

SOMMAIRE

Partage d'expériences soignantes	1
La voix des patients	5
La Recherche commentée	7
Le saviez-vous ?	9
Agenda	11

Editorial

Comment motiver les patients à se soigner ?

C'est la question que se posent de nombreux soignants dans leur pratique quotidienne.

Se poser la question c'est important, mais trouver des réponses, ce n'est pas à la portée de tous.

En effet, cela demande des compétences tant dans le domaine de la communication que dans celui de la formation. Cela demande aussi d'instaurer une stratégie relationnelle particulière dans le suivi thérapeutique.

Les compétences à développer par le patient souffrant d'une pathologie chronique sont énormes. Pour devenir compétent dans la gestion de la prise en charge de sa maladie, le patient doit bénéficier d'un modèle d'éducation fondé sur l'approche systémique, et l'éducation thérapeutique doit aboutir à des compétences objectives chez l'apprenant.

Vous trouverez, dans ce deuxième numéro du Bulletin d'Education Thérapeutique de l'AP-HP, certains éléments de réponse pour réussir à motiver les patients à se soigner. J'espère que ces pistes de réflexion vous conduiront à aller toujours plus loin dans votre pratique en éducation thérapeutique car le rôle pédagogique des soignants est au centre de cette activité de soins.

**Geneviève Ladegaillerie**

Cadre expert en soins

Direction des soins

et activités paramédicales
(DSAP) AP-HP**Geneviève Ladegaillerie**

Comment transmettre l'expérience de l'ETP aux étudiants en soins infirmiers ?

Le service de réadaptation cardiaque du Docteur Iliou à l'hôpital Corentin-Celton assure la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient pendant 15 à 20 jours après un événement cardiaque aigu (chirurgie, infarctus...). Initiée depuis 2000, l'éducation thérapeutique (ETP) du patient fait l'objet d'un programme validé depuis 2010 par l'agence régionale de santé. Ce programme implique l'équipe pluridisciplinaire (diététicienne, infirmières, médecins, kinésithérapeutes et psychologue) qui anime des séances collectives quotidiennes. Nous sommes deux infirmières formées dans ce domaine. Nous rencontrons chaque patient en entretiens individuels, élaborons le diagnostic éducatif et la négociation d'objectifs personnalisés. Nous accueillons des stagiaires en soins infirmiers. L'ETP s'inscrit dans le parcours de stage.

Un « coaching » personnalisé de l'étudiant

Le nouveau référentiel d'études en soin infirmier implique l'étudiant dans l'ETP. Il s'agit de développer la compétence 5 : « initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ».

A la fin du stage l'étudiant est évalué sur la pertinence de la séquence éducative, la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs et la démarche de la promotion de la santé. L'acquisition de cette compétence provoque une réflexion sur l'intégration du soin ETP au sein du stage. Seul un accompagnement personnalisé du stagiaire pourra répondre à ces préoccupations.

Pendant une semaine, l'étudiant vit au rythme de la prise en charge éducative du patient. Il nous accompagne pour les entretiens et participe aux ateliers collectifs.

Un entretien motivationnel peut être réalisé avec certains patients pour la prise en charge d'addictions ou de renforcement de la motivation à l'observance dans les maladies chroniques cardiovasculaires.

L'expérience du terrain

Pour l'étudiant, il s'agit de découvrir les concepts de l'ETP en pratique. Il profite de l'expérience d'un programme validé pour obtenir un résultat concret en fin de stage. Ses objectifs doivent être réalisables. Nous lui fixons des échéances d'apprentissage respectant sa progression pour développer une attitude soignante appropriée. L'étudiant doit apprendre les mécanismes qui relient la théorie à la pratique pour permettre la validation de cette compétence 5.

Prenons l'exemple d'une étudiante en fin de deuxième année. Après avoir réalisé 15 jours de son stage en hospitalisation, elle intègre notre unité d'ETP pour une semaine. Son objectif est d'animer une séance collective sur les anticoagulants. Ses connaissances sur les traitements sont validées. Nous lui offrons de co-animer cet atelier. Que ce passe-t-il ? L'étudiant se trouve en difficulté pour gérer le groupe. La pratique de l'ETP ne s'improvise pas. Notre rôle de tuteur prend toute sa dimension. L'ETP n'est pas un soin technique (comme un prélèvement sanguin). Il faut connaître le contexte de la maladie mais aussi appréhender les techniques et les outils d'ETP.

Un outil adapté à l'encadrement en ETP

Parallèlement, l'équipe a conçu un quiz de connaissances qui est proposé en début de stage à l'étudiant. Il concerne l'ensemble des connaissances à acquérir : les facteurs de risques cardiovasculaires, l'anatomie et la physiologie du cœur... et la définition de l'ETP, les 4 étapes de la démarche d'ETP (voir tableaux 1 et 2). Cet outil sert de base de travail pour l'étudiant, l'oblige à se documenter et à réfléchir, relève ses qualités, ses lacunes et cerne ses objectifs de stage. Une évaluation initiale et finale (et/ou intermédiaire) est réalisée. Cet outil sert de base pour la validation de la compétence 5 sur la feuille de stage, mais peut être inséré dans le « portfolio » à l'usage de l'étudiant. Ce partenariat permet à l'étudiant de mieux s'impliquer dans les situations théoriques, pratiques et méthodologiques. La personnalité de l'étudiant, son engagement, son aptitude à l'empathie sont déterminants.

De nouvelles attitudes à développer

Aujourd'hui la promotion de la santé fait partie du rôle propre de chaque infirmier.

Partage d'expériences soignantes

Tableau 2 : Education thérapeutique - Evaluation des objectifs de stage réadaptation cardiaque

Nom de l'étudiant infirmier :			
Date du stage :			
Compétences à acquérir	T1	T2	T3
C1 – Définition de l'éducation thérapeutique L'ETP permet aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. C'est un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient.			
C2 – Nommer les 4 étapes de l'ETP 1- Entretien motivationnel 2- Diagnostic éducatif et objectifs 3- Acquisition de compétences 4- Evaluation et réajustement			
C3 – Entretien individuel : connaître le patient Qui est-il ? Que fait-il ? Connaissances de la maladie chronique, de ses facteurs de risques, des médicaments, stades comportementaux, ses difficultés, ses projets, etc. Négociation d'objectifs éducatifs personnalisés, réalisables et mesurables (entretien motivationnel) en tenant compte des potentialités, de son âge, etc.			
C4 – Acquisition de compétences par le patient Participation au programme collectif Education individuelle			
C5 – Evaluation des compétences acquises par le patient et réajustement			
Curiosité de l'étudiant pour : Connaître le dossier d'ETP Mener un entretien Participer à la synthèse des informations recueillies en équipe pour la formulation du diagnostic éducatif avec le patient et son entourage			
Connaissances ETP : identifier les moyens pédagogiques les mieux adaptés aux compétences à atteindre Evaluer les compétences acquises (cognitives, gestuelles, comportementales) Evaluer les changements intervenus chez les patients en lien avec l'ETP			
Approche relationnelle : attitudes soignantes, communication de façon empathique			
Connaître le rôle des soignants en ETP au sein de l'équipe pluridisciplinaire			

T1 : arrivée T2 : mi-stage T3 : fin de stage
 A : acquis EA : en cours d'acquisition NA : non acquis
 IDE validant la prise en charge :

Source : Hôpitaux universitaires de Paris Ouest, service de réadaptation cardiaque, janvier 2012

D'une notion de quantité de vie à une vision de qualité de vie

La maladie chronique fait partie de ma vie depuis près de trente ans. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et le Virus de l'Hépatite C (VHC) sont des colocataires qui ont fait basculer ma vie, occasionnant plusieurs ruptures biographiques, perte de proches, perte d'emploi, perte de l'identité originelle, que j'ai vécues tant bien que mal. Je suis passé d'une notion de quantité de vie à une vision de qualité de vie, tout en m'accommodant du vivre avec. Sur ces nouvelles situations qui déterminaient de manière parfois violente l'orientation de ma vie, il m'a fallu construire du sens, souvent dans la solitude.

Dès les premiers instants, j'ai pensé que j'avais quelque chose en plus que les autres n'avaient pas, qui me permettait une expérience unique de la vie. J'en ai fait un atout et les détours de ma trajectoire ont fait que j'ai atterri dans une association qui oeuvrait, à l'époque, dans une logique de promotion de la santé. L'éducation à la santé, la santé communautaire et la recherche de solutions à travers les savoirs expérimentiels de ceux qui étaient concernés par la maladie, faisaient partie du quotidien de l'activité associative. Cette activité m'a été révélatrice que les apprentissages quotidiens ne sont jamais anodins. C'est au moment de la parution des textes sur l'ETP que j'ai décidé de m'y investir de manière à légitimer mes acquis et de mettre à profit mon expérience dans les sciences de l'éducation et l'accompagnement des personnes malades.

Le fait d'étudier avec des professionnels de santé m'a permis d'exister en tant que personne unique, forte de son expérience et fière d'être ce qu'elle est. Après un temps de régulation où chacun essaye de trouver sa place et d'endosser le costume d'étudiant, j'ai énormément appris au contact de personnes qui n'étaient plus dans leur posture de soignant, permettant des échanges basés sur la réflexion et la confrontation des points de vue dans un esprit de compréhension de l'autre.

Enfin reconnu comme un être humain et non plus identifié par une pathologie !

Mon long passé associatif m'a certainement aidé à me distancier de ces considérations réductrices. Certains sont devenus des amis et des collègues, qui me reconnaissent pour ma valeur intrinsèque et que je reconnais pour leurs qualités. Une expérience unique, de l'ordre du privilège, j'y ai appris à respecter les contextes dans lesquels les professionnels de santé travaillent au profit du soin des personnes malades et j'y ai trouvé l'espace de parole nécessaire à l'expression du travail quotidien des personnes malades, c'est-à-dire : se maintenir en vie.

Mais quel rôle pour un non-professionnel de santé diplômé dans le monde du soin à l'heure actuelle ? Comment considérer le travail exercé dans les services par ceux qu'on est censé soigner ? Quels biais entre savoirs expérimentiels et déclinaisons des bonnes pratiques ?

Je suis actuellement en poursuite d'études, sur un doctorat en sciences de l'éducation, résultat des approches sur la recherche entamées à l'Université. J'ai mis en place avec l'association un programme d'éducation thérapeutique dans une maison d'arrêt, je suis également formateur en éducation thérapeutique auprès de personnels soignants, de membres d'association et je suis consultant en ETP auprès d'institutions diverses. Je me suis investi en qualité de chargé de mission dans le programme pilote « Université des Patients » aux côtés de Catherine Tourrette-Turgis afin de contribuer au développement du projet.

Pour terminer, même si les moments de doutes, de souffrances et de désillusions ont jalonné mon parcours de personne malade, j'en récolte actuellement les fruits qui me permettent une intégration et une reconnaissance sociale, pour ce que je suis et non pour ce qui m'affecte.

Je suis donc un malade en bonne santé !

Jean-François

Léger

Chargé de missions
à l'Université des
Patients, Paris VI,
Université Pierre et
Marie Curie



Mon engagement dans l'ETP

J'ai découvert l'ETP en suivant un programme proposé par l'établissement de santé qui me suit.

J'y ai vu la possibilité de rassembler les éléments épars du vaste puzzle de la maladie chronique, détenus par chacun des différents acteurs impliqués. Être malade chronique, c'est accumuler une formidable expérience sur sa maladie qui jusqu'à ce jour était peu prise en compte.

La prise de conscience de mes limites, mon attitude vis-à-vis de la maladie, de la douleur, de la fatigue et des traitements, la transformation des rapports professionnels, familiaux qu'elle implique sont des expériences intimes. Elles n'en sont pas moins utiles pour les soignants et d'autres malades confrontés aux mêmes problèmes. L'ETP organise la possibilité de prendre conscience et de partager, en qualité d'intervenant, ce capital de connaissances avec les soignants et avec les autres malades qui apportent leurs propres connaissances dans le débat.

Mon passé professionnel et associatif a joué un rôle important dans mon engagement dans l'ETP car sa pratique implique le goût du contact et de l'échange.

Une formation constitue un plus pour être pleinement reconnu par le corps médical en qualité de patient expert mais de telles formations sont encore trop rares.

J'ai suivi pour apprendre à utiliser et communiquer mon expérience au service des autres le DU de Catherine Tourette-Turgis (UPMC Paris VI) qui a créé l'Université des patients avec une forte volonté de faire participer les patients experts avec les soignants à l'ETP.

La formation n'est pas un exercice facile non pas tant pour le contenu des enseignements que par la « révolution » (le tour sur soi-même) à faire dans la démarche pédagogique et de rapport à l'autre. Il est aussi difficile pour les patients que pour les soignants ! Chacun doit sortir de son rôle traditionnel pour mieux écouter l'autre.

Il n'est pas simple d'abandonner son pyjama de malade ou sa blouse blanche de soignant alors que la formation pousse à le faire.

Les frais de scolarité, le coût de la formation, la recherche de filières passent aujourd'hui par les associations ou relèvent en solo du futur patient expert. Il y a certainement une réflexion à mener pour une meilleure implication des hôpitaux qui sont ensuite les bénéficiaires de cet effort de formation.

Depuis septembre 2012, je fais activement partie de 3 équipes d'ETP (Bichat, Cochin et Saint-Antoine) et je participe à 5 programmes dans leurs services de rhumatologie. J'y ai développé, dans une démarche de co-construction, plusieurs ateliers, notamment sur la prise de conscience et la gestion de la fatigue ainsi que sur le réveil du corps le matin. Dans ces programmes **je me considère comme un passeur entre le monde des soignants et celui des patients**. Ne pas basculer d'un côté ou d'un autre est un exercice d'équilibriste que facilite l'attitude compréhensive des patients et des soignants. Il appartient au patient expert de se présenter sans ambiguïté à chacun de ces deux groupes.

Cependant, trouver une équipe d'ETP qui souhaite accueillir un patient expert est assez compliqué et prend la forme d'une véritable recherche d'emploi.

Cette expérience riche que je vis m'incite à conseiller aux malades chroniques qui souhaiteraient se former à l'ETP, de ne pas hésiter à le faire mais à bien peser certains éléments avant de prendre leur décision : ont-ils le temps et les moyens financiers d'investir dans cette formation ? Comment l'insèrent-il dans un projet qui les amènera à participer activement à des programmes ? Ont-ils la capacité physique de suivre sur la durée les cours et d'animer les ateliers ? Sont-ils prêts à travailler en équipe avec et sous la supervision des soignants ? Les responsables pédagogiques ont de leur côté à s'interroger sur la plus grande place à donner à la parole des patients.

Patrick Helle
Patient expert
Praticien en ETP



Intérêt de l'entretien motivationnel chez les patients diabétiques de type 2

Effets de l'entretien motivationnel sur l'autogestion par le patient de sa maladie, l'équilibre psychologique et glycémique dans le diabète de type 2 : une étude contrôlée randomisée.

S. M. Chen et al./ International Journal of Nursing studies 49 (2012) 637-644.

Résumé

Méthode : Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée réalisée dans un établissement hospitalier universitaire à Taiwan avec comme objectif de démontrer que les patients diabétiques de type II bénéficiant d'un entretien motivationnel (EM) ajouté à leur prise en charge habituelle pouvaient améliorer leur autogestion de la maladie, leur équilibre glycémique et leur état psychologique.

L'étude prévoyait d'inclure 250 patients randomisés soit dans le groupe « entretien motivationnel » soit dans le groupe « contrôle » (prise en charge habituelle uniquement). L'EM avait lieu à l'inclusion dans l'étude et les patients ont été suivis 3 mois ensuite.

Résultats : Le taux de participation dans le groupe « entretien motivationnel » a été de 83% (104 patients suivis).

Après 3 mois de suivi, le groupe bénéficiant d'un EM a amélioré de manière statistiquement significative sa propre autogestion de la maladie et son auto-efficacité, sa qualité de vie et son taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c).

En revanche, l'entretien motivationnel n'a eu aucun effet sur les scores de dépression d'anxiété et de stress.

Conclusion : les auteurs ont conclu que l'intérêt de l'EM mis en évidence dans cette étude justifiait la mise en place de nouvelles pratiques de prise en charge des patients diabétiques de type 2.

L'œil de l'expert ETP

Felicity Kelliher

Infirmière cadre de santé.

Chargée de mission, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (Afdet)



Cet article présente beaucoup d'intérêt pour les praticiens de l'ETP. Le groupe de patients ayant accès à l'EM a continué de suivre les mêmes activités éducatives (activités collectives) que le groupe contrôle.

L'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur l'interlocuteur et basée sur les principes d'écoute active. Il guide et accompagne le patient vers un changement de comportement en l'aidant à explorer son ambivalence et en favorisant l'émergence d'un discours porté sur le changement. Les auteurs ont trouvé que l'approche motivationnelle permet de combler le fossé entre le refus de changer de comportement et le passage à l'autogestion par le patient. Cependant, la dépression, l'anxiété ou le stress n'ont pas diminué avec l'entretien motivationnel. Celui-ci ne remplace donc pas les activités qui permettent aux patients de parler, plus largement, de leur vie avec la maladie.

L'autogestion, telle qu'elle est considérée ici, ne se limite pas à l'adhésion au traitement ni à la maîtrise des gestes thérapeutiques : elle implique une attitude créative et d'adaptation permanente de la part du patient. Elle est aussi tributaire de la motivation et de la confiance en soi du patient. Deux échelles validées ont été utilisées dans cette étude : l'une mesure l'autogestion (*Diabetes Self Management Instrument*), la seconde évalue l'auto-efficacité (*Diabetes Management Self Efficacy Scale*). Elles ont fourni des résultats pertinents pour évaluer la progression des patients.

Cette étude randomisée s'inscrit dans le domaine de la recherche évaluative : elle apporte les preuves qu'une bonne pratique d'ETP produit des résultats satisfaisants, tant en termes cliniques, que de qualité de vie et d'autogestion.

La recherche commentée

Lors de l'évaluation quadriennale, faut-il alors utiliser l'énergie des équipes à essayer de fournir de nouvelles preuves ? Ne serait-il pas plus pertinent d'utiliser ce dispositif d'évaluation pour apprécier puis améliorer la qualité de l'ETP mise en œuvre ? Il serait par exemple intéressant d'analyser les entretiens menés avec les patients et de vérifier l'aptitude des soignants à utiliser une approche vraiment centrée sur la personne et à pratiquer une écoute active.

L'œil du méthodologiste ETP

Fabrice Carrat

Epidémiologiste
Hôpital Saint-
Antoine



Il s'agit d'un essai randomisé, type d'étude qui garantit le meilleur niveau de preuve pour la détermination de l'efficacité de l'EM. Deux groupes de 125 patients sont définis par tirage au sort, et évalués après 3 mois de suivi sur un paramètre objectif de contrôle du diabète, l'HbA1C. La comparaison porte sur la baisse de l'HbA1C chez 104 patients du groupe « entretien » et 110 patients du groupe « contrôle ».

Analyse en intention de traiter (ITT) ?

Ce principe prévoit que tous les patients randomisés sont analysés « tel qu'on prévoyait de les traiter », c'est-à-dire dans le groupe dans lequel ils ont été affectés.

D'une part l'ITT permet de préserver le bénéfice de la randomisation, d'autre part elle tient compte de la compliance au programme et des déviations au protocole, et ainsi, permet d'avoir une mesure de l'efficacité de l'intervention plus proche de celle attendue en situation d'utilisation réelle. C'est aujourd'hui la stratégie d'analyse recommandée. L'analyse en ITT implique en particulier de ne pas exclure de l'analyse statistique les patients perdus de vue, et plus généralement, ceux dont le critère de jugement n'a pu être observé quelle qu'en soit la raison.

En contrepartie, il est nécessaire d'imputer le critère manquant chez ces sujets. Les règles les plus couramment admises sont dans ce cas de considérer en « échec » les patients perdus de vue ou de prendre pour un critère continu (tel que l'HbA1C), la dernière mesure observée.

Dans l'étude de Chen et coll, 21 patients du groupe « entretien » et 15 du groupe « contrôle » ne sont pas inclus dans les analyses de l'efficacité. Il ne s'agit donc pas d'une analyse en ITT, ce qui constitue une limite certaine de l'étude. Sur les 104 patients du groupe « entretien » qui ont été suivis, la baisse de l'HbA1C est significative, de 0,8%. En imputant en échec (soit une baisse nulle) les patients perdus de vue, la baisse moyenne de l'HbA1C sur les 125 patients serait de 0,67% - une valeur sûrement plus proche de la réalité.

Les auteurs avaient prévu une méthode d'analyse qui suppose que l'effet de l'intervention en termes de baisse de l'HbA1C soit le même quel que soit le niveau de base de l'HbA1C – en termes statistiques, ceci revient à l'hypothèse d'absence d'interaction entre intervention et réponse. Cela n'est pas le cas, et il est montré que la baisse de l'HbA1C est d'autant plus importante que l'HbA1C était élevée au départ. L'analyse a été modifiée en conséquence et permet de conclure à l'efficacité de l'intervention.

Les résultats de cet essai incitent donc à promouvoir l'EM à une population sélectionnée comme ayant un diabète peu contrôlé, c'est-à-dire avec HbA1C élevée, puisque l'efficacité sera plus élevée chez ces sujets.

Ces résultats rappellent aussi à quel point il est important de bien définir la population « cible » d'une intervention – et nombreux sont les programmes d'ETP à ne pas avoir démontré d'efficacité clinique parce que la population sélectionnée n'avait pas été correctement choisie. Mais le phénomène observé de bénéfice plus important chez les patients les plus sévères, peut aussi partiellement résulter d'un autre phénomène statistique appelé « régression vers la moyenne » et qui implique que lorsque les premières mesures d'une variable sont « extrêmes », les mesures suivantes ont le plus de chance d'être « proches de la moyenne », même sans intervention. Autrement dit, on s'attendait à trouver une baisse chez les sujets à HbA1C élevée et respectivement une élévation chez les sujets à HbA1C faible. D'où l'intérêt d'un groupe contrôle ! car seule la comparaison avec ce groupe soumis aux mêmes effets de régression vers la moyenne permet d'étayer l'efficacité de l'EM...

L'ETP : cadre réglementaire et référentiels de compétences

Aujourd'hui, la France est semble-t-il, le seul pays au monde à avoir formalisé juridiquement aussi clairement l'ETP au niveau législatif et avoir défini réglementairement les compétences pour sa pratique. D'une part, en juillet 2009, l'article 84 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » inscrivaient au code de la Santé Publique l'ETP avec pour objectif de « rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » et d'autre part, la publication du décret n°2010-906 et de l'arrêté du 2 août 2010 relatifs aux compétences requises pour dispenser l'ETP s'appuyait sur les compétences définies par les recommandations de l'OMS. Cependant, ces recommandations élaborées à partir d'un consensus d'experts ne reposent pas sur les pratiques de terrain des acteurs alors qu'elles sont essentielles pour développer des référentiels pragmatiques. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) déjà investi de longue date sur la définition des compétences en ETP a été sollicité par la Direction générale de l'offre de Soins (DGOS) pour élaborer ce référentiel.

Un référentiel de compétences en ETP : pourquoi faire et comment le faire ?

Le plus souvent, référentiel implique métier car, en effet, les processus de formation initiale connus articulent en général trois référentiels : le référentiel métier (métier, missions, conditions de diplôme...), le référentiel de compétences (fonctions/situations et leur finalités, activités, compétences, ressources...) et le référentiel de formation (objectifs de formation, contenus pédagogiques...). Or, en France, l'ETP ne renvoie pas à un métier mais à des compétences partagées par une pluralité d'acteurs : des professionnels médicaux, paramédicaux, mais aussi des patients. Pour appréhender les compétences de ces acteurs, il faut analyser leurs pratiques pour identifier les situations caractéristiques de l'ETP et les activités liées à ces situations et ainsi les compétences mobilisées.

En effet, comme le soulignent Jonnaert et al., (1)

la compétence permet de mettre en synergie des ressources multiples (par exemple des savoirs, des habiletés...) dans une situation professionnelle. En conséquence, la question posée est de savoir comment identifier ces situations, activités et compétences ?

Pour répondre à cette question, l'Inpes en collaboration avec la DGOS a constitué un groupe de travail composé d'experts internationaux du champ de l'ETP mais aussi de professionnels et de patients. Ce groupe a supervisé le travail d'enquête de terrain mené auprès d'une centaine d'acteurs sur 63 lieux en France (hôpital, maison de santé, cabinets libéraux...) et 15 autres lieux dans 5 pays d'Europe. Les éléments recueillis ont démontré qu'un seul référentiel ne pouvait couvrir l'ensemble des situations d'ETP. C'est pourquoi, trois référentiels, ont été proposés : le référentiel pour dispenser l'ETP, le référentiel pour la coordination d'une démarche d'ETP et le référentiel pour la conception, le pilotage et la promotion des politiques et programmes d'ETP. Un prototype a été ainsi élaboré par le groupe de travail et a été soumis aux acteurs du champ concernés pour une large concertation (administrations nationales et régionales, associations nationales, organismes professionnels, organismes en lien avec la formation). Il a également été partagé avec le grand public via une mise en ligne sur le site de l'Inpes. Des ateliers de concertation se sont également déroulés avec le même objectif. A partir de ces référentiels, un décret et un arrêté ont été élaborés et publiés le 31 mai 2013 dans le but d'actualiser les textes du 2 août 2010 concernant les compétences requises pour les personnes qui dispensent l'ETP. Le décret définit en outre les compétences requises pour coordonner cette ETP et l'arrêté formalise de façon détaillée le référentiel pour dispenser et coordonner l'ETP.

La ministre des affaires sociales et de la santé est particulièrement attentive à la nécessité de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé aux compétences qui visent à concevoir, animer ou coordonner des programmes d'ETP.

Les compétences en ETP : quelles idées principales ?

Les compétences présentées dans les textes réglementaires sont formulées de manière générale parce qu'elles s'appliquent à des situations très différentes.

1. Jonnaert P, Barrette J, Boufrahi S, Masciotra D. Contribution critique au développement des programmes d'études: compétences, constructivisme et interdisciplinarité. Revue des Sciences de l'éducation. 2004;30(3)

Le saviez-vous ?

Cependant, elles apparaissent classées dans trois domaines :

1. Les compétences techniques
2. Les compétences relationnelles et pédagogiques
3. Les compétences organisationnelles

Pour illustrer chacun de ces domaines sont décrites notamment et respectivement :

- Les compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales :
 1. Orienter les patients vers des sources fiables d'information
 2. Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement
 3. Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités
- Les compétences liées à l'échange et l'argumentation :
 1. Echanger et informer
 2. S'accorder et convenir de l'action à mener
 3. Construire des partenariats
- Les compétences liées à l'organisation et la coordination :
 1. Planifier les actions liées à l'ETP
 2. Coordonner les acteurs
 3. Conduire un projet

Les référentiels de compétences complètent et précisent ce cadre réglementaire. Ils déclinent les situations, les activités et leur but ainsi que les compétences en les illustrant d'exemples concrets issus des enquêtes de terrain. Figurent également dans ce document, un tableau synthétique des compétences pour les trois fonctions ainsi qu'une liste, à titre indicatif, des ressources nécessaires et des facteurs de contexte à prendre en compte pour agir. Un glossaire est annexé à la fin du document. Ils sont disponibles sur le site de l'Inpes :

<http://www.inpes.sante.fr/FormationsEpS/index.asp>

Conclusion

Les référentiels de compétences en ETP proposés offrent un cadre de référence. Ils donnent des repères et visent à répondre aux attentes de multiples interlocuteurs. Leurs usages peuvent en être très variés notamment :

- Dans le cadre d'une utilisation individuelle, ils aident à repérer les compétences déjà détenues et à apprécier celles qui seraient à acquérir ou à développer et, le cas échéant, à mettre en place une validation des acquis de l'expérience.

- Dans le cadre d'une réflexion sur la formation, ils aident à repérer des situations formatrices et à construire des situations d'apprentissage nouvelles et variées. Ils servent de base pour formaliser la formation initiale et continue des acteurs dans une logique d'approche par compétences. Ils sont un support pour envisager la formation dans une dynamique interprofessionnelle et dépasser le cloisonnement des métiers, des organisations et des systèmes de formation.

Jusqu'alors, l'ETP s'est largement développée grâce aux initiatives d'acteurs de terrains. Malgré l'émergence progressive d'un cadre réglementaire, il demeure important de ne pas brider les initiatives, qui souvent révèlent et répondent aux besoins locaux. En ce sens, le Fond d'Intervention Régional amène plus de souplesse. Actuellement, il y a consensus pour dire que l'ETP est encore peu développée et que son développement est presque exclusivement hospitalier, en dehors de quelques expérimentations : force est de constater qu'aucun dispositif durable n'a été présenté pour impliquer les acteurs libéraux dans la dispensation de ces programmes thérapeutiques et le suivi des patients, tout au long de leur parcours de santé. Cependant, les récents programmes de formation initiale des professionnels de santé incluent d'ores et déjà les unités d'enseignement propres à l'ETP. Enfin, des actions de formation continue en matière d'ETP sont également proposées aux professionnels de santé et pourront faire l'objet dès 2013 de programmes de développement professionnel continu destinés aux intéressés.

Aujourd'hui, l'Inpes et la DGOS veillent à informer toutes les personnes concernées de la mise à disposition de ces outils et du nouveau cadre réglementaire sur le site de l'Inpes : pour ce faire une communication auprès de 24.000 acteurs a été réalisée fin août.

Gageons à présent que les acteurs sauront s'approprier à la fois les textes mais surtout les référentiels.

Jérôme Foucaud

Inpes



Anne Dardel

Ministère des affaires sociales et de la santé,
DGOS

Agenda

Formation ETP à l'AP-HP

<p>Le Centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier (CFCPH) organise trois sessions de formations tous les ans sur le thème suivant :</p> <p>L'ETP dans le champ des maladies chroniques.</p> <p>Celles-ci se déroulent sur un total de huit jours (56 heures) par session.</p> <p>Elles s'adressent aux professionnels de santé, ainsi qu'aux usagers, représentants d'usagers, associations de patients impliqués dans un programme ETP à l'AP-HP.</p> <p>Le CFCPH délivre un certificat de formation après la validation d'un travail écrit sur le bilan éducatif partagé.</p>	<h4>Dates des sessions</h4> <p>Session 1 : 20 - 23 janvier et 10 - 13 février 2014 Session 2 : 12 - 15 mai et 16 - 19 juin 2014 Session 3 : 13 - 16 octobre et 17 - 20 novembre 2014</p> <p><i>Pour en savoir plus, contactez Isabelle Bodart</i> 01 42 16 06 59 - isabelle.bodart@dfc.aphp.fr</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Formation des coordonnateurs de programme d'ETP

<p>Education Thérapeutique du Patient - enjeux politiques et financiers et conduite de projet.</p>	<p>7 et 8 avril 2014</p> <p><i>Pour en savoir plus, contactez Isabelle Beau</i> 01.42.16.07.73 - isabelle.beau@dfc.aphp.fr</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Calendrier

<p>7ème journée dédiée à la qualité et aux droits du patient</p> <p>Comment apprendre de ses erreurs ?</p> <p>Auditorium de l'Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris</p> <p>En savoir plus : http://www.aphp.fr/apprendredeseserreurs/</p>	<p>25 novembre 2013</p>
<p>1ère journée régionale d'ETP Pays de la Loire</p> <p>Centre de congrès, Angers</p> <p>En savoir plus : www.etp-paysdelaloire.fr</p>	<p>13 décembre 2013</p>
<p>Congrès Santé Education 2014 - Travailler ensemble en ETP</p> <p>Maison de la Chimie, Paris 7</p> <p>En savoir plus : http://www.afdet.net</p>	<p>13 et 14 février 2014</p>
<p>5ème Congrès de la SETE</p> <p>Education thérapeutique : quelles frontières ?</p> <p>Université Paris 13, campus de Bobigny</p> <p>En savoir plus : http://advenirs.org/</p>	<p>19 - 21 juin 2014</p>

Membres du comité de rédaction

Laurence Herbin

Co-directrice de la rédaction
Département de santé publique. Hôpital Tenon

Christine Geffrier d'Acremont

Directrice de la publication
Direction médico-administrative de l'AP-HP

Laurence Bouffette

Co-directrice de la rédaction
Direction des Soins. Hôpitaux universitaires Paris-Centre

Fanny Becquet

Coordinatrice éditoriale
Consultante en communication

Fabrice Carrat

Epidémiologiste, Chef du Pôle Prévention, Information, Médicament, Evaluation. Hôpital Saint-Antoine - AP-HP

Brigitte Sandrin

Directrice de l'Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique (AFDET)

Béatrice Baldacchino

Responsable communication. Direction déléguée à la communication. AP-HP

Laurence Carton

Vice-présidente Association française de lutte anti-rhumatismale (AFLAR)

Medini Boumedienne

Département des droits du patient et des associations AP-HP

Marielle Gibert

Département des droits du patient et des associations AP-HP

Chantal Legrand

Direction des Soins, Hôpital européen Georges-Pompidou - AP-HP

Geneviève Ladegaillerie

Cadre expert en soins AP-HP. Direction des soins et activités paramédicales (DSAP)

Appel à contribution

Vous avez connaissance d'événements, d'appels à projets,
ou vous souhaitez partager votre expérience ?

Ecrivez-nous à : redaction.etap@sap.aphp.fr