

# MÉTHODOLOGIE

Dr Pierre BUTTET<sup>1</sup>  
INPES<sup>2</sup>

## LE CONCEPT D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ CENTRÉE SUR LE PATIENT\*

**Mots clés :** Éducation pour la santé – définition – action contenu – accompagnement

Aujourd'hui, les soignants se trouvent de plus en plus souvent confrontés à des patients qui ont des maladies chroniques, ou des conduites à risques (fumer, boire, vie sédentaire...), des difficultés sociales majeures... parfois combinées chez un même patient.

Ces situations sont souvent vécues difficilement par le soignant, qui se sent impuissant à convaincre, expliquer, faire peur, « responsabiliser » son patient à qui il demande un concours actif. De son côté, le patient, lui, peut ressentir qu'il n'est ni compris, ni même parfois entendu.

C'est bien qu'il y a nécessité pour les soignants aujourd'hui de découvrir d'autres manières d'écouter, d'observer, de raisonner en un mot, d'accompagner. C'est d'un accompagnement dont nous allons parler aujourd'hui : de l'accompagnement du patient que représente « l'éducation pour la santé centrée sur le patient ».

C'est même d'une « triple révolution »<sup>3</sup> dont nous allons parler en abordant l'éducation pour la santé des patients. Une révolution dans laquelle :

- « le patient n'est plus l'objet mais le sujet des soins qui lui sont délivrés
- l'objectif n'est plus de lutter contre les maladies mais de promouvoir la santé
- la démarche de prescription laisse la place à une démarche d'éducation ».

Je vous propose de parcourir ce concept d'éducation pour la santé en essayant de répondre aux 4 questions suivantes :

- 1) C'est quoi ?
- 2) Pourquoi en parle t on ?
- 3) Comment on fait ?
- 4) Et dans ma pratique ?

<sup>1</sup> pierre.buttet@inpes.sante.fr

<sup>2</sup> INPES, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2, rue Auguste Comte BP51 92174 Vanves cedex, France

<sup>3</sup> Sandrin Berthon B, *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Presses Universitaires de France, avril 2000

\* Communication lors des journées d'études ARSI, 30 janvier 2003

## 1) C'EST QUOI ?

Commençons par la première question : c'est quoi ? De quoi parle-t-on quand on parle d'« éducation pour la santé centrée sur le patient » ?

### DES DÉFINITIONS

D'abord d'« éducation ».

Pour définir l'éducation, rattachons nous à la double origine latine de ce mot : *educare*, *educere*. Double origine pour une double symbolique. *Educare* signifie « qui permet de nourrir, de maintenir en vie » (on pourrait presque parler d'élevage), tandis qu'*educere* signifie « conduire vers, diriger l'action ». C'est à cette deuxième définition que l'éducation pour la santé se rattache, à cette idée de « conduire vers ».

Maintenant, éducation pour la santé « centrée sur le patient ».

Puisque nous avons parcouru dans l'intervention précédente les représentations de la santé, venons en directement au « patient »<sup>4</sup>, du latin « *patiens* » : « celui qui supporte les défauts d'autrui et qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés »... ce qui, d'entrée, n'est pas sans souligner le rôle passif donné au patient, jusque dans sa définition, même si ce n'est qu'à partir du 16<sup>ème</sup> siècle que le mot désignera spécifiquement le malade par rapport au médecin.

Il existe 3 types d'activités<sup>5</sup> qui pourraient être regroupées dans la définition de « l'éducation pour la santé centrée sur le patient », en partant de la plus large définition vers la plus spécifique :

- 1) l'« éducation pour la santé du patient » concerne la maladie, mais aussi les comportements de santé, le mode de vie du patient (même non liés à la maladie). Elle est le rôle des soignants, mais aussi de tout « éducateur pour la santé ».
- 2) l'« éducation du patient à sa maladie », elle, s'intéresse à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et rechutes et aux comportements liés à l'existence de cette maladie, y compris l'impact possible sur des aspects non médicaux de la vie. Les

soignants sont concernés, mais aussi les groupes d'entraide, parfois intervenants fort utiles.

- 3) l'« éducation thérapeutique du patient » touche, quant à elle à la partie de l'éducation directement liée au traitement (curatif ou préventif), qui est bien sûr du rôle des soignants (là aussi les groupes d'entraide peuvent avoir un rôle). Cette partie de l'éducation pour la santé est celle qui est souvent identifiée par les soignants, en premier lieu, comme faisant partie de la fonction soignante et du traitement (adaptation des doses de médicaments, manipulation des seringues, inhalateurs...)

L'« éducation pour la santé centrée sur le patient » est bien un processus d'apprentissage centré sur le patient. Ce processus prend en compte l'adaptation du patient à sa maladie, ses besoins subjectifs et objectifs, sa vie quotidienne, son environnement, sa famille, son entourage proche, tout en étant intégré aux soins, adapté en permanence à l'évolution de la maladie, à son état de santé.

Si elle fait appel à des méthodes et des moyens variés d'apprentissage, l'éducation pour la santé n'en reste pas moins un processus structuré, qui doit inclure une évaluation (du processus et de ses effets), qui est réalisé par des soignants formés, et qui devrait pouvoir être proposé à tous les patients.

### DES FINALITÉS

Quelles sont les finalités de l'éducation pour la santé centrée sur le patient ?

Deux notions peuvent être présentées comme les finalités principales<sup>6</sup> :

- d'abord une notion d'autonomie. Cette notion d'autonomie a des limites, ne nous illusionnons pas sur un patient chronique complètement autonome, alors qu'il aura justement, régulièrement, besoin d'une assistance médicale. De la même façon, soyons mesurés lorsque nous parlons de proposer une vie « comme tout le monde », quand bien des soins nécessaires n'ont justement rien à voir avec « la vie de tout le monde ».

<sup>4</sup> Sandrin Berthon B, *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Presses Universitaires de France, avril 2000

<sup>5</sup> Deccache À *Quelles pratiques et compétences en éducation du patient*. Recommandations de l'OMS, la Santé de l'homme, n°341, mai juin 1999, p12-14

<sup>6</sup> D'Ivernois J.F., Gagnayre R., *Apprendre à éduquer le patient*. Éditions Vigot, 1995

## LE CONCEPT D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ CENTRÉE SUR LE PATIENT

- ensuite une notion de responsabilité: le patient est responsable de son état de santé, enfin il pourrait l'être, puisque, a contrario, il est considéré comme un « irresponsable » s'il conduit en état d'ivresse, s'il fume, surtout en présence d'enfants en bas âge, etc. Et pourtant, le patient chronique n'est pas « responsable » de sa maladie chronique, d'ailleurs bien souvent d'origine génétique ou liée à l'environnement. Si le patient peut être alors considéré comme « responsable », ce serait non pas de la maladie... mais de l'apparition des complications, ce qui reste largement discutable.

L'éducation pour la santé du patient tend vers un même but: que le patient soit en mesure de contribuer lui-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Ses objectifs, pour lui ou sa famille vont être<sup>7</sup>:

- d'avoir un rôle le plus actif possible, notamment dans son dialogue avec les soignants
- d'intégrer les contraintes d'une surveillance régulière de sa maladie éventuellement chronique
- de prendre en charge son traitement avec les professionnels
- de parvenir à changer certaines habitudes de vie, lorsqu'ils en perçoivent la nécessité
- d'utiliser les services de santé, les institutions pour améliorer leurs conditions de vie, en ayant recours à plusieurs familles de professionnels, dont les soignants.

Enfin, pour éviter d'éventuelles confusions, citons rapidement ce que l'éducation du patient n'est pas:

- ce n'est pas seulement une information sur la maladie. D'ailleurs, les soignants donnent souvent de l'information, et nous savons bien que celle-ci n'est pas forcément assimilée. Éduquer le patient est plus que simplement informer, c'est permettre au patient de s'autonomiser, à partir de l'information, de ce qu'il aura compris de l'explication du soignant.
- ce n'est pas obtenir des activités comportementales (même efficaces) si celles-ci ne sont pas intégrées par le malade, dans son système de compréhension de sa maladie.
- enfin, ce n'est pas un élément de plus dans la démarche thérapeutique.

### 2) POURQUOI EN PARLE-T-ON?

Pourquoi parle-t-on aujourd'hui d'éducation pour la santé du patient? Pourquoi êtes vous si nombreux à vous être déplacés pour cette rencontre? Pourquoi voit-on ce concept émerger dans les pratiques de soins?

Peut-être pour 3 types de raisons<sup>8</sup>.

- 1) Des raisons épidémiologiques. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques (en nombre et aussi en durée), la fréquence grandissante des comportements à risques favorisent l'émergence de l'éducation pour la santé.
- 2) Des raisons sociologiques. Depuis plusieurs années, de plus en plus de patients se regroupent en associations, réclament des comptes... Il s'agit parfois d'une remise en cause du pouvoir médical, des politiques de santé, mais avant tout d'une volonté d'être partie prenante dans les décisions les concernant.
- 3) Des raisons économiques. Il est prouvé que l'éducation pour la santé améliore la qualité de vie et réduit le coût de la prise en charge. Ainsi au cours du traitement de l'asthme, l'éducation du patient permet une diminution des visites en urgence, des hospitalisations (-80 %), des arrêts de travail, des coûts de traitement (50 %) <sup>9</sup>. De même au cours du traitement du diabète, elle permet de diminuer les épisodes d'hypoglycémies sévères (-80 %) et les amputations (-75 %).

Bien sûr, l'approche qui consiste à ne considérer que le ratio dépenses/ressources mises en œuvre et résultats obtenus en termes de santé est importante, mais les éléments de qualité de vie, d'amélioration du bien-être entrent dans une perspective qui n'est pas strictement financière<sup>10</sup>, amenant sûrement vers un choix « intéressant » de dépenses.

Plusieurs évolutions s'ajoutent à ces raisons:

<sup>7</sup> Sandrin Berthon B, L'éducation du patient au secours de la médecine. Presses Universitaires de France, avril 2000

<sup>8</sup> Sandrin Berthon B, L'éducation du patient au secours de la médecine. Presses Universitaires de France, avril 2000

<sup>9</sup> Deccache A, Lavendhomme E Information et éducation du patient, Bruxelles, Éditions de Boeck, 1989 (coll « savoirs et santé »)

<sup>10</sup> Polton D. Intérêts et limites d'une analyse économique de l'éducation pour la santé, « L'éducation pour la santé des patients, un enjeu pour le système de santé », Colloque européen Georges Pompidou Paris 10-11 juin 1999, Éditions CFES Juillet 2001

## UNE ÉVOLUTION DU PATIENT

On peut reprendre brièvement les types de relation soignant-patient à travers la description des 3 types de relations médecin-malade faite par Szasz et Hollander dès 1956<sup>11</sup> :

- a. activité-passivité : le médecin seul est actif, le patient est l'objet des soins comme par exemple en réanimation.
- b. direction-coopération : c'est le modèle traditionnel de maladies aiguës où le patient se laisse guider, sous réserve d'obtenir un soulagement rapide.
- c. participation mutuelle : dans ce cas, le patient doit prendre en charge son traitement et l'adapter aux différents événements de sa vie quotidienne. Cette démarche ne peut avoir lieu que si un partage des compétences et des responsabilités a lieu entre le patient et le soignant.

La démarche éducative, elle, implique que le patient opte, dans sa relation avec le soignant, pour une position de sujet. Et pourtant, certaines résistances à la participation mutuelle existent<sup>12</sup>.

Certaines de ces résistances viennent du patient. Sortir du schéma habituel qui confine à la passivité n'est pas toujours aisé, d'autant plus que la souffrance entraîne parfois des comportements régressifs. De même, s'emparer d'une expertise est parfois difficile, et pas seulement lorsque le pronostic vital peut être mis en jeu. Certaines de ces résistances peuvent venir des soignants. Quand on agit avec l'idée implicite de le faire pour le bien du malade, on ne raisonne pas toujours avec un patient sujet. De plus, pouvoir entendre la souffrance du patient s'avère toujours une tâche ardue pour le soignant, et pas seulement lorsque cette souffrance le renvoie à sa propre souffrance.

Le statut et les compétences du patient<sup>13</sup> ont évolué. Comme le soignant, le patient est un acteur du changement. Le consumérisme, comportement de consommation de produits, déborde sur celui de la consommation de services, et les services de santé sont souvent considérés comme un service. De plus, dans une

société où la libre détermination de l'individu vis-à-vis de son corps, de sa vie, et de sa mort se revendique, où les communications se multiplient, il est logique que le patient demande plus d'informations, plus de participation aux décisions, y compris dans le choix de traitements. Dans la relation soignant-soigné, un déplacement des notions de compliance vers celles de participation et d'activité du patient<sup>14</sup> survient. Pour que le patient participe à son traitement, le soignant va lui déléguer une part de son savoir et de ses compétences. L'éducation du patient peut se voir comme un aboutissement de ce changement de statut et de rôle du patient.

Je voudrais aussi aborder une autre prise en compte du patient, non seulement comme sujet singulier, mais aussi (comme en parle Philippe Lecorps) comme sujet désirant<sup>15</sup>, entretenant un rapport paradoxal avec sa propre santé.

D'abord avec une première évidence : le patient ne veut pas nécessairement son bien. Et ce n'est pas nouveau... « Je ne fais pas le bien que je voudrais, je fais le mal que je ne voudrais pas » (Saint Paul, Epître aux Romains).

Choisir le « mal » alors qu'on connaît le « bien » montre bien que la raison rationnelle (niveau logique) et raisonnable (niveau moral) n'est pas seule à l'origine de l'action du sujet humain (il y aurait d'ailleurs moins de fumeurs si tel était le cas...).

« Prendre au sérieux le patient comme sujet désirant, c'est reconnaître au sujet sa position d'auteur de sa vie »<sup>13</sup>. Pour le soignant, c'est abandonner la place de l'expert, encore une fois celui qui saurait ce qui est bien pour le patient et qui essaierait de l'y conduire.

## UNE ÉVOLUTION DU SOIGNANT

Historiquement, les soignants infirmiers ont probablement été les premiers à reconnaître officiellement la nécessité d'une dimension préventive et éducative dans la prise en charge du patient<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> Bury J.A. Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications, Éditions de Boeck-Wesmael, collection Savoirs et Santé, Bruxelles 1988

<sup>12</sup> Sandrin Berthon B, L'éducation du patient au secours de la médecine. Presses Universitaires de France, avril 2000

<sup>13</sup> D'Ivernois J.F. Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Éditions Vigot 1995

<sup>14</sup> Brody D.S. The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine*, 93, 1980

<sup>15</sup> Lecorps P. Le patient comme sujet, L'éducation pour la santé des patients, un enjeu pour le système de santé, Colloque européen Georges Pompidou Paris 10 et 11 juin 1999, éditions CFES, Juillet 2001.

<sup>16</sup> Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes, collection Savoirs et santé, De Boeck-Wesmael 1989

## LE CONCEPT D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ CENTRÉE SUR LE PATIENT

Dès la seconde partie du 19<sup>ème</sup> siècle, ils soulignent l'importance d'« éduquer » les familles à l'hygiène et aux soins de leurs malades<sup>17</sup>. En 1898, sur un plan médical, donner des « instructions » à un patient diabétique afin qu'il puisse mieux suivre son traitement était considéré comme un devoir, et le manque d'instruction comme un « abandon » du patient<sup>18</sup>. En 1918, une publication de la National League of Nursing stipule : « La formation habituelle se limite à l'étude des maladies, négligeant les facteurs préventifs et éducatifs, éléments essentiels de la santé publique... et du rôle social de l'hôpital ». En 1937, la même National League of Nursing reprend : « L'infirmier(e) est essentiellement un enseignant et un agent de santé, quel que soit le domaine où s'exerce son activité ».

Les théories évoluent aussi.

En 1964 de nouvelles théories apparaissent soulignant l'implication des paramédicaux et particulièrement des infirmiers dans l'éducation du patient : « le nursing est un processus éducatif<sup>19</sup> ».

En 1979, « le rôle du soignant est de fournir les soins, mais aussi de permettre au malade de se soigner » (Nursing Development Conférence Group<sup>20</sup>).

En 1980, le CEFSI (Comité d'Études sur la Formation en Soins Infirmiers, Québec) recommandait que « la pratique les soins infirmiers... se fasse selon un cadre conceptuel en nursing et que les outils de travail nécessaires soient développés afin de faciliter cette approche » et précisait « que les programmes de soins mettent l'accent, plus particulièrement, sur la prévention secondaire et tertiaire en milieu institutionnel ».

Enfin, en 1984 sont mises en évidence des similitudes entre soins infirmiers et éducation pour la santé<sup>17</sup>, impliquant ensemble une relation d'aide, relation qui vise l'autonomie du sujet.

L'implantation de ces théories va se faire plus rapidement dans les pays anglo-saxons que dans les pays européens<sup>21</sup>. Elle s'accompagne d'une évolution des notions de prévention et de promotion de la santé.

En 1976, la déclaration de l'OMS à Alma-Ata renforce l'idée de différents niveaux de prévention :

- une prévention primaire (où se situe l'éducation pour la santé) qui tente d'éviter qu'une population accumule des comportements à risque (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée...)
- une prévention secondaire qui, en présence du facteur de risque, cherche à retarder l'apparition de la maladie
- une prévention tertiaire qui, s'adressant à une population atteinte d'une maladie (où se situe l'éducation du patient), cherche à retarder l'apparition de complications.

De plus en 1986, la Charte d'Ottawa propose un modèle global de promotion de la santé.

Malgré ce cadre conceptuel, l'évolution reste<sup>22</sup> difficile pour les soignants. Inscrit dans une tradition orale, le soignant peut éprouver des difficultés à formaliser par écrit une telle démarche. De même, passer parfois d'une démarche centrée sur l'individu à une action collective (comme elle peut se pratiquer en éducation thérapeutique) requiert une compétence d'organisation qui n'a pas toujours été approfondie. De plus, il ne s'agit pas de se transformer en enseignant avec un patient « étudiant », mais bien en éducateur, qui va accompagner à chaque fois un patient différent, n'appartenant pas à un groupe homogène.

### 3) COMMENT FAIT-ON ?

Comment mettre en place une action d'éducation pour la santé ? Comment s'y prendre ? Par où commencer ?

### UNE MEILLEURE RELATION

L'éducation pour la santé du patient commence sûrement par une meilleure relation entre le soignant et le patient.

<sup>17</sup> Redman BK The process of Patient Education The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, Toronto, 1984

<sup>18</sup> Jowers LV, Medicolegal aspects of diabets. Journal of Legal Medicine, Vol 3, February 1975

<sup>19</sup> Lambertsen E.C. Nursing definition and philosophy precede nursing goal development. Modern Hospital, 103, September 1964

<sup>20</sup> Nursing Development Conference Group: Concept formalization in nursing. Little, Brown and co, 2nd ed ; Boston, 1979

<sup>21</sup> Lane D.S. Patient Education in the Community Hospital. Journal of Biocommunication, Vol 5, 1978

<sup>22</sup> Charte de la 1ère conférence internationale pour la promotion de la santé, OMS 11/1986, Ottawa.

Un patient atteint de maladie chronique prend en charge son traitement selon 3 facteurs<sup>23,24</sup> :

- 1) la phase d'acceptation de la maladie dans laquelle il se trouve: choc initial, dénégation, révolte, marchandage, tristesse, acceptation, impasse possible, résignation ou pseudo acceptation
- 2) son organisation de connaissances: ses conceptions de la santé, de la maladie, du traitement
- 3) et enfin ses croyances, y compris ses croyances relatives aux conséquences de la maladie et aux bienfaits du traitement

Le soignant cherchera à favoriser l'expression de ces facteurs, et cela ne peut bien sûr se faire que dans une relation de sujet à sujet. La relation entre le patient et le soignant est ainsi au service de la relation que le patient entretient avec sa santé<sup>25</sup>. La relation de sujet à sujet va ainsi être au service de la démarche éducative.

## CHERCHER À ACCOMPAGNER

Bien souvent, les soignants s'intéressent à l'éducation après avoir constaté que leurs conseils (ou leurs prescriptions...) sont mal suivis. Ils voudraient être plus convaincants, que leur patient leur obéisse mieux. Mais le but de la démarche éducative n'est pas de rendre le patient plus obéissant. Le but est de construire avec le patient de nouvelles réponses, originales, individuelles, acceptables par lui-même et par le soignant.

Bien sûr, on aura sûrement plus de chance d'être entendu en partant de ce que le patient ressent et du sens qu'il donne à sa maladie, à son traitement. Mais écouter et être entendus ne suffisent pas, il faut construire ensemble, donner du sens à la maladie, au traitement, les intégrer à la vie<sup>26</sup>.

Informé est évidemment indispensable mais le travail éducatif ne commence que lorsque soignant et patient traitent ensemble cette information, permettant ainsi sa compréhension et son appropriation. Cela n'est pas

toujours facile à mettre en application et nécessite des compétences méthodologiques. Ce sont ces compétences qui permettent d'intégrer la démarche éducative dans la démarche thérapeutique.

Enfin, la démarche éducative nécessite un environnement favorable, au quotidien. L'action éducative est formelle et bien sûr informelle: le cadre ne devrait pas contredire les intentions éducatives.

## 3 TYPES D'ACTION<sup>25</sup>

- 1) des actions de communication qui peuvent, par exemple, renforcer l'image d'un patient acteur, contribuer à changer le regard sur une maladie ou un médicament
- 2) des actions d'information qui peuvent accroître les connaissances du patient, du grand public sur les maladies, leur prévention, leurs traitements.
- 3) et enfin des actions éducatives de proximité, dans les différents lieux de soins, mais aussi en milieu scolaire, en entreprise...

## LE DIAGNOSTIC ÉDUCATIF<sup>27</sup>

L'étape préalable à l'action éducative, c'est de prendre en compte les besoins du patient, de comprendre ce que sa maladie représente pour lui, comment est organisée sa vie et quel sens il lui donne? Qui est la personne à laquelle je m'adresse pour l'éduquer? Comme nous l'évoquions plus tôt, de façon différente d'un programme d'enseignement qui accueille des groupes d'élèves relativement homogènes (âge, niveau scolaire, motivations) l'éducation du patient s'adresse à un public hétérogène, dont le seul point commun n'est parfois que la maladie elle-même.

En complément, on cherchera à évaluer ses ressources intellectuelles, son niveau scolaire, son aisance dans la langue, ses connaissances, en apprécier la stabilité<sup>28</sup>.

<sup>23</sup> Lacroix A. Approche psychologique de l'éducation du patient: obstacles liés aux patients et aux soignants, Bulletin de l'éducation du patient, vol, 15, n° 3, décembre 1996, p78-86

<sup>24</sup> Lacroix A. Assal J. – Ph. L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique, collection Éducation du patient. Éditions Vigot, 1998

<sup>25</sup> Sandrin Berthon B, L'éducation du patient au secours de la médecine. Presses Universitaires de France, avril 2000

<sup>26</sup> Sandrin Berthon B. Vers une éducation pour la santé intégrée à la démarche de soins, « La santé de l'Homme », n° 341, mai-juin 1999, p 6-7.

<sup>27</sup> D'Ivernois J.F. Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, Éditions Vigot 1995

<sup>28</sup> Gagnayre R. La rencontre pédagogique et le rôle des connaissances. L'éducation du patient au secours de la médecine. Presse Universitaires de France, avril 2000

### FORMULER DES OBJECTIFS

À partir de cette connaissance préalable pourra s'établir un contrat d'objectifs entre le soignant éducateur et le patient. Ce contrat d'objectifs listera les objectifs, indiquant, comme c'est le cas par exemple dans une démarche thérapeutique, les compétences que le patient cherchera à acquérir pour s'auto surveiller et s'auto traiter. Ces compétences détenues par le soignant vont alors être déléguées au patient, qui devient un co-soignant de sa maladie. Les objectifs d'apprentissage seront définis (plutôt négociés « à partir » du patient) pour acquérir les savoirs nécessaires à l'atteinte d'un but. Dans une logique d'apprentissage, l'acteur principal est la personne qui apprend : le but sera donc fixé par l'apprenant, ou par l'apprenant et le formateur, mais jamais par le formateur seul.

Ces objectifs peuvent être multiples et appartenir à différents domaines<sup>29</sup> : cognitif (compétences intellectuelles), sensori-moteur (gestes, techniques), psycho affectifs (attitudes). Il peut s'agir d'objectifs opérationnels (comportements observables mesurables), d'objectifs de sécurité (préparer le patient à surmonter des problèmes qui pourraient le mettre en danger dans sa vie quotidienne), d'objectifs spécifiques. Attention, les soignants pensent parfois très bien connaître les besoins des patients : il leur faudra veiller attentivement à ne pas substituer leur propre conviction du besoin de leur patient à ce qui est réellement exprimé par le patient, ses représentations, ses désirs.

À chaque fois, c'est après avoir déterminé les objectifs que pourront être définis le contenu de l'intervention éducative et la méthode qui devrait être utilisée.

### LE CONTENU

Il ne peut s'agir d'un simple transfert de connaissances. Transmettre des informations en termes de connaissance, cela ne veut pas dire qu'elles vont se transformer « magiquement » en comportements. Lorsque je parle d'alimentation avec un patient hypertendu, je « sais » quel serait le régime « idéal », et je sous entends que mon rôle de soignant serait de l'adapter à ce patient. Disons alors que cette pédagogie « différenciée »<sup>30</sup> va permettre de trouver un compromis entre

un « idéal » et ce qui est réalisable, aujourd'hui dans le contexte de ce patient.

Le contenu de l'intervention va s'attacher à une liste de compétences à acquérir, liste non exhaustive. Ces compétences se rattachent au savoir, au savoir faire, et au savoir être. En éducation du patient, il peut parfois paraître plus aisé de développer des compétences autour du savoir, des connaissances, ou du savoir faire (des gestes, des techniques) qu'autour du savoir être, pourtant essentiel (on le retrouve pour acquérir une capacité de décision, pour se positionner par rapport à l'institution par exemple).

Certains auteurs<sup>31</sup> ont listé un certain nombre de compétences qui font partie d'un programme d'éducation thérapeutique :

- 1) faire connaître ses besoins, déterminer des buts en collaboration avec les soignants, informer son entourage
- 2) comprendre, s'expliquer
- 3) repérer, analyser, mesurer
- 4) faire face, décider
- 5) résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention
- 6) pratiquer, faire
- 7) adapter, réajuster
- 8) utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits.

Ces compétences peuvent être déclinées en objectifs spécifiques.

### LES MÉTHODES

Les méthodes de l'éducation du patient cherchent à passer d'une logique d'enseignement (centrée sur le formateur) à une logique d'apprentissage (centrée sur l'apprenant). Il s'agira donc de méthodes moins démonstratives qu'interrogatives et participatives.

En veillant à ce qu'elles soient réalisables, les méthodes devront être imaginées à partir des objectifs retenus. Si l'objectif est que votre patient soit plus actif dans les décisions qui concernent son traitement, voire dans sa vie quotidienne, il serait dommage de ne retenir qu'une méthode dans laquelle son rôle va être totalement passif... Mieux vaudrait se rapprocher d'une méthode qui le place dans une situation proche de sa réalité.

<sup>29</sup> Bloom B.S. et al, Taxonomie des objectifs pédagogiques, I, Domaine cognitif, trad. M-Lavallée, Montréal, « Éducation nouvelle » 19699

<sup>30</sup> D'Ivernois J.F. Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, Éditions Vigot 1995

<sup>31</sup> D'Ivernois J. F, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique ADSP, n° 36, septembre 2001, p11-13.

Les méthodes retenues<sup>32</sup> seront aussi fonction du public avec lequel on travaille. S'il s'agit d'enfants, pourquoi ne pas envisager le jeu, des contes ou des marionnettes? Avec un adolescent, mieux vaut souvent éviter une méthode scolaire et s'orienter vers une vidéo, du théâtre, etc. Travailler avec des adultes peut être fait en petits groupes, en privilégiant les expériences personnelles, par exemple. Avec un patient plus âgé, parfois plus dépendant de l'éducateur, il peut être important au contraire de s'attacher à garder un temps de rencontre interindividuelle.

Dans tous les cas, il faut rappeler que c'est la motivation qui déclenche l'attention, permet la mémorisation, et qu'il faut s'ajuster à des rythmes d'apprentissage qui sont personnels.

Dans tous les cas aussi, n'oublions pas de restreindre la masse des connaissances (après 45 minutes, seule la moitié de notre capacité de mémorisation subsiste...) à l'essentiel, à ne pas hésiter à utiliser des métaphores, des explicitations.

Ceci souligne l'importance d'une méthode participative où le patient actif s'implique, et va ancrer la connaissance nouvelle dans ses propres connaissances. Aborder de multiples exemples d'un même problème (c'est ce qui va se passer lors d'une table ronde sur l'hypoglycémie, par exemple) va aider le patient à apprendre dans son contexte. C'est difficile pour le patient, parce qu'il s'agit non seulement d'apprendre sur une pathologie, mais surtout d'apprendre à vivre avec, d'apprendre sa vie, de « s'apprendre soi », ce qui est bien plus complexe.

Les méthodes utilisées font varier la place du soignant éducateur.

Le soignant doit avoir un rôle de médiateur, c'est-à-dire comme le dit Philippe Lecorps, se positionner comme tiers médian entre le patient et sa maladie. Lors d'une maladie chronique, justement parce qu'il y a chronicité, le programme d'éducation devra se faire dans la durée, et le soignant va s'inscrire dans cette durée, en proposant un recyclage, une lettre d'information, etc. Souvent, cette éducation donnera lieu à des séances collectives, pour lesquelles le soignant devra mettre en œuvre ses propres compétences d'animation de groupe. Parfois, cette éducation sera « multi professionnelle », rassemblant différentes professions (médecin infirmière, infirmière diététicien, etc.), différentes disci-

plines, qui peuvent travailler autour d'un dossier commun, un dossier d'éducation.

## L'ÉVALUATION

Je n'aborderai que brièvement l'évaluation. Au-delà de l'évaluation pédagogique, biomédicale, psychosociologique, je voudrais, simplement, ne m'intéresser qu'au point de vue du patient. Si je suis le patient, quels moyens d'évaluation me donne-t-on, quels moyens ai-je pour évaluer ce que je fais, si je le fais mieux, une fois rentré chez moi, en « situation » réelle? Là encore, dans le processus, je souhaitais rappeler que l'évaluation aussi peut être centrée sur le patient et garder cette orientation pédagogique.

## 4) ET DANS MA PRATIQUE?

L'éducation pour la santé peut vous paraître aujourd'hui une aventure bien difficile à mettre en application. Je ne le crois pas. Mais je voudrais insister sur les compétences qu'elle requiert de la part du soignant, et qui sont apparues en filigrane de cette intervention. Des compétences méthodologiques d'abord : nous avons pu effleurer les méthodes et les déroulés possibles d'un projet d'éducation du patient. Des compétences psycho-pédagogiques sûrement, partout présentes, partout nécessaires. Souligner le pré requis de ces compétences, c'est insister sur le fait que bon sens et désir de bien faire ne peuvent être suffisants, et ne peuvent faire du soignant un éducateur « inné », sans une démarche de formation.

Mais si c'est une aventure difficile, c'est aussi une aventure passionnante, parce que c'est une aventure humaine, qui nous engage avec l'autre dans une relation d'équivalence, en permanence dans une recherche de sens. Quel intérêt voit l'autre, quel plaisir peut-il trouver, comment intégrer ses projets personnels, son avenir, quelle histoire vécue cela recoupe-t-il... autant d'images qui constituent le paysage de l'autre, un paysage qui change. Ce paysage qui change, c'est aussi du chemin parcouru, pour l'autre, mais aussi pour nous-mêmes, soignants, et cela devient alors un changement de notre propre paysage de vie.

<sup>32</sup> D'Ivernois J F. Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Éditions Vigot 1995