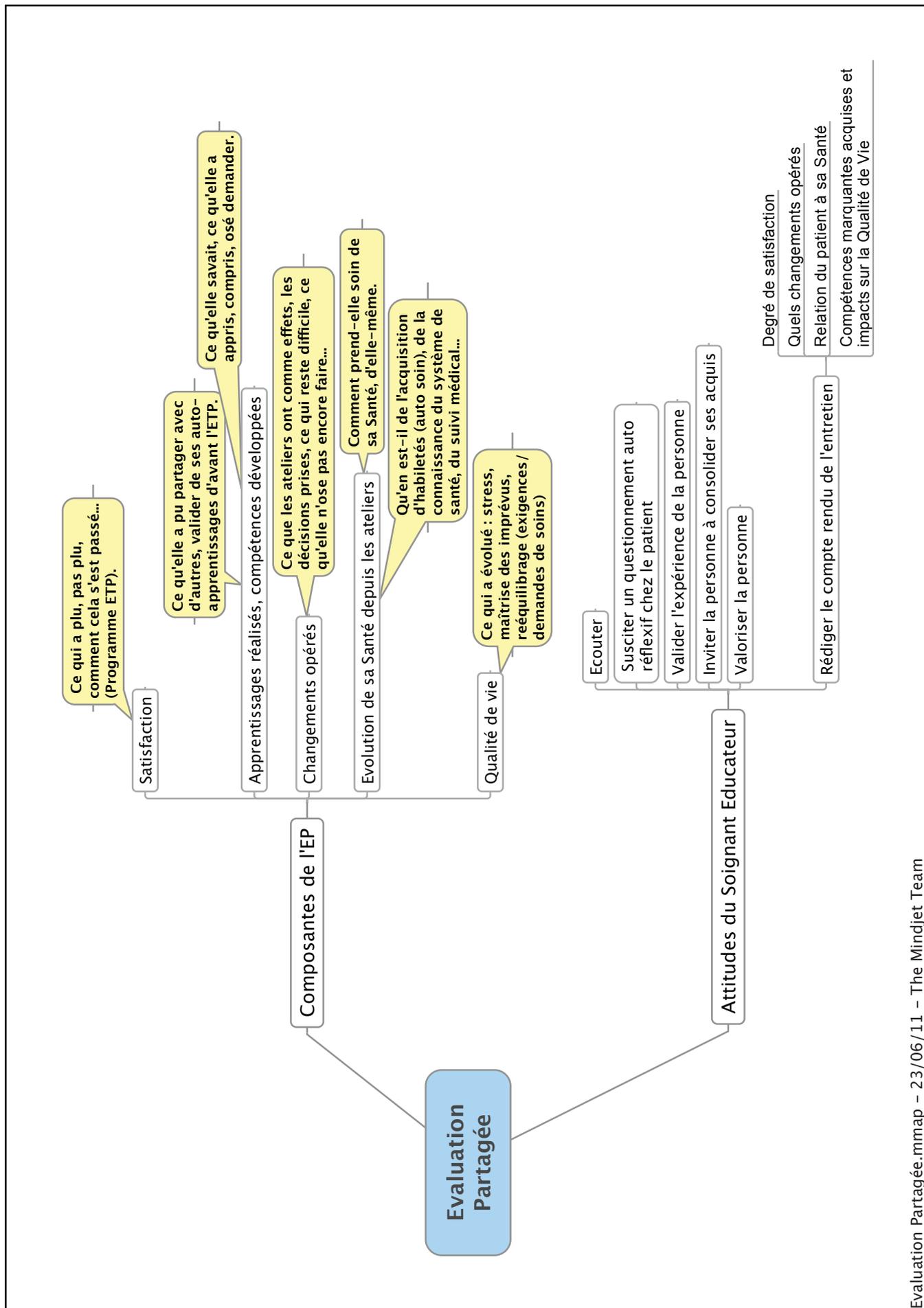
- Comment ça se passe à la maison, travail, amis ?
- Pouvez-vous trouver des aides ou des soutiens ?
- Décrivez-moi votre situation familiale
- Est-ce qu'il y a des gens dans votre entourage qui vous soutiennent dans votre diabète ?
- En quoi vous sentez-vous soutenu ?
- Est-ce que vous avez le sentiment d'être soutenu au quotidien ?
- Comment vit-on autour de vous la maladie ?
- Quels sont vos soutiens et vos aides dans votre prise en charge ?
- Comment vous soutiennent vos proches ?
- Quelles sont les contraintes causées par votre maladie dans votre vie de couple ?
- D'habitude, sur qui pouvez-vous compter ?
- De quelle manière votre entourage s'est adapté à votre diabète ?
- Comment votre entourage vit-il votre maladie ?
- La dernière fois que vous avez douté comment avez-vous réagi ?
- De quelle manière votre entourage vous soutient-il ?
- Comment se comporte votre entourage avec votre maladie ?
- Quand vous avez un problème, sur qui vous pouvez compter ?
- Que fait/comment réagit votre entourage en cas d'hypo ?
- Qui fait la cuisine chez vous ?

Dimension projet de soin, priorités d'apprentissage, ce que le patient projette

son projet et ses priorités de santé, ses priorités d'apprentissage en lien avec son projet de vie...

- Comment voyez-vous l'avenir ?
- Quels sont vos projets ?
- Que pouvez-vous faire pour votre maladie ?
- Comment peut-on vous aider ?
- Qu'est-ce qui vous paraît important de mettre en place dans votre projet de vie ?
- Comment pourrions-nous les mettre en place ?
- Qu'attendez-vous de notre part ?
- Que pensez-vous faire ? Comment pensez-vous y arriver ?
- Quelles sont vos priorités d'apprentissage ?
- Quels freins pensez-vous rencontrer ?
- Quelles sont vos priorités ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez apprendre sur le diabète ? (traitement)
- Qu'est-ce que vous envisagez de changer dans l'avenir ?
- Quelle est votre priorité aujourd'hui ?
- Aujourd'hui de quoi avez-vous besoin pour mieux vivre avec votre maladie ?
- Comment envisagez-vous votre futur ?
- Que pensez-vous de notre démarche ?
- Quelles modifications pensez-vous apporter ?
- Qu'est-ce que vous aimeriez faire pour améliorer votre quotidien, qualité de vie ?
- Comment vous vous projetez à l'avenir ?
- Comment puis-je vous aider par rapport à ?







CHARTRE DE DEONTOLOGIE

Programmes d'éducation thérapeutique en soins de 1^{er} recours

Préambule – Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient permet :

« D'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. L'ETP 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 a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (OMS-Europe, 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease)

La présente charte de déontologie a été élaborée afin de définir et faire connaître les principes déontologiques que doivent respecter les professionnels de santé qui s'investissent dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient, élaborés et mis en place par l'URPS-Médecins du Nord-Pas de Calais.

Les professionnels de santé participant et accompagnant le patient dans ces programmes d'éducation thérapeutique s'engagent à :

- observer les règles de déontologie et le secret professionnel auxquels ils sont soumis,
- dispenser au patient des soins consciencieux, conformément aux données acquises de la science,
- respecter le libre choix du patient du professionnel de santé auquel il souhaite s'adresser,
- dispenser au patient une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé,
- recueillir le consentement éclairé du patient dans tous les cas,
- suivre les recommandations de bonnes pratiques adaptées à la situation médicale,
- assurer la continuité des soins,
- obtenir l'accord du patient pour le partage d'informations en vue de soins adaptés,
- participer à la tenue et à la rédaction du dossier patient,
- participer au protocole d'évaluation.

Madame, Monsieur,

s'engage à respecter la charte de déontologie.

Date :

Signature :

CHARTE ETHIQUE ET DE CONFIDENTIALITÉ

Programmes d'éducation thérapeutique en soins de 1^{er} recours

Les professionnels de santé participant aux programmes d'éducation thérapeutique de l'URPS-Médecins du Nord-Pas de Calais s'engagent à respecter les principes suivants :

1. **Equité** : l'éducation thérapeutique doit être proposée à tous les patients qui en ont besoin. Elle doit contribuer à réduire les inégalités sociales de santé.
2. **Respect de la personne** : ni la santé, ni les comportements de santé ne relèvent uniquement de la responsabilité des individus.
3. **Liberté de choix** : la personne malade peut choisir ou non d'entrer dans un programme, elle peut le quitter quand elle le souhaite, sans que cela puisse constituer, de la part des assureurs publics ou privés, un motif de non remboursement de prestations liées aux soins ou, de la part de l'équipe soignante, un motif d'interruption du suivi médical ou de la thérapeutique.
4. **Autonomie** : l'intérêt des personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que leur entourage, est pris en compte en leur permettant d'être véritablement des acteurs et non seulement des bénéficiaires du programme. Aussi, la démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences.
5. **Prise en charge globale de la personne** : la diversité des déterminants de santé génétiques, psychologiques, sociaux, culturels, économiques, politiques, géographiques et environnementaux est reconnue et doit être prise en compte dans les activités d'éducation thérapeutique du patient.
6. **Impartialité** : chaque bénéficiaire d'un programme doit être traité dans le strict respect du principe de non jugement, notamment quant à son identité culturelle, ses modes de vie, son appartenance idéologique, ses croyances spirituelles, ses pratiques en santé, ses prises de risque et son orientation sexuelle.
7. **Confidentialité des informations concernant le patient** : le programme d'éducation thérapeutique du patient garantie à la personne vivant avec une maladie chronique que les informations qu'elle révèle à son ou ses interlocuteurs ne seront pas partagées sans son accord avec d'autres interlocuteurs.
8. Le professionnel de santé **déclare sur l'honneur** respecter les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du Code de la Santé Publique relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique du patient. Conformément aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 du code de la santé publique :

Article L1161-1 créé par la [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84](#) :

« [...] Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit. »

Article L1161-4 créé par la [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 84](#) :

« Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article [L. 1114-1](#) élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions. »

Madame, Monsieur,
S'engage à respecter la charte éthique et de déontologie.

Date :

Signature :



FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN SOINS DE 1^{ER} RECOURS

SITE :



MÉDECINS LIBÉRAUX
NORD - PAS DE CALAIS

- ✓ **Module 1 (8 heures)** - Cadre et repère pour la mise en œuvre de programmes d'ETP. Pratiquer l'ETP : quel nouveau rôle pour le soignant ?
- ✓ **Module 2 (8 heures)** - Les compétences relationnelles de base en ETP.
- ✓ **Module 3 (8 heures)** - Du bilan éducatif partagé à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques d'ETP.
- ✓ **Module 4 (11 heures 30)** - La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique.
- ✓ **Module 5 (4 heures 30)** - Les composantes de l'évaluation partagée.

1 / VOTRE SATISFACTION (cochez la case souhaitée)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
◆ Cette formation me permet d'intégrer l'ETP dans ma pratique quotidienne				
◆ Cette formation me permet d'animer des ateliers collectifs d'ETP				
◆ Le contenu de la formation correspondait à ce qui m'avait été annoncé				
◆ L'alternance « théorie » / « mise en situation » m'a semblé pertinente				
◆ Les intervenants ont facilité ma compréhension				
◆ Les intervenants ont facilité mon expression				
◆ Les intervenants ont facilité les échanges avec les autres participants				
◆ Les documents remis pendant la formation me seront utiles				
◆ L'organisation logistique était satisfaisante				
◆ L'encadrement et le suivi de ce projet de formation m'ont semblé efficaces				
◆ La durée de la formation était en adéquation avec son contenu				
◆ Je conseillerai cette formation à d'autres professionnels de santé				
◆ La formation me semble indépendante et éthique				
◆ Cette formation va entraîner des changements dans ma pratique				

Pourquoi ?

◆ Avez-vous d'autres besoins concernant l'éducation thérapeutique du patient ? Si oui, lesquels ? Oui Non

◆ Avez-vous besoin d'un module complémentaire bio-médical (diabète) ? Oui Non
Pourquoi ?

◆ Points forts concernant le contenu des 5 modules :

-

-

-

◆ Points d'amélioration concernant le contenu des 5 modules :

-

-

-

◆ Remarques et commentaires libres sur le contenu des 5 modules :

◆ Remarques et commentaires libres sur l'animation et les intervenants :

CAHIER DES CHARGES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

L'ÉQUIPE

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

Un intervenant au moins doit justifier des compétences en éducation thérapeutique conformément à l'arrêté du 2 août 2010¹ ou d'une expérience rapportée par écrit d'au moins deux ans dans un programme d'éducation thérapeutique.

LE PROGRAMME

Le programme concerne, sauf exception répondant à un besoin particulier à expliciter, une ou plusieurs des trente affections de longue durée exonérant du ticket modérateur (ALD 30) ainsi que l'asthme et les maladies rares ou un ou plusieurs problèmes de santé considérés comme prioritaires au niveau régional.

Le programme s'appuie sur des données disponibles relatives à son efficacité potentielle. Ces données sont fournies.

Les objectifs du programme sont définis, de même que les critères de jugement de son efficacité, critères cliniques, y compris qualité de vie, autonomie, critères psycho-sociaux, recours au système de soins, et/ou biologiques.

La population cible est définie, notamment, en termes d'âge, de gravité de la maladie et, le cas échéant, de genre, de critères de vulnérabilité et de particularités géographiques.

Le programme décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs partagés et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

Il existe un dossier d'éducation thérapeutique sur support papier ou informatique.

Les modalités du programme sont décrites.

Le cas échéant, les outils pédagogiques sont décrits.

Le programme décrit une procédure permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés en commun avec le patient. Cette évaluation donne lieu à une synthèse écrite dans le dossier.

Les sources prévisionnelles de financement sont précisées.

¹ Formation avec un seuil minimal de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques pour dispenser l'ETP

LA COORDINATION

Des procédures de coordination, y compris ce qui concerne l'échange d'informations entre les intervenants au sein du programme, sont décrites.

Des procédures de coordination, y compris ce qui concerne l'échange d'informations avec les autres intervenants du parcours de soins du patient, sont décrites.

Tout échange d'information ne peut se faire qu'avec l'accord du patient.

Des procédures de coordination avec d'éventuelles actions d'accompagnement sont décrites.

Avec l'accord du patient, le médecin traitant, s'il n'est pas lui-même intervenant au sein du programme, est informé de l'entrée de son patient dans le programme et est rendu destinataire d'informations régulières sur son déroulement et sur l'évaluation individuelle.

Le programme prévoit l'accès du patient à la traçabilité de ces échanges, particulièrement lorsque ces échanges sont dématérialisés.

LA CONFIDENTIALITE ET LA DEONTOLOGIE

La procédure d'information du patient concernant le programme est décrite.

Le consentement du patient est recueilli lors de son entrée dans le programme.

Le patient est informé de la possibilité de sortir du programme à tout moment et sans préjudice d'aucune nature.

Les procédures permettant de garantir au patient participant au programme que les informations transmises à ses interlocuteurs ne seront pas partagées, sans son accord, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante, sont décrites.

L'exploitation des données individuelles respecte les dispositions de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. Cette exploitation de données fait l'objet des autorisations et déclarations prévues notamment par ces dispositions légales.

Une charte d'engagement de confidentialité est signée par les intervenants.

Une charte de déontologie entre les intervenants est prévue.

L'EVALUATION DU PROGRAMME

Une auto-évaluation annuelle de l'activité globale et du déroulement du programme est prévue.

Une évaluation quadriennale du programme est prévue en termes d'activité, de processus et de résultats sur des critères de jugement définis *a priori*.

Ces rapports sont accessibles aux bénéficiaires du programme.



L'éducation thérapeutique en soins de 1^{er} recours : Le rôle de l'URPS Médecins

- 1 - La politique régionale et celle des URPS à l'égard de l'ETP
- 2 – Les actions de l'URPS ML au titre du collectif inter-URPS
- 3– Après la formation de l'équipe : Quelques précisions
- 4– En résumé...

Contacts utiles :

Beryl VIGY, chargée de mission en éducation thérapeutique

Tel : 03.20.14.22.18 E-mail : beryl.vigy@urps5962ml.fr

Samira Lakrad, Assistante en ETP

Tel : 03.20.14.94.55 E-mail : samira.lakrad@urps5962ml.fr

Action financée par :



1 - La politique régionale et celle des URPS à l'égard de l'ETP

Les grands principes de l'action ETP :

Dès 2008, l'URPS ML, au titre du collectif inter – URPS¹, s'est investie dans le champ de l'Education Thérapeutique du Patient en valorisant la pluridisciplinarité. Le travail mené ces dernières années a :

- rendu possible la modélisation de l'offre d'ETP libérale de 1^{er} recours, complémentaire à celle proposée par les réseaux (2^{ème} recours) et les établissements de santé (3^{ème} recours) ;
- participé au développement d'une culture commune d'ETP auprès des professionnels de santé libéraux, afin qu'ils l'intègrent dans leurs pratiques soignantes quotidiennes ainsi que, dans le cadre du déploiement de programmes éducatifs.

Les grands principes de l'action menée auprès des professionnels de santé sont les suivants :

- 1. Optimiser la **coordination** avec le **médecin traitant** qui reste au centre du parcours de soins de son patient chronique avant et après la mise en œuvre du programme d'ETP personnalisé.
- 2. Valoriser la **pluridisciplinarité** : Les équipes éducatives formées se composent d'au maximum 15 professionnels de santé, toute profession confondue (diététiciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, médecins, pédicures podologues, pharmaciens, etc.) et d'autres professionnels tels que, des travailleurs sociaux, psychologues, pouvant aussi être associés aux équipes éducatives.
- 3. Promouvoir la **proximité** et ainsi faciliter **l'accessibilité** des patients et des professionnels de santé : Les programmes d'ETP déployés par les équipes éducatives se réalisent dans des lieux propices, à proximité du lieu de vie des patients et du lieu d'exercice des professionnels de santé.

La hiérarchisation de l'offre d'ETP :

Les travaux de l'URPS s'intègrent dans l'organisation du SROS (cf. Annexe « Education Thérapeutique du Patient ») qui structure l'offre d'ETP en 3 niveaux, en fonction de la pathologie et de sa gravité. :

- 1^{er} niveau : Une offre d'ETP en ville, de 1^{ère} intention et de proximité ; dispensée par les professionnels de santé et qui s'adresse aux patients chroniques non compliqués et stabilisés.
- 2^{ème} niveau : Une offre d'ETP de 2^{ème} intention, dispensée par les équipes de coordination des réseaux de santé ou des structures intermédiaires pour les malades chroniques complexes (pluri pathologies, complications médicales et/ou psychosociales)
- 3^{ème} niveau : Une offre d'ETP à l'hôpital pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2^{ème} et 3^{ème} recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1^{er} niveau).

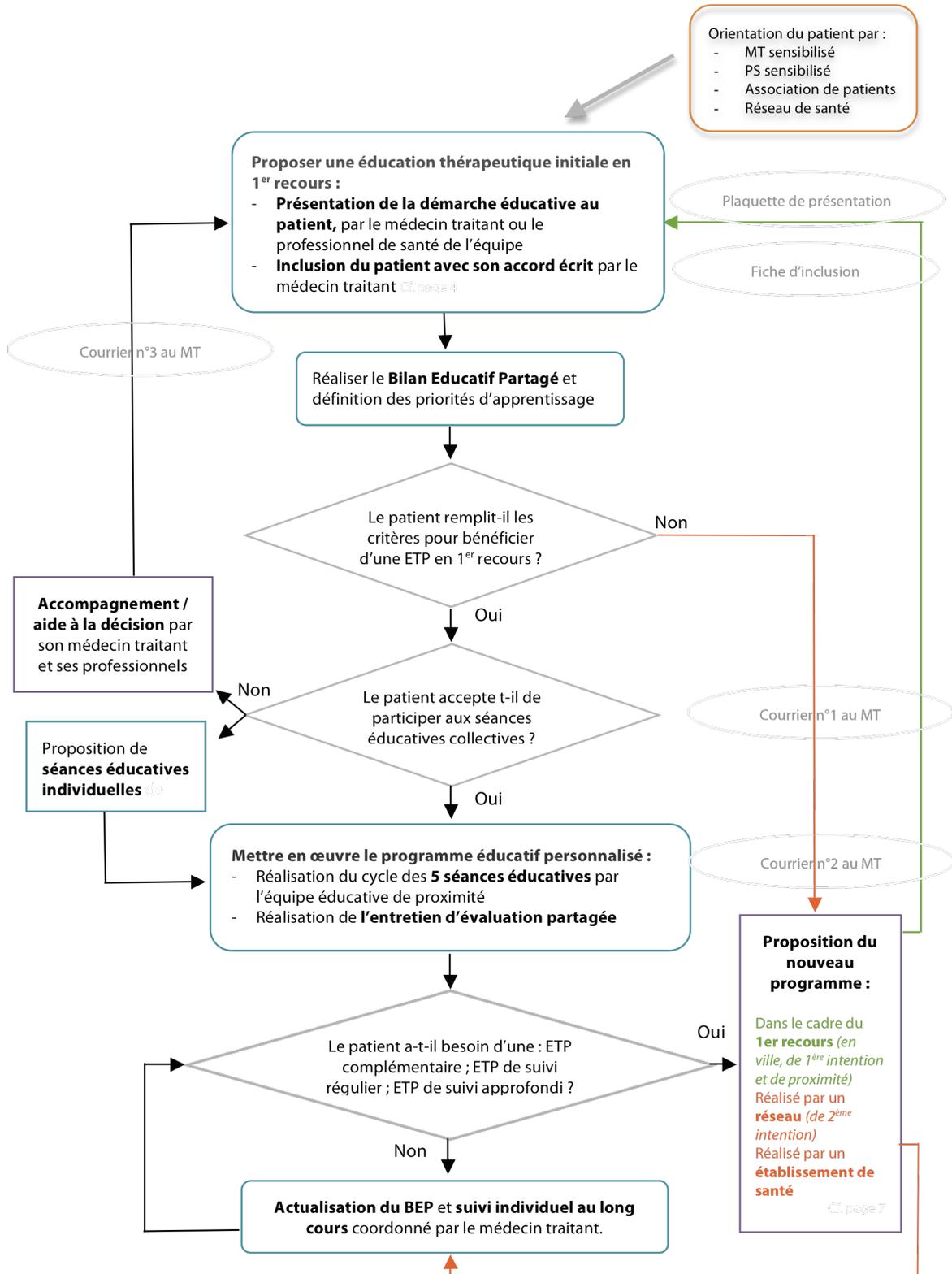
L'URPS intervient principalement dans le cadre du 1^{er} niveau d'offre d'ETP notamment en coordonnant la mise en œuvre de programme d'ETP par les professionnels de santé libéraux. L'URPS intervient également, en soutien, pour faciliter la coordination avec le 2^{ème} et le 3^{ème} niveau.

¹ Le collectif inter URPS regroupe les URPS infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs, médecins, pharmaciens et pédicures podologues.

La coordination du cycle d'ETP en soins de 1^{er} recours :

Les travaux menés par l'URPS ont permis d'adapter un cycle coordonné d'Education Thérapeutique du Patient en soins de 1^{er} recours. Ce cycle retrace le parcours éducatif du patient de son orientation vers un programme d'ETP de 1^{er} recours jusqu'à la mise en œuvre de son suivi éducatif.

Cycle d'ETP coordonné en soins de 1^{er} recours



2 – Les actions de l'URPS ML au titre du collectif inter-URPS

1. Formation de niveau 1 en ETP auprès des professionnels de santé libéraux exerçant en soins de 1^{er} recours en vue de constituer des équipes éducatives de proximité pluridisciplinaires.

- **1^{er} temps** : Pour constituer une équipe éducative : soit l'URPS ML reçoit directement des demandes de professionnels de santé souhaitant se former à l'ETP ; soit l'URPS ML est à l'initiative de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire sur une zone de proximité priorisée par l'ARS. Ensuite, les demandes sont étudiées en fonction des priorités de l'ARS et du budget disponible.

- **2^{ème} temps** : Une réunion « Rencontre et présentation du projet ETP » est organisée sur site, afin que la chargée de mission ETP puisse rencontrer et apporter des explications à l'ensemble des professionnels souhaitant s'investir dans ce projet.

Dans un premier temps, la chargée de mission précise aux participants le projet et définit avec eux ce qu'est l'ETP. Dans un deuxième temps, la formation niveau 1 (40h00) leur est présentée dans sa globalité (remise des fiches « présentation de la formation » et « conditions d'inscription »).

Enfin, les participants et la chargée de mission échangent en vue de concrétiser le projet de formation (planification des journées de formation, détermination des modalités logistiques, explication des conditions d'inscriptions, etc.)

- **3^{ème} temps** : La planification de la formation est définie, la logistique est organisée par l'URPS ML (salle, restauration, matériel informatique, etc.) et les conventions « formation » sont envoyées aux participants.

- **4^{ème} temps** : Lancement de la formation.

NB : Les participants sont indemnisés à hauteur de 1000 € pour leur participation à l'**intégralité** de la formation. Les frais de déjeuner des participants sont pris en charge à hauteur de 10 € par l'URPS ML. A l'issue de la formation, les participants reçoivent une attestation de formation cosignée par COMMENT DIRE.

2. Coordination et accompagnement des équipes éducatives formées dans le déploiement des programmes éducatifs.

La coordination transversale et l'accompagnement des équipes éducatives comprennent :

- L'**aide à la rédaction des dossiers de demande d'autorisation** de programmes d'éducation thérapeutique par l'ARS ; ainsi que l'accompagnement et/ou la réalisation des démarches administratives complémentaires telle que la déclaration normale auprès de la CNIL.
- La **conception et la diffusion des outils de coordination** de l'équipe, outils de coordination avec les médecins traitants et d'articulation de l'offre d'ETP tels que :
 - o la charte de partenariat - déontologique entre les équipes éducatives et les médecins traitants ;
 - o la charte de partenariat entre les équipes éducatives et les réseaux (cf. annexe 2) ;
 - o les courriers types visant à assurer la coordination entre les équipes éducatives et les médecins traitants ;
 - o les outils de coordination facilitant le suivi et la planification des cycles d'ateliers ;
 - o l'ensemble des documents mobilisés pour la mise en œuvre du programme (fiche BEP, EP, etc.)

- L'**animation de réunions d'échanges de pratiques**, sur site, en vue d'accompagner, de soutenir une démarche d'amélioration des pratiques en ETP et de préparer les auto-évaluations annuelles. A l'issue de chacune de ces réunions, un compte rendu est rédigé. Ces réunions permettent aussi à la chargée de mission, de retravailler et d'améliorer les outils pédagogiques mobilisés dans les séquences pédagogiques du programme éducatif.
- La **création, conception et diffusion d'outils de communication** permettant aux équipes de promouvoir leur programme d'éducation thérapeutique (ex : la plaquette de présentation du programme diabète, affiche, carte "mémos rendez-vous" pour les patients etc.).
- **Organisation de journées régionales d'échanges de pratiques en ETP**, afin de permettre aux équipes de se rencontrer, de communiquer sur leurs pratiques en ETP et ainsi de participer à l'amélioration des pratiques en ETP.
- L'**accompagnement dans la réalisation des rapports d'activité annuelle** à fournir à l'ARS ainsi que dans la rédaction des comptes rendu d'auto évaluation annuelle.
- L'**accompagnement des équipes pour développer le partenariat** avec les réseaux et promouvoir l'articulation de l'offre d'ETP entre le 1^{er} recours (en ville), le second recours (réseaux) et le troisième recours (en établissement de santé).
- L'**accompagnement des équipes tout au long de leurs pratiques** : la chargée de mission est à l'écoute des besoins et des attentes spécifiques exprimés par les équipes. Elle relaye les besoins exprimés par les équipes de proximité. De plus, elle diffuse un maximum d'informations aux équipes éducatives en s'adressant directement aux coordonnateurs des programmes éducatifs et/ou des maisons de santé (ex : rappel sur les différentes démarches administratives à réalisées).

3. Conception d'outils adaptés à la pratique de l'ETP ainsi que, de nouveaux programmes éducatifs.

L'objectif est d'accroître l'offre de programme d'ETP et de satisfaire au mieux les besoins des équipes et des patients chroniques. Parmi les outils et les nouveaux programmes éducatifs, l'URPS ML travaille en collaboration avec les autres URPS pour concevoir :

- Le livret de l'animateur du programme Diabète et la mallette pédagogique.
- Le « Dossier Patient Médico Educatif (DPME) »
- Un programme d'ETP de soins de 1^{er} recours sur la thématique « BPCO »
- Un programme d'ETP de soins de 1^{er} recours sur la thématique « Obésité de l'enfant »
- Un programme d'ETP de soins de 1^{er} recours sur la thématique « Maladies Cardio-Vasculaires ».
- Un programme d'ETP de soins de 1^{er} recours sur la thématique « Asthme chez l'enfant ».

L'ensemble de ces missions sont assurées par la chargée de mission en éducation thérapeutique et en partenariat avec les autres URPS (Infirmiers ; Masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs ; Pharmaciens ; Pédiatres Podologues), les représentants de l'Association Française des Diététiciens – Nutritionnistes (AFDN), les représentants des Associations de Patients telles que : l'Association Française des Diabétiques (AFD), le Collectif Inter associatif Sur la Santé (Ciss), l'Association du Nord de la France des Insuffisants Respiratoires (ANFIR), via le Comité Pédagogique ETP et des groupes de travail.

3– Après la formation de l'équipe : Quelques précisions.

1. Précision sur les modalités de coordination de l'équipe éducative :

Jusqu'à l'autonomisation de l'équipe, la coordination de l'équipe est assurée par l'URPS Médecins Libéraux. Le temps accordé à la coordination est variable selon les équipes. On distingue trois niveaux :

- **Niveau 1 :**

Profil type : Equipes éducatives en PMSP dans l'ENMR

Formation en ETP (40h00) validée ; Accompagnement rapproché la première année dans le déploiement du programme ; Rencontre avec l'équipe environ 1 fois par an ; Organisation d'un suivi à distance en fonction des besoins de l'équipe ; Aide à la réalisation du rapport d'activité et auto évaluation annuelle ; Rencontre avec l'équipe environ 1 fois par an.

- **Niveau 2 :**

Profil type : Equipes éducatives en PMSP hors ENMR

Formation en ETP (40h00) validée ; Accompagnement rapproché la première année dans le déploiement du programme ; Coordination continue de l'équipe ; Planification des cycles d'ateliers ; Gestion des subventions FNPEIS ; Réalisation du rapport d'activité et auto évaluation annuelle ; Accompagnement à distance nécessaire ; Rencontre avec l'équipe environ 3 fois par an.

- **Niveau 3 :**

Profil type : Equipes éducatives hors PMSP

Formation en ETP (40h00) validée ; Accompagnement très rapproché la première année dans le déploiement du programme ; Equipe entièrement dépendante de la logistique de l'URPS ML (planification des cycles, réservation des salles, etc.) ; Accompagnement à distance indispensable ; Rencontre avec l'équipe environ 5 à 6 fois par an.

En pratique, à l'issue de la formation de 40h00 et avant de lancer le 1^{er} cycle d'ateliers, la chargée de mission en ETP organise deux réunions avec l'équipe :

- La première vise à expliquer d'une manière globale comment se déroulera le programme. Les objectifs de cette réunion sont tout d'abord, de présenter les documents de coordination du programme présents à chaque étape de la démarche éducative (fiche d'inclusion patient, le BEP et la synthèse de priorités d'apprentissage ; la fiche suivi des ateliers ; l'évaluation partagée et sa synthèse) ; puis, de présenter le programme éducatif dans sa globalité, c'est-à-dire les thèmes des séances collectives, la durée, le principe de co-animation, etc. ; ensuite, de définir les modalités d'organisation liées à la mise en œuvre du programme par l'équipe (planification, logistique et financement) ; enfin de, répondre aux questions pratiques et aux inquiétudes des soignants éducateurs.
- La seconde réunion de travail vise à faciliter l'appropriation des fiches pédagogiques par les soignants éducateurs et à présenter l'ensemble des outils pédagogiques qui seront mobilisés au cours des ateliers éducatifs (cf. livret de l'animateur).

Remarque : la logistique (ex : réservation salle, matériels, copies, etc.) induite par la mise en œuvre du programme doit être assurée par l'équipe éducative. Le coût de la logistique est inclus dans les forfaits patients.

2. Précisions sur les modalités de financement de l'activité d'ETP :

À la date du 30 juin 2013, il existe deux modes de rémunération de l'activité d'ETP :

1. Les équipes éducatives entrées dans l'**Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)** bénéficient d'un financement lié au Module 2 de l'ENMR « Éducation thérapeutique ». Le financement correspond à :
 - un forfait de 250€ / patient pour le diagnostic éducatif et 3 à 4 séances éducatives
 - un forfait de 300 € / patient pour le diagnostic éducatif et 5 à 6 séances éducativesCe mode de rémunération est entièrement géré par l'ARS. (cf. cahier des charges ENMR).
2. Les autres équipes sont rémunérées via des subventions **FNPEIS** (Assurance Maladie). Ces demandes de subvention sont réalisées et aussi gérées par l'URPS ML conformément au cahier des charges FNPEIS. (cf. cahier des charges FNPEIS). La rémunération de l'activité varie en fonction du nombre de patients pris en charge. Le financement correspond à :
 - un forfait de 200€ / patient pour le diagnostic éducatif et 3 à 4 séances éducatives
 - un forfait de 250 € / patient pour le diagnostic éducatif et plus de 4 séances éducatives

Le forfait patients couvent :

- le diagnostic éducatif initial (ou BEP) ;
- la rémunération des professionnels pour l'animation des séances éducatives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche éducative.
- L'évaluation individuelle finale (ou EP)
- Les frais de fonctionnement (location salle, logistique, matériel, documents, etc.)
- Les supports

Une indemnisation de 100 € est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initiale et la 1^{ère} séance.

3. Précision sur les modalités d'évaluation du programme d'ETP :

L'URPS ML accompagne les équipes dans la réalisation de l'évaluation du programme c'est-à-dire :

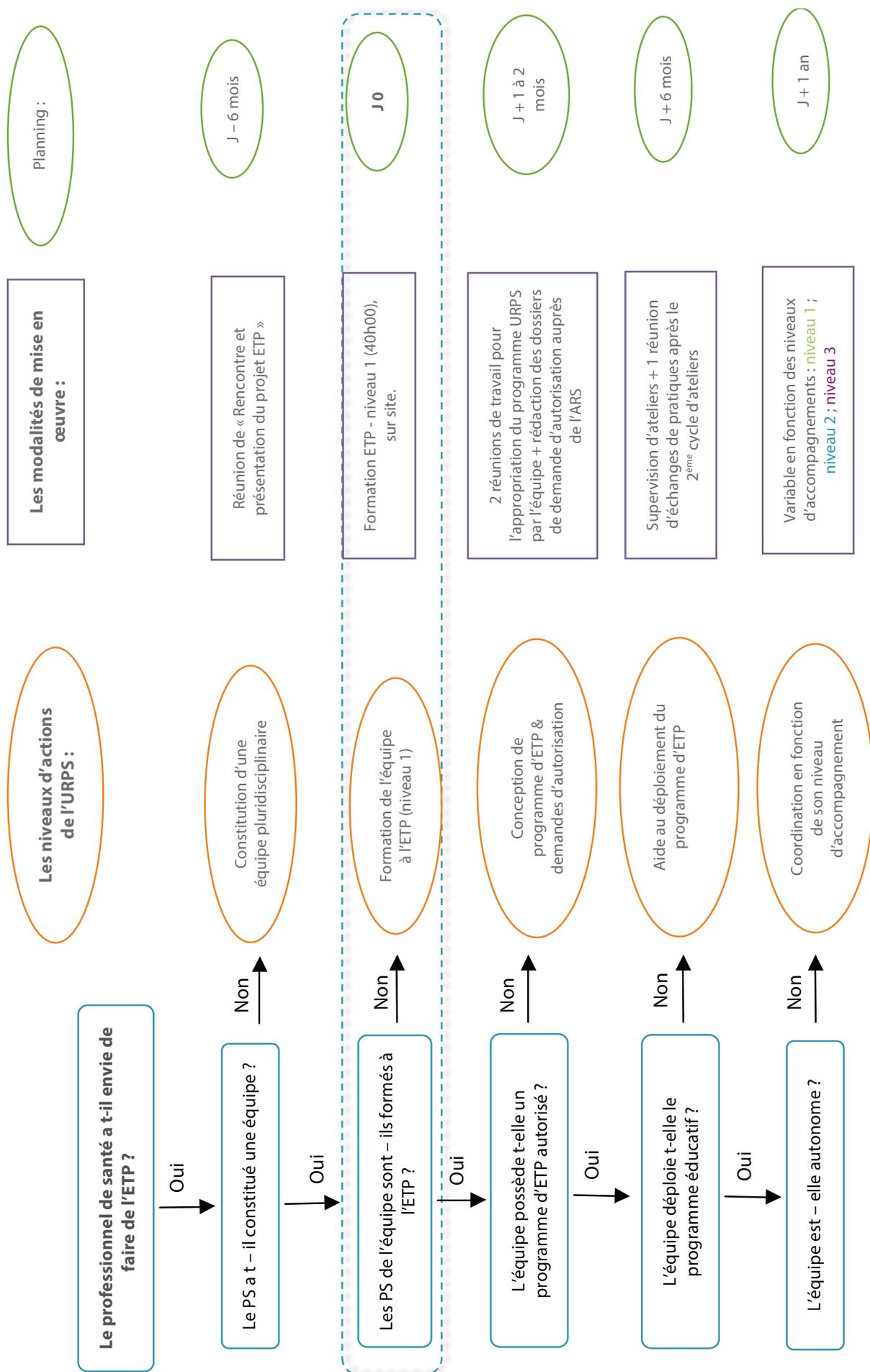
- la réalisation du **rapport d'activité** annuelle à fournir à l'ARS au 1^{er} mars de chaque année. Ce rapport à visée quantitative, permet de justifier de son activité en ETP au cours de l'année ainsi que de la réalisation de l'auto-évaluation annuelle (cf. guide HAS).
- **l'auto-évaluation annuelle** est une évaluation qualitative du programme qui vise l'échange interprofessionnel et l'amélioration des pratiques professionnelles (cf. guide de la HAS). L'URPS ML accompagne les équipes dans la mise en œuvre de réunions d'échanges de pratiques nécessaires à la construction de cette auto-évaluation annuelle. Le compte rendu de l'auto évaluation annuelle n'est pas à fournir à l'ARS. Il est toutefois indispensable d'en établir un pour construire l'évaluation quadriennale.
- **L'évaluation quadriennale** est à fournir à l'ARS, 6 mois avant la date anniversaire de l'autorisation du programme. Elle retrace d'un point de vue quantitatif et qualitatif l'ensemble de l'activité d'ETP depuis 4 ans (d'où l'importance de réaliser des auto-évaluations annuelles et de mettre en place régulièrement des réunions d'échanges de pratiques).

Pour conclure, ce document vise à aider les formateurs amenés à déployer la formation en ETP - niveau 1 (40h00) ainsi qu'à mieux identifier le rôle de l'URPS au nom du collectif inter-URPS, notamment à l'égard de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en soins de 1^{er} recours.

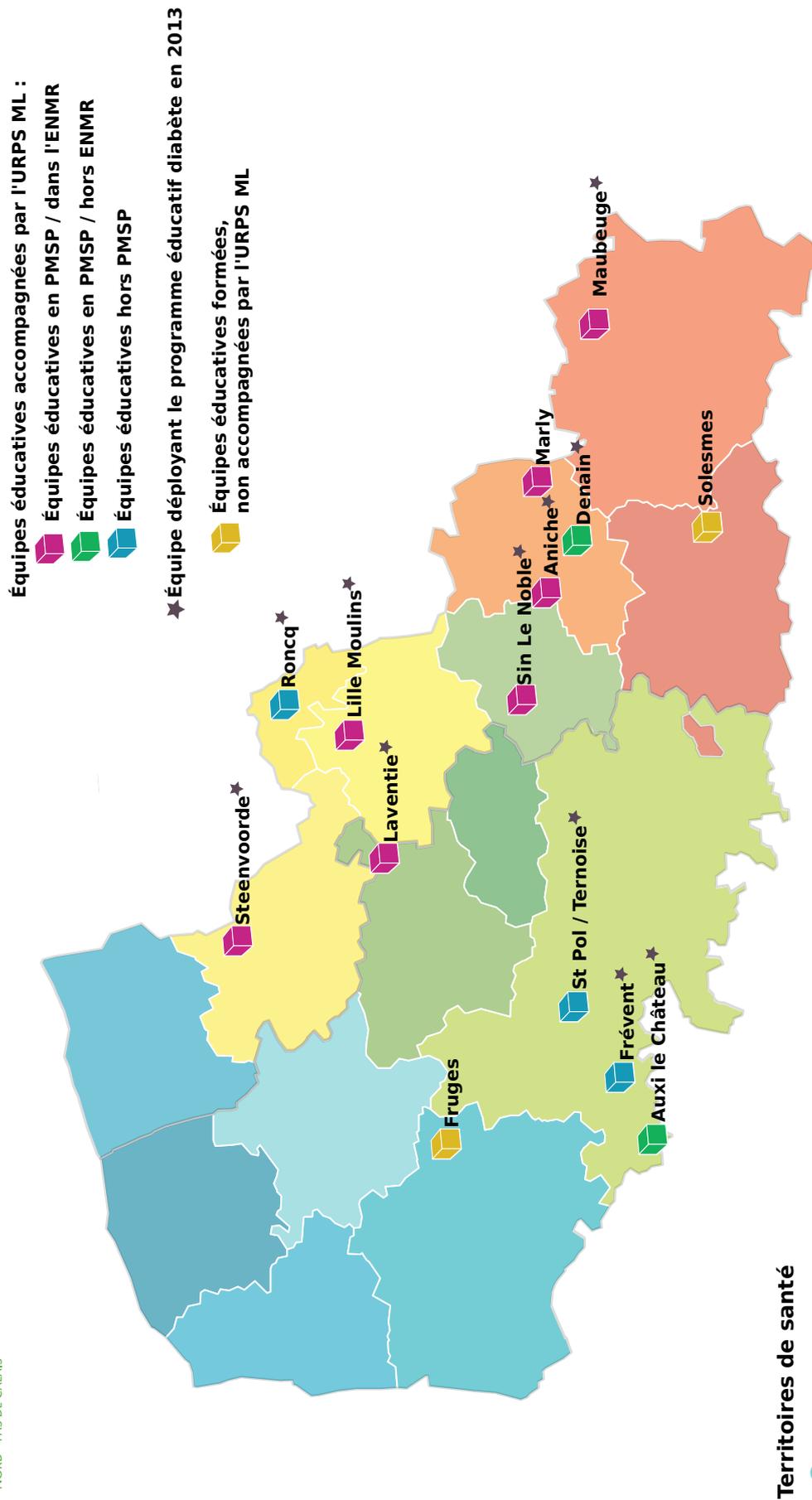
Ainsi, les informations décrites dans ce document doivent permettre aux formateurs d'apporter une réponse succincte aux participants ayant des questions sur l'URPS, son rôle et l'après formation.

Afin de ne pas perturber le bon déroulement des formations, toutes questions portant sur ces points ou relatifs à la coordination du programme d'ETP, doivent faire l'objet d'une réorientation vers la chargée de mission en Education Thérapeutique, Beryl VIGY.

En résumé ... La démarche de l'URPS

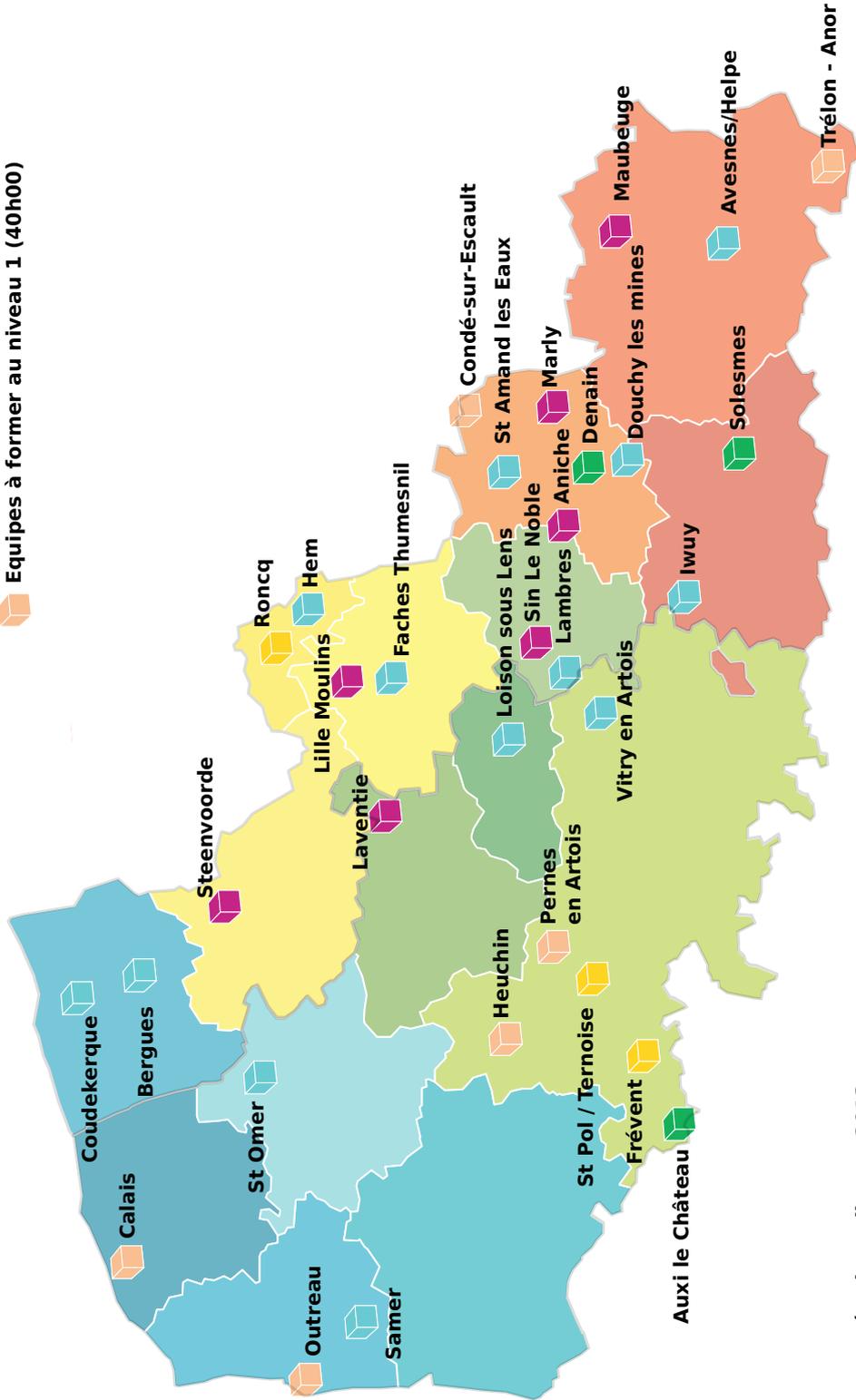


Répartition des équipes éducatives de soins de 1er recours sur les territoires de santé



Mise à jour le 17 avril 2013

-  Equipes "hors MSP" à former aux 10h00 complémentaires
-  Equipes à former au niveau 1 (40h00)



Equipes éducatives opérationnelles en 2013 :

-  Equipes éducatives en PMSP dans l'ENMR
-  Equipes éducatives en PMSP hors ENMR
-  Equipes éducatives "hors PMSP"

Mise à jour le 31/05/13

Cahier des charges spécifique au financement expérimental sur le FNPEIS, de programmes d'Education Thérapeutique du Patient

CONTEXTE

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de malades atteints de pathologies chroniques, l'Assurance Maladie fait de l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques une priorité. Elle s'est engagée dans ce contexte dans la mise en oeuvre d'un programme **d'accompagnement** des patients diabétiques (sophia) qui est aujourd'hui en cours de généralisation et étendu à d'autres pathologies.

Le développement de **l'éducation thérapeutique** définie par les articles L.1161-2 à L.1161-4 du code de la Santé publique constitue également une nécessité pour une meilleure prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, mais doit faire face à une offre déficitaire et disparate sur le territoire.

Ce cahier des charges s'adresse à des promoteurs du secteur ambulatoire et a pour objet de déterminer les critères d'éligibilité au financement par le FNPEIS d'actions d'éducation thérapeutique du patient **autorisées par les ARS**. Il constitue un outil de cadrage par rapport aux dossiers de demandes de financements.

Il s'inscrit également dans la logique des recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière d'éducation thérapeutique et des textes d'application de la Loi HPST.

I- DEFINITION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP), conformément à la définition de l'OMS et aux recommandations de la HAS, permet « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

- Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
 - Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

II- Population cible / PATHOLOGIES PRIORITAIRES

Les actions éligibles à un financement doivent permettre prioritairement l'éducation des patients atteints par une ou plusieurs des pathologies chroniques suivantes :

- ◆ Diabète
 - ◆ Obésité
 - ◆ Insuffisance cardiaque
 - ◆ Asthme / BPCO
 - ◆ Hyper tension artérielle avérée (à titre expérimental)

III- ORGANISATION PRECONISEE

L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante de la prise en charge des maladies chroniques.

Tout projet doit être centré sur le patient et organisé de manière pluridisciplinaire, autour du médecin traitant, qui est informé de la bonne mise en œuvre des actions réalisées en matière d'éducation thérapeutique de ses patients, avec l'accord de ces derniers, en fonction des besoins identifiés.

L'intervention des professionnels nécessite une coordination des activités d'ETP et une transmission systématique d'informations au médecin traitant, afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins.

Le dossier d'éducation thérapeutique est un des outils permettant cette coordination. Il doit porter la trace écrite des actions des professionnels de santé et des décisions prises avec le patient.

Une approche pluridisciplinaire doit être privilégiée, impliquant l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques (médecins, infirmières, psychologues, diététiciens, ...). Ces professionnels doivent être formés à l'éducation thérapeutique.

L'adhésion des patients, partie intégrante de la démarche d'éducation thérapeutique, est essentielle. La participation au programme de la famille et/ou de l'entourage peut également être recherchée.

Le partenariat avec les associations de patients est souhaitable, sans exclure qu'elles puissent être elles-mêmes promotrices de projets.

Les critères de qualité des programmes et la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique, dont les principales étapes sont présentées ci-dessous, doivent être en cohérence avec les recommandations de la HAS en la matière, ainsi qu'avec les recommandations à venir sur les pathologies concernées.

Les 4 étapes d'une démarche d'ETP :

1. Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif constitue la première étape de la démarche d'éducation thérapeutique du patient. Il est élaboré au cours d'une ou plusieurs séances individuelles, par un ou plusieurs professionnels, formés spécifiquement à l'ETP.

2. La définition d'objectifs partagés

A l'issue du diagnostic, le(s) professionnel(s) négocie(nt) avec le patient les objectifs concernant les compétences à acquérir, puis détermine(nt) la stratégie de mise en œuvre de la démarche d'éducation.

3. La mise en œuvre des séances

Les séances d'ETP peuvent être collectives ou individuelles.

La priorité est donnée aux projets organisant des séances collectives, réalisées principalement par des équipes pluri professionnelles (en particulier des paramédicaux).

Les séances individuelles sont réservées à des patients pour lesquels une démarche collective n'est pas adaptée.

4. L'évaluation individuelle

L'évaluation individuelle de l'éducation thérapeutique du patient doit être proposée au minimum à la fin de chaque cycle d'éducation thérapeutique.

Elle peut par ailleurs être envisagée à tout moment si le professionnel le juge nécessaire, afin d'anticiper des difficultés, ou si le patient la sollicite.

Cette évaluation doit permettre, pour chaque patient, d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs fixés initialement, ainsi que la nécessité de conclure, poursuivre, compléter ou réorienter la démarche d'éducation thérapeutique.

**Le médecin traitant est tenu informé à chacune de ces 4 étapes.
Il peut par ailleurs participer de manière active à la démarche éducative s'il a été formé à cet effet.**

IV- MUTUALISATION ET APPROCHE TERRITORIALE

Les projets financés doivent permettre de développer une offre harmonisée d'éducation thérapeutique sur un territoire donné, en privilégiant une démarche de mutualisation entre les structures existantes et en veillant à ne pas multiplier les structures d'éducation thérapeutique sur un même territoire.

Ce principe de territorialité, dont la mise en œuvre s'effectue à l'occasion de la démarche d'autorisation des programmes par l'ARS introduite par la loi HPST, doit permettre de développer une offre de proximité, afin de favoriser une bonne accessibilité.

Au niveau régional, les projets proposés au titre d'un financement FNPEIS doivent à partir du 1^{er} janvier 2011, avoir fait l'objet de l'autorisation de l'ARS prévue par les textes.

Afin que l'expérimentation puisse couvrir l'ensemble des régions, il est demandé à chacune d'entre elle de retenir au moins un projet dans le cadre de l'enveloppe FNPEIS fléchée sur ce thème.

V- Formation des PROFESSIONNELS

Conformément aux recommandations de la HAS, il est indispensable que les professionnels prestataires aient acquis des compétences en éducation thérapeutique « au cours de leur formation initiale et continue ou à travers une expérience reconnue par une validation des acquis ».

Le promoteur du projet doit pouvoir faire état des compétences acquises par les professionnels prestataires d'éducation thérapeutique. Ces derniers doivent être formés à la démarche d'éducation, aux techniques pédagogiques, au travail en équipe.

Différents niveaux de formation sont à distinguer, en fonction du rôle des professionnels dans la démarche d'éducation. Selon l'OMS, on distingue, outre la sensibilisation, deux niveaux de formation :

- Le premier niveau a comme objectif de former des professionnels de santé afin qu'ils puissent faire de l'éducation thérapeutique dans leur activité quotidienne auprès de leurs patients atteints de maladies chroniques.
 - Avec le deuxième niveau, les professionnels doivent être en capacité de concevoir, coordonner et évaluer des programmes ainsi que de former d'autres professionnels. Un coordonnateur de projet doit avoir reçu une formation de ce type.

Actuellement, des dispositifs de formation existent mais sont hétérogènes dans leurs contenus. Il importe de s'assurer que ces formations prévoient une forte composante pratique.

Dans le cadre du Fonds National de Prévention d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS), il s'agit de favoriser principalement le développement de formations de premier niveau. Ces formations devront répondre aux critères fixés par les textes, en application de la loi HPST.

La contribution financière du FNPEIS à cette formation, d'un montant de 1000 € par professionnel, doit être **strictement associée à la réalisation de la pratique de l'ETP**. Elle est plafonnée à 1 formation de PS pour 8 patients pris en charge en ETP.

VI- MODE DE FINANCEMENT

Les moyens financiers correspondent à des forfaits par patient permettant la rémunération des professionnels de santé concernés par l'action selon le mode d'organisation et de répartition du financement qu'il leur appartiendra de définir.

Ce mode de financement implique que pour les séances collectives permettant l'intervention *éventuelle* de plusieurs professionnels lors d'une même séance, il soit prévu une taille minimale critique des groupes de patients (5). A l'inverse, pour satisfaire aux critères de qualité et d'efficacité des séances, le nombre de patients ne devra pas dépasser 15.

Un forfait de formation de 1000 euros par professionnel de santé est mis à disposition sur production de dépenses.

Un forfait de 1000 euros est en outre disponible pour permettre la structuration initiale du projet.

Deux forfaits par patient sont mis en place :

- un forfait de 200 € pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 ateliers collectifs
- un forfait de 250 € lorsque le nombre d'ateliers est supérieur.

Une indemnisation de 100 euros est prévue en cas d'abandon du programme par le patient avant le troisième atelier.

Dans la limite du respect de l'attribution des montants de forfaits fixés ci-dessus, des co-financements peuvent être recherchés (crédits ARS notamment).

Si le projet est porté par un groupe de professionnels de santé sans formalisation juridique (type association), il sera nécessaire de désigner un mandataire qui recevra le financement. Pour cela un document attestant de l'accord des professionnels de santé et des modalités de répartition du forfait global alloué sera à fournir.

VIII- SUIVI ET Evaluation

Chaque projet doit faire l'objet d'un suivi conformément aux dispositions relatives aux différents financements de l'Assurance Maladie et à une évaluation globale, conformément aux obligations prévues par les textes dans le cadre de la procédure d'autorisation des ARS.

Il est recommandé que l'évaluation porte notamment sur :

- Le bon fonctionnement des actions
 - Taux d'acceptation des patients (nbre de patients s'engageant dans un programme d'ETP / nbre de patients auxquels l'ETP a été proposée)
 - **Taux de suivi**
 - Nombre de patients ayant suivi un programme d'ETP avec :
 - 3 à 4 ateliers
 - 5 à 6 ateliers
 - moins de 3 ateliers
 - Nombre de patients ayant été intégrés dans un second cycle
 - Lisibilité du programme en termes d'organisation pédagogique, de contenu des séances et d'identification des intervenants
 - Niveau de conformité entre le fonctionnement prévisionnel du programme et sa réalisation
- Les résultats intermédiaires en termes de qualité de prise en charge et d'état de santé de la population concernée
 - Mesure de l'évolution d'indicateurs biocliniques (ex : IMC, bilan lipidique, HbA1c...)
- Les résultats en termes d'évolution des connaissances et des comportements des acteurs

- Evolution des connaissances du patient relative à sa maladie : compréhension des mécanismes, repérage des signes et résolution de crises, maîtrise de gestes techniques (auto-surveillance, auto-soins)
 - Evolution des représentations et croyances des patients : rôle du patient dans le contrôle, l'action sur sa maladie, interaction avec l'entourage
 - Evolution des perceptions des soignants : relation soignant-patient, place des patients dans la prise en charge
- Les résultats en termes d'évaluation de la satisfaction des professionnels et des patients

Le dossier de demande de financement précise la méthode d'évaluation telle que présentée dans la demande d'autorisation ARS

Les conclusions de l'évaluation doivent permettre à l'ARS d'apprécier la nécessité de poursuivre, stopper ou réajuster l'action et donc de justifier la poursuite éventuelle de son financement par l'assurance maladie.

EXPERIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

MODULE 2 : EDUCATION THERAPEUTIQUE

Le 2^{ème} module « éducation thérapeutique du patient » consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville.

Les programmes d'éducation thérapeutique visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

L'article 84 de la loi relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) vise à favoriser le développement de ces programmes dans une logique de qualité et de proximité. A terme, ces programmes devront se conformer au cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé, être autorisés par les agences régionales de santé (ARS) et évalués par la Haute Autorité de Santé.

Dans cette perspective, et en lien avec la mise en œuvre de ces dispositions, le module 2 expérimente un paiement forfaitaire de ces programmes structurés en médecine de ville.

LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE DU MODULE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

- **PRINCIPES GÉNÉRAUX**

L'équipe d'intervention doit être pluri-professionnelle et doit obligatoirement comprendre **au minimum 2 professionnels de santé différents**. Si l'un de ces professionnels n'est pas un médecin, le programme doit être coordonné par un médecin.

Le programme d'éducation thérapeutique doit être accessible à toute personne le nécessitant dans le cadre des objectifs du programme et de son périmètre géographique.

Pour favoriser leur accessibilité, les projets proposés doivent s'inscrire dans une offre de proximité (au plus près du lieu de vie des personnes).

A l'issue de la première année de fonctionnement, la file active du programme devra comprendre **au minimum 50 patients**. La file active du programme devra ensuite **augmenter chaque année d'au moins 10 %** pendant la durée de l'expérimentation.

Enfin, conformément aux principes votés dans le cadre de l'article 84 de la loi HPST, aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ne sera autorisé.

- **PATHOLOGIES PRIORITAIRES ET POPULATION CIBLE**

Les programmes devront **prioritairement, mais non exclusivement**, porter sur les pathologies suivantes : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA et obésité. Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.

Par ailleurs, il est demandé d'inclure prioritairement dans ce cadre expérimental, les patients et le cas échéant leurs proches (parents, conjoints, etc.) n'ayant jamais bénéficié de séances d'éducation thérapeutique ainsi que ceux étant dans les périodes charnières d'évolution de la maladie où leur bénéfice est le plus important.

- **QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES ÉTAPES D'UN PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?**

Le programme proposé doit successivement se composer des phases suivantes :

- **Orientation vers le programme** : l'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient, **ce dernier étant tenu informé des principales étapes du déroulement du programme par les intervenants du programme.**
- **Diagnostic éducatif** : il doit permettre d'identifier les besoins du patient, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses attentes. Il est réalisé par un ou plusieurs professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un entretien individuel avec le patient.
- **Séances** : elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) et animées par un ou plusieurs professionnels de santé au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Le nombre de séances collectives peut dépendre de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient, le forfait qui vous est proposé est basé sur 3-4 ou 5-6 séances par patient (cf. point 3). Des séances individuelles pourront être envisagées en fonction de la pathologie et de l'état de la personne malade.
- **Évaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient** : elle est réalisée par le(s) professionnel(s) de santé ayant effectué le diagnostic initial au cours d'une séance individuelle.

LE FINANCEMENT

- **LE SITE PEUT RECEVOIR TROIS TYPES DE FORFAITS**

1) Un forfait pour l'aide à la structuration initiale du projet

Un forfait de 1.000 € peut être alloué au site pour l'élaboration et la structuration initiale du programme. Ce forfait est alloué une seule fois en début de programme.

2) Un forfait pour la formation des professionnels

Un forfait de formation de 1.000 € par professionnel (y compris les professionnels autres que de santé¹) est versé sur production de dépenses dans la limite de deux formations par an et par type de programme.

Ce forfait, qui constitue une aide à la formation, contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources. Il est alloué sous réserve que la formation ne soit pas par ailleurs financée par le dispositif de développement professionnel continu.

A noter que l'article 84 de la loi HPST prévoit que les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique seront déterminées par décret. Dans l'attente de la parution de ce décret, il est demandé aux sites de conclure un engagement de formation auprès de l'ARS.

3) Un forfait par programme et par patient dont le montant varie en fonction du nombre de séances proposées aux patients

Un forfait par programme et par patient est alloué à la structure. C'est la structure qui reçoit le(s) forfait(s) et détermine librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels qui la composent. Un cofinancement AMO/AMC est possible, sous la forme d'une prise en charge d'une participation partielle dans le cadre du forfait par programme et par patient (voir infra).

Le montant du forfait par programme et par patient est fonction du nombre de séances proposées :

- 250 € pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances (ateliers collectifs ou séances individuelles) ;
- 300 € lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6.

¹ Exemple : les psychologues

Ce forfait couvre :

- le diagnostic éducatif initial ;
- la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche ;
- l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'éducation thérapeutique pour le patient et la synthèse écrite ;
- les frais de fonctionnement : location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document ;
- les supports.

Une indemnisation de 100 € est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1^{ère} séance.

Le financement proposé aux sites dans le cadre des expérimentations se substitue aux autres sources de financement (notamment FIQCS ou FNPEIS).

• QUEL DROIT DE TIRAGE POUR LES PATIENTS ?

A ce stade de la mise en œuvre du module 2 :

- un même patient ne peut bénéficier que d'un seul programme par an pour une même pathologie. Pour un même programme, le droit de tirage peut s'étaler sur une année glissante. Par exemple, un patient bénéficie d'un diagnostic initial qui conduit à lui proposer un programme de 3 séances. Il participe à une première séance en mars de l'année n. Les 2 séances suivantes du même programme pourront être suivies par le patient jusqu'en mars de l'année n + 1. Au-delà de cette date, si le programme n'a pas été achevé, le patient pourra le suivre de nouveau mais il conviendra de considérer qu'il s'agit du démarrage d'un nouveau programme donnant droit à de nouveaux forfaits versés à la structure selon les règles précisées ci-avant. Cette possibilité n'est ouverte qu'une seule fois sur la durée des expérimentations.
- un même patient ne peut bénéficier que de deux programmes pour des pathologies différentes (par exemple diabète et HTA) sur la durée des expérimentations.

L'objectif principal pour le site est bien d'encourager le patient à mener jusqu'à son terme le programme d'éducation thérapeutique qui lui a été proposé et qu'il a accepté de suivre.

LES ENGAGEMENTS DES SITES

Le site accepte de renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat, notamment :

- Evolution annuelle de la file active de patients ;
- Accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances) ;
- Contenu du programme : nombre de séances individuelles/nombre de séances collectives ;
- Pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
- Pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixes lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
- Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

En fin d'année, l'ARS invitera les sites expérimentateurs à un échange sur les résultats, les conditions et difficultés de l'expérimentation.



Schéma Régional de l'Offre de Soins

ANNEXE EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Sommaire

1. Education thérapeutique du patient, contexte et enjeux	p
2. Bilan des programmes d'ETP autorisés	p
3. Objectif général du volet : développer l'ETP dans le cadre d'une organisation territoriale lisible et cohérente de l'offre et garantir sa qualité et son accessibilité	
3.1. Objectif opérationnel 1 : créer les instances de suivi du dispositif d'ETP et de ressources et compétences en ETP	p à p
• Action 1 : Mettre en place un comité thématique maladies chroniques	
• Action 2 : Développer un centre régional de ressources et de compétences en ETP	
3.2. Objectif opérationnel 2 : disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins. --p à p	
• Action 3 : Mettre en place un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP que ce soit pour les actions de sensibilisation, les formations de niveau I et II et les diplômes d'enseignement supérieur	
• Action 4 : Proposer, au plan régional, une offre de formation structurée en fonction des différents niveaux de formation attendus pour les acteurs de l'ETP :	
• Action 5 : Prôner les formations en pluridisciplinarité	
• Action 6 : Garantir la qualité des formations	
• Action 7 : Former les professionnels de santé de 1 ^{er} recours à l'ETP	
3.3. Objectif opérationnel 3 : structurer l'offre d'ETP sur les territoires	p à p
• Action 8 : Suivre les priorités du PRS afin de réduire les inégalités de santé	
• Action 9 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP	
• Action 10 : Déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de 1er recours	
• Action 11 : Hiérarchiser l'offre en Education Thérapeutique	
• Action 12 : Réguler l'offre en Education Thérapeutique	
Annexe 1. Associer les pharmaciens au déploiement de l'ETP	p
Annexe 2. Tableau de suivi des objectifs du volet ETP du SROS	p
Annexe 3. Bilan des programmes d'ETP autorisés et cartographies	p

1. Education Thérapeutique du Patient, contexte et enjeux

On estime qu'en France, près de 20 % de la population est atteinte d'une ou plusieurs maladies chroniques. Pour la région Nord Pas de Calais, cela représente environ 800.000 personnes pour lesquelles le retentissement sur la vie quotidienne peut être considérable notamment en cas d'apparition de complications et/ou de handicaps.

Dans le contexte de vieillissement de la population, ce chiffre va continuer à progresser et l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques constitue donc une priorité majeure de santé publique.

Si l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est aujourd'hui reconnue comme un élément essentiel de la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique, sa mise en œuvre concrète pose de nombreux problèmes : hétérogénéité des pratiques, implication variable des professionnels de santé et des patients, insuffisance de la formation des professionnels de santé, modalités de financement et d'organisation non stabilisées.

Etant une offre de soins à part entière déployée tant à l'hôpital qu'en ville, le volet de l'ETP s'inscrit naturellement au sein du Schéma Régional d'Offre de Soins.

Il répond au 4^{ème} levier d'actions prioritaires du Plan Stratégique Régional de Santé : organiser mieux la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés.

L'enjeu pour l'ARS est de permettre le développement de l'ETP dans le cadre d'une stratégie visant à définir une organisation territoriale lisible et cohérente de l'offre (structures, professionnels et représentants de patients) et à garantir la qualité de sa dispensation.

Cette stratégie de développement de l'ETP doit, par ailleurs, s'intégrer dans l'amélioration de la prise en charge globale des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie notamment dans la mise en place d'un véritable parcours de soins coordonné.

2. Bilan des programmes d'ETP autorisés

La région Nord Pas de Calais a la chance de bénéficier déjà d'une forte mobilisation des acteurs sur le champ de l'éducation thérapeutique : les professionnels de santé de premier recours représentés par les URPS, la Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé, les réseaux de santé, les établissements de santé, les centres de santé, les associations de patients et les régimes d'assurance maladie.

Depuis le décret du 2 août 2010, les programmes d'ETP s'inscrivent dans un régime d'autorisation lié à la conformité à un cahier des charges national. Ces programmes doivent concerner une ou plusieurs des trente ALD ainsi que l'asthme, les maladies rares ou un problème de santé prioritaire au niveau régional (obésité notamment).

Cette procédure a permis à l'ARS de faire un état des lieux des programmes d'ETP tout en accompagnant les promoteurs dans la mise en conformité au cahier des charges.

Elle permettra également d'homogénéiser la structure des programmes existants et d'apprécier l'opportunité de nouveaux programmes selon différents critères : modalités d'élaboration, intégration dans les priorités régionales de santé, couverture territoriale, structuration de l'offre au sein des différents niveaux de recours aux soins, structuration de la démarche éducative, coordination et compétences des professionnels et qualité de l'évaluation.

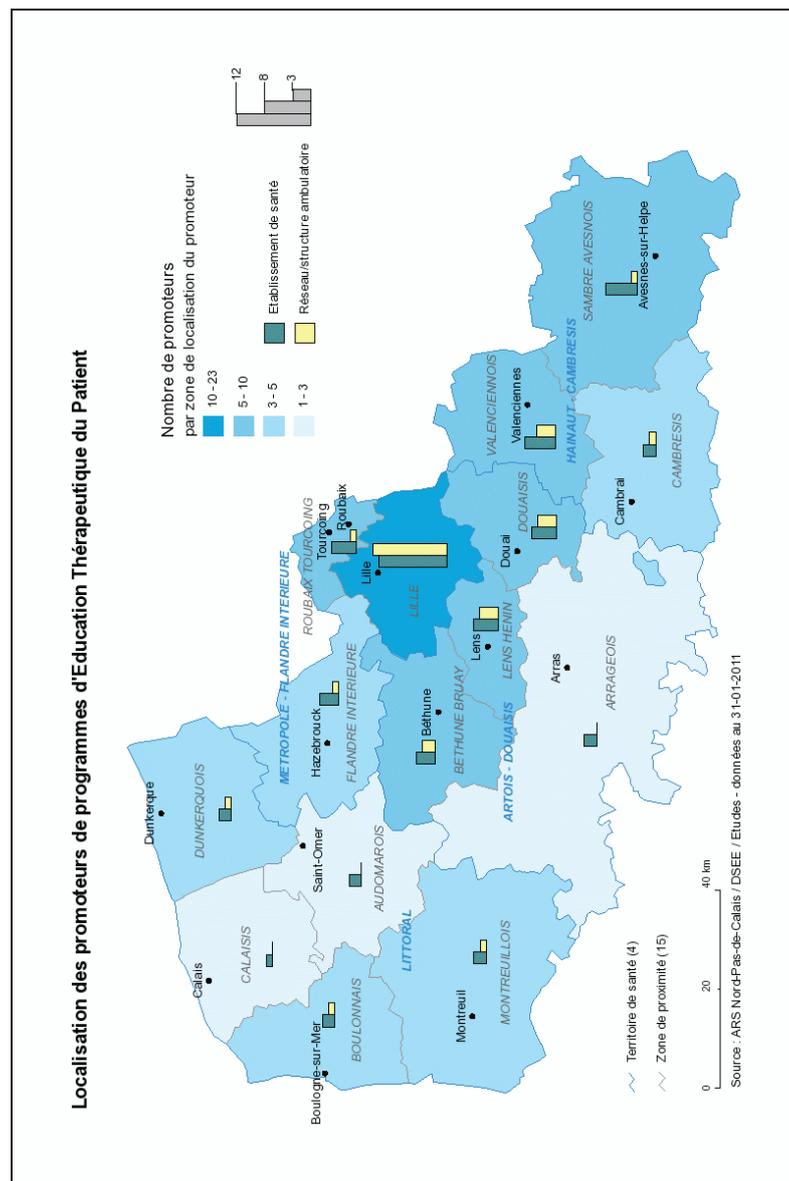
Au 15 juin 2011, le **bilan de la campagne d'autorisation** est le suivant :

- **298 demandes d'autorisation** ont été reçues : 227 au 31 octobre 2010 / 61 au 31 décembre 2011 / 10 à partir du 1^{er} janvier 2011 ;

Volet ETP du SROS

- **65 porteurs de programmes** dont 46 établissements de santé (MCO¹, SSR², psychiatrie et HAD³), 9 réseaux de santé, 4 maisons et pôles de santé, ...
- **124 programmes autorisés soit 41.6 %** des demandes déposées dont :
 - 108 programmes adultes / 16 programmes enfants et adolescents ;
 - 47 programmes diabète (37.9 % des programmes) / 21 programmes maladies respiratoires (16.9 %) / 20 programmes maladies cardio vasculaires (16.1 %) / 17 programmes obésité (13.7 %) / ...
- **74 programmes refusés soit 15.8 %** des demandes déposées, principalement pour non-conformité au cahier des charges (59 dossiers soit 79.7 %) ; 18 programmes diabète (24.3 %) / 14 programmes obésité (18.9 %) / 11 programmes cancers (14.9 %) / 10 programmes insuffisance rénale (13.5 %).

Ce bilan permet de mettre à disposition des acteurs concernés une cartographie de l'offre d'ETP concernant les programmes autorisés.



¹ MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
² SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
³ HAD : Hospitalisation A Domicile

3. Objectif général du volet :

Développer l'ETP dans le cadre d'une organisation territoriale lisible et cohérente de l'offre et garantir sa qualité et son accessibilité

L'objectif est de proposer aux personnes atteintes de maladies chroniques un programme d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire, de proximité s'inscrivant dans leur parcours de santé afin de les rendre plus autonomes en facilitant leur adhésion aux traitements prescrits et en améliorant leur qualité de vie. Pour que l'ETP puisse devenir une véritable activité structurante du système de soins, elle doit faire partie intégrante du projet de soins, être centrée sur la personne et s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire de proximité. Il y a donc lieu de **renforcer de façon considérable l'offre d'ETP de premier recours** à partir d'un point d'entrée situé principalement au niveau du médecin traitant. La porte d'entrée hospitalière est aujourd'hui fréquente mais sa vocation doit tendre vers un recours spécialisé notamment pour des prises en charge complexes.

3.1. Objectif opérationnel 1

Créer les instances de suivi du dispositif d'ETP et de ressources et compétences en ETP

- **Action 1 : Mettre en place un comité thématique maladies chroniques**
Cette instance nouvelle, dont le pilotage est assuré par l'ARS, assurera notamment la mission de suivi du dispositif de mise en place de l'ETP.
- **Action 2 : Développer un centre régional de ressources et de compétences en ETP**
Ses principales missions sont de :
 - Construire des outils et référentiels indispensables à la qualité de la coordination
 - Mettre à disposition au plan régional des ressources documentaires pour les acteurs
 - Accompagner les coordonnateurs de programmes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes
 - Accompagner au plan régional la qualité des formations (en lien avec le référentiel de compétences en ETP en cours d'élaboration par l'INPES)
 - Encourager les échanges de pratiques et participer à l'évaluation des pratiques
 - Venir en appui aux patients experts et aux associations de patients
 - Promouvoir, valoriser l'éducation du patient et participer à des travaux de recherche

Indicateurs de suivi

- 1- délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau 1
- 2- nombre de professionnels et de patients ayant bénéficié, sur l'année n, d'une des offres de formation du centre régional
- 3- nombre de promoteurs ayant bénéficié, sur l'année n, d'un accompagnement méthodologique et/ou documentaire par le centre de ressources et de compétences en ETP
- 4- production annuelle d'un rapport d'activité du centre régional

Cadrage financier

Le centre régional de ressources et de compétences en ETP contractualisera avec l'ARS dans le cadre d'un CPOM qui fixera les moyens qui lui sont alloués au regard des objectifs définis conjointement.

3.2. Objectif opérationnel 2

Disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins.

- **Action 3 : Mettre en place un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP que ce soit pour les actions de sensibilisation, les formations de niveau I et II et les diplômes d'enseignement supérieur**
 - **Action 4 : Proposer, au plan régional, une offre de formation structurée en fonction des différents niveaux de formation attendus pour les acteurs de l'ETP :**
 - Actions de sensibilisation pour l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans la prise en charge de maladies chroniques ;
 - Formation de niveau 1 (40h00) pour les soignants – éducateurs ;
 - Formation de niveau 2 (80h00) pour les coordonnateurs de programme ;
 - Diplôme Universitaire en Education Thérapeutique ;
 - Master 1 et 2 en Education Thérapeutique.
- Une réflexion devra être engagée sur la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) dans le champ de l'ETP, en lien avec l'Université – seule compétente en matière de VAE pour les diplômés d'enseignement supérieur.

Indicateurs de suivi

- 1- date de diffusion de l'annuaire de l'offre de formation en ETP
- 2- délai de mise en place de la VAE dans le domaine de l'ETP

- **Action 5 : Prôner les formations en pluridisciplinarité**

Les formations réalisées en pluridisciplinarité ont une réelle valeur ajoutée et leur intégration dans le cadre du développement personnel continu (DPC), normalement à caractère mono professionnel, devra faire l'objet d'adaptations spécifiques. Par ailleurs, il convient également d'associer à ces formations les représentants des patients, voire de mettre en place des formations dédiées aux représentants de patients.

Indicateurs de suivi

- 1- nombre de formations en ETP réalisées en pluridisciplinarité
- 2- nombre de formations en ETP ouvertes à des représentants de patients
- 3- inscription de la thématique ETP dans les programmes de formation continue du DPC

- **Action 6 : Garantir la qualité des formations**

En lien avec le Centre régional de ressources et de compétences en ETP et le référentiel de compétences en ETP en cours d'élaboration par l'INPES (sortie prévue en novembre 2011).

Indicateurs de suivi

- 1- délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau 1

- **Action 7 : Former les professionnels de santé de 1^{er} recours à l'ETP**

Afin de déployer l'ETP dans les soins de premier recours, il est indispensable que les professionnels de santé de premier recours soient formés à l'ETP.

Une formation a minima de niveau 1 doit être proposée dans toutes les formations initiales des professionnels paramédicaux⁴, dès le 2^{ème} cycle pour les médecins généralistes.

Dans le cadre de la formation continue, il peut être envisagé **3 niveaux de formation** :

- une sensibilisation de tous les PS à l'ETP d'une durée de 8 à 15 heures ;
- une formation de niveau 1 (40 h) pour les professionnels mettant en œuvre l'ETP ;
- une formation de niveau 2 (80 h) pour les professionnels coordonnateurs de programme.

Les URPS pourraient déployer ces programmes de formation continue (sensibilisation et niveau 1) dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), conformément à la mission dévolue aux URPS de participer à la mise en œuvre du DPC.

Outre les différents niveaux de formation, quelques principes doivent également être retenus :

- la pluridisciplinarité de ces formations ;
- l'indemnisation des professionnels de santé libéraux participant à ces formations ;
- l'absence de participation des laboratoires pharmaceutiques au dispositif de formation à l'ETP des professionnels de santé de 1^{er} recours.

Indicateurs de suivi

1- nombre de professionnels de santé de 1^{er} recours sensibilisés / formés chaque année à l'ETP en fonction de l'offre de formation (DPC, Centre de Ressources et de Compétences, Université, ...)

2- inscription de la thématique ETP dans les programmes de formation continue du DPC

3- niveau d'atteinte des 3 principes en matière de formation continue des PS de 1^{er} recours à l'ETP

3.3. Objectif opérationnel 3 Structurer l'offre d'ETP sur les territoires

- **Action 8 : Suivre les priorités du PRS afin de réduire les inégalités de santé**

A partir des ressources disponibles et des données de santé régionales, il est nécessaire de prioriser certains profils de patients et notamment ceux présentant des situations complexes ou de fragilité, sur le plan médical (polypathologies, complications sévères, handicaps secondaires) et/ou social.

Indicateurs de suivi

1- nombre de programmes d'ETP ayant défini comme prioritaires les publics en situation de précarité

2- nombre de patients en situation de précarité ayant bénéficié d'un programme d'ETP

- **Action 9 : Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP**

Un processus de rapprochement entre les acteurs s'avère indispensable dans un périmètre correspondant aux zones de proximité.

⁴ Intégration de l'éducation thérapeutique du patient dans la formation initiale des infirmiers depuis 2009, des ergothérapeutes depuis 2010, des pédicures podologues à partir de 2011 ou 2012, référentiels en cours pour les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes

La coordination territoriale de l'ETP, sur chaque zone de proximité, pourrait être assurée par un chargé de mission associé à une structure volontaire (libérale, hospitalière, réseau de santé, centre de santé, organisme d'assurance maladie, association de patients, association de promotion de la santé, ...).

La Fédération des URPS pourrait assurer progressivement la coordination de l'ensemble des programmes d'ETP déployés dans les soins de 1^{er} recours.

La coordination territoriale de l'ETP, sur la base des outils et référentiels développés par le Centre régional de ressources et de compétences en ETP, a pour rôle de :

- accompagner les équipes pluridisciplinaires de proximité dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation des programmes d'ETP ;
- promouvoir et valoriser l'offre d'ETP ;
- former les professionnels de santé à l'ETP (sensibilisation, formation niveau I) ;
- favoriser la coordination des acteurs, qu'ils soient promoteurs de programmes d'ETP (établissements de santé / UTEP, réseaux de santé, maisons et pôles de santé, centres de santé, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire), ou promoteurs de programmes d'accompagnement (Sophia / CNAMTS, Tempo Santé / GHICL ...), dans la gestion des parcours de soins des malades chroniques avec une priorité d'intervention vers ceux en situation médicalement complexe et/ou en difficulté sociale.

Indicateurs de suivi

- 1- nombre d'actions de sensibilisation / formation de niveau 1 réalisées sur chaque zone
- 2- typologie des 15 coordinations territoriales
- 3- nombre de promoteurs ayant bénéficié d'un accompagnement par la coordination territoriale
- 4- typologie des actions de coordination des acteurs de l'ETP

Cadrage financier

FIQCS, FNPEIS, MIG ETP.

• **Action 10 : Déployer l'éducation thérapeutique dans les soins de 1er recours**

Le développement des programmes d'ETP dans les soins de 1^{er} recours ne pourra se faire qu'en impliquant fortement le médecin traitant. Il doit pouvoir sensibiliser et accompagner son patient dans son parcours d'ETP. Il doit bénéficier d'un retour par rapport aux objectifs fixés afin de s'investir dans le suivi éducatif de son patient. Il doit pouvoir être associé à la conception et/ou l'animation d'un programme.

Pour exercer ce rôle, le médecin traitant doit bénéficier au minimum d'une formation-sensibilisation lui permettant de bien comprendre ce qu'est (et ce que n'est pas) l'ETP afin de l'intégrer au long cours dans sa relation individuelle avec le patient.

Plus les médecins traitants comprendront l'intérêt de l'ETP dans leur pratique, plus ils seront à même d'intensifier le cadre pluridisciplinaire de leur exercice dans l'intérêt du patient. Cette démarche volontariste du médecin traitant vers un exercice coordonné en lien avec les attentes du patient relève d'ailleurs de sa responsabilité déontologique.

Afin d'organiser l'ETP dans les soins de 1^{er} recours, quelques grands principes d'intervention doivent être respectés :

- la proximité / l'accessibilité des programmes aux patients grâce à une offre d'ETP de 1^{er} recours proche de chez eux et dans un lieu propice (maison / pôle de santé, cabinet médical de groupe, centre social, salle municipale, ...)
- la pluridisciplinarité dans la mise en œuvre du programme : depuis le recrutement jusqu'au suivi des patients en passant par le bilan éducatif partagé et les séances d'ETP. Il s'agit bien d'une équipe d'éducateurs soignants en charge de l'ETP, tous les professionnels de 1^{er} recours (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, diététiciens, pharmaciens, médecins généralistes, ...) étant au même niveau sans aucune hiérarchie ;

- la coordination des professionnels de santé avec le médecin traitant comme pivot ;
- un outil de partage avec, pour objectif, la mise en place d'un dossier éducatif répondant à des principes communs pour son contenu, partagé par les professionnels de santé (ville / réseaux / établissements) et dévolu par le patient ;
- une rémunération adéquate dans le cadre de financements pérennes. En effet, la rémunération à l'acte n'est pas compatible avec le déploiement de l'ETP dans les soins de 1er recours ;
- la possibilité d'orienter un patient vers un programme d'ETP par tout professionnel de santé, quelque soit sa catégorie.

Indicateurs de suivi

1- niveau d'atteinte de chaque principe d'intervention pour déployer l'ETP dans les soins de 1^{er} recours

- **Action 11 : Hiérarchiser l'offre en Education Thérapeutique**

L'offre d'ETP se doit d'être hiérarchisée en fonction de la pathologie et de sa gravité. Ainsi, il peut être envisagé 3 niveaux dans une logique de complémentarité :

- Une offre d'ETP en ville de 1^{ère} intention et de proximité
- Elle est dispensée par les professionnels de premier recours⁵ et s'adresse aux malades chroniques non compliqués et relativement stabilisés (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).
- Conformément à la loi HPST, elle doit faire l'objet d'un déploiement important afin de proposer une offre d'ETP de proximité, laquelle se substituera progressivement aux offres d'ETP de premier recours déployées jusqu'alors par des structures de soins de second recours telles que les réseaux et établissements de santé.
- Une offre d'ETP de deuxième intention par les équipes de coordination des réseaux de santé ou structures intermédiaires pour les malades chroniques complexes (pluri pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).
- Une offre d'ETP à l'hôpital pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2ème et 3ème recours) et les pathologies rares (prise en charge dès le 1er niveau).
- La redéfinition de l'offre d'ETP, et son déploiement dans les soins de 1er recours en particulier, doit amener progressivement les établissements hospitaliers à modifier leur offre en ETP. Les financements alloués à ce titre feront, parallèlement, l'objet d'une réaffectation sur d'autres missions dévolues à l'hôpital.

Il convient de retenir **un critère de réussite important** pour le déploiement de l'ETP. Il s'agit de la nécessité **d'associer le médecin traitant à l'ETP dispensée à son patient**, que ce soit dans un réseau de santé, un établissement de santé, par un organisme d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire, une structure pluri professionnelle de santé, des PS libéraux qui travaillent ensemble, ...
En outre, le futur dossier médical partagé devra contenir un volet ETP intégrant l'ensemble du parcours éducatif du patient et le degré d'atteinte des objectifs.

Indicateurs de suivi

1- répartition des programmes d'ETP selon chacun des niveaux d'offre

2⁶ - nombre de patients atteints d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS

3- budget alloué par l'ARS au financement des programmes d'ETP (répartition FNPEIS / FIQCS / MIG ETP / NMR/ autres financements privés)

⁵ Dont les pharmaciens : cf. annexe 1

⁶ Indicateur du CPOM

4- nombre de programmes faisant l'objet d'un financement par l'ARS / d'un financement privé

Cadrage financier

- crédits du FNPEIS⁷ dans le cadre de l'appel à projets relatif aux actions expérimentales locales d'ETP en ambulatoire (pour le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme) gérés par l'Assurance Maladie
- crédits prévention de l'ARS
- module 2 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération pour les maisons et pôles de santé inscrites dans le dispositif
- FICS⁸, dans le cadre des forfaits dérogatoires versés aux réseaux
- crédits hospitaliers de l'assurance maladie dans le cadre de la mission d'intérêt général (MIG) « actions de prévention et d'éducation thérapeutique » pour les programmes déployés en ambulatoire au sein des établissements MCO
- crédits GHS pour les actions d'éducation thérapeutique intégrées aux soins
- autres sources de financement privées le cas échéant. L'industrie pharmaceutique peut participer au financement des programmes d'ETP, sous réserve de respecter l'article L. 1161-4 du Code de la Santé Publique : ne participer ni à l'élaboration ni à la mise en œuvre du programme ; ne pas avoir de contact direct avec le patient ou son entourage.

- **Action 12 : Réguler l'offre en Education Thérapeutique**

La régulation de l'offre en ETP par l'ARS est réalisée dans le cadre de la procédure d'autorisation des programmes d'ETP. La décision d'autorisation d'un programme ne vaut pas accord de financement.

Indicateurs de suivi

- 1⁹- nombre de programmes autorisés par rapport au nombre de demandes d'autorisations
- 2¹⁰- nombre de patients atteints d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS
- 3- nombre de porteurs de programmes (dont répartition entre les différentes catégories de structures)
- 4- répartition des programmes en fonction de la pathologie
- 5- répartition des programmes en fonction de la cible (adulte / enfant)
- 6- motifs de refus d'autorisation des programmes

⁷ Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires

⁸ Fonds d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

⁹ Indicateur du CPOM

¹⁰ Indicateur du CPOM

Annexe 1 : Associer les pharmaciens au déploiement de l'ETP dans les soins de 1er recours

Les pharmaciens d'officine¹¹, vu le nombre de pharmacies dans le Nord-Pas-de-Calais (1534 pharmacies ouvertes au public au 1^{er} mars 2011¹²) et les modalités de leur implantation territoriale (réseau de pharmacies), vu leur accessibilité et leurs contacts réguliers avec les patients, constituent un relais incontournable en matière d'éducation thérapeutique du patient notamment sur le thème du médicament (connaissance, bonne observance et suivi des traitements).

De nouvelles missions leurs sont désormais attribuées dans le Code de la santé publique¹³. Les pharmaciens d'officine doivent ainsi notamment contribuer aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 dudit code et participer à la coopération entre professionnels de santé. Ils peuvent aussi participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 du même code et être désignés comme pharmaciens correspondants¹⁴.

Si certaines modalités d'application de ces textes sont encore en attente, le pharmacien d'officine en lien avec les médecins traitants et les équipes pluridisciplinaires, constitue un acteur incontournable sur le champ de l'ETP.

En tout état de cause, le déploiement de l'ETP pour les pharmaciens doit passer par :

- **Le développement de l'information sur l'ETP auprès de l'ensemble des pharmaciens d'officine dans le but :**
 - d'améliorer la connaissance de ce mode de prise en charge du patient ;
 - de lever les freins entre les différents professionnels de santé ;
 - de permettre à tout pharmacien de trouver sa place en fonction de son niveau d'implication et de son temps disponible ;

Les pharmaciens expérimentés en ETP pourraient être mis à contribution pour faire adhérer l'ensemble des pharmaciens au dispositif mis en place en matière d'ETP ;

- **Une formation à l'ETP qui doit être la plus pluridisciplinaire possible, de manière à favoriser les échanges de pratiques et le décloisonnement entre PS de premier recours ;**
- **Le développement d'une "culture" du parcours de soins du patient chez le pharmacien, de manière à donner du sens aux actions qu'il développe et créer du lien avec les autres professionnels de santé ;**
- **L'intégration dans la coordination territoriale de l'ETP ;**
- **Une évolution des locaux de la pharmacie permettant de disposer de zones ou d'espaces de confidentialité mieux formalisés.**

¹¹ Au 1^{er} janvier 2009, on dénombrait 3381 pharmaciens d'officine, répartis en 1717 pharmaciens titulaires, 44 pharmaciens gérants de pharmacie minière ou mutualiste et 1620 pharmaciens adjoints. Ces données, bien que datant de deux ans ne semblent pas avoir beaucoup évolué.

¹² Au 1^{er} mars 2011, on comptabilise 1534 pharmacies, dont 1493 officines de pharmacie privées, 33 pharmacies de la CAPMI et 8 pharmacies mutualistes.

¹³ Article L. 5125-1-1 A du Code de la santé publique.

¹⁴ Décret n°2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants.

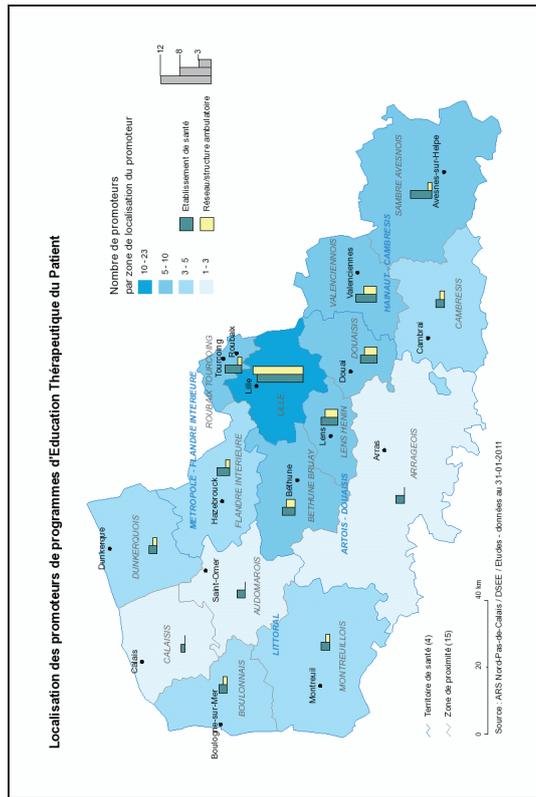
Annexe 2 : Tableau de suivi des objectifs du volet ETP du SROS

OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS
<p>1. Créer les instances de suivi du dispositif d'ETP et de ressources et compétences en ETP</p> <p>Mettre en place un Comité thématique maladies chroniques</p> <p>Développer un Centre régional de ressources et de compétences en ETP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - date arrêté de nomination des membres - délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau 1 - nombre de professionnels et de patients ayant bénéficié, sur l'année n, d'une des offres de formation du centre de ressources et de compétences en ETP - nombre de promoteurs ayant bénéficié, sur l'année n, d'un accompagnement méthodologique et/ou documentaire par le centre de ressources et de compétences en ETP - production annuelle d'un rapport d'activité du centre de ressources et de compétences en ETP
<p>2. Disposer d'une offre de formation régionale suffisante, répondant aux référentiels et adaptée aux besoins</p>	
<p>Disposer d'un annuaire de l'offre régionale de formation en ETP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - date de diffusion de l'annuaire
<p>Proposer une offre de formation structurée en fonction des différents niveaux de formation attendus pour les acteurs de l'ETP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - délai de mise en place de la VAE dans le domaine de l'ETP
<p>Prôner les formations en pluridisciplinarité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de formations en ETP réalisées en pluridisciplinarité - nombre de formations en ETP ouvertes à des représentants de patients - inscription de la thématique ETP dans les programmes de formation continue du DPC
<p>Garantir la qualité des formations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - délai de mise à disposition du cahier des charges de référence pour les programmes de sensibilisation et de formation de niveau 1
<p>Former les professionnels de santé de 1^{er} recours à l'ETP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de professionnels de santé de 1^{er} recours sensibilisés / formés chaque année à l'ETP en fonction de l'offre de formation (DPC, Centre de Ressources et de Compétences, Université, ...) - inscription de la thématique ETP dans les programmes de formation continue du DPC - niveau d'atteinte des 3 principes en matière de formation continue des PS de 1^{er} recours à l'ETP
<p>3. Structurer l'offre d'ETP sur les territoires</p>	
<p>Suivre les priorités du PRS afin de réduire les inégalités de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de programmes d'ETP ayant défini comme prioritaires les publics en situation de précarité - nombre de patients en situation de précarité ayant bénéficié d'un programme d'ETP

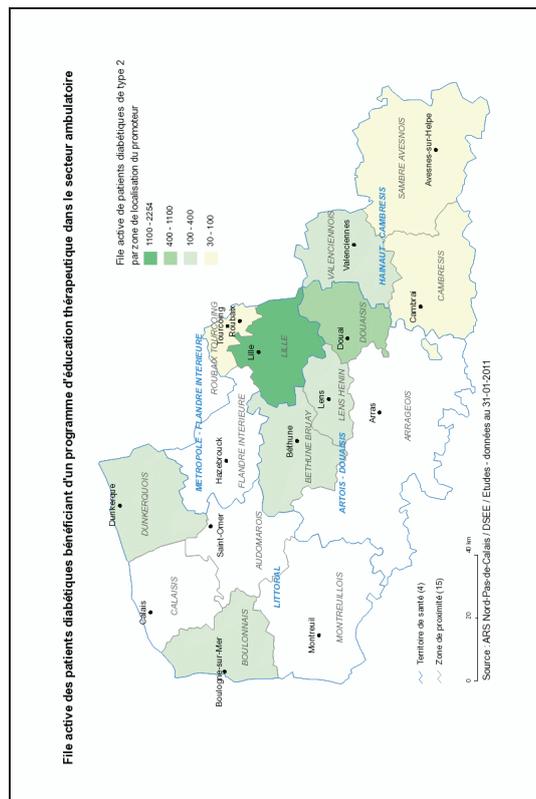
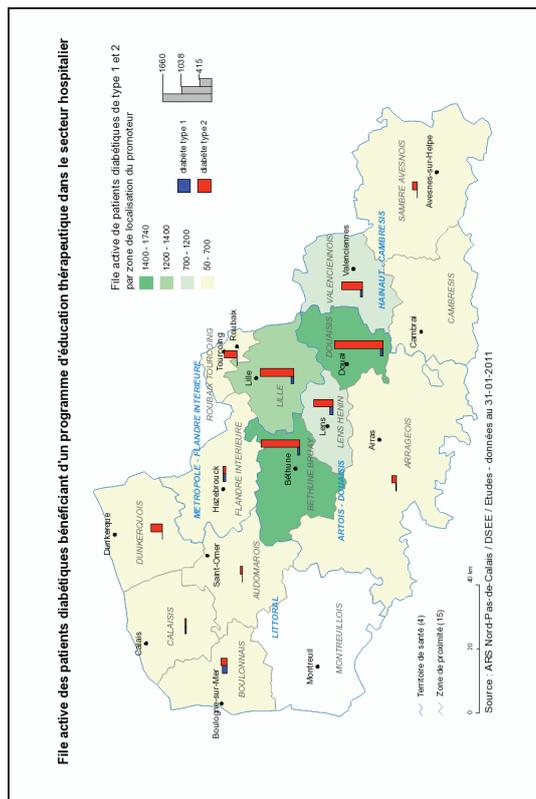
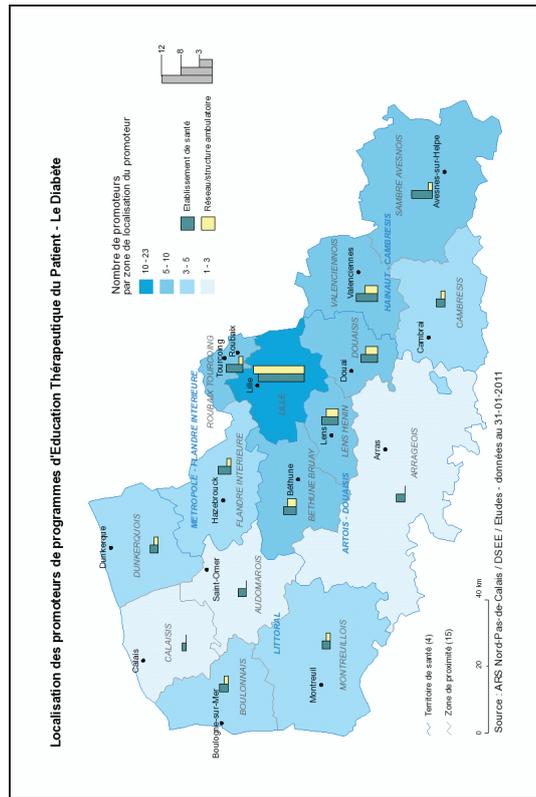
Mettre en place une coordination territoriale de l'ETP	<ul style="list-style-type: none"> - nombre d'actions de sensibilisation / formation de niveau 1 réalisées sur chaque zone de proximité - typologie des 15 coordinations territoriales - nombre de promoteurs ayant bénéficié d'un accompagnement par la coordination territoriale - typologie des actions de coordination des acteurs de l'ETP
Déployer l'ETP dans les soins de 1er recours	<ul style="list-style-type: none"> - niveau d'atteinte de chaque principe d'intervention pour déployer l'ETP dans les soins de 1^{er} recours
Hierarchiser l'offre	<ul style="list-style-type: none"> - répartition des programmes d'ETP selon chacun des niveaux d'offre - nombre de patients atteints d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS - budget alloué par l'ARS au financement des programmes d'ETP (répartition FNPEIS / FIQCS / MIG ETP / NMR/ autres financements privés) - nombre de programmes faisant l'objet d'un financement par l'ARS / d'un financement privé
Réguler l'offre	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de programmes autorisés par rapport au nombre de demandes d'autorisations - nombre de patients atteints d'une pathologie chronique pris en charge dans un programme d'ETP autorisé par l'ARS - nombre de porteurs de programmes (dont répartition entre les différentes catégories de structures) - répartition des programmes en fonction de la pathologie - répartition des programmes en fonction de la cible (adulte / enfant) - motifs de refus d'autorisation des programmes

Annexe 3 : Bilan des programmes d'ETP autorisés et cartographies

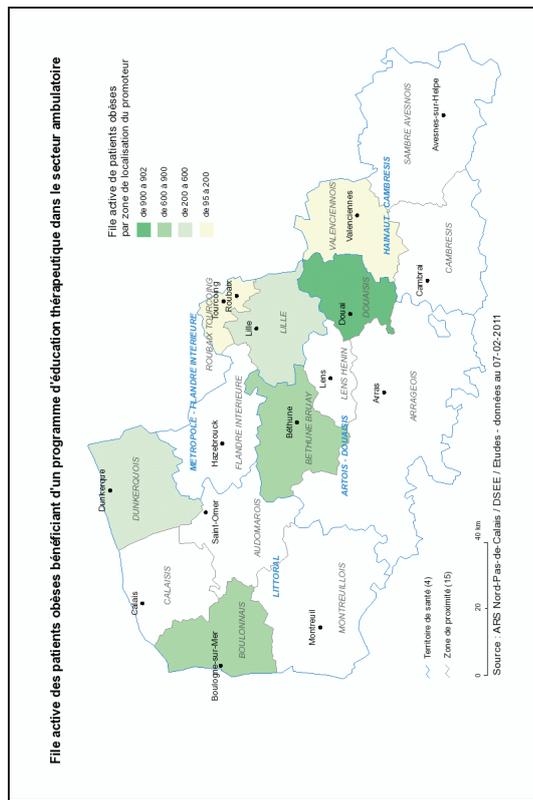
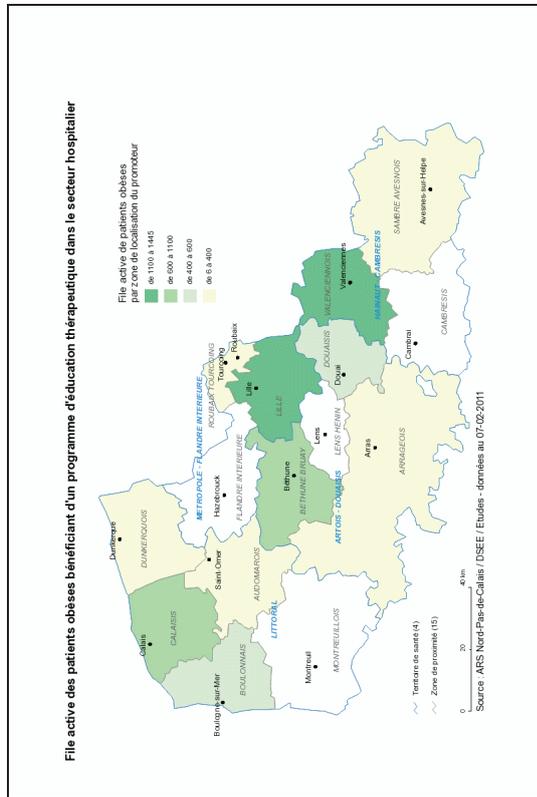
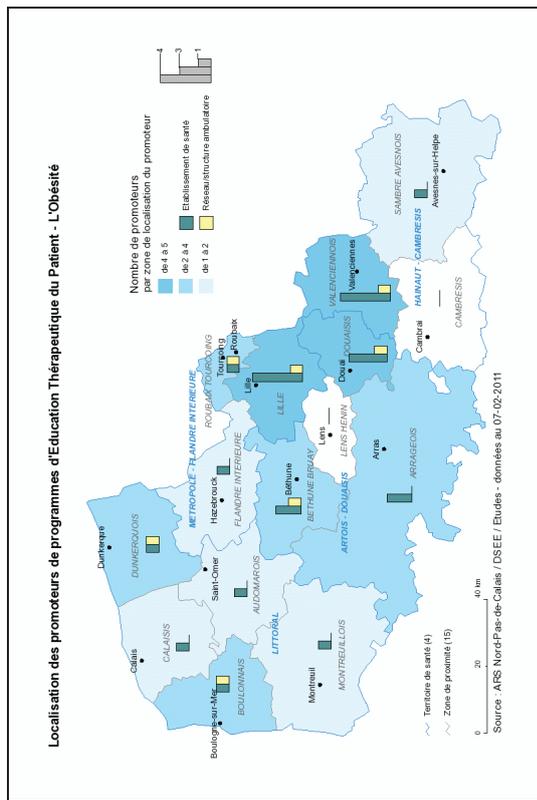
1. Ensemble des programmes – Localisation des programmes



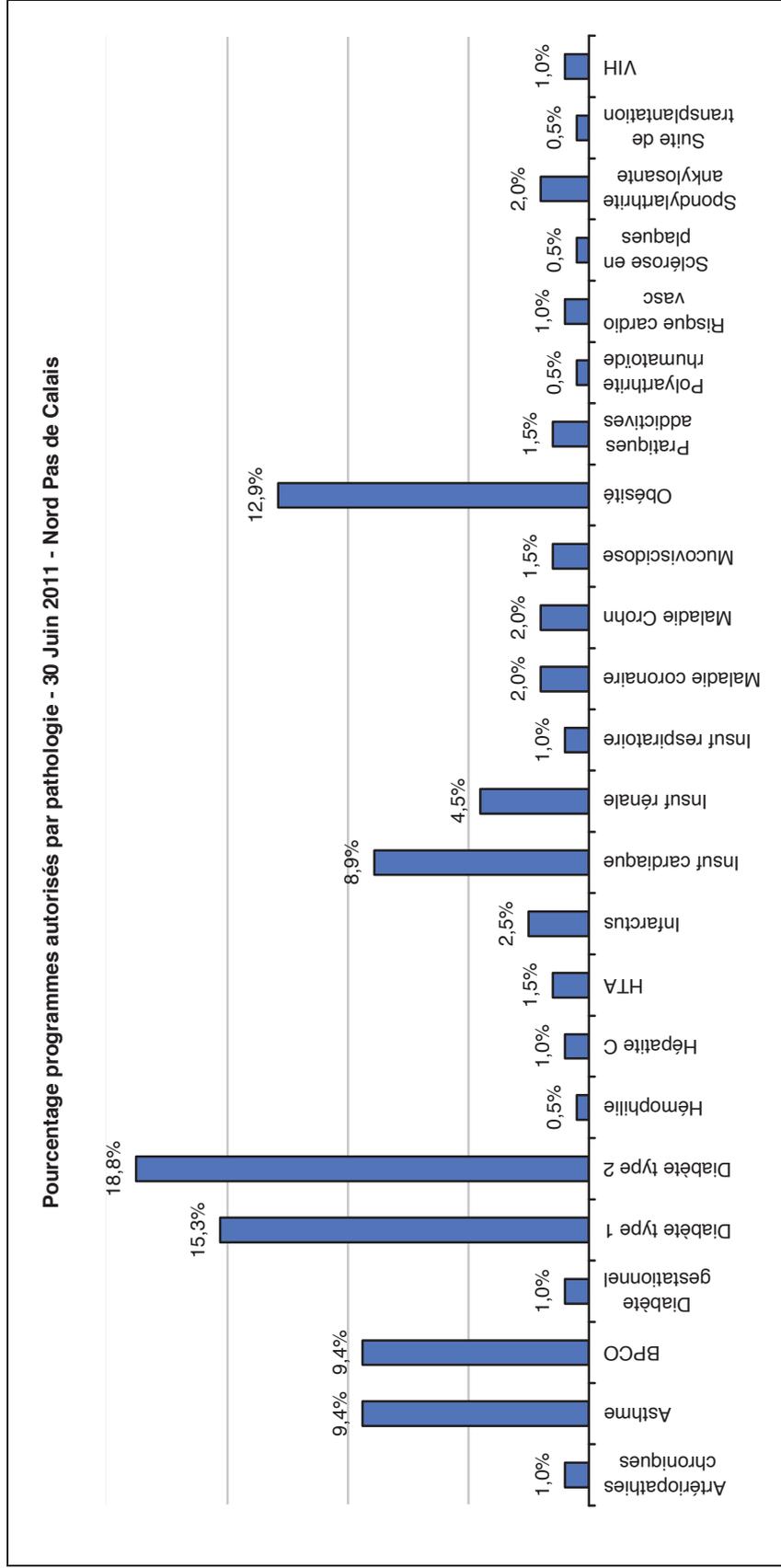
2. Les programmes diabète – Promoteurs et files actives de patients



3. Les programmes obésité – Promoteurs et files actives de patients



4. La répartition des programmes autorisés par pathologie, structure et territoires



Autres graphes en attente

« CHAPITRE I^{ER} »

« Dispositions générales »

« Art. L. 1161-1. – L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé dont elle utilise les principes et les méthodes. Sa spécificité est qu'elle s'adresse à des patients et à leur entourage. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit en particulier avec les professionnels de santé.

« Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

« Art. L. 1161-2. – Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, dans le cadre du projet régional de santé des agences régionales de santé, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient. Par ailleurs, celle-ci n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« Art. L. 1161-3. – L'agence régionale de santé conclut des conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient afin, notamment, de préciser le financement des programmes. Ces conventions définissent, le cas échéant, le délai et les modalités de la mise en conformité de ces programmes au cahier des charges national. L'agence régionale de santé évalue les programmes mis en œuvre.

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit.

« Les conditions d'application de cet article sont définies par décret.

« Art. L. 1161-4. – Les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1161-5 (nouveau). – Les programmes ou actions définis par les articles L. 1161-2 et L. 1161-4 ne sont ni élaborés, ni initiés, ni mis en œuvre par une entreprise se livrant à l'exploitation du médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché du dispositif médical ou du dispositif médical de diagnostic *in vitro*.

« Toutefois, cette entreprise peut contribuer au financement des programmes ou actions dans les conditions définies au premier alinéa et si aucun contact direct n'est établi entre elle et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Art. L. 1161-6 (nouveau). – Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

« Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament.

« Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

« Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient.

« La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

« Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

« Ces programmes d'apprentissage, ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes, sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article L. 1114-1 et pour une durée limitée.

« Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

« *Art. L. 1161-7 (nouveau).* – Toute demande d'autorisation ou de renouvellement de l'autorisation mentionnée à l'article L. 1161-6 est accompagnée du versement, au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, d'une taxe dont le montant est fixé par décret dans la limite de 2 000 €.

« Cette taxe est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'État.

« *Art. L. 1161-8 (nouveau).* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État, et notamment :

« 1° La mise en œuvre du financement prévu aux articles L. 1161-5 et L. 1161-6 ;

« 2° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'autorisation prévue à l'article L. 1161-6 et le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes ;

« 3° Les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, refusant, modifiant, renouvelant, suspendant ou retirant ces autorisations ou les conditions de leur caducité ;

« 4° Les critères auxquels répondent les programmes d'apprentissage et les obligations auxquelles se conforment les financeurs et les opérateurs ainsi que, après la délivrance de l'autorisation, les modalités de son contrôle.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient

Guide pour les coordonnateurs et les équipes



Mars 2012

Haute Autorité de Santé

2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX

Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en mars 2012.

© Haute Autorité de Santé – 2012

INTRODUCTION	4
L'auto-évaluation annuelle en 10 questions-réponses	5
1. Qu'est-ce que l'auto-évaluation annuelle d'un programme ?.....	5
2. Quels sont les fondements de l'auto-évaluation annuelle ?	5
3. Quels programmes sont concernés par l'auto-évaluation ?	5
4. Comment situer auto-évaluation annuelle et évaluation quadriennale ?	5
5. Quels sont les objectifs de l'auto-évaluation annuelle ?6	
6. Quelles sont les caractéristiques de l'auto-évaluation ?.....	6
7. Qui réalise l'auto-évaluation annuelle ?.....	7
8. Sur quoi porte l'auto-évaluation ?.....	7
9. Quelles sont les étapes de l'auto-évaluation annuelle ?.....	8
10. À qui sont destinés les résultats de l'auto-évaluation ?.....	8
Conduite de l'auto-évaluation annuelle en 4 étapes.....	9
Fiche 1. Exemples d'objets d'évaluation, de questions d'auto-évaluation et de sources de données pour l'auto-évaluation d'un programme d'ETP	13
Fiche 2. Exemples de questions ouvertes pour l'auto-évaluation d'un programme d'ETP.....	21
Fiche 3. Exemples de données permettant de réaliser un tableau de suivi des activités.....	26
Fiche 4. Aide à la rédaction d'un rapport synthétique d'auto-évaluation annuelle.....	27
Annexe 1. Critères de qualité d'une éducation thérapeutique du patient	28
Annexe 2. Méthode	29
Glossaire.....	30
Participants.....	32

INTRODUCTION

La Haute Autorité de Santé propose aux équipes un guide destiné à faciliter la réalisation de l'auto-évaluation annuelle de chaque programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autorisé et à préparer l'évaluation quadriennale. Ce guide, testé par des équipes de terrain avant publication, repose sur :

- un engagement des équipes dans une dynamique collective d'amélioration de la qualité des programmes d'ETP ;
- une démarche par étapes pour mieux comprendre la mise en œuvre du programme tout au long de son déroulement et en améliorer la qualité ;
- une liberté d'adaptation de la démarche et des outils permettant à chaque équipe de construire sa propre auto-évaluation en fonction de l'expérience acquise dans le déroulement du programme et dans l'évaluation ;
- des exemples concrets, adaptables et modifiables par les équipes, qui illustrent et viennent en appui de la conduite de l'auto-évaluation.

L'auto-évaluation annuelle en 10 questions-réponses

1. Qu'est-ce que l'auto-évaluation annuelle d'un programme ?

- L'auto-évaluation annuelle est une démarche d'évaluation pédagogique* qui engage les équipes et coordonneurs à évaluer eux-mêmes et pour eux-mêmes leur programme d'ETP et à prendre des décisions pour en améliorer la qualité et l'ajuster tout au long de sa mise en œuvre.
- Elle repose sur une analyse qualitative et quantitative des points forts et des points faibles du programme d'ETP.
- L'auto-évaluation permet aux équipes de comparer leurs pratiques, leur organisation et leur coordination, à un référentiel* construit par les équipes elles-mêmes, ici le programme d'ETP autorisé par une ARS.

2. Quels sont les fondements de l'auto-évaluation annuelle ?

- Le principe fondamental de l'auto-évaluation annuelle est de s'appuyer sur une démarche d'amélioration continue de la qualité afin d'aider les équipes à analyser la mise en œuvre de leur programme et les pratiques.
- La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » a inscrit l'ETP dans le parcours de soins des patients et préconise sa mise en œuvre sous forme de programmes d'éducation thérapeutique conformes à un cahier des charges national. Ce cahier des charges national prévoit une auto-évaluation annuelle de chaque programme par les équipes.

3. Quels programmes sont concernés par l'auto-évaluation ?

2.2. Mon plan personnalisé de soins (PPS)

Nom : Prénom : Date :

Risque/ maladie	Situation du		Objectif partagé	Actions		
	Point de vue et attentes du patient	Point de vue et priorités du médecin		Contexte/ freins	Moyens	Intervenants
Situation 1 : exemple						
Situation 2						
Situation 3						
Situation 4						
Situation 5						

Mon plan personnalisé de soins (suite)

- Diabète
 Trouble du poids
 Maladie cardiovasculaire
 MRC
 Maladie respiratoire
 Autre (préciser) :

	Janv	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Consultation MG												
Consultation spécialiste 1												
Consultation spécialiste 2												
Paramedical 1												
Paramedical 2												
Paramedical 3												
Ex complémentaire 1												
Ex complémentaire 2												
Ex complémentaire 3												
Biologie 1												
Biologie 2												
Éducation thérapeutique												
Commentaires/précisions ETP :												
Aide médico-sociale												
Médecin généraliste	Tél :		Association de patients		Tél :		Paramédical 1		Tél :			
Spécialiste d'organe	Tél :		Réseau		Tél :		Paramédical 2		Tél :			
Autre spécialiste	Tél :		Assistante sociale		Tél :		Hôpital		Tél :			

Sitographie : les sites recommandés

www.inpes.sante.fr/

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'Institut est un acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.

<http://www.has-sante.fr/>

La HAS est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique. Elle met à la disposition des équipes des guides, méthodes et outils pour leur permettre de mettre en œuvre vos projets.

<http://www.automesure.com>

Automesure.com propose un service de qualité d'autoévaluation de la santé, par l'Internet. Les informations présentes sur ce site sont élaborées par le service de Santé Publique et d'Informatique Médicale de la Faculté de Médecine Broussais Hôtel-Dieu (SPIM), avec des partenaires ; les recommandations aux patients portent notamment sur la mesure des facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle), la nutrition, la connaissance de certains traitements au long cours (notamment « l'efficacité de votre traitement anticoagulant » (compréhension de l'INR)), mais aussi la dépendance aux produits (alcool, tabac), la surveillance de la glycémie, du poids corporel, de l'asthme, de la pression artérielle, de la fonction rénale, la compréhension du dépistage de l'infection HIV/SIDA, et le diagnostic des maladies génétiques, etc.

<http://chronisante.inist.fr/>

Le site ChroniSanté, d'actualités et ressources sur la prise en charge des maladies chroniques, créé en 2009, est édité par l'Institut de l'information scientifique et technique du CNRS (Inist-CNRS), organisme public qui ne reçoit aucun financement privé.

Des articles issus de la recherche internationale, comme des informations officielles ou bien des documents issus de sociétés savantes sont signalés ou résumés sur le site Chronisanté. Quand ils existent, les liens vers le texte intégral des documents en ligne sont proposés.

Le site donne également accès à de nombreuses autres sources d'informations (modèles, événements, glossaire, veille bibliographique, liens et concept de « maladie chronique », par pays).

Le portail s'adresse à un public averti (acteurs en santé, étudiants, citoyens intéressés par le sujet).

<http://www.afd.asso.fr/>

Association Française des Diabétiques

<https://www.carsat-nordpicardie.fr>

Le Centre de Ressources et de Formation à l'Éducation du Patient (CERFEP) est une structure mise en place au sein de la Carsat Nord Picardie, spécialisée en éducation thérapeutique du patient (ETP), art-thérapie et gérontologie. Le CERFEP, dont le dynamisme et les compétences sont le reflet des valeurs portées par l'institution CARSAT, a pour objectif de vous aider à développer vos pratiques de soins et de prévention dans le respect de la personne afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement. Son but est de promouvoir la culture et les pratiques dans les domaines de l'éducation thérapeutique du patient, de l'art-thérapie et de la gérontologie. Le CERFEP a pour mission la formation, le conseil, l'accompagnement des professionnels de santé et la mise à disposition de documentation par le centre de ressources.

<http://www.santenpdc.org/>

Groupement Régional de Promotion de la Santé

<http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/>

Créée à compter du 1er avril 2010, l'Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas de Calais met en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118). Elle est dirigée par Daniel LENOIR nommé en Conseil des Ministres.

Bibliographie & liste des annexes p. 374



Articles et ouvrages

- BARBIER J.-M., BOURGEOIS E., de VILLERS G., KADDOURI M. *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Ed. L'Harmattan, 2006.
- BEILLEROT J., BLANCHARD-LAVILLE C., MOSCONI N., dir. *Pour une approche clinique du rapport au savoir*. Ed. L'Harmattan, 2006.
- BERDOZ D., CONUS M.K., DAEPPE J.B. Combien de fois il faut que je vous dise... : Quelques pistes données par l'entretien motivationnel, *Médecine & Hygiène*, 2005. 1 (38), p. 2453-6.
- BEZILLE H., COURTOIS B., dir. *Penser la relation expérience-formation*. Ed. Chronique Sociale, 2006.
- CARRE P., CASPAR P., dir. *Traité des sciences et des techniques de la formation*. Ed. Dunod, 2004 (2ème édition).
- COLIN L., LE GRAND J.-L., dir. *L'éducation tout au long de la vie*. Ed. Economica Anthropos, 2008.
- FABRE M. *Penser la formation*. Ed. Puf, 2006.
- FOUCAUD J., BURY J.-A., BALCOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C., dir. *Éducation thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation*. Saint Denis : Inpes, Coll. Santé en action, 2010.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>
- FOUCAUD J., BALCOU-DEBUSSCHE M., dir. *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006*. Saint-Denis : Inpes, coll. Séminaires, 2008.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1151.pdf>
- HONORE B. *Être et Santé – Approche ontologique du soin*. Ed. L'Harmattan, 1999.
- D'IVERNOIS J.-F., GAGNAURE R. *Apprendre à éduquer le patient*. Ed. Maloine, 2008 (3ème édition).
- LACROIX A., ASSAL J.-Ph. *L'éducation thérapeutique des patients – Nouvelles approches de la maladie chronique*. Ed. Maloine, 2003 (2ème édition).
- LECORPS P., Éducation du patient : penser le patient comme « sujet » éduicable?, *Pédagogie médicale*, Vol. 5 (2), 2004, p. 82-86.
<http://www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFress/Lecorps.pdf>
- MOSCONI N., BEILLEROT J., BLANCHARD-LAVILLE C. *Formes et formations du rapport au savoir*. Ed. L'Harmattan, 2000.
- PERRENOUD P. *Pédagogie différenciée : des intentions à l'action*. Ed. ESF, 2008 (4ème édition).
- ROLLNICK S., MILLER W.R., BUTLER C.C. *Pratique de l'entretien motivationnel – Communiquer avec le patient en consultation*. Ed. InterEditions, 2009 (traduction Languérant E., Lécailler D. et Michaud P.).
- SIMON D., TRAYNARD P.-Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R., GRIMALDI A. *Éducation thérapeutique – Prévention et maladies chroniques*. Ed. Masson, 2009 (2ème édition).
- PAUL M. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Ed. L'Harmattan, 2004.
- SANDRIN-BERTHON B., Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ?, *Médecine des maladies Métaboliques*, Vol. 4, N°1, 2010, p. 38-43.
http://www.nice.cngc.fr/IMG/pdf/Diag_educatif_ou_BEP.pdf
- TOURETTE-TURGIS C. Le maintien d'une posture clinique dans l'animation des groupes de malades - Enjeux pour l'éducation thérapeutique, *Cliopsy*, 7 juin 2012, p 61-77.
<http://www.revue.cliopsy.fr/pdf/Cliopsy-7-avril2012.pdf>

TOURETTE-TURGIS C., THIEVENAZ J. L'injonction au bonheur : l'impensé du travail du patient, *Empan*, n° 86, juin 2012, p.18-23.

TOURETTE-TURGIS C., TOCQUEVILLE M. Le care est-il un outil pour repenser l'urgence sociale?, *Empan*, n° 85 , 2012/1, p. 160-166.

TOURETTE-TURGIS C. Éducation, restriction, pédagogie. Commentaire, In : *Sciences Sociales et Santé*, vol 29, n° 3, septembre 2011, p. 123-131.

TOURETTE-TURGIS C., TOCQUEVILLE M., PEREIRA PAULO L. Les limites du modèle dominant en éducation thérapeutique, *Santé Mentale*, n°157, avril 2011, p. 70-75.

TOURETTE-TURGIS C. Savoirs de patients, savoirs de soignants : la place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. In : *Revue Pratiques de formation/Analyses*, n°56, Janvier-Juin 2010, p. 137-153.

http://independent.academia.edu/RitaBencivenga/Papers/880934/Cercles_detudes_pour_les_proches_et_les_familles

TOURETTE-TURGIS C. *L'infirmière de consultation en éducation thérapeutique : une pratique avancée. In : Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ? (sous la direction de Philippe Delmas et Corinne Sliwka)*. Ed. Lamarre, 2009, p. 249-266.

TOURETTE-TURGIS C. *L'éducation thérapeutique du patient à l'hôpital. In Ressources humaines à l'hôpital, Pilotage social et performance (sous la direction de Thierry Ardouin, Jean marc Bonmati, Jean Luc Juillet)*. Ed. Berger-Levrault, 2009, p. 401-418.

TOURETTE-TURGIS C. Soignant, mais pas forcément pédagogue – Analyse critique des recommandations de la haute autorité de santé sur l'éducation thérapeutique, *Santé Mentale*, n°129, juin 2008, p. 17-19.

http://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/sm_129_chercheurs.pdf

TOURETTE-TURGIS C., ISNARD BAGNIS C., PEREIRA PAULO L. *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique – le soignant pédagogue*. Paris. Comment Dire, 2008.

TOURETTE-TURGIS C. *La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH – L'approche MOTHIV : accompagnement et éducation thérapeutique*. Paris. Comment Dire, 2007.

TOURETTE-TURGIS C. *Le counseling*. Paris : PUF, Coll. Que Sais-je ? 1996.

VINCENT I., LOAËC A., FOURNIER C., dir. *Modèles et pratiques en éducation du patient : apports internationaux – 5èmes journées de la prévention*. Paris, 2-3 avril 2009, Saint Denis : Inpes, Coll. Séminaires, 2010.

WORMS F. *Le moment du soin – A quoi tenons-nous ?*. Ed. Puf, Coll. Ethique et philosophie morale, 2010.

Guides, rapports et textes législatifs

Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation., (2005).

Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé., (1986).

HAS., INPES., (2007), Guide méthodologique « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ».

HAS., (2008), Rapport d'orientation - Synthèse « L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelles ».

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative., (2007), « Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ».

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative., (2008) « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », Rapport présenté par C. Saout, B. Charbonnel, D. Bertrand à Mme Roselyne BACHELOT- NARQUIN.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

Ministère de la santé et des sports., (2009), loi n°2009-809 du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé, Territoire », portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Ministère de la santé et des sports., (2010), « Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. ».

Ministère de la santé et des sports., (2010), « Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient ».

Ministère des affaires sociales et de la santé., (2013), « Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient », JO du 2 juin 2013 (texte 3 sur 46).

Ministère des affaires sociales et de la santé., (2013), « Décret no 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient », JO du 2 juin 2013 (texte 1 sur 46).

OMS – Europe, (1996), « Therapeutic patient education – continuing education programs for health care providers in the field of chronic disease », traduit en français en 1998.

Liste des documents en Annexes

Textes réglementaires

Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Décret n°2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation.

Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

Recommandations de l'HAS

Éducation Thérapeutique du Patient - Définition, finalité et organisation, juin 2007.

Structuration d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient dans le champ des maladies chroniques, juin 2007.

Éducation Thérapeutique du Patient - Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?, juin 2007.

Programme d'Éducation Thérapeutique du Patient - Grille d'aide à l'évaluation de la demande d'autorisation par l'ARS.

Auto-évaluation annuelle d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient, mars 2012.

Rapports

Pour une politique nationale d'Éducation Thérapeutique du Patient, présenté par Roselyne Bachelot-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, septembre 2008.

Dix recommandations pour le développement de programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient, Société française de santé publique, juin 2008.

Documents de l'INPES

Élaboration d'un référentiel de compétences en Éducation Thérapeutique du Patient, août 2011.

