

L' éducation thérapeutique du patient le diagnostic éducatif

JACQUELINE IGUENANE ⁽¹⁾, Rémi GAGNAYRE ⁽²⁾

Il n'est plus une maladie et son traitement qui ne nécessitent pas une gestion quotidienne de la part du patient et de son entourage. Cette gestion fait appel pour les patients à des compétences d'auto-soins complexes, de prévention, de décision qui sont actuellement formellement mobilisées avec l'aide des soignants dans une pratique que l'on appelle l'éducation thérapeutique. Cette pratique s'appuie sur une démarche méthodologique raisonnée dont une des premières étapes est le diagnostic éducatif qui vise à mieux définir avec le patient les buts de son éducation.

MOTS CLES :

Diagnostic éducatif - Education thérapeutique - Pédagogie du patient

Dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique telle que le diabète de type 1, l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la schizophrénie ou la maladie de Parkinson, l'efficacité de l'éducation thérapeutique a souvent été démontrée [1]. Les résultats des études montrent que l'éducation thérapeutique du patient a pour effet l'augmentation des connaissances des patients sur leur maladie et leur traitement, le renforcement de leurs compétences pour la gestion de la maladie, du traitement et par conséquent la réduction de la gravité des incidents, la limitation de l'apparition précoce des complications graves. Enfin, l'éducation thérapeutique semble être considérée par les patients comme une ressource importante pour améliorer leur qualité de vie.

Cependant, alors que l'éducation thérapeutique tend à se développer de manière significative [2], il a été constaté, dans les études consacrées aux effets de l'éducation thérapeutique, que les auteurs donnaient peu d'information sur les démarches pédagogiques mises en oeuvre [3]. Cette absence de formalisation de l'éducation thérapeutique en tant que pratique pédagogique, a été à l'origine de la volonté d'un groupe de travail de l'OMS-Europe (1998) de capitaliser les expériences européennes pour clarifier le concept d'éducation thérapeutique et proposer des repères méthodologiques. Ainsi, il est apparu nécessaire de structurer et de formaliser les expériences d'éducation souvent limitées à de l'information et des conseils [4].

Dans la continuité de cette intention, nous souhaiterions rappeler brièvement les étapes d'une démarche d'éducation thérapeutique [5] pour répondre plus précisément aux questions concernant l'étape méthodologique du diagnostic éducatif : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ? Quelle en est sa structure méthodologique et comment peut-il être mis en oeuvre ?

Définition et principes de l'éducation thérapeutique

« L'éducation thérapeutique implique l'organisation d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'auto gestion, et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et leur planification et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider

(1) Docteur en Sciences de l'Education. Chargée de mission au Laboratoire de Pédagogie de la Santé.

(2) Professeur en Sciences de l'Education. Laboratoire de Pédagogie de la Santé, UPRES EA 3412, UFR SMBH Bobigny, Université Paris 13.

E-mail : gagnayre@smbh.univ-paris13.fr

les patients et leur famille à comprendre la maladie et ses traitements, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement, à maintenir et améliorer leur qualité de vie » [6]. Ainsi, dans ce rapport technique de l'OMS-Europe, le groupe de travail se prononce clairement sur la nécessité de considérer l'éducation thérapeutique comme une partie intégrante du traitement dont le patient doit bénéficier, et de recourir à des activités éducatives diversifiées. La finalité de l'éducation consiste pour les soignants à accompagner le patient et sa famille à trouver un nouvel équilibre dans leur vie quotidienne, par une meilleure compréhension de la gestion de la maladie et des traitements. Face à une maladie de longue durée, le patient est rapidement conduit à traiter les informations sanitaires, à raisonner face aux situations qu'il rencontre dans sa vie quotidienne et à prendre des décisions vis-à-vis de sa maladie, de son traitement. Les professionnels de santé sont ainsi conduits à considérer le patient et son entourage comme de véritables partenaires de soins [7]. C'est une condition importante pour que le patient puisse maîtriser avec succès certaines compétences d'auto-soin et d'auto-surveillance. Pour réussir cette alliance, il est nécessaire de proposer des activités d'éducation personnalisées, intégrées dans les soins, en référence à une méthodologie éducative. Cette référence favorise une démarche d'éducation dite *raisonnée* car elle peut être, alors, expliquée et donc partagée avec les autres professionnels mais également par le patient dans une perspective de critique constructive. Dans notre expérience, l'approche méthodologique de référence est conçue de manière à soutenir l'action pédagogique de l'éducateur sur les compétences du patient. Ainsi, les approches systémique et interactionniste sont apparues être un cadre conceptuel intéressant pour donner des repères d'action accessibles aux éducateurs. Le transfert de ce cadre méthodologique à l'éducation thérapeutique du patient a permis de repérer des étapes clés dans la démarche d'éducation du patient [5]. Celle que nous développons dans ce texte concerne la rencontre avec le patient et accorde

une grande importance au fait que pour entreprendre un travail éducatif, le patient doit comprendre la nécessité d'être éduqué, de même que le soignant doit comprendre ce que comprend le patient sur sa situation de santé. Ces deux processus s'avèrent importants pour construire une relation éducative qui nécessairement s'inscrit dans la durée. Cette étape clé est appelée diagnostic éducatif.

À l'inverse d'autres diagnostics, qu'ils soient médical ou paramédical, le rendu d'un diagnostic éducatif ne peut se réduire à un libellé ou un item. Il s'apparente plutôt à un texte d'interprétation sur le « vivre avec » d'un patient avec une maladie chronique. Autre différence notable avec les diagnostics courants, puisqu'il s'agit d'une interprétation inscrite dans une rencontre, le diagnostic éducatif reste la propriété du patient. Cela signifie que le patient est en permanence sollicité pour donner son point de vue sur ce que les soignants ont compris de sa situation. D'une certaine manière, le patient est conduit à le valider en le précisant, en le modifiant. Cette recherche de compréhension mutuelle est un point capital dans la démarche d'éducation car elle évite de reconduire les situations dans lesquelles le soignant se forge une opinion sur les besoins du patient, sans que ce dernier puisse exprimer véritablement son point de vue.

« Le diagnostic éducatif reste la propriété du patient »

Cette lecture de compréhension sur l'expérience de vie, le comportement thérapeutique du patient, permet dans un second temps de négocier et de déterminer avec le patient les compétences qui lui seront utiles d'acquiescer en fonction des impératifs de la maladie, du traitement et de ses projets de vie. C'est à l'issue de ces deux étapes que l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique (entendu comme la co-construction d'un parcours d'activités éducatives facilitant la mobilisation des compétences choisies) peut être précisée. Il découle fort logiquement que le choix des compétences oriente la définition d'une stratégie d'évaluation permettant de réaliser

des bilans sur la transformation de la pratique thérapeutique du patient. Si l'évaluation a pour but d'indiquer au patient ce qui se transforme en lui, elle constitue aussi un temps pour proposer un suivi éducatif afin de maintenir, de renforcer et de modifier les compétences de santé du patient. C'est au cours du diagnostic éducatif que sont repris globalement tous les résultats de l'évaluation. En effet, la complexité des interactions entre les domaines bio-médicaux, psychologiques, sociaux et pédagogiques nécessite un temps spécifique pour être analysée avec le patient. Le diagnostic éducatif, par la synthèse qu'il opère sur la situation vécue par le patient, permet alors de replacer les résultats de l'évaluation dans une dynamique contextuelle et projective (les résultats n'ont de sens que dans un contexte donné et dans leur utilisation par le patient pour un devenir).

Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif réitère le principe de la rencontre avec le patient, qu'il soit « connu » ou non des soignants. Il s'élabore par une série d'entretiens avec le patient dont la synthèse dite compréhensive est réalisée avec l'ensemble des soignants impliqués dans le processus éducatif. Un diagnostic éducatif répond à plusieurs buts pour être cohérent avec la démarche éducative.

Les buts du diagnostic éducatif

Les buts du diagnostic éducatif sont au nombre de quatre. Premièrement, il s'agit pour le soignant - éducateur de valider les modèles explicatifs, théoriques auxquels il est possible de se référer pour comprendre et intervenir sur les comportements de santé du patient [8, 9]. Ces modèles théoriques sont nombreux et nécessitent que les équipes soignantes choisissent les plus adaptés aux caractéristiques des patients qu'elles prennent en charge. Par exemple, l'influence du soutien social dans la mise en oeuvre d'une compétence de santé peut-être investiguée lors du diagnostic éducatif de la manière suivante : *Pensez-vous que dans votre entourage, une ou des personnes pourraient comprendre votre situation ? Pensez-vous que cela serait utile pour vous si des personnes de votre entourage étaient au courant de votre situation ?*

« Les buts du diagnostic éducatif sont au nombre de quatre »

Par ces questions, l'éducateur valide deux éléments : la présence d'un tissu social favorable à la mobilisation des compétences du patient, et sa perception sur son utilité. Selon les réponses du patient, les activités d'éducation devront aider le patient, s'il le juge nécessaire, à identifier des personnes ressources et à sensibiliser, à informer son entourage ou le former à certains soins.

Deuxièmement, il s'agit de recueillir des informations précises pour

prévoir des activités d'éducation correspondantes à-la réalité de vie du patient (stratégies d'éducation adaptatives).

Cependant, nous l'avons déjà signalé plus haut, le diagnostic éducatif vise à conférer du sens au patient. Ainsi, les techniques de questionnement utilisées tentent de favoriser le recueil d'information et la réflexion du patient. Par exemple, il peut être demandé à une personne atteinte d'asthme : *avez-vous un chat chez vous ? Cette question relève d'un simple recueil d'information qui exclue éventuellement la réflexion du patient. En revanche, il peut être demandé : qu'est-ce qui, selon vous, favorise dans votre environnement la survenue de vos crises d'asthme ? Cette question fait sens pour le patient car elle lui permet d'établir un lien entre ses connaissances et son environnement. Par sa réponse, il peut proposer d'autres facteurs qu'il considère importants et qui ne correspondent pas à l'attente classique du soignant. Cela permet de recentrer l'entretien sur la compréhension du patient en l'aidant à expliciter ses choix. Ce travail ne peut s'opérer qu'à condition que le soignant soutienne le patient à adopter une posture intellectuelle dite « réflexive » et accepte de mettre momentanément à distance son expertise. Soutenir le patient à effectuer ce « retour sur soi », c'est lui donner les clés pour accéder à ses propres pratiques et développer ses capacités à analyser lui-même celles qui sont favorables à la gestion de sa maladie et de son traitement [10]. Cette manière de procéder ne peut être en permanence utilisée car elle demande au patient une attention soutenue. C'est pour cela que dans le même temps, on associera à ce questionnement celui qui concerne un recueil d'informations plus classique.*

Le troisième but du diagnostic éducatif vise à favoriser chez le patient l'expression de ses émotions. Trop longtemps contenues, voire niées, les émotions peuvent constituer un frein à l'apprentissage car elles influent sur la disponibilité intellectuelle du patient. En revanche, la reconnaissance de la place de l'émotion chez le patient comme chez le soignant signale immédiatement l'authenticité d'une relation éducative

et facilite l'engagement du patient dans l'éducation. Le soignant peut questionner l'émotion du patient en lui demandant:

Qu'avez-vous ressenti ? Que ressentez-vous ? Pourriez-vous me décrire ce que cela vous a fait ?
Le soignant peut partager l'émotion ressentie : *Est-ce que je me trompe si je vous dis que je vous sens bien triste... ?*

Il peut également partager une émotion qui le submerge : *Permettez-moi de vous dire que ce que vous me dites me bouleverse, me touche...*

Rappelons qu'il n'y a pas d'apprentissage sans émotion. Elle est un élément inhérent au travail éducatif. C'est lorsque cette émotion ne peut être exprimée par le patient et qu'elle est un obstacle à une relation éducative qu'il devient nécessaire, pour en analyser les raisons, de solliciter des professionnels de la psychologie.

« Soutenir le patient à effectuer ce "retour sur soi", c'est lui donner les clés pour accéder à ses propres pratiques et développer ses capacités à analyser lui-même celles qui sont favorables à la gestion de sa maladie et de son traitement »

Le quatrième but du diagnostic éducatif consiste en un temps « d'explication de texte ». On entend par cette formule que dans l'éducation thérapeutique, on informe le patient sur la démarche pédagogique utilisée. On constate souvent qu'il suffit que le soignant explique ce qu'il va faire, ce qu'il cherche, ce dont il a besoin pour mieux comprendre le patient pour que le patient lui donne les éléments clés. Par exemple :

« je vais m'intéresser maintenant, si vous me le permettez, à votre environnement pour savoir s'il y a des éléments allergéniques. Pour cela j'ai besoin de savoir si vous en avez déjà repéré... ».

On place ainsi le patient dans une situation de maîtrise de l'instant lui permettant de se préparer mentalement à la séquence suivante, et donc de participer plus activement à l'entretien. D'une manière générale, favoriser la participation du patient, c'est lui permettre de comprendre la démarche d'éducation, les buts de chaque étape pour que lui-même les utilise à son profit en exposant plus facilement ses attentes, ses demandes. Par le questionnement qu'il suscite, le diagnostic éducatif opère déjà une transformation chez le patient à la condition que lui soit offerte la possibilité de penser sa pratique, de la décoder, de l'éclairer pour lui-même. En ce sens le diagnostic éducatif est un temps privilégié d'apprentissage pour le patient.

Les modalités d'application

Il est impossible d'aborder toutes les informations importantes au cours d'un diagnostic éducatif. Les

investigations à effectuer sont très denses et demandent du temps. La répétition des diagnostics éducatifs est nécessaire pour pouvoir, à chaque fois, tenter d'approcher une compréhension réciproque. À cette quête humaine, s'ajoute l'exploration possible d'une vingtaine de modèles explicatifs des comportements de santé ainsi que de nombreux facteurs intervenant dans les conduites de santé des patients [8, 9]. C'est ainsi que chaque diagnostic éducatif est un choix concerté sur les dimensions à investiguer qui repose sur l'accord du patient et du soignant sur ce qui vaut d'être abordé.

L'exploration des dimensions peut être, alors, plus orientée par le soignant lors d'une première rencontre ou suite à la survenue d'un incident. Le patient peut lui-même proposer les dimensions lorsqu'il souhaite exposer ses besoins en lien avec ses préoccupations. Cependant, même si l'ordre social fait en sorte que les acteurs savent pertinemment qu'ils sont réunis pour s'entretenir de santé/maladie, la rencontre ne préjuge en rien des portes d'entrée qui les y conduiront. En ce sens, au cours du diagnostic éducatif et, d'une manière générale au cours de l'éducation thérapeutique, le soignant et le patient aborderont toujours, à un moment donné, la maladie et son traitement. Cela se fera d'autant plus volontiers que le soignant, en acceptant de se décentrer de la maladie, se centre sur la personne du patient et donc sur ce qu'il importe au moment de la rencontre. Ce mouvement de décentration - centration est une autre posture qui indique au patient qu'il n'est pas que diabétique ou asthmatique mais une personne qui cherche à établir précisément ou confusément des liens entre sa vie et l'objet social de la rencontre éducative.

Structure du diagnostic éducatif : le guide d'entretien

Le diagnostic éducatif s'articule autour de cinq grandes dimensions. Leur formulation sous forme de questions est une invitation pour le soignant à les explorer avec le patient.

À noter que les recherches méthodologiques actuelles sur les diagnostics éducatifs visent à identifier précisément les dimensions du vécu de la maladie à explorer chez un patient, à identifier des questions qui permettent d'explorer les dimensions identifiées, de manière à augmenter leur productivité ainsi qu'à préciser des stratégies de questionnement en fonction du moment de la rencontre (première rencontre, rencontre de suivi). Nous nous limiterons ici à donner quelques exemples d'orientation.

Qu'avez-vous ?

(Qu'est-ce qu'il a ?)

Par cette question, c'est la dimension bio-clinique qui est investiguée. Elle approche parfois la dimension du savoir du patient. Il s'agit de voir avec le patient son traitement actuel, l'évolution de sa maladie, son histoire médicale et de santé. Dans ce cas sont investiguées l'expérience du patient dans l'adaptation de son traitement dans sa vie quotidienne, la perception qu'il a de sa maladie et sur sa position (réticence, satisfaction) face à un changement de traitement par exemple. À cette occasion, on cherche à faire remémorer par le patient comment il a vécu l'annonce du diagnostic médical, le souvenir d'événements qui ont marqué le patient au cours de sa prise en charge, son itinéraire thérapeutique. Il s'agit également de savoir si le patient pondère d'autres priorités de santé. C'est l'occasion de répertorier certains handicaps (visuels, auditifs, moteurs, olfactifs) qui peuvent entraver certains apprentissages.

Exemples de questions : Comment faites-vous pour prendre votre traitement ? Selon-vous votre maladie est plutôt bénigne ou plutôt grave ? Pouvez-vous me décrire le moment où l'on vous a annoncé votre diagnostic ? Qu'est-ce qu'il s'est passé pour vous à ce moment là ? Quels aménagements pensez-vous apporter dans votre vie ? Quels problèmes vous pose la gestion de votre traitement ?

« À cette occasion, on cherche à faire remémorer par le patient comment il a vécu l'annonce du diagnostic

médical, le souvenir d'évènements qui ont marqué le patient au cours de sa prise en charge, son itinéraire thérapeutique »

Que faites-vous ?

(Qu'est-ce qu'il fait ?)

C'est la dimension socioprofessionnelle qui est investiguée. En s'intéressant à la profession du patient, à ses loisirs, à ses activités, à son environnement familial, son réseau amical, à sa vie de tous les jours, cela permet d'appréhender les compétences sociales du patient. De fait, le patient est conduit à réfléchir à sa position par rapport à son entourage. Ainsi, il peut être discuté avec le patient des stratégies adaptatives qu'il peut mettre en oeuvre dans sa vie quotidienne pour concilier sa maladie et son traitement.

Exemples de questions : En quoi consiste votre travail ? Comment votre entourage familial et amical perçoit-il ou réagit-il à votre maladie et à ses contraintes ? Avez-vous le sentiment d'être compris, aidé, soutenu ? En estimez-vous le besoin ? Avez-vous rencontré d'autres patients depuis notre dernière rencontre ? À quels événements avez-vous fait face récemment dans votre vie ? À votre avis, ces événements ont-ils eu un retentissement sur votre maladie etc.

« Si nous avons évoqué l'entretien comme technique d'exploration, d'autres techniques peuvent être utilisées comme les cartes conceptuelles, le photo-langage, des questionnaires pour recueillir rapidement un niveau de connaissances »

Dans cette dimension, on cherche à comprendre comment le patient s'explique sa maladie, quelles en sont les causes (représentations cognitives), quelles sont les connaissances qu'il possède, quels types de logique sous-tendent son raisonnement et le conduisent à prendre des décisions. Il est possible par exemple, de demander au patient de raconter le déroulement d'un incident, comment il l'a résolu et s'il pense qu'il aurait pu faire autrement.

C'est en quelque sorte un bilan portant sur l'ensemble des savoirs et des habiletés du patient. À cette occasion, on s'intéresse également au style d'apprentissage du patient et à sa biographie pédagogique pour comprendre les préjugés favorables ou défavorables aux principes d'une éducation thérapeutique.

Exemples de questions : Racontez, si vous êtes d'accord, votre dernière hypoglycémie ou crise d'asthme ? Comment avez-vous réagi, vous auriez pu faire autrement ? Comment avez-vous vécu les séances d'éducation précédentes ? Qu'est-ce qui vous a particulièrement marqué ? Que vous ont-elles apporté ? À quoi attribuez-vous votre diabète, votre asthme ? Racontez-moi une expérience d'apprentissage que vous considérez comme réussie ? Que vous évoque le terme d'éducation ? Diriez-vous que votre maladie vous a appris quelque chose ?

Qui êtes-vous ? (Qui est-il ?)

Cette dimension psychoaffective identifie les caractéristiques psychologiques du patient, et comment elles interviennent dans son comportement. Par l'observation du patient, de son attitude face à sa maladie (dénier, résignation, surcompensation, passivité, croyances, attribution causale), le soignant pourra orienter l'apprentissage du patient et son approche pédagogique. Il est également important d'explorer, la capacité de résilience du patient, sa motivation à apprendre pour mieux connaître sa maladie, sa perception de son efficacité vis-à-vis de la situation à gérer.

Exemples de questions : Lorsque que vous avez appris que vous étiez (diabétique, asthmatique, hypertendu etc.) qu'est-ce que vous avez fait ? Avez-vous le souvenir de cette possible, par exemple, de demander annonce ? Pensez-vous pouvoir agir sur votre maladie ? Sur votre environnement ?

Avez-vous son projet ?

La recherche du projet du patient s'oriente dans deux directions. La première consiste à interroger le patient sur les activités, par exemple professionnelles ou de loisir, qu'il a maintenues ou supprimées. En

fonction des réponses, cela peut indiquer soit les compétences du patient à anticiper immédiatement les aménagements à envisager dans sa vie quotidienne, soit une éventuelle évolution vers une résignation peu favorable au changement. La seconde direction, à plus long terme, renseigne sur la capacité du patient à se projeter dans l'avenir en considérant la réalité de sa maladie. Il semblerait que la médiation de ces deux temps du projet faciliterait chez le patient l'appropriation de son traitement, et les changements nécessaires pour sa santé.

Exemples de questions : Comment envisagez-vous d'organiser votre vie avec votre (asthme, diabète, etc.). Pour trouver de l'aide, vers qui allez-vous vous tourner ? Avez-vous déjà fait appel à votre entourage face à des problèmes qui vous ont semblé compliqués, difficiles à assumer ? Que souhaiteriez-vous poursuivre malgré la maladie ?

Si nous avons évoqué l'entretien comme technique d'exploration, d'autres techniques peuvent être utilisées comme les cartes conceptuelles [11], le photolangage, des questionnaires pour recueillir rapidement un niveau de connaissances. L'expression du patient peut être facilitée au cours du diagnostic éducatif par l'utilisation d'un semainier (en diététique), d'un classeur imagier (asthme) ou d'un planning thérapeutique (patients atteints du VIH) ou pour les enfants par le dessin de la santé.

Poser un diagnostic éducatif

À distance de l'entretien, il s'agit d'analyser l'ensemble des informations recueillies en orientant la réflexion sur les points suivants :

- Le patient a-t-il un projet « réaliste », c'est-à-dire tenant compte des impératifs de la maladie ? Comment le projet du patient peut-il influencer sa motivation à apprendre, l'aider à

initier un changement d'attitude, une nouvelle adaptation à sa maladie ou comment les exigences du traitement peuvent être intégrées dans son projet ?

- Quels sont les facteurs facilitant ou limitant son apprentissage ? À quels changements le patient est-il prêt à consentir pour améliorer sa santé ?

- Quels sont les apprentissages que le patient doit réaliser pour améliorer, maintenir ou acquérir de nouvelles compétences ? Quelles sont les conditions d'apprentissage qui

peuvent lui être proposées (groupe, individuel) ?

Ces questions de synthèse ne sont pas exhaustives. Dans notre expérience, elles permettent de générer des hypothèses sur le fonctionnement et les compétences que le patient devrait mobiliser. Ainsi, l'éducateur-soignant peut en déduire, à partir du référentiel de compétences définies et attendues par les soignants [12], les compétences que le patient possède et celles qu'il doit améliorer ou

acquérir par l'éducation thérapeutique. Elles situent l'équipe soignante et le patient en position stratégique anticipant les obstacles et prévenant les difficultés pour l'acquisition et la mise en oeuvre des compétences. La compréhension du patient par le soignant à l'issue du diagnostic éducatif et les hypothèses qui en découlent sont systématiquement proposées au patient de manière à les valider ensemble et convenir de la suite du programme d'éducation.

CARACTERISTIQUES GENERALES DU DIAGNOSTIC EDUCATIF

POUR LE PATIENT	POUR LE SOIGNANT
- Favorise la rencontre d'une équipe soignante	- Multi professionnel
- Abord des dimensions importantes en fonction de son désir et de son rythme	- Itératif : s'enrichit, se complète, s'affine à chaque rencontre avec le patient
- Permet d'exprimer sa singularité	- Centré sur les besoins spécifiques et sur les particularités du patient
- Permet d'établir un lien entre sa pratique et les connaissances qu'il possède et donner sens à l'expérience d'éducation	- Permet de valider les connaissances que possède le patient
- Permet d'exprimer ce qu'il croit	- Apprend à tenir compte des représentations et croyances du patient
- Permet l'engagement dans des projets	- Situe le patient acteur de son éducation
- Considère ses essais - erreurs comme des étapes d'un changement	- Favorise la compréhension des essais - erreurs du patient et des difficultés liées à l'observance thérapeutique
- Développe une réflexion sur ses pratiques de soins	- Apprend à questionner autrement le patient pour l'aider à comprendre ses pratiques de soins
- Autorise l'expression des émotions et favorise sa disponibilité intellectuelle et son écoute	- Permet de prendre en compte l'émotion du patient, la sienne, de les contenir et ainsi lever les obstacles à la rencontre éducative

Le diagnostic éducatif dans différents contextes d'exercice

Si l'élaboration du diagnostic éducatif, quelles que soient les conditions de sa réalisation, procède de la même méthodologie, sa mise en oeuvre peut dépendre du contexte d'exercice des éducateurs - soignants.

En consultation libérale

Lorsque l'éducation est essentiellement individuelle et qu'elle s'organise au cours d'une consultation de courte durée (en pratique libérale, en consultation par exemple), cela ne constitue pas un frein pour l'aborder selon une démarche raisonnée. Dans ce cas, les différentes étapes sont planifiées sur

plusieurs consultations dont la première correspond à un diagnostic éducatif. Prenons l'exemple d'une consultation d'une demie heure : les informations recueillies sont immédiatement analysées. Dès que l'éducateur-soignant s'est fait une idée des besoins éducatifs du patient, il confronte son point de vue (ses hypothèses) avec celui (celles) du patient. Un accord est recherché sur

les compétences à mobiliser, les changements à opérer. Une ou plusieurs consultations peuvent être proposées pour soutenir les compétences à mobiliser. Lors de la consultation suivante, le soignant s'assure que les compétences correspondent toujours aux attentes du patient et vérifie qu'un évènement ne vient pas modifier le programme prévu. C'est ainsi que le soignant débute fréquemment par une question qui permet au patient d'évoquer ce qui le concerne au moment même de la rencontre.

Exemple : Depuis notre dernière rencontre est-il intervenu un évènement dont vous souhaiteriez parler ? Est-ce que les compétences dont nous avons parlé la dernière fois vous conviennent toujours ? Avez-vous testé ce que nous avons travaillé la dernière fois ? Comment cela s'est-il passé ?

En hospitalisation de semaine

Lors d'une hospitalisation de plusieurs jours, le diagnostic éducatif s'effectue le plus souvent par plusieurs soignants (médecin,

diététicien, infirmier) [13]. Dans ce cas, il est important d'organiser une réunion d'éducation prenant en compte les différents recueils des éducateurs -soignants. Les hypothèses retenues sur le fonctionnement du patient permettront d'élaborer le contrat d'éducation qu'un membre de l'équipe viendra présenter au patient au nom de l'équipe. On constate de plus en plus fréquemment que le diagnostic éducatif est réalisé collégalement, c'est-à-dire que les professionnels accueillent et s'entretiennent ensemble avec le patient. Cette pratique, si elle offre une plus grande cohérence en évitant les redondances de questionnement par les différents soignants, demande une préparation pédagogique.

Conclusion

Le diagnostic éducatif est une étape fondamentale de l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladie chronique. Pour être efficace, il est important qu'il soit conçu de manière à rendre significatives des informations

produites par le patient. De la qualité du diagnostic éducatif découlent des programmes d'éducation qui auront pour but de rechercher avec le patient la meilleure alliance entre certains impératifs du traitement et son projet de vie. Les recherches méthodologiques actuelles visent à améliorer la formalisation des diagnostics éducatifs de manière à augmenter leur productivité quelles que soient la maladie et les conditions d'exercice. Il s'agit de concevoir des entretiens diagnostiques en tenant compte des recherches qui visent à mieux comprendre ce que signifie « vivre avec... ». Cependant, si la rencontre est soutenue par des guides d'entretien, des techniques, elle comporte toujours une part d'inconnue qui laisse place aux capacités créatives du soignant et du patient pour mieux se comprendre. Dans cette optique et pour reprendre l'expression de P. Bourdieu [14] sur les entretiens, le diagnostic éducatif est une « improvisation réglée » ,

REFERENCES :

- [1] Gagnayre R, Traynard PY. Education thérapeutique du patient. Encycl Méd Chir ; Elsevier Paris ; 7-1027, 2002, 16, pp.1-1 1.
- [2] Fournier C, Mischlich D, Ivernois (d') J. F et al. Towards promotion, structuring and acknowledgement of patient education activities in France. Patient Education and Counseling 2001; 44: 29-34.
- [3] Albano MG, Jacquemet S, Assal J. Ph. Patient education and diabetes research: a failure ! Going beyond the empirical approaches. Acta Diabetologia 1998; 35: 207-14.
- [4] ANAES. Recommandations pour la pratique clinique : Education thérapeutique du patient asthmatique, Adultes et Adolescents, Paris, juin 2001.
- [5] d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris : Maloine, 2e édition, 2004.
- [6] OMS. Rapport technique – Région Europe. Programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques - Recommandations d'un groupe de travail du bureau régional pour l'Europe (Copenhague) de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1998, page 28.
- [7] Coulter A., Paternalism or partenariat ? Patients have grown up- and there's no going back. British Medical Journal 1999; 319: 474-88.
- [8] Fischer G.N. Traité de psychologie de la santé. Paris : Ed. Dunod, 2002, 675p.
- [9] Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé -Modèles, concepts et méthodes. Paris : Ed. Dunod, 2002, 440p
- [10] Iguenane J. L'éducation thérapeutique du patient : une approche. L'escarre 2002 ; 15:6-7.
- [11] Marchand C, Ivernois (d') JF, L'apport des cartes conceptuelles dans l'éducation thérapeutique. Diabétologie -Nutrition 2002 ; 8.
- [12] Ivernois (d') JF, Gagnayre R. Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. ADSP 2001 ; 36.
- [13] Rapport des pôles nomenclatures CNAMTS, PERNNS et DHOS. Description de l'activité de l'éducation thérapeutique de groupe, février 2001.
- [14] Bourdieu P. Le sens pratique. Paris Ed. minuit, 1982.