

1 Apprendre à apprendre

Quelques clés

en éducation thérapeutique du patient

Marie-Christine Llorca*

RÉSUMÉ

L'éducation thérapeutique est devenue un droit du patient dans la loi HPST en 2009 ; elle vise à faire acquérir et maintenir les capacités et les compétences qui aident les patients atteints de maladie chronique à vivre de manière optimale avec leur maladie : meilleure autonomie, capacité à résoudre seuls les problèmes quotidiens du traitement, capacité à savoir chercher et trouver les bonnes réponses, etc. Les méthodes pédagogiques actives basées sur des situations de résolution de problème, qui utilisent la métacognition comme aide à l'apprentissage, le soutien cognitif dans la résolution de la tâche, les situations de la vie courante comme occasion d'apprentissage, et anticipent la construction des transferts, renforcent la construction des compétences adaptatives des patients.

APPRENDRE DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

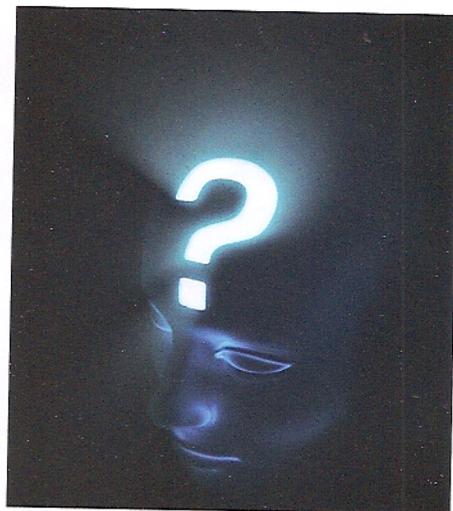
LE PATIENT, PRINCIPAL ACTEUR DANS LE TRAITEMENT DE SA MALADIE CHRONIQUE

Avec les maladies chroniques comme le diabète, il existe un nouveau type de rapport à la maladie. Les patients sont sollicités, mobilisés quotidiennement par leur maladie. Ils en deviennent des personnes expérimentées et des acteurs majeurs, tant par l'information qu'ils transmettent au médecin que par la part qu'ils peuvent prendre à la mise en place des traitements.

Ainsi, le patient est défini (1) comme étant le principal acteur dans le traitement de la pathologie chronique ; le personnel soignant comme un "auxiliaire", un "conseiller" lui permettant d'atteindre un objectif constant de normalité de son métabolisme, seul garant de prévention des complications de la pathologie. Un des objectifs de l'éducation thérapeutique est de s'assurer que les personnes « sont capables de gérer elles-mêmes leur état... d'autant que dans le cas du diabète (contrairement à d'autres maladies qui nécessitent la simple prise de médicaments), la personne doit prendre quotidiennement de nombreuses décisions qui auront un effet direct sur sa santé » (2).

QUELLES COMPÉTENCES ACQUÉRIR POUR GÉRER LA MALADIE ?

La question de l'apprentissage¹ est au cœur de l'éducation thérapeu-



© Ktsdesign - Fotolia

tique. Celle-ci vise, non pas l'observance, mais la collaboration et l'alliance thérapeutique avec les soignants (3) dans l'objectif de générer chez le patient des compétences d'autogestion de la maladie chronique.

Deux grandes familles de compétences sont visées par l'éducation thérapeutique et les textes les différencient (4) tout en les articulant : les « compétences d'auto-soin » et les « compétences adaptatives ».

• **Les compétences d'auto-soin**, qui incluent des « compétences de sécurité », relèvent des techniques nécessaires à l'autogestion des dimensions techniques de la maladie (connaître la maladie, se surveiller, agir de façon adaptée en cas d'urgence, installer le traitement...).

*Docteur en sciences de l'Éducation, pédagogue, dirige l'institut pédagogique AGO Ingénierie et Formation Toulouse ; Enseignante pour les DU d'Éducation thérapeutique de l'Université Paul Sabatier-Toulouse, de l'Université Diderot-Paris et du DIFEP de l'Hôpital Universitaire de Genève ; Chargée d'enseignement en pédagogie de l'adulte, psychologie clinique et psychosociale.

1. Nous ne mettons pas en avant volontairement dans cet article les aspects émotionnels et identitaires en jeu dans la maladie chronique pour nous centrer sur les aspects cognitifs.

• **Les compétences adaptatives** concernent sa capacité à gérer, décider, faire face au stress, transférer les acquis dans sa vie quotidienne...

COMMENT ARTICULER LES COMPÉTENCES ?

Cette distinction apparaît toutefois "artificielle" dans la mesure où le comportement adaptatif est déjà nécessaire dans un comportement d'auto-soin puisqu'il implique de constantes prises de décisions. Il est utile, éducativement parlant, de les envisager dans un continuum adaptatif de plus en plus large. Celui-ci démarrerait de la "sécurité", noyau dur de l'autogestion de la maladie, à "l'auto-soin", qui met en contexte les compétences de sécurité et nécessite des décisions plus complexes, jusqu'aux compétences adaptatives "psycho-sociales", lieu du transfert adaptatif des compétences précédentes dans la vie quotidienne du patient. Les compétences techniques sont alors transférées, vécues en interaction avec le mode de vie du patient (l'image qu'il a de lui-même, de sa capacité à prendre des décisions en général et à anticiper, du rôle et la place qu'il donne à la maladie et à la construction qu'il fait de ses projets). Les articuler dans un continuum adaptatif permet de mettre en valeur la dimension du raisonnement, de la prise de décision, de l'analyse des paramètres des situations et du transfert que le patient doit mettre en place pour acquérir les compétences d'auto-gestion. Il devient alors important d'orienter les apprentissages vers les modèles stratégiques, de type résolution de problème, qui traversent tout le champ des compétences (Fig. 1).

QUELLE PLACE POUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE ?

L'enjeu de l'éducation thérapeutique du patient est donc de lui

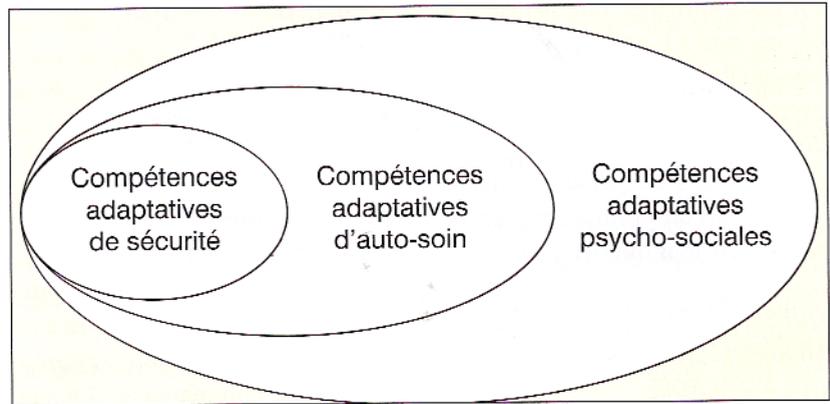


Figure 1 - Comportement adaptatif dans des sphères inclusives de plus en plus élargies.

apprendre à gérer les interactions entre les sous-systèmes d'activité de ses différentes sphères sociales (le travail, les amis, les relations familiales, les activités de loisir...) et sa maladie : comment sa vie agit sur la maladie (comment ses modes de vie gênent ou au contraire facilitent la gestion de la maladie) et comment sa maladie agit sur sa vie (l'impact soutenant ou limitant de la maladie sur ses modes de vie). Le patient doit, en ce sens, développer des compétences cognitives, d'analyse des situations, et stratégiques, pour les résoudre.

ET LE SOIGNANT ?

Il s'agit pour le soignant de contribuer au renforcement des activités cognitives (entendues comme les activités mentales de traitement de l'information et de prise de décision) qui vont permettre une bonne gestion adaptative de cette interaction vie-maladie. Aborder les activités intellectuelles adaptatives telles que l'on peut les définir en pédagogie ouvre une perspective éducative. Pour apprendre pendant les temps éducatifs, le patient doit comprendre le rôle qu'auront les apprentissages dans sa gestion quotidienne de la maladie chronique ; il doit aussi commencer à en construire les possibilités de transfert.

QU'EST-CE QU'APPRENDRE ?

APPRENDRE, C'EST MODIFIER SES REPÈRES

La recherche en psychologie du développement appliquée à la pédagogie (5) a montré que l'individu n'apprend pas d'une simple exposition aux informations qui lui sont délivrées, mais qu'il reconstruit le savoir par un double mouvement "d'assimilation" (il prend les choses qui confortent ce qu'il connaît déjà et les transforme légèrement) et "d'accommodation" (il doit se transformer pour réorganiser les notions qu'il connaissait et les envisager sous un angle nouveau). Ce double processus le met en déséquilibre et un travail de réarrangement le conduira vers une "rééquilibration majorante". Il aura appris en modifiant la notion nouvelle (puisque'il ne l'adopte pas tout à fait comme elle est) et en se modifiant lui-même (parce qu'il modifie ses représentations anciennes pour intégrer la nouveauté). L'apprentissage, dans cette perspective "constructiviste", est coûteux pour l'individu, donc il n'apprendra que s'il repère ce qui a du sens pour lui, comment les choses qui lui arrivent ou qu'on lui apprend sont en relation avec des expériences déjà connues, avec des questions qu'il s'est déjà posées et

s'il peut anticiper une utilisation de ce nouvel apprentissage. Le sens qu'il y met lui permet de comprendre une notion nouvelle et de l'intégrer pour la transformer en compétences. Les modes pédagogiques que l'on va employer auront alors toute leur importance.

QUESTIONNER ET FAIRE ÉVOLUER SA REPRÉSENTATION DE LA MALADIE

Ainsi, quand un soignant présente une nouvelle notion à un patient, comme le rôle de l'insuline dans son traitement par exemple, rien ne garantit qu'il la comprendra comme elle lui est présentée. Le patient en a déjà une image, juste ou erronée, et il aura besoin de l'exprimer, de la raconter, de la questionner pour la faire évoluer. Et ce, avant l'apport théorique du soignant. Pour cela le soignant-formateur peut faire exprimer la représentation par la simple question : « comment agit l'insuline dans le corps selon vous ? », et recueillir les opinions par des méthodes de type Métaplan². Le groupe de patients favorisera l'échange et la comparaison des représentations, ce qui pourra faire évoluer les représentations individuelles. Le patient se rend compte des imperfections de son modèle (par la confrontation aux autres et l'expression du modèle) et il devient prêt à accepter de modifier son modèle en y intégrant les apports du soignant. Il est aussi possible d'utiliser des phrases affirmatives qui vont impliquer un étonnement, créer une sorte d'énigme, du type : « pour maigrir, il faut manger », « je suis diabétique donc je mange du sucre ». Ces affirmations, en apparence ludiques, créent une vraie réflexion cognitive et peuvent largement introduire un temps éducatif.

2. Mode de recueil des idées par post-it ou grandes cartes, produits par les patients, classés au tableau en collectif puis commentés

COMMENT FAIRE APPRENDRE ?

EXPLIQUER NE PERMET PAS TOUJOURS D'APPRENDRE

■ *Le cours magistral a un faible impact*

Il s'avère que le modèle le plus courant en pédagogie de l'adulte a un faible impact en matière d'apprentissage de compétences. Le modèle pédagogique "transmissif ou magistral", basé sur des démonstrations et des explications, fait l'hypothèse que le savoir transmis par un expert du contenu, par un message clair, rigoureux et adapté, sera assimilé et mémorisé, puis transformé en action. Le formateur s'attachera alors à ce que ce contenu soit bien organisé, le discours fluide et compréhensible. Le mode magistral ne se trouve pas qu'en amphithéâtre, il se retrouve dans les conseils, les recommandations faites au patient, les brochures qui lui sont données pour information...

■ *Quand mémorise-t-on ?*

Ce mode de formation est économique en temps et en effort, mais l'activité mentale qui est nécessaire à l'apprenant pour transformer le savoir en compétence n'est ni contrôlée, ni aidée. Ce mode fonctionne bien quand la personne est déjà motivée, quand elle dispose des mêmes outils intellectuels que le formateur, que la notion lui est déjà familière, facile à "accrocher" à ses conceptions anciennes, et que l'apprenant peut transformer, seul, des notions en outils utilisables dans son contexte de vie. Il est efficace si l'on veut transmettre des savoirs à un public qui raisonne déjà à un haut niveau d'abstraction. Ce mode, bien que répandu, a un faible impact d'apprentissage : en effet, « nous retenons 10 % de ce que nous lisons, 20 % de ce que nous enten-

tons, 30 % de ce que nous voyons, 50 % de ce que nous voyons et entendons en même temps, 80 % de ce que nous disons et 90 % de ce que nous disons en faisant quelque chose à propos de quoi nous réfléchissons et qui nous implique » (6). Or, on vise dans l'éducation thérapeutique la construction d'un raisonnement, d'une capacité à choisir, décider, trier, comprendre, transférer qui sont nécessaires aux compétences adaptatives.

■ *Le patient doit s'émanciper*

On peut cependant aussi apprendre des modes transmissifs de type enseignement magistral, et on reprochera à ce modèle, non pas son manque d'efficacité, mais sa trop forte efficacité liée au pouvoir de fascination de la parole qui, parce que l'on est captivé, peut nous rendre captif alors que cette parole devrait émanciper (7). Le patient va écouter le soignant et faire "comme il a dit" sans pour autant savoir vraiment adapter son comportement en contexte.

FAIRE APPRENDRE PAR LES MÉTHODES ACTIVES

■ *Résoudre une situation problème*

Il ne s'agit donc pas d'enseigner, mais de faire apprendre, voire d'apprendre à apprendre. Si la méthode magistrale explicative n'est pas la plus adaptée pour générer des compétences, l'orientation vers des "méthodes actives" l'est plus. En pédagogie, on entend par "mise en activité de l'apprenant" une situation pédagogique qui l'implique dans une résolution de situation-problème, et qui va nécessiter la mise en place de stratégies cognitives : l'apprenant va devoir mettre en place l'analyse des données qui lui sont proposées, va les comparer, sélectionner celles qui

lui seront utiles, les maintenir en mémoire le temps de la résolution du problème, opérer les raisonnements logiques de type « si...alors », à construire une réponse qui puisse être compréhensible, autant de stratégies cognitives utiles à la résolution du problème. Il a à réfléchir à une stratégie globale qui lui permettra d'agir intellectuellement et à choisir, dans un panel de stratégies cognitives possibles, celles qui lui sembleront les plus adaptées pour résoudre la situation.

■ *Quelle est la place du formateur ?*

La mise en place de cette activité intense par l'apprenant va favoriser l'apprentissage et le formateur ne peut pas se substituer à cet effort ; il peut par contre le préparer et le faciliter pendant le temps d'apprentissage ; ainsi le soignant en éducation thérapeutique adoptera une posture pédagogique de "médiateur" entre celui qui apprend et la situation qu'il lui propose de résoudre. Il se place "entre" l'apprenant et le savoir à acquérir (notions nouvelles, compétences techniques, savoir-être etc.) et construit les conditions de l'apprentissage pour que ce nouveau savoir puisse s'acquérir. Il n'est plus celui qui transmet l'information en faisant le pari qu'elle sera comprise et transformée en action, mais devient un facilitateur d'apprentissage.

■ *Comment préparer la relation ?*

Ce rôle de médiation démarre dès la préparation en amont de la tâche qu'il va proposer aux apprenants : le formateur anticipera les stratégies que la tâche nécessite, se demandera quelles pourraient être les difficultés de raisonnement des apprenants ; il prévoira les consignes de travail qui seront données et anticipera les modes de

guidance qu'il pourrait mettre en place compte tenu de cette analyse préalable de la tâche.

EN PRATIQUE

PROPOSER DES PROBLÈMES À RÉSOUDRE

■ *Mise en activité*

Pour mettre en œuvre la médiation dans l'apprentissage, il organisera une "mise en activité de l'apprenant" par une situation d'apprentissage motivante qui entraîne son

■ *L'activité de l'apprenant va favoriser l'apprentissage.*

implication intellectuelle, émotionnelle et psychomotrice ; cette activité s'exercera dans des mises en situation sur des objets réels ou sur des situations qui représentent les contextes des patients. Ainsi, dans le cas du diabète on pourra utiliser des cas cliniques, des analyses d'ordonnances, de résultats biologiques, de carnets de glycémie fictifs ou réels, bien choisis par le soignant-formateur pour les stratégies d'analyses qu'ils vont permettre.

■ *Le patient acteur de la construction de ses compétences*

Le rôle du formateur est de proposer des situations-problèmes qui visent à générer les apprentissages et construire ainsi la compétence. Apprendre, c'est résoudre des problèmes. Il s'agit de privilégier tous les actes qui sollicitent l'apprenant : l'inciter à chercher, faire anticiper les conséquences, développer l'auto-évaluation de ses résultats au regard de ses stratégies, faire expliciter plutôt qu'expliquer soi-même. Il s'agit de traiter l'er-

reur non pas comme une scorie, mais de l'utiliser comme un indicateur du raisonnement mobilisé, comme le signal de ce à quoi s'affronte la pensée de celui qui apprend (8). Il est aussi possible de faire travailler sur des erreurs volontaires, que le formateur aura choisies, et de faire rechercher aux patients-apprenants quelle est la nature de l'erreur, dans une conduite tenue, par exemple, quelle conséquence elle aurait et comment elle aurait pu être évitée. Le travail sur l'erreur permet au patient de se mettre en position

d'expertise et de développer un raisonnement créatif et critique qu'il aurait du mal à mettre en place s'il s'agissait de corriger simplement ses propres erreurs. En ce sens la pédagogie active permet la mise en œuvre de la compétence même si ce n'est pas le lieu dans lequel l'action sera finalement utilisée. Mais le principe d'action n'a de portée que si le formateur construit l'action des apprenants. Il ne s'agit pas d'action pour l'action, mais d'organiser celle qui permet d'apprendre et qui permet à l'apprenant de vivre une situation, de traduire en actes ce qu'il pense avoir compris.

■ *Des consignes nécessaires*

Cette pédagogie active implique qu'il y ait des consignes de mise au travail et la nature de ces consignes de mise au travail aura alors toute son importance : elles peuvent porter sur des situations à mettre en place du type : « ce soir nous vous proposons d'aller au restaurant et vous anticiperez votre insuline en fonction de l'analyse que vous allez faire ensemble des glucides contenus dans les plats, nous verrons

ensuite quelles sont les effets sur la glycémie. Cette situation vous permettra d'expérimenter en situation réelle les apprentissages ». Ce type de consignes pose une situation expérimentale, et la situation elle-même permet une action effective construite par le formateur et vécue par les apprenants.

Les consignes porteront aussi sur des situations à analyser : « à partir du carnet de glycémie de Mr X, que pouvez-vous dire ? Analysons ces chiffres de glycémie pour trouver comment on peut les expliquer ; qu'a pu faire la personne pour obtenir ces chiffres-là ? Comment obtenir tel chiffre ? Comment feriez-vous à sa place ? Comment allez-vous faire dans votre contexte en prenant en compte différents paramètres ? » Ces séries de consignes incitent le patient à chercher, à comprendre et à réfléchir au transfert dans sa pratique.

SOUTENIR LA RÉOLUTION DE LA TÂCHE

■ Favoriser l'intérêt par un support adapté

Le comportement du formateur pendant la résolution de la tâche favorise sa résolution par une sorte de guidance cognitive (9). Pour soutenir et travailler l'attitude de l'apprenant dans sa conduite de résolution d'une tâche, il s'agit d'engager son intérêt et de faciliter l'attention sur la tâche ; on proposera alors des situations engageantes, qui donnent envie d'être résolues ou dont l'apprenant percevra rapidement l'utilité. La forme de présentation du support aura son importance : un schéma bien choisi, attractif et clair, des images qui engagent la réflexion, une bonne métaphore sont autant de modes de formalisation de la notion qui engagent dans la tâche et soutiennent l'effort cognitif d'entrée dans la tâche. Les tra-

voux sur les styles d'apprentissage³ (10) repèrent trois dominantes dans les modes d'apprentissage : visuels, auditifs et kinesthésiques comme autant de modes d'entrée préférentiels des apprenants.

Les apprenants visuels

Les apprenants visuels comprennent mieux des éléments nouveaux lorsqu'ils peuvent visualiser les informations. Ils préfèrent les images aux mots. Ils appréhendent bien les formes, les couleurs, les espaces. Les idées qui se construisent mentalement sont repérées sur une photo, traduites en un tableau, un graphique ou un schéma. Ils auront besoin de schémas, d'images compréhensibles, faits par le formateur pour illustrer la notion, ou auront besoin de produire eux-mêmes des schémas.

Les auditifs

Les auditifs apprennent facilement en écoutant la parole (les mots) ou les sons. L'ouïe est leur sens dominant. C'est pourquoi ils ont généralement de fortes habiletés en communication verbale. Ils apprécient la musique et ont souvent un talent musical. Ils ont aussi de la facilité à apprendre des langues puisqu'ils entendent et maîtrisent les intonations de voix et les accents. Ils prennent très peu de notes et ils se fient à leur mémoire. Ils choisiront d'enregistrer pour réécouter au lieu d'écrire pour relire. Lorsqu'ils lisent, ils le font à haute voix pour mieux comprendre. Pour mieux retenir, ils se dotent de trucs phonétiques sous forme de rimes ou de chansons. Ils auront besoin d'un discours clair et cohérent de la part du formateur, fluide et bien construit.

3. En France Antoine de la Garanderie (1980) élabore le concept de profils pédagogiques fondé sur les évocations visuelles et auditives privilégiées par les élèves en fonction de quatre objets (le concret, les mots, les opérations complexes et les opérations élaborées), concept qui a donné naissance à la notion aujourd'hui populaire de « gestion mentale ».

Les kinesthésiques

Les kinesthésiques apprennent mieux lorsqu'ils peuvent participer, toucher, agir, imiter, donc être physiquement actifs. Ils aiment le mouvement. Ils vont préférer la méthode essai-erreur plutôt qu'une élaboration mentale qui précéderait l'action. Ils ont besoin de mises en situation et d'action proposées par le formateur.

■ Jouer

sur la palette pédagogique

Il s'agit de faire jouer la palette des modalités pédagogiques pour conserver l'attention de tous les styles et faciliter leur apprentissage : si l'on ne fait que parler ou si l'on n'utilise qu'un support visuel sans attrait, on perd l'attention des visuels et des kinesthésiques. De même, si l'on ne met pas les participants à contribution dans l'activité, que ce soit sous forme de discussion ou de cas pratiques, on ne gagnera pas l'intérêt des kinesthésiques et, en plus, les auditifs voudront s'exprimer et les visuels réclameront des images concrètes pour que leur cerveau demeure actif.

■ Créer les conditions de la réussite

Il s'agit de créer les conditions pratiques de la réussite, en sélectionnant les stimulations pour orienter l'effort de raisonnement de l'apprenant. On choisira les informations pertinentes sur lesquelles on souhaite faire travailler l'apprenant et on renforcera la recherche d'informations par un questionnaire sur les données disponibles. Le soignant-formateur peut par exemple proposer un schéma complexe de fonctionnement de pompe à insuline, sans consignes, et inviter à une analyse graphique des indices et des informations disponibles pour en déduire le fonctionnement. Ce schéma aura été construit pour rendre com-

préhensible le fonctionnement de la pompe à insuline ; il sera suffisamment complexe pour qu'il y ait un effort d'analyse, mais suffisamment clair pour qu'il y ait réussite dans sa compréhension.

■ *Maintenir l'attention au cours des séances*

Il est favorable de maintenir l'attention de l'apprenant orientée vers l'objectif pour que la résolution de la tâche garde du sens, comme il est utile d'éviter que s'installe un fonctionnement routinier chez un apprenant qui réussit pour qu'il conserve sa dynamique d'apprentissage. Il est pour cela possible de proposer des situations qui vont intégrer des nouvelles stratégies à des stratégies déjà acquises. On pourra par exemple, dans le cadre d'une session d'éducation pour patients diabétiques de type 2, apprendre à construire une journée équilibrée du point de vue alimentaire, vérifier que la stratégie est acquise puis ajouter la composante de l'activité physique pour faire intégrer ce paramètre nouveau au concept d'équilibre. Ainsi le travail de résolution est fait en gardant en ligne de mire l'objectif global d'équilibre et la routine est évitée par un nouveau niveau de raisonnement proposé.

■ *Processus de résolution*

Pour faciliter le repérage des stratégies, il s'agit d'explicitier la résolution de l'action à l'apprenant et de terminer par exemple, une tâche qu'il ne parvenait pas à résoudre, pour analyser à haute voix avec lui le cheminement pour proposer des modèles de processus de résolution. En effet, un résultat n'a de sens qu'au regard d'une tâche résolue. La résoudre, permet de faire une analyse du cheminement de sa résolution. Il est alors intéressant de proposer une tâche complexe que l'on sait ne pas pouvoir être ter-

minée par l'apprenant parce qu'il n'en a pas encore la compétence, de l'accompagner dans la partie qu'il peut gérer et de terminer à sa place, mais avec lui, de façon à pouvoir faire un retour réflexif sur l'ensemble du processus.

SOLLICITER LA MÉTACOGNITION

■ *Une réflexion à différents niveaux*

L'activité intellectuelle effective de l'apprenant ne se perçoit pas seulement par des comportements apparents, elle comprend aussi un ensemble de régulations et d'actions mentales relatives à la tâche, comme les stratégies cognitives et les modes opératoires. L'approche

Un résultat n'a de sens qu'au regard d'une tâche résolue.

par la médiation cognitive consiste, au-delà des aspects techniques, à faire prendre conscience aux personnes du fonctionnement qu'elles ont dû mettre en place, et devront sans doute mettre en place, pour résoudre des situations problématiques (11). Ces situations de vie peuvent être différentes de la mise en situation préparée par le formateur, mais peuvent nécessiter le même type de stratégies de résolution.

■ *Médiation cognitive : qu'est-ce que c'est ?*

On définit la médiation cognitive comme une attention portée, par le formateur (appelé médiateur), à la prise de conscience que va construire l'apprenant sur son action de résolution (métacognition) pour produire un résultat. La métacognition sera possible pour l'apprenant si, après avoir résolu un problème, il peut s'exercer à une réflexion sur cette action, pour prendre conscience des pro-

cédures, des méthodes et des processus intellectuels mis en œuvre, de façon à les rendre conscients et à les ajuster si nécessaire. Le formateur, au moment où il construit la mise en situation qu'il proposera à l'apprenant, repère alors le raisonnement de résolution que va nécessiter la tâche et, quand il animera la séance, s'efforcera de repérer comment l'apprenant la résout pour l'aider à renforcer ensuite, son mode de raisonnement par une réflexion métacognitive.

■ *Deux niveaux d'objectifs*

On peut alors construire deux niveaux d'objectifs :

- des savoir-faire techniques liés à la maîtrise du traitement médical,

- mais aussi des savoir-faire cognitifs, qui renvoient à l'activation en situation des stratégies cognitives que l'on met en place quand on prend l'information, qu'on la traite et que l'on produit une réponse à un problème.

Ces stratégies sont repérées et soutenues par le formateur avant la résolution de problème, en cours de résolution et en fin de résolution, par des questions qui jalonnent l'action : avant l'action, « quels sont les bons indices que nous allons retenir dans la situation, quelles sont les notions connues qui pourraient servir à résoudre le problème, quelles hypothèses je vais faire avant de résoudre la tâche, quel raisonnement je pourrais mettre en place » ; en cours d'action : « quelles sont les stratégies que chacun utilise, sont-elles plus ou moins efficaces, quels sont les informations que vous avez effectivement utilisées, est-ce que nos hypothèses se confirment ?... » ; en

fin d'action : « comment résumer l'action et ses étapes, quels points clé retenir, quelles sont, finalement, les stratégies qui s'avèrent efficaces, comment transférer ces acquis dans d'autres contextes ? »

■ Concrètement...

Prenons l'exemple d'une séance dont l'objectif est de comprendre la cinétique des insulines et de savoir l'utiliser à bon escient dans l'insulinothérapie. Le soignant-formateur fera construire les courbes d'évolution dans le temps des concentrations d'insuline dans le sang, et reviendra avec les apprenants sur ce

La médiation cognitive est une attention portée, par le formateur, à la prise de conscience que va construire l'apprenant sur son action de résolution pour produire un résultat.

qui a guidé leur choix : quels ont été leur point de départ, quel raisonnement ont-ils adopté pour situer les insulines lentes et rapides, quelles données ont-ils utilisées, comment résumer la "bonne" construction d'une insulinothérapie, comment faire dans son contexte...

Une séance "classique", mise en place sur un mode transmissif consisterait à expliquer clairement, à l'aide de courbes en couleur et de chiffres repérables le fonctionnement des courbes. L'explication donnée aurait moins d'effet d'apprentissage que l'effort de reconstruction de la cinétique des insulines fait par les patients. Nous avons dans ce cadre initié (au sein du service de diabétologie du CHU de Toulouse), la création du support éducatif « Je construis mon insulinothérapie » qui invite les patients à reconstituer la cinétique des insulines sur une frise temporelle à partir de courbes découpées et à échanger sur la pertinence de leur construction (12).

UTILISER LA VIE QUOTIDIENNE COMME OCCASION D'APPRENTISSAGE

■ Replacer les compétences dans un environnement

L'individu construit la compétence par une mise en relation des connaissances avec un environnement, à condition qu'il y ait une action. L'individu pour être compétent va construire un modèle cognitif (comment ça fonctionne de façon type), puis un modèle opératif (comment ça marche dans la réalité). Le modèle opératif a besoin du modèle cognitif, mais aussi de l'exer-

cice de l'action avec les validations et invalidations qu'elle comporte. Il se construit à partir de l'analyse des effets de l'action. Il ne s'agit pas de dire seulement au patient que c'est bien ou mal fait, mais de travailler avec lui au repérage de ce qui explique le résultat de son action, en résumé d'opérer avec lui à l'analyse interne de l'activité : tel cheminement a eu tel résultat parce que... Cette analyse réflexive justifie l'action mise en place pendant le temps de la formation. Ainsi les apprentissages gagnent à s'ancrer dans les stratégies déjà mises en place par le patient : on peut par exemple laisser le patient choisir sa dose d'insuline, puis analyser avec lui les résultats sur la glycémie (analyser pourquoi il est en hyperglycémie, si c'est le cas).

■ Prolonger la formation...

Il est important de prolonger les stratégies apprises dans l'action, par des mises en situation nouvelles. Les connaissances peuvent être investies dans les pratiques

avec des consignes de mise en œuvre décidées et négociées pendant le temps de formation ; elles sont mises en œuvre dans les environnements respectifs des formés ou bien dans des temps "libres" pendant la formation autogérés par les patients. Je désigne ces activités par le terme « d'activités autonomes encadrées » où une consigne d'expérimentation est donnée aux patients, mais où l'expérience est faite sans soignants puis analysée dans la suite de la formation : une sortie au restaurant en soirée pour expérimenter sa compréhension de l'insulinothérapie fonctionnelle, une marche sur un circuit balisé pour réinvestir ce que j'ai compris de la gestion de l'effort et de l'anticipation de la prise des insulines pour des patients diabétiques de type 1, une analyse d'étiquettes dans un magasin pour repérer la teneur en sucre ou sel de ses aliments préférés... toute occasion de "vraie vie" exploitable en formation.

■ ... Et tirer un enseignement des situations quotidiennes

Les compétences se structurent dans ces mises en situation. Elles peuvent alors être revues, analysées en formation, par les prochaines sessions de formation ou des consultations éducatives de suivi, après avoir été mobilisées sur le terrain par le patient. L'objectif est à la fois de favoriser la compréhension de la pratique en la modélisant (comment il faut faire) et de faciliter une mise en pratique individualisée de la modélisation construite en formation (comment je vais faire) tout en renforçant la compréhension de son action (comment j'ai fait).

FAIRE ANTICIPER LE TRANSFERT DANS LA VRAIE VIE

Le transfert dans la "vraie vie" ne se limite pas à une application des

connaissances. Le transfert est effectif si la connaissance acquise se met en place dans un contexte singulier ou inhabituel, différent de celui dans lequel s'est fait l'apprentissage. On parle de transfert quand la situation résiste, étonne et nécessite un comportement de résolution de problème.

Pour pouvoir transférer, il est utile à l'apprenant de s'imaginer, par anticipation, les paramètres du contexte dans lequel devra se mettre en place cette nouvelle connaissance, ce nouveau savoir-faire acquis en formation. Imaginons l'apprentissage de règles diététique et d'activité physique. Si le patient n'a pas appris pendant le temps éducatif à envisager des stratégies de transfert cohérentes avec ses contextes sociaux, la connaissance nouvellement acquise ne pourra pas devenir opérative, parce que le contexte pourra de fait limiter la mise en place du changement (nous entendons par contextes sociaux à la fois les habitudes du patient, les modes relationnels avec son entourage et ses environnements physiques). Lui apprendre à repérer les paramètres de ses contextes qui auront une influence sur le transfert augmente la possibilité de transfert. Il s'agit de lui apprendre une stratégie d'anticipation de l'action : est-ce qu'il y a les équipements sportifs prévus, comment je peux organiser mon temps avec mon mode de vie et mes envies, comment je vais négocier de pouvoir

prendre ce temps avec ma famille, comment je vais anticiper les apéritifs à venir après ce stage de nutrition, qu'est-ce qui va soutenir, faciliter les mises en œuvre futures ou les contraindre, quels "trucs et astuces" échangés avec les autres patients pourraient marcher dans mon quotidien, à quelles conditions ? Nous avons, dans cet esprit, coordonné la construction de l'outil éducatif Fileo (13). L'outil,

à l'apprenant à mieux apprendre, à le guider et à le soutenir cognitive-ment. Il consiste à lui apprendre à mieux raisonner, à décider, à trier et à choisir, de façon créative et critique. L'objectif du formateur est de faire que ce raisonnement rendu plus efficient, aide le patient à mettre en place la compétence dans son contexte de vie. En effet, pour que le patient mette en place les conduites adaptatives que vise

Les compétences peuvent être revues, analysées en formation, par les prochaines sessions de formation ou des consultations éducatives de suivi, après avoir été mobilisées sur le terrain par le patient.

fil rouge du changement, soutient l'ensemble du parcours éducatif du patient, sur un séjour d'une à plusieurs semaines. Il lui permet de faire le lien entre les nouveaux apprentissages et les stratégies déjà mises en œuvre à domicile ; de profiter des stratégies efficientes des autres participants pour enrichir ses possibles, par un échange de "trucs et astuces", et de construire son projet d'organisation à domicile en analysant les paramètres de faisabilité, le tout, accompagné par l'équipe éducative.

CONCLUSION

Finally, le rôle du soignant-formateur est bien un rôle pédagogique qui consiste à apprendre

l'éducation thérapeutique, il doit comprendre sa pratique, en modéliser les grandes lignes, l'enrichir d'apports nouveaux, pour pouvoir transférer ces acquis enrichis dans ses contextes habituels, souvent plus turbulents que ceux dans lesquels il a appris. C'est, somme toute, ce que fait chaque individu qui met en place un fonctionnement cognitif efficient devant toute situation qu'il résout et dont il tire des leçons de l'expérience : faire, comprendre, transférer... ■

Mots-clés :

Éducation thérapeutique, Médiation, Apprentissage, Cognition

BIBLIOGRAPHIE

1. Lettre aux patients de l'association Française de diabétologie, janvier 2002.
2. Éducation et responsabilisation, communiqué de l'IDF, 2002.
3. Intervention de A. Deccache à la SETSO, Toulouse avril 2011.
4. Guide HAS. Décret instaurant le cahier des charges de demande d'autorisation des programmes d'ETP auprès des ARS. INPES, 4 août 2010.
5. Piaget J. L'équilibration des structures cognitives. Paris : PUF, 1975.
6. Muchielli R. Les méthodes actives dans la pédagogie des adultes. Paris : ESF, 2008.
7. Merieu P. Les voies de la pédagogie, Éduquer et former. Paris : Sciences humaines, 2001.
8. Astolfi JP. L'erreur, un outil pour enseigner ? Paris : ESF, 1997.
9. Bruner G. The process of education. Harvard : University Press, 1960.
10. De la Garanderie A. Les profils pédagogiques : discerner les aptitudes scolaires. Paris : Centurion, 1980.
11. Loarer E. L'Éducation cognitive : modèle et méthodes pour apprendre à penser. Revue Française de Pédagogie 1998 ; 122 : 121-61.
12. Hanair H, Gourdy P, Guiraud M et al. Je construis mon insulinothérapie, un outil éducatif pour patients diabétiques. Soins 2008 ; 53 (Supp 724) : 29-32.
13. Llorca MC, Mottet AC, Ribiere F et al. Filéo, le fil rouge du changement, un outil qui soutient le parcours éducatif d'un patient atteint de pathologie chronique. 3^e prix ex æquo des outils éducatifs du congrès de la Société européenne d'Éducation thérapeutique congrès de Toulouse, septembre 2009. Toulouse : SETE 2009.

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'acquérir 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 (déli, 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.



L'évaluation du patient diabétique par un Examen Structuré Objectif (E.S.O.)

par Sylvie Bullano (1) et Edith Repellin (1)

Mots-clés : éducation du patient, diabète, DNID, DID, objectifs pédagogiques, contrat de sécurité, évaluation formative, E.S.O (Examen Structuré Objectif), cartes de Barrow, grilles d'observation gestuelles, cartes de menus simulés, QCM, France.

Pour nous infirmières en service de diabétologie, soigner nos patients signifie leur enseigner à se soigner eux-mêmes, leur apprendre à gérer leur maladie. Car l'éducation est aujourd'hui indissociable de la thérapeutique.

Dans un souci de qualité et d'efficacité, nous avons choisi de mettre en place une nouvelle stratégie d'évaluation : l'E.S.O (Examen Structuré Objectif). Cette méthode nous permet d'identifier les lacunes, de dépister les erreurs, de réajuster des connaissances, et de vérifier les progrès effectués par les patients. Elle vient en complément des autres instruments d'évaluation déjà utilisés dans notre structure (grille d'observation gestuelle, QCM, QROC, E.A.O).

*Et «éduquer c'est un peu jardiner»
on prépare la terre,
on la fertilise,
on plante des graines,
on les arrose,
puis on taille,
on récolte les fruits...
on ramasse les feuilles mortes,
et, on recommence.*
Mr Daniel BAILLY

Le service d'endocrinologie

Toutes deux infirmières, nous faisons partie de l'équipe soignante du service d'endocrinologie du Centre Hospitalier de Chambéry, service dirigé par le Dr M. ROBERT.

L'unité est divisée en deux secteurs :

- une hospitalisation de semaine (14 lits);
- et une hospitalisation dite traditionnelle (23 lits).

Le service s'est beaucoup investi dans l'éducation du patient diabétique ces huit dernières années :

- création de différents supports éducatifs;
- installation d'un logiciel informatique;
- création d'un hôpital de jour (en janvier 1991);
- ouverture d'un stage d'éducation pour les DID (diabétiques insulino-dépendants) en octobre 1991;
- mise en place de plusieurs outils d'évaluation (grille d'observation gestuelle, un premier questionnaire distribué en début de stage d'éducation DID, et un second en fin de stage);
- naissance d'une consultation pied diabétique (en avril 1994);
- et création d'un stage d'éducation pour les DNID (diabétiques non insulino-dépendants) en novembre 1997.

Au terme des trois cycles de perfectionnement organisés par l'IPCEN, nous avons choisi de mettre en place une stratégie d'évaluation.

Notre démarche pédagogique a été la suivante : après avoir réalisé l'inventaire des différents outils d'évaluation existants au sein du service, nous avons proposé l'installation d'une nouvelle méthode : l'E.S.O (Examen Structuré Objectif).

Présentation de l'E.S.O (Examen Structuré Objectif)

Issu de l'O.S.C.E (Objective Structured Clinical Examination), l'E.S.O a été développé en 1975 par HARDEN R.M. et GLEESON F.A. en Ecosse.

Il s'agit d'une alternance d'épreuves pratiques réalisées par le patient diabétique en présence d'un observateur (dans notre cas une infirmière ou la diététicienne). Cette méthode a pour but d'évaluer des comportements ou des compétences à réagir face à des situations simulées susceptibles d'être communes à tous les diabétiques.

Motivation du choix de l'E.S.O

Plusieurs critères ont orienté notre choix vers l'E.S.O. Il nous offre la possibilité :

- de mesurer les objectifs des trois domaines taxonomiques (domaine cognitif, domaine sensori-moteur, domaine psycho-affectif);
- d'évaluer l'application pratique de notions théoriques;
- d'évaluer un maximum de patients en un minimum de temps;
- d'avoir un feed-back des notions enseignées lors des séances pédagogiques;
- d'identifier les lacunes et proposer des réajustements immédiatement à la fin de chaque station;
- de responsabiliser, motiver et favoriser la participation active du patient au traitement de sa maladie, tout en conservant un véritable échange entre patient et soignant.

La population concernée

Notre étude s'intéresse à des patients DNID et DID

(1) infirmières, Centre Hospitalier de Chambéry, Service d'endocrinologie B8, BP 1125, F-73011 Chambéry Cedex.

Tél : ++ 33 (0)4 79 96 50 50
(poste 1579 ou 1680)
Fax : ++ 33 (0)4 79 96 56 72



OBJECTIFS A EVALUER	INSTRUMENTS D' EVALUATION
- Pratiquer une analyse d'urines	→ - Grille d'observation gestuelle
- Pratiquer une glycémie capillaire	→ - Grille d'observation gestuelle
- Préparer une injection d'insuline	→ - Grille d'observation gestuelle
- Corriger une hypoglycémie	→ - Cas clinique et aliments factices
- Composer un repas équilibré	→ - Cartes de menus simulés
- Prévenir les plaies de pieds	→ - Cartes de Barrow
- Réagir face à une cétose	→ - Cartes de Barrow

Tableau 1 : Objectifs à évaluer et instruments d'évaluation.

ayant suivi un stage d'éducation pendant lequel se sont enchaînés cours et interventions de médecins, d'infirmières et de la diététicienne.

L'E.S.O est utilisé en fin de programme le jour de la sortie. Il remplace le questionnaire distribué jusqu'alors.

Organisation et déroulement de l'expérience

Dans l'espace :

nous avons installé les ateliers dans notre salle d'éducation diabétique. Une table est préparée pour chacune des stations et une chaise se trouve de part et d'autre de la table.

Dans le temps :

l'observateur avertit le patient du déroulement de chaque atelier. Un énoncé indique la tâche à réaliser et le matériel nécessaire est à disposition.

Dans la durée :

la durée de chaque épreuve est assez brève, de trois à sept minutes. Puis, les observateurs laissent un temps de parole au patient avant de réajuster les éventuelles lacunes ou erreurs. A l'issue des tests, les soignants font la synthèse des mesures effectuées à chaque station et retranscrivent les résultats dans le dossier de soins.

Le choix des stations et des thèmes à aborder

Pour des raisons de rapidité d'exécution, de place et de nécessité de personnel (un soignant étant nécessaire par station), nous avons limité le nombre de stations à quatre par séance. Les thèmes abordés sont parmi les principaux items de notre contrat de sécurité. Chaque station correspond à un objectif à évaluer et un instrument de mesure a été construit pour chacun d'entre eux (cfr. tableau 1).

Les grilles d'observation gestuelles

Nous avons établi trois grilles d'observation qui explorent la pratique gestuelle et apprécient les performances du domaine sensori-moteur (cfr. figure 1, ci-contre).

Une échelle simplifiée a été définie :

BIEN FAIT + MAL FAIT +/- NON FAIT -

Le cas clinique et les aliments factices

Le cas clinique associe énoncé, cartes et aliments factices. L'énoncé transcrit une situation-problème concrète, en l'occurrence une hypoglycémie.

Les cartes, au nombre de six, proposent différentes solutions (positives ou négatives).

Un panier contenant des aliments factices se trouve sur la table à proximité du jeu de cartes.

Il vient en complément de réponse de la carte n°3 intitulée «je mange».

Divers aliments composés de sucres lents et/ou rapides sont destinés à être choisis; d'autres sont inefficaces dans la correction du malaise hypoglycémique.

Critères	/	DATE	/	DATE	/
1. PREPARER LE MATERIEL	/	/	/	/	/
CHOISIR LE BON STYLO	/	/	/	/	/
VERIFIER LA DATE DE PEREMPTION DU STYLO	/	/	/	/	/
RETIRER LE CAPUCHON	/	/	/	/	/
AGITER LE STYLO (sauf si insuline rapide)	/	/	/	/	/
REMETTRE L'ETOILE DANS LA FENETRE DU STYLO	/	/	/	/	/
DESINFECTER L'EMBOUT DU STYLO	/	/	/	/	/
ADAPTER L'AIGUILLE	/	/	/	/	/
2. PROGRAMMER LA DOSE D'INSULINE	/	/	/	/	/
APPUYER SUR LE BOUTON SELECTION POUR EVACUER LES RESTES D'INSULINE	/	/	/	/	/
PURGER DE 2 UNITES (stylo neuf)	/	/	/	/	/
REMETTRE LE STYLO SUR L'ETOILE	/	/	/	/	/
SELECTIONNER LA DOSE D'INSULINE	/	/	/	/	/

Figure 1 : La grille d'observation gestuelle destinée au soignant - Préparation de l'injection d'insuline avec le stylo «lillypen».



Figure 2 : Exemple d'une carte de menu simulé.

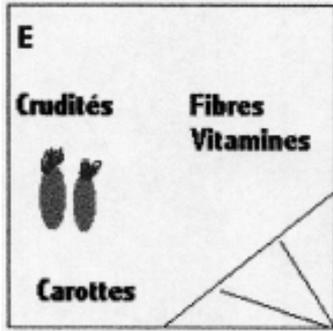


Figure 3 : Disposition des cartes de menu.

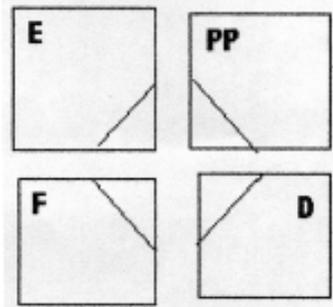


Figure 4 : Enoncé proposé au patient.

«Nous sommes au mois de juillet, et comme chaque année vous passez vos vacances en bord de mer. Ce matin, vous êtes allé ramasser des coquillages sur la plage. Par mégarde, votre pied droit a heurté un petit rocher. De retour à votre logement, vous vous apercevez que votre 5ème orteil droit présente une petite plaie. Que faites-vous ?»

Les cartes de menus simulés

Les cartes de menus simulés ont été créées et imaginées par notre diététicienne Mme Virginie BESSON. Elle a réalisé cet outil bien avant notre formation, mais elle n'avait jamais eu l'occasion de le tester sur un grand groupe de patients. Intéressant et original, nous avons donc choisi de l'inclure dans nos ateliers.

L'objectif du jeu est de composer un menu équilibré à l'aide de cartes illustrant les quatre éléments d'un repas, c'est-à-dire l'Entrée, le Plat Principal, le Fromage, et le Dessert (cfr. figure 2).

Une disposition particulière des cartes permet de visualiser globalement le menu choisi et d'en vérifier son équilibre : apport glucidique suffisant, apport lipidique contrôlé, présence de fibres, protéines, calcium,... (cfr. figure 3).

Les cartes de Barrow

Nous avons choisi de détailler ci-après un des instruments d'évaluation que nous avons utilisé. Il s'agit de l'atelier «Prévenir les plaies de pieds», station pour laquelle des cartes de Barrow ont été construites. Appartenant au domaine cognitif, les cartes de Barrow testent la résolution de problèmes, la prise de décision, la capacité de réagir face à une simulation clinique.

Ces cartes se décomposent en plusieurs éléments :

L'énoncé

Il reproduit en quelques lignes une situation problématique pour le patient (cfr. figure 4).

Les cartes

Elles sont au nombre de 11. Le recto comporte une proposition de réponse pouvant ou non résoudre le problème posé. Le verso indique la conséquence ou le risque encouru si le patient choisit la proposition énoncée (cfr. figure 5).

Les réponses sont classées et cotées de - 2 à + 2 :

- 2 : choix dangereux à court terme
- 1 : choix inutile ou dangereux à moyen terme
- 0 : choix neutre
- + 1 : choix approprié mais insuffisant pour résoudre le problème
- + 2 : choix approprié qui résout le problème

Nous ne voulions pas que les patients perçoivent négativement cette notation par chiffre (ambiance scolaire), c'est pourquoi, elle n'apparaît jamais sur les cartes. Elle figure seulement sur la liste de choix (cfr. figure 6, p.51) et la feuille d'observation (cfr. figure 7, p.51) destinées à l'infirmière.

Le patient connaît la justesse de ses réponses à travers un code couleur que nous avons établi :

- vert —————> choix approprié
- bleu —————> choix neutre
- magenta —————> choix dangereux à long terme
- rouge —————> choix dangereux à court terme

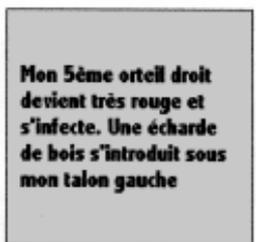
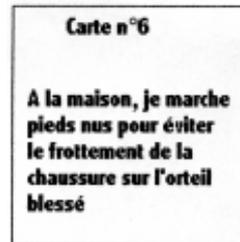
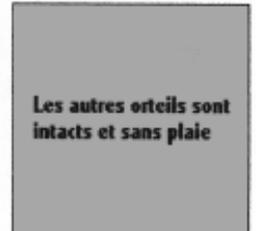
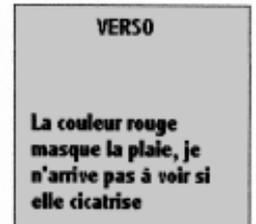
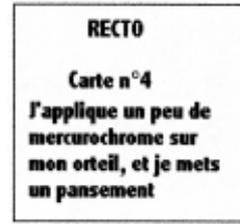


Figure 5 : Exemple de cartes de Barrow.

L'exposé du cas et les cartes sont posés sur la table devant le patient. Celui-ci prend connaissance de l'énoncé et des propositions de réponses. Il peut en choisir plusieurs pour corriger efficacement la situation. Il est capable de voir le résultat de chacune de ses actions (en retournant la carte) avant de décider de la prochaine.

La feuille d'observation

Nous l'utilisons pour noter les cartes choisies par le patient, leur nombre, leur cotation (cfr. figure 7, p.51). Son emploi est simple et rapide. Elle est remplie pendant l'observation du patient.

L'infirmière fixe alors différents scores pour chacun des patients (PIHOUEE M.A, 1991) :

- le score d'aptitude : il traduit la capacité du patient à choisir les actions les plus appropriées.

Son calcul se fait de la manière suivante :

$$S1 = \frac{2(NC + 2) + 1(NC + 1) + (-1)(NC - 1) + (-2)(NC - 2)}{NC T}$$

NC +2= nombre de cartes choisies valant + 2

NC +1= nombre de cartes choisies valant + 1

NC -1 = nombre de cartes choisies valant - 1

NC -2 = nombre de cartes choisies valant - 2

NC T = nombre de cartes tirées

- le score d'économie des cartes : il correspond à sa capacité à aller droit au but, à utiliser un minimum de cartes :

$$S2 = 10 \frac{NC T \times 10}{NC P}$$

NC P= nombre de cartes proposées



Nous conservons les scores dans le dossier infirmier. Ils permettront lors d'un prochain séjour du patient et par une nouvelle évaluation de mesurer les progrès effectués. Nous insistons sur le fait que nous avons orienté notre travail dans le sens d'une évaluation formative et non sommative et bien sûr en aucun cas une note ou sanction ne saurait être donnée.

La mise en pratique de l'E.S.O.

Le vécu des patients

Notre étude s'est portée sur 16 patients entre juin 1997 et janvier 1998 (11 hommes et 5 femmes âgés de 25 à 60 ans).

Pour connaître l'opinion des patients sur les ateliers, nous leur avons distribué en fin d'épreuve un questionnaire.

Leur satisfaction était encourageante :

- vécu sans stress, ni intimidation;
- contact privilégié entre patient et soignant;
- les situations proposées sont proches de la réalité, de la vie quotidienne.

Aucun inconvénient n'a été soulevé.

Le vécu des soignants

L'E.S.O. a satisfait à nos objectifs de départ :

- **Evaluer un maximum de patients** : les ateliers proposés nous ont permis d'évaluer des patients ayant des difficultés de lecture (l'infirmière peut lire à la place du patient), d'écriture, ou d'expression.
- **Identifier les lacunes** : nous avons pu corriger les erreurs des patients en leur présence, et savoir pourquoi ils n'ont pas su répondre.
- **Evaluer l'application pratique de notions théoriques** : le «savoir-faire», les capacités d'interprétation de données et de prise de décisions ont été évaluées. Nous nous sommes assurées que le patient n'a pas été seulement informé, mais bien formé.
- **Responsabiliser, motiver, favoriser sa participation active** : la méthode a permis aux patients d'appliquer les notions apprises à un cas particulier (le leur). L'infirmière n'est plus perçue comme une enseignante, mais comme une animatrice, une conseillère. Les stands suscitent moins d'appréhension que le questionnaire face auquel ils se retrouvaient seuls. Les patients ne sont plus face à une feuille de papier, et l'échange de vécu, d'expérience est maintenant possible.
- **Avoir un feed-back** : l'E.S.O. permet un moment de rétro-information qui peut se faire au travers des différents exercices; c'est un enrichissement de données, un moment capital, le premier pas vers l'autoévaluation.

En ce qui concerne la validité de la méthode, chaque infirmière mesure avec précision l'atteinte des objectifs. Les critères de performance préétablis sont les mêmes pour tous les observateurs et pour tous les patients. Nous savons que des examinateurs différents évalueront de la même façon.

Les limites de l'E.S.O.

Si l'E.S.O. nous donne la possibilité d'évaluer un maximum de compétences en un minimum de temps,

il possède aussi quelques limites :

- la méthode proposée nécessite la présence simultanée d'un minimum de quatre personnes paramédicales;
- les patients étrangers ou âgés peuvent avoir des difficultés de compréhension;
- l'évaluation des comportements n'est possible que dans la réalité de l'hôpital : le patient réagira-t-il de la même manière hors structure ?
- l'E.S.O. ne sera-t-il pas ressenti par l'équipe soignante comme une charge de travail supplémentaire ?

Mais bien sûr, toutes ces limites ne nous semblent pas insurmontables.

Nom et prénom du patient :	DATE :
NOMBRE DE CARTES TIREES :	
NUMERO DES CARTES TIREES :	
SCORE D'APTITUDE :	
SCORE D'ECONOMIE DES CARTES :	
COMMENTAIRES :	

Conclusion

Cette réflexion et ce travail commun ont permis la création d'un moyen ludique d'évaluation. Grâce à lui, nous avons pu constater une remotivation de l'équipe paramédicale. Et, l'intérêt du duo infirmières-diététicienne n'est pas négligeable dans l'éducation du patient diabétique.

Certes, nous avons utilisé l'E.S.O. en fin de semaine d'éducation, mais il pourrait être proposé à tout moment au cours de l'apprentissage, à chaque étape du processus pédagogique, permettant des réajustements en cours d'enseignement. Nous pourrions aussi envisager de conclure les différents ateliers par une activité de groupe pour rediscuter des points forts et des erreurs une nouvelle fois.

Nous envisageons à l'avenir, la formation d'autres infirmières du service, et la création de nouveaux ateliers (sport, voyages, adaptation des doses d'insuline,...).

Dans la meilleure des perspectives, même si le patient a démontré l'atteinte des objectifs, notre travail ne reste qu'un épisode au milieu d'un accompagnement pédagogique. Et nous n'oublions pas que si l'évaluation permet de situer le niveau de compétences du patient, elle est aussi un indicateur du niveau de qualité de l'enseignement que nous dispensons tous les jours. ■

Carte n°1	→	0
Carte n°2	→	- 2
Carte n°3	→	+ 1
Carte n°4	→	- 2
Carte n°5	→	+ 1
Carte n°6	→	- 2
Carte n°7	→	+ 2
Carte n°8	→	- 1
Carte n°9	→	+ 2
Carte n°10	→	+ 1
Carte n°11	→	- 1

Figure 6 : La liste de choix pour l'atelier sur le pied.

Figure 7 : La feuille d'observation.

Bibliographie

D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRER. (1995), *Apprendre à éduquer le patient*, Edition Vigot, Paris.

GAGNAYRER., RIGOT P., LE TOUMELIN P., LECLERCQ G. (1994), *Secouristes et défibrillation semi-automatique*, in *Revue des Samu Médecine d'Urgence*, Tome XVI, n°1.

HADJI C. (1996), *L'évaluation des apprentissages - Trente ans de recherches et de débats*, in *Sciences Humaines*, Hors Série, n°12.

HADJI C. (1992), *L'évaluation des actions éducatives*, PUF, Paris.

HARDEN R.M., GLEESON F.A. (1979), *Assessment of clinical competence using Objective Structured Clinical Examination (O.S.C.E)*, in *Medical Education Booklet*, vol.13, n°8.

PIHOUEE M.A. (1991), *Un jeu de cartes... pour quelle réussite ?*, mémoire non publié, IPCEM, Paris.

TALLONNEAU M.P. (1993), *Education nutritionnelle du diabétique : une expérience couplée du savoir et du savoir-faire*, mémoire non publié, IPCEM, Paris.

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 (déli, 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.



L'évaluation du patient diabétique par un Examen Structuré Objectif (E.S.O.)

par Sylvie Bullano (1) et Edith Repellin (1)

Mots-clés : éducation du patient, diabète, DNID, DID, objectifs pédagogiques, contrat de sécurité, évaluation formative, E.S.O (Examen Structuré Objectif), cartes de Barrow, grilles d'observation gestuelles, cartes de menus simulés, QCM, France.

Pour nous infirmières en service de diabétologie, soigner nos patients signifie leur enseigner à se soigner eux-mêmes, leur apprendre à gérer leur maladie. Car l'éducation est aujourd'hui indissociable de la thérapeutique.

Dans un souci de qualité et d'efficacité, nous avons choisi de mettre en place une nouvelle stratégie d'évaluation : l'E.S.O (Examen Structuré Objectif). Cette méthode nous permet d'identifier les lacunes, de dépister les erreurs, de réajuster des connaissances, et de vérifier les progrès effectués par les patients. Elle vient en complément des autres instruments d'évaluation déjà utilisés dans notre structure (grille d'observation gestuelle, QCM, QROC, E.A.O).

Et «éduquer c'est un peu jardiner»
on prépare la terre,
on la fertilise,
on plante des graines,
on les arrose,
puis on taille,
on récolte les fruits...
on ramasse les feuilles mortes,
et, on recommence.

Mr Daniel BAILLY

Le service d'endocrinologie

Toutes deux infirmières, nous faisons partie de l'équipe soignante du service d'endocrinologie du Centre Hospitalier de Chambéry, service dirigé par le Dr M. ROBERT.

L'unité est divisée en deux secteurs :

- une hospitalisation de semaine (14 lits);
- et une hospitalisation dite traditionnelle (23 lits).

Le service s'est beaucoup investi dans l'éducation du patient diabétique ces huit dernières années :

- création de différents supports éducatifs;
- installation d'un logiciel informatique;
- création d'un hôpital de jour (en janvier 1991);
- ouverture d'un stage d'éducation pour les DID (diabétiques insulino-dépendants) en octobre 1991;
- mise en place de plusieurs outils d'évaluation (grille d'observation gestuelle, un premier questionnaire distribué en début de stage d'éducation DID, et un second en fin de stage);
- naissance d'une consultation pied diabétique (en avril 1994);
- et création d'un stage d'éducation pour les DNID (diabétiques non insulino-dépendants) en novembre 1997.

Au terme des trois cycles de perfectionnement organisés par l'IPCEM, nous avons choisi de mettre en place une stratégie d'évaluation.

Notre démarche pédagogique a été la suivante : après avoir réalisé l'inventaire des différents outils d'évaluation existants au sein du service, nous avons proposé l'installation d'une nouvelle méthode : l'E.S.O (Examen Structuré Objectif).

Présentation de l'E.S.O (Examen Structuré Objectif)

Issu de l'O.S.C.E (Objective Structured Clinical Examination), l'E.S.O a été développé en 1975 par HARDEN R.M. et GLEESON F.A. en Ecosse.

Il s'agit d'une alternance d'épreuves pratiques réalisées par le patient diabétique en présence d'un observateur (dans notre cas une infirmière ou la diététicienne). Cette méthode a pour but d'évaluer des comportements ou des compétences à réagir face à des situations simulées susceptibles d'être communes à tous les diabétiques.

Motivation du choix de l'E.S.O

Plusieurs critères ont orienté notre choix vers l'E.S.O. Il nous offre la possibilité :

- de mesurer les objectifs des trois domaines taxonomiques (domaine cognitif, domaine sensori-moteur, domaine psycho-affectif);
- d'évaluer l'application pratique de notions théoriques;
- d'évaluer un maximum de patients en un minimum de temps;
- d'avoir un feed-back des notions enseignées lors des séances pédagogiques;
- d'identifier les lacunes et proposer des réajustements immédiatement à la fin de chaque station;
- de responsabiliser, motiver et favoriser la participation active du patient au traitement de sa maladie, tout en conservant un véritable échange entre patient et soignant.

La population concernée

Notre étude s'intéresse à des patients DNID et DID

(1) infirmières, Centre Hospitalier de Chambéry, Service d'endocrinologie B8, BP 1125, F-73011 Chambéry Cedex.

Tél : ++ 33 (0)4 79 96 50 50
(poste 1579 ou 1680)
Fax : ++ 33 (0)4 79 96 56 72



OBJECTIFS A EVALUER	INSTRUMENTS D' EVALUATION
- Pratiquer une analyse d'urines	→ - Grille d'observation gestuelle
- Pratiquer une glycémie capillaire	→ - Grille d'observation gestuelle
- Préparer une injection d'insuline	→ - Grille d'observation gestuelle
- Corriger une hypoglycémie	→ - Cas clinique et aliments factices
- Composer un repas équilibré	→ - Cartes de menus simulés
- Prévenir les plaies de pieds	→ - Cartes de Barrow
- Réagir face à une cétose	→ - Cartes de Barrow

Tableau 1 : Objectifs à évaluer et instruments d'évaluation.

ayant suivi un stage d'éducation pendant lequel se sont enchaînés cours et interventions de médecins, d'infirmières et de la diététicienne.

L'E.S.O est utilisé en fin de programme le jour de la sortie. Il remplace le questionnaire distribué jusqu'alors.

Organisation et déroulement de l'expérience

Dans l'espace :

nous avons installé les ateliers dans notre salle d'éducation diabétique. Une table est préparée pour chacune des stations et une chaise se trouve de part et d'autre de la table.

Dans le temps :

l'observateur avertit le patient du déroulement de chaque atelier. Un énoncé indique la tâche à réaliser et le matériel nécessaire est à disposition.

Dans la durée :

la durée de chaque épreuve est assez brève, de trois à sept minutes. Puis, les observateurs laissent un temps de parole au patient avant de réajuster les éventuelles lacunes ou erreurs. A l'issue des tests, les soignants font la synthèse des mesures effectuées à chaque station et retranscrivent les résultats dans le dossier de soins.

Le choix des stations et des thèmes à aborder

Pour des raisons de rapidité d'exécution, de place et de nécessité de personnel (un soignant étant nécessaire par station), nous avons limité le nombre de stations à quatre par séance. Les thèmes abordés sont parmi les principaux items de notre contrat de sécurité. Chaque station correspond à un objectif à évaluer et un instrument de mesure a été construit pour chacun d'entre eux (cfr. tableau 1).

Les grilles d'observation gestuelles

Nous avons établi trois grilles d'observation qui explorent la pratique gestuelle et apprécient les performances du domaine sensori-moteur (cfr. figure 1, ci-contre).

Une échelle simplifiée a été définie :

BIEN FAIT + MAL FAIT +/- NON FAIT -

Le cas clinique et les aliments factices

Le cas clinique associe énoncé, cartes et aliments factices. L'énoncé transcrit une situation-problème concrète, en l'occurrence une hypoglycémie.

Les cartes, au nombre de six, proposent différentes solutions (positives ou négatives).

Un panier contenant des aliments factices se trouve sur la table à proximité du jeu de cartes.

Il vient en complément de réponse de la carte n°3 intitulée «je mange».

Divers aliments composés de sucres lents et/ou rapides sont destinés à être choisis; d'autres sont inefficaces dans la correction du malaise hypoglycémique.

Critères	/	DATE	/	DATE	/
1. PREPARER LE MATERIEL	/	/	/	/	/
CHOISIR LE BON STYLO	/	/	/	/	/
VERIFIER LA DATE DE PEREMPTION DU STYLO	/	/	/	/	/
RETIRER LE CAPUCHON	/	/	/	/	/
AGITER LE STYLO (sauf si insuline rapide)	/	/	/	/	/
REMETTRE L'ETOILE DANS LA FENETRE DU STYLO	/	/	/	/	/
DESINFECTER L'EMBOUT DU STYLO	/	/	/	/	/
ADAPTER L'AIGUILLE	/	/	/	/	/
2. PROGRAMMER LA DOSE D'INSULINE	/	/	/	/	/
APPUYER SUR LE BOUTON SELECTION POUR EVACUER LES RESTES D'INSULINE	/	/	/	/	/
PURGER DE 2 UNITES (stylo neuf)	/	/	/	/	/
REMETTRE LE STYLO SUR L'ETOILE	/	/	/	/	/
SELECTIONNER LA DOSE D'INSULINE	/	/	/	/	/

Figure 1 : La grille d'observation gestuelle destinée au soignant - Préparation de l'injection d'insuline avec le stylo «lillypen».



Figure 2 : Exemple d'une carte de menu simulé.

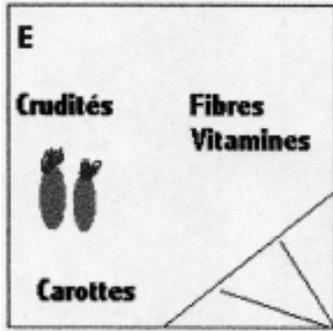


Figure 3 : Disposition des cartes de menu.

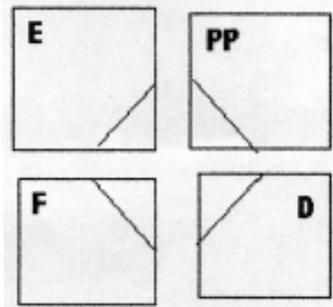


Figure 4 : Enoncé proposé au patient.

«Nous sommes au mois de juillet, et comme chaque année vous passez vos vacances en bord de mer. Ce matin, vous êtes allé ramasser des coquillages sur la plage. Par mégarde, votre pied droit a heurté un petit rocher. De retour à votre logement, vous vous apercevez que votre 5ème orteil droit présente une petite plaie.
Que faites-vous ?»

Les cartes de menus simulés

Les cartes de menus simulés ont été créées et imaginées par notre diététicienne Mme Virginie BESSON. Elle a réalisé cet outil bien avant notre formation, mais elle n'avait jamais eu l'occasion de le tester sur un grand groupe de patients. Intéressant et original, nous avons donc choisi de l'inclure dans nos ateliers.

L'objectif du jeu est de composer un menu équilibré à l'aide de cartes illustrant les quatre éléments d'un repas, c'est-à-dire l'Entrée, le Plat Principal, le Fromage, et le Dessert (cfr. figure 2).

Une disposition particulière des cartes permet de visualiser globalement le menu choisi et d'en vérifier son équilibre : apport glucidique suffisant, apport lipidique contrôlé, présence de fibres, protéines, calcium,... (cfr. figure 3).

Les cartes de Barrow

Nous avons choisi de détailler ci-après un des instruments d'évaluation que nous avons utilisé. Il s'agit de l'atelier «Prévenir les plaies de pieds», station pour laquelle des cartes de Barrow ont été construites. Appartenant au domaine cognitif, les cartes de Barrow testent la résolution de problèmes, la prise de décision, la capacité de réagir face à une simulation clinique.

Ces cartes se décomposent en plusieurs éléments :

L'énoncé

Il reproduit en quelques lignes une situation problématique pour le patient (cfr. figure 4).

Les cartes

Elles sont au nombre de 11. Le recto comporte une proposition de réponse pouvant ou non résoudre le problème posé. Le verso indique la conséquence ou le risque encouru si le patient choisit la proposition énoncée (cfr. figure 5).

Les réponses sont classées et cotées de - 2 à + 2 :

- 2 : choix dangereux à court terme
- 1 : choix inutile ou dangereux à moyen terme
- 0 : choix neutre
- + 1 : choix approprié mais insuffisant pour résoudre le problème
- + 2 : choix approprié qui résout le problème

Nous ne voulions pas que les patients perçoivent négativement cette notation par chiffre (ambiance scolaire), c'est pourquoi, elle n'apparaît jamais sur les cartes. Elle figure seulement sur la liste de choix (cfr. figure 6, p.51) et la feuille d'observation (cfr. figure 7, p.51) destinées à l'infirmière.

Le patient connaît la justesse de ses réponses à travers un code couleur que nous avons établi :

- vert —————> choix approprié
- bleu —————> choix neutre
- magenta —————> choix dangereux à long terme
- rouge —————> choix dangereux à court terme

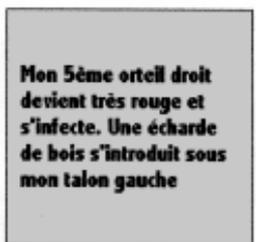
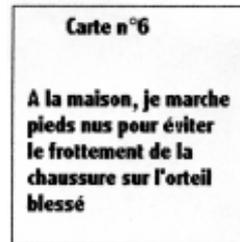
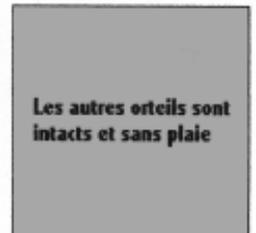
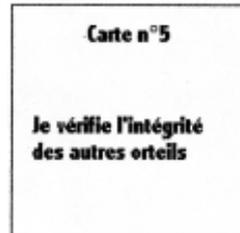
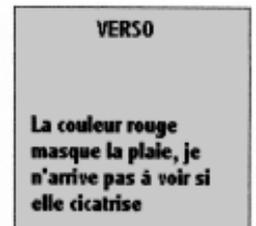
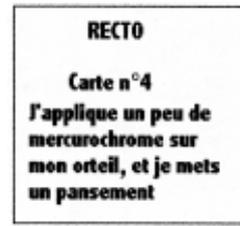


Figure 5 : Exemple de cartes de Barrow.

L'exposé du cas et les cartes sont posés sur la table devant le patient. Celui-ci prend connaissance de l'énoncé et des propositions de réponses. Il peut en choisir plusieurs pour corriger efficacement la situation. Il est capable de voir le résultat de chacune de ses actions (en retournant la carte) avant de décider de la prochaine.

La feuille d'observation

Nous l'utilisons pour noter les cartes choisies par le patient, leur nombre, leur cotation (cfr. figure 7, p.51). Son emploi est simple et rapide. Elle est remplie pendant l'observation du patient.

L'infirmière fixe alors différents scores pour chacun des patients (PIHOUEE M.A, 1991) :

- le score d'aptitude : il traduit la capacité du patient à choisir les actions les plus appropriées.

Son calcul se fait de la manière suivante :

$$S1 = \frac{2(NC + 2) + 1(NC + 1) + (-1)(NC - 1) + (-2)(NC - 2)}{NC T}$$

NC +2= nombre de cartes choisies valant + 2

NC +1= nombre de cartes choisies valant + 1

NC -1 = nombre de cartes choisies valant - 1

NC -2 = nombre de cartes choisies valant - 2

NC T = nombre de cartes tirées

- le score d'économie des cartes : il correspond à sa capacité à aller droit au but, à utiliser un minimum de cartes :

$$S2 = 10 \frac{NC T \times 10}{NC P}$$

NC P= nombre de cartes proposées



Nous conservons les scores dans le dossier infirmier. Ils permettront lors d'un prochain séjour du patient et par une nouvelle évaluation de mesurer les progrès effectués. Nous insistons sur le fait que nous avons orienté notre travail dans le sens d'une évaluation formative et non sommative et bien sûr en aucun cas une note ou sanction ne saurait être donnée.

La mise en pratique de l'E.S.O.

Le vécu des patients

Notre étude s'est portée sur 16 patients entre juin 1997 et janvier 1998 (11 hommes et 5 femmes âgés de 25 à 60 ans).

Pour connaître l'opinion des patients sur les ateliers, nous leur avons distribué en fin d'épreuve un questionnaire.

Leur satisfaction était encourageante :

- vécu sans stress, ni intimidation;
- contact privilégié entre patient et soignant;
- les situations proposées sont proches de la réalité, de la vie quotidienne.

Aucun inconvénient n'a été soulevé.

Le vécu des soignants

L'E.S.O. a satisfait à nos objectifs de départ :

- **Evaluer un maximum de patients** : les ateliers proposés nous ont permis d'évaluer des patients ayant des difficultés de lecture (l'infirmière peut lire à la place du patient), d'écriture, ou d'expression.
- **Identifier les lacunes** : nous avons pu corriger les erreurs des patients en leur présence, et savoir pourquoi ils n'ont pas su répondre.
- **Evaluer l'application pratique de notions théoriques** : le «savoir-faire», les capacités d'interprétation de données et de prise de décisions ont été évaluées. Nous nous sommes assurées que le patient n'a pas été seulement informé, mais bien formé.
- **Responsabiliser, motiver, favoriser sa participation active** : la méthode a permis aux patients d'appliquer les notions apprises à un cas particulier (le leur). L'infirmière n'est plus perçue comme une enseignante, mais comme une animatrice, une conseillère. Les stands suscitent moins d'appréhension que le questionnaire face auquel ils se retrouvaient seuls. Les patients ne sont plus face à une feuille de papier, et l'échange de vécu, d'expérience est maintenant possible.
- **Avoir un feed-back** : l'E.S.O. permet un moment de rétro-information qui peut se faire au travers des différents exercices; c'est un enrichissement de données, un moment capital, le premier pas vers l'autoévaluation.

En ce qui concerne la validité de la méthode, chaque infirmière mesure avec précision l'atteinte des objectifs. Les critères de performance préétablis sont les mêmes pour tous les observateurs et pour tous les patients. Nous savons que des examinateurs différents évalueront de la même façon.

Les limites de l'E.S.O.

Si l'E.S.O. nous donne la possibilité d'évaluer un maximum de compétences en un minimum de temps,

il possède aussi quelques limites :

- la méthode proposée nécessite la présence simultanée d'un minimum de quatre personnes paramédicales;
- les patients étrangers ou âgés peuvent avoir des difficultés de compréhension;
- l'évaluation des comportements n'est possible que dans la réalité de l'hôpital : le patient réagira-t-il de la même manière hors structure ?
- l'E.S.O. ne sera-t-il pas ressenti par l'équipe soignante comme une charge de travail supplémentaire ?

Mais bien sûr, toutes ces limites ne nous semblent pas insurmontables.

Nom et prénom du patient :	DATE :
NOMBRE DE CARTES TIREES :	
NUMERO DES CARTES TIREES :	
SCORE D'APTITUDE :	
SCORE D'ECONOMIE DES CARTES :	
COMMENTAIRES :	

Conclusion

Cette réflexion et ce travail commun ont permis la création d'un moyen ludique d'évaluation. Grâce à lui, nous avons pu constater une remotivation de l'équipe paramédicale. Et, l'intérêt du duo infirmières-diététicienne n'est pas négligeable dans l'éducation du patient diabétique.

Certes, nous avons utilisé l'E.S.O. en fin de semaine d'éducation, mais il pourrait être proposé à tout moment au cours de l'apprentissage, à chaque étape du processus pédagogique, permettant des réajustements en cours d'enseignement. Nous pourrions aussi envisager de conclure les différents ateliers par une activité de groupe pour rediscuter des points forts et des erreurs une nouvelle fois.

Nous envisageons à l'avenir, la formation d'autres infirmières du service, et la création de nouveaux ateliers (sport, voyages, adaptation des doses d'insuline,...).

Dans la meilleure des perspectives, même si le patient a démontré l'atteinte des objectifs, notre travail ne reste qu'un épisode au milieu d'un accompagnement pédagogique. Et nous n'oublions pas que si l'évaluation permet de situer le niveau de compétences du patient, elle est aussi un indicateur du niveau de qualité de l'enseignement que nous dispensons tous les jours. ■

Carte n°1	→	0
Carte n°2	→	- 2
Carte n°3	→	+ 1
Carte n°4	→	- 2
Carte n°5	→	+ 1
Carte n°6	→	- 2
Carte n°7	→	+ 2
Carte n°8	→	- 1
Carte n°9	→	+ 2
Carte n°10	→	+ 1
Carte n°11	→	- 1

Figure 6 : La liste de choix pour l'atelier sur le pied.

Figure 7 : La feuille d'observation.

Bibliographie

D'IVERNOIS J.F., GAGNAYRER. (1995), *Apprendre à éduquer le patient*, Edition Vigot, Paris.

GAGNAYRER., RIGOT P., LE TOUMELIN P., LECLERCQ G. (1994), *Secouristes et défibrillation semi-automatique*, in *Revue des Samu Médecine d'Urgence*, Tome XVI, n°1.

HADJI C. (1996), *L'évaluation des apprentissages - Trente ans de recherches et de débats*, in *Sciences Humaines*, Hors Série, n°12.

HADJI C. (1992), *L'évaluation des actions éducatives*, PUF, Paris.

HARDEN R.M., GLEESON F.A. (1979), *Assessment of clinical competence using Objective Structured Clinical Examination (O.S.C.E)*, in *Medical Education Booklet*, vol.13, n°8.

PIHOUEE M.A. (1991), *Un jeu de cartes... pour quelle réussite ?*, mémoire non publié, IPCEM, Paris.

TALLONNEAU M.P. (1993), *Education nutritionnelle du diabétique : une expérience couplée du savoir et du savoir-faire*, mémoire non publié, IPCEM, Paris.