

P.-Y. Traynard
Formateur en ETP,
Médecin coordinateur
du Réseau Paris – Diabète,
Paris.

Le diagnostic éducatif Une bonne idée pour évoluer

Educational diagnosis: a good idea to progress

Résumé

Les défauts de compréhension et méconnaissances des patients atteints de maladie chronique sont des causes majeures d'incidents de santé. Favoriser une démarche conjointe soignés-soignants semble plus efficace pour les aider à résoudre ces difficultés. La maladie chronique complexifie les stratégies d'intervention et, au-delà des données bio-cliniques, impose des investigations dans les domaines psychoaffectif, socio-professionnel, pédagogique, motivationnel. Fondement de toute Éducation Thérapeutique, un diagnostic éducatif repose sur l'expression du vécu de la maladie, la compréhension des comportements de santé, le recueil d'informations utiles, pour proposer une démarche d'éducation et d'accompagnement qui ait du sens pour le patient. Il ne peut être ni définitif, ni exhaustif. En phase avec l'évolution du patient, cette pratique favorise la compréhension, l'engagement et les alternatives innovantes. Ses modalités sont conçues pour informer le patient sur les intentions d'évaluation, entraîner sa participation active, l'aider à s'autodéterminer, dans une perspective d'applications pratiques, effectives dans sa vie. Elle s'inscrit dans une stratégie d'éducation intégrée aux soins, en accord avec la complexité de la maladie et les ressources propres du patient, sous la responsabilité de ses professionnels de santé. Entraînant des changements de fond, de forme et d'organisation des soins, elle impose aux professionnels l'acquisition d'une double compétence soignante et pédagogique, et des pratiques pluridisciplinaires et coopératives.

Mots-clés : Diagnostic éducatif – démarche d'éducation – évaluation – compétences – pratiques de soins.

Summary

Defects in comprehension and insufficient knowledge from patients affected with chronic diseases are major causes for health acute events. Favouring a joint patients-health caregivers approach seems more efficient to assist them in solving these difficulties. A chronic disease leads to more complex intervention strategy, and beyond clinical and biological data, imposes investigations in psychoaffective, socioprofessional, educational and motivational fields. As a basis for any Therapeutic Education, the educational diagnosis is based on the patient's expression of his/her disease experience, the understanding of patient's attitudes towards health, the collection of useful information, in view to propose an educational and accompaniment process making sense for the patient. It can't be definitive, nor exhaustive. In phase with patient's evolution, such practice favours understanding, engagement and innovative alternatives. Its modalities are conceived to inform the patient on the evaluation intents, to induce his/her active participation, to assist him/her in an autodetermination, with practical applications perspectives, efficient in his/her daily life. It is part of an educational strategy integrated within health taking into account the disease' complexity and the own patient's resources, under management and responsibilities of healthcare professionals. Leading to profound changes in healthcare methods and organization, it imposes to health professionals the acquisition of a dual care and educational competence as well as multidisciplinary and cooperative practices.

Key-words: Educational diagnosis – educational process – evaluation – capability – care practices.

Correspondance :

Pierre-Yves Traynard
61, rue de la Grange-aux-Belles
75010 Paris
traynard2@wanadoo.fr

© 2010 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

« **O**n ne peut trop souligner l'importance de la relation personnelle, intime, entre le médecin et son malade qui fait que, bien souvent, le diagnostic et le traitement dépendent entièrement de la qualité de ce rapport. » [Francis W. Peabody. *The Care of the Patient*; 1925].

Introduction

Les publications qui traitent de l'observance médicamenteuse dans le suivi des patients atteints de maladie chronique, rapportent des taux ne dépassant pas les 60 % en moyenne [1]. Au-delà des nombreuses et pertinentes propositions d'amélioration des stratégies de

Éducation thérapeutique

soignants (identification des barrières, motivations des patients, simplifications des traitements, renforcement familial, aménagements techniques...), les approches favorisant la collaboration des patients semblent les plus efficaces [2]. Rester sur le point de vue de l'inobservance comme une mesure du non suivi de nos prescriptions, risque de nous ramener immanquablement sur de nouvelles techniques de persuasion et de conviction des patients (S'ils ne suivent pas les prescriptions c'est que nous n'avons pas su les expliquer, comment faire pour qu'ils soient plus motivés à être plus obéissants...).

Certaines publications [3] nous aident à percevoir ce que les patients vivent avec leurs traitements. Dans les jours suivant une hospitalisation, période propice aux modifications des traitements, la majorité des patients (73 %) se trompent de posologie, un tiers ne prennent pas les traitements ou prennent un médicament non prescrit. S'il peut être rassurant de constater que 75 % des patients ayant un traitement chronique disent connaître les noms de leurs médicaments et comment les prendre, toute étude plus poussée révèle que 50 % ne savent pas les nommer, 25 % ne connaissent pas leurs effets secondaires et surtout, 80 % n'en connaissent pas les précautions d'utilisation [4]. En règle générale, les médecins surestiment la perception par leurs patients, des conseils qu'ils donnent...

Ainsi, deux tiers des événements de santé indésirables sont secondaires à des défauts de compréhension et à des méconnaissances de l'utilité des médicaments, de leur mode d'action, de leurs indications, des effets attendus (comment ne pas éprouver de la lassitude à prendre un traitement sans savoir à quoi il sert sur soi), des effets indésirables et des signes d'alerte, des conduites à tenir en cas d'effet secondaire, incompréhension des ordonnances, difficultés à nommer les médicaments, à reconnaître les génériques, à différencier les différentes indications (pour le diabète, le cœur, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, etc.), à s'arranger et s'organiser pour continuer les traitements dans des situations particulières de type voyage, week-end, sorties, dîner, incompréhension

et défauts d'appropriation des plans de prise, mauvaise gestion des stocks, etc.

Tous ces problèmes sont de vraies difficultés de patients qui dépassent le cadre de l'observance. S'attacher à les résoudre relève d'une démarche conjointe du patient et des soignants qu'il est amené à rencontrer.

Les questions qui en découlent sont donc :

1) Comment évaluer les difficultés des patients, cibler leurs défauts de connaissance, comprendre leur compréhension, leur raisonnement, et leur organisation personnelle avec leur maladie et ses traitements ? C'est là un travail de diagnostic éducatif, essentiel pour clarifier le sens de ces rencontres ;

2) Comment convenir avec un patient de ce qu'il pourrait apprendre (quelles connaissances, quelles procédures, quelles attitudes...) et qui lui serait utile pour mieux gérer son traitement ? C'est la négociation d'un contrat d'éducation ;

3) Comment va-t-il l'apprendre, dans quelles conditions, et avec qui ? C'est la proposition d'un programme personnalisé d'éducation. Les patients apprennent mieux quand ils manient les boîtes de médicaments, travaillent sur les liens utiles entre maladies et traitements, raisonnent sur des situations simulées, sur les attitudes de mise en sécurité en cas d'effets indésirables, construisent et s'approprient leur propre plan de prise, etc.

Cette stratégie d'éducation thérapeutique s'inscrit bien dans une démarche de soins menée par, et sous la responsabilité, de professionnels de santé qui ont en charge le patient [5, 6].

Un recueil d'informations spécifiques

Classiquement, dans une situation clinique, la démarche diagnostique nécessite une analyse et une synthèse des données avec une approche logique, d'autant plus que la situation est grave et/ou complexe. Elle permet de faire des hypothèses de syndromes, nécessitant parfois la pratique d'examen complémentaires en vue de les confirmer. Le

processus de prise de décision repose sur l'analyse des choix envisageables et des probabilités des événements en résultant. Ainsi la décision médicale ne peut être restreinte à l'intuition et à la débrouillardise personnelle. Elle doit être fondée sur des faits (données objectives, informations fournies par l'expérience clinique, littérature, recommandations...). La maladie chronique, par sa durée, par ses complications, complexifie les stratégies d'intervention [7].

La démarche doit alors s'enrichir d'investigations psychologiques (réactions du patient vis-à-vis de la maladie, attribution causale...), sociales (itinéraires thérapeutiques, représentations, soutien social, perception d'auto-efficacité...), pédagogiques (connaissances antérieures, degré de certitude sur ces connaissances, pratiques de gestes techniques, capacités de décision...) et médicales (stades de la maladie, existence de complications, handicaps, exigences thérapeutiques...). Les décisions qui en découlent ne relèvent plus d'une simple application thérapeutique. La participation du patient devient, effective, en partie obligatoire, quasiment toujours nécessaire. Apprendre sur soi à se soigner, c'est déjà commencer à se soigner.

Tout praticien qui, à l'occasion d'une rencontre avec un patient atteint d'une maladie chronique, envisage qu'une intervention éducative serait pertinente pour l'aider, va se poser au moins deux questions :

- « Comment ce patient adopte et/ou adapte-t-il ses comportements de santé ? » ;
- « Quels sont les repères utiles à prendre en compte pour organiser une intervention visant à l'aider à apprendre comment changer, améliorer, ou maintenir ses comportements ? ».

En d'autres termes, lorsqu'il s'agit de penser une intervention éducative, il revient aux praticiens de choisir parmi les facteurs contribuant à comprendre leur patient, ceux qui seront les plus utiles pour agir au mieux avec lui.

Cinq impératifs sous-tendent cette démarche particulière :

- Favoriser chez le patient l'expression de son vécu de sa maladie et de ses difficultés d'adaptation de son traitement dans sa vie quotidienne ;

- Recueillir des informations précises pour prévoir des activités d'éducation correspondant à la réalité de la vie du patient (stratégie d'éducation adaptative) ;
- Proposer une démarche qui ait du sens pour le patient, c'est-à-dire respecter un temps « d'explication de texte », d'information sur la démarche pédagogique envisagée. 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 ce dernier lui donne les éléments-clés ;
- Comprendre les comportements de santé du patient en recherchant les facteurs décrits par les modèles théoriques auxquels il est possible de se référer ;
- Formuler des hypothèses d'accompagnement qui pourront l'aider à assurer ses autosoins et ses choix de vie. Cette affirmation pose le problème d'un recueil des données, indices, critères spécifiques permettant d'élaborer une description des acquis, capacités et possibilités éducatives du patient. Le *tableau I* propose des repères pour une démarche opératoire. Si nous devons être conscients de la dimension réductrice propre à tout modèle, toute nouvelle approche doit, d'autant plus qu'elle est fondamentalement clinique et intégrée dans les soins, pouvoir se référer. C'est une des conditions pour permettre son évolution [8-10].

Comment établir un diagnostic éducatif ?

Il est important de spécifier qu'un diagnostic éducatif ne peut être considéré comme définitif. Il est évolutif, en phase avec l'évolution du patient et de l'ensemble de ses contingences. Il ne peut être exhaustif, par le principe de l'impossibilité de tout comprendre de la complexité d'une personne humaine. Mais chaque étape du déroulement de l'éducation thérapeutique doit être sous-tendue par ce travail de rassemblement des informations concernant la situation du patient. C'est une exigence permanente de clarification de nos intentions et du rôle du patient.

Tableau I : Quelques repères pour questionner un patient diabétique [d'après J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre, 5].

Les dimensions à explorer
<p>Dimension bioclinique : « Qu'a-t-il ? » C'est une synthèse des données essentielles pour apprécier le retentissement fonctionnel de la maladie et de ses traitements dans la vie quotidienne : handicaps liés aux complications, types de traitements et risques, horaires de prise, pathologies associées...</p>
<p>Dimension socioprofessionnelle : « Que fait-il ? » Il s'agit d'apprécier son mode de vie : comment sa vie sociale et communautaire, ses activités professionnelles, ses loisirs, ses conditions de vie en général, interfèrent dans sa vie de diabétique (quels aménagements devra-t-il envisager, qui informer et comment le faire, quelles précautions prendre pour une activité physique... ?). L'exploration de ses capacités d'apprentissage et de sa biographie pédagogique (où, comment, et avec qui, a-t-il appris dans sa vie ?) aide aussi à définir les conditions d'adaptation d'un programme d'éducation.</p>
<p>Dimension cognitive, pédagogique : « Que sait-il ? » Il faut rechercher les compétences de santé que le patient met en œuvre dans sa vie quotidienne. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> – ses connaissances sur son hygiène générale, son alimentation, son diabète (quels en sont les mécanismes, les liens avec les traitements), ses représentations (l'idée qu'il s'en fait, les causes éventuelles), sa gravité, son évolution chronique, et sur sa perception des éventuelles complications ; – ses essais de résolution de problèmes de santé, ses capacités d'adaptation de traitement au quotidien et en situations de changement de vie... ; – ses capacités gestuelles et de maîtrise des techniques de traitement (automesures de la glycémie, de la pression artérielle, injections d'insuline, plans de prises des traitements)... ; – ses capacités de repérage de ses propres signes (auto-sémiologie), des mesures et appréciation de sa situation de santé (interprétation des résultats d'automesure, des analyses) ; – ses procédures de mise en sécurité et de conduite à tenir en cas d'urgence (notion de patient sentinelle de lui-même) ; – ses capacités relationnelles et d'information de son entourage, comment planifier ses soins, comment faire valoir ses droits... </p>
<p>Dimension psychoaffective : « Qui est-il ? » Cette dimension s'intéresse, par exemple au niveau d'adaptation du patient à sa maladie d'un point de vue psychique (dénî, résignation, etc.), ses motivations à s'auto-soigner, s'il pense pouvoir agir sur sa maladie (auto-efficacité), sa religion, ses croyances, le soutien familial, etc.</p>
<p>Dimension motivationnelle : « Quel est son projet ? » Il est question de s'intéresser aux projets du patient à court terme : sorties, voyage, sport, réunion de famille, ou parfois simplement rester digne, tenir sa place. Plus le projet est concret, plus il est facile à cibler et à réaliser, même si certains relèvent essentiellement d'une revalorisation de l'estime de soi. Ce projet renforce la motivation du patient à apprendre, à s'auto-soigner, à percevoir des possibilités d'application pratique du traitement (notion d'utilité dans la vie quotidienne) et à envisager des indicateurs de réussite (notion d'autoévaluation). Cela permet, en fonction de sa nature et de sa complexité, d'émettre une hypothèse sur la façon dont le patient perçoit l'évolution de sa maladie et son niveau de gravité.</p>

Le *tableau II* recense des exemples de supports et techniques qui peuvent être utilisés pour élaborer des diagnostics éducatifs. Leur utilisation dépend des conditions de pratique et des buts recherchés.

Il nous paraît utile de souligner certaines caractéristiques :

- Le choix des techniques de questionnement doit favoriser la participation active du patient. On choisira des ques-

tions ouvertes qui suscitent sa réflexion, sollicitent son point de vue, l'aident à exprimer les liens qu'il établit entre sa situation et les exigences de sa maladie [11] (par exemple : que savez-vous de votre maladie ? Comment aller-vous vous organiser ? Pour agir rapidement en cas de malaise, que faut-il prévoir avec votre entourage ? Qu'est-ce qui vous fait penser que votre traitement est efficace ? Comment le planifiez-vous ?...).

Tableau II : Des exemples d'instruments utiles pour établir un diagnostic éducatif.

Type	Intérêts	Difficultés
Guide d'entretien	– complet – peut servir de référentiel	– non exhaustif, peu évolutif – durée
Guide simplifié (quelques directives)	– minimum commun – sélection de données essentielles	– cohérence – objectivité
Support d'entretiens spécifiques par profession	– pertinence – possibilité de dossier partagé	– coordination nécessaire – dispositif de synthèse – disponibilités des professionnels
Par étapes En plusieurs fois	– plus facilement intégré aux soins – crée des temps de réflexion	– dispositif de recueils de données spécifiques
Supports imagés Outils d'évaluation	– concret, pratique – ciblé	– limites de l'évaluation pédagogique – insuffisants si utilisés seuls
Enregistrements vidéo	– enseignement – entraînement – perception des postures – exemplarité	– réalisation – exploitation
Ciblé sur un domaine, une compétence, un incident (notion de « boîte à outils »)	– recherche d'une cause pédagogique (utile pour déterminer une « urgence pédagogique ») – rapide/rentable	– partiel/focal – appel à compétence +++
Autoquestionnaire patient	– aide à réflexion – motivation/engagement	– culturelles – exploitation

• Tout diagnostic éducatif comprend une dimension d'évaluation. Elle intervient dès lors que le soignant-éducateur émet une appréciation sur ce que dit le patient, en comparant, parfois inconsciemment, ses propres savoirs (scientifiques, médicaux) aux savoirs *profanes* du patient. Avec le risque d'une interprétation hâtive, normative, pouvant aller jusqu'à nier ce que le patient dit [12]. Il s'agit en fait de chercher à comprendre de façon détaillée et précise les comportements adoptés par les patients, dans une approche qui favorise la rétro-information (*feedback*) en permanence. Le patient est le sujet de l'évaluation et intervient dans la démarche. Elle est alors une aide à s'autodéterminer face à sa situation [13]. Exemple pratique : face à un incident de type malaise rapporté par un patient, le praticien peut être tenté, au terme de son interrogatoire, de faire le diagnostic de la cause du malaise, voire de proposer une solution sur ce qu'il aurait fallu faire. Une proposition est de faire raconter en détail l'histoire du malaise par

le patient, de lui faire expliciter ses raisonnements et attitudes. La perception des causes possibles est très souvent perçue par le patient au cours de son récit en explorant les différentes dimensions de ses propres attitudes.

• Des supports, outils, techniques de visualisation peuvent être utiles pour faciliter l'expression des patients (par exemple : Photo expression[®]), les attentes (par exemple : Puzzle santé[®]), les modes de raisonnement (par exemple : Ronde des décisions[®]), les capacités gestuelles (par exemple : grilles d'observation, autoscopie), etc. Ils ont chacun leur fonction bien précise et ne peuvent en aucun cas suffire à eux seuls pour réaliser un diagnostic éducatif.

• Informer le patient sur les intentions d'une évaluation à visée de diagnostic éducatif est une condition pour obtenir son acceptation.

• La participation du patient à la validation du diagnostic éducatif favorise son apprentissage. (par exemple : « Si

nous faisons une synthèse de notre entretien, qu'en diriez-vous ? Que pensez-vous maîtriser actuellement ? Que voudriez-vous apprendre en priorité ? Qu'est-ce qui semble le plus important à mettre en œuvre ? »). C'est le début d'un entraînement à la perception des indicateurs qui lui permettraient d'évaluer, lui-même, l'efficacité de ses propres compétences.

• Pratiquer cette démarche nécessite une double compétence, soignante (évaluer - comprendre ce qui relève de la maladie, de l'adaptation thérapeutique et des différentes dimensions de l'éducation thérapeutique du patient [ETP]), et pédagogique (apprécier ce que dit, ce que fait, ce que croit le patient en regard de ses propres savoirs) [14].

Pour une synthèse utile

Établir un diagnostic éducatif à un moment donné, avec un patient, c'est pouvoir lui rendre compte de ce qui a été entendu (les émotions, les pensées, les représentations, les questions), restituer avec lui ce qu'il a compris, établir les écarts entre ce qu'il fait et le souhaitable, clarifier ce sur quoi on s'est ou non entendus.

Les questions suivantes peuvent aider à établir une synthèse de diagnostic éducatif :

- Quel est le projet du patient qui peut l'aider à comprendre sa situation de santé, le motiver à acquérir, renforcer des compétences et l'inciter à les mettre en pratique ?
- Quels sont les facteurs apparemment facilitant et limitant de son apprentissage, notamment pour réussir les transformations utiles pour sa santé ?
- Quelles sont les compétences qu'il doit acquérir pour d'une part assurer sa propre sécurité et, d'autre part, répondre à ses besoins spécifiques, réaliser son projet ?

Les intentions qui sous-tendent la démarche peuvent être déclarées à tout moment. Nous en distinguons au moins trois :

- Favoriser la compréhension : « Si nous nous comprenons bien... » ;
- Favoriser l'engagement : « Sur la base de ce que nous venons de dire,

de travailler ensemble, convenons donc de... » ;

- Favoriser les alternatives innovantes : « De ce que vous me dites, de ce que j'ai compris et mesuré, nous pourrions envisager... ».

C'est à la suite de ce type d'entretien qu'il peut être possible de conclure ensemble un accord réciproque spécifiant ce que l'on considère comme nécessaire, utile, réaliste et acceptable de faire. C'est donc le fondement de toute démarche d'Éducation Thérapeutique du Patient.

Une démarche évolutive

Cette démarche s'inscrit dans une pratique de la complexité [9, 15], ces interventions se situant dans l'incertitude de l'adhésion thérapeutique. Il convient donc, à la différence de programmes d'éducation prédéterminés, d'envisager une stratégie éducative adaptative, selon les ressources propres du patient. Les données de l'évaluation proposée (« comprendre ce qu'il a compris et... comment il l'a appris ») servent à la production d'informations utiles pour ajuster les objectifs pédagogiques (« mieux comprendre sa vie et... solliciter sa réflexion sur ses réponses »). C'est le point de départ d'une relation de partenariat. Il faudra compléter la démarche éducative en l'informant sur le contenu, les modalités possibles des séances à visée éducatives (individuelles, collectives), lui proposer ensuite de relater ses essais d'applications.

Aider les patients à mieux vivre et à aménager de nouveaux arrangements dans leur vie quotidienne avec leurs traitements, nous oblige donc à envisager des alternatives visant à :

- Cibler les compétences utiles pour des applications pratiques effectives dans la vie quotidienne (notion de transfert d'application). Les explications sur la maladie et les traitements ont peu d'effet tant que le patient n'a pas fait ses premiers essais personnels. Valoriser les points positifs de ses expériences, favoriser les liens entre les mécanismes de la maladie et ses traitements, les procédures d'actions (traitements, conduites d'adaptation, mises en sécurité...) semble plus utile qu'un apprentissage morcelé ne portant que sur chaque sujet.

- Renforcer le caractère rétroactif positif de cette démarche. Soutenir les récits des patients sur leurs essais, favoriser leur explicitation, les inviter à les partager lors d'ateliers de groupes de patients, renforce l'apprentissage. Les entraîner à la perception et à l'acceptation des informations issues d'une évaluation de type formative favorise la compréhension des intentions et des buts de l'éducation. L'auto-évaluation (*figure 1*) est l'une des pistes visant à aider les patients à se reconstruire [16].

- Aider les professionnels à retrouver le sens profond de la clinique, au-delà du paternalisme et d'une tendance scientiste, dans une relation soignante enrichie par la dimension éducative. Cette pratique implique des changements de fond (Comment revisiter les possibilités thérapeutiques à la lumière des aptitudes des patients ?), des changements de forme (Que modifions-nous pour adopter une posture, une démarche éducative ?), des changements dans notre propre organisation (Comment intégrer effectivement les soins et l'éducation et rendre nos intentions explicites ?). Elle ouvre la voie à de nouveaux champs de compétences et à une véritable évaluation des pratiques professionnelles.

- Développer les pratiques coopératives et pluridisciplinaires [17]. Il devient de plus en plus évident de mettre cette proposition en avant, mais il convient aussi de souligner qu'elle entraîne une remise en cause, parfois radicale, du rôle des acteurs et de leur organisation [18, 19]. On peut citer la mise en place d'une coordination de type horizontale (les professions de santé en ont une culture majoritairement verticale), les freins à une collaboration effective entre professions médicales et non médicales, les nouveaux partages de tâches et de compétences, les notions d'actions collectives qui ne sont pas non plus les plus courantes dans la culture soignante, la définition de cadres institutionnels permettant de valoriser la cohérence et de valider des projets d'éducation thérapeutique en pratique pluridisciplinaire.

- Permettre aux personnes malades et à leurs proches de tenir leur place et de donner leur avis, dans les décisions et les actions les concernant, par leurs propres capacités à agir personnellement et collectivement pour leur santé. Elles ont l'évidente pertinence et l'expertise de la réalité quotidienne de la vie avec une affection chronique et sont force de proposition pour améliorer les systèmes sanitaires et sociaux [20, 21].

Les points essentiels

- Rester sur le point de vue de l'inobservance comme une mesure du non suivi de nos prescriptions risque de nous ramener inmanquablement sur de nouvelles techniques de persuasion et de conviction des patients.
- La participation du patient devient, effective et quasiment toujours nécessaire, pour comprendre et l'aider à résoudre ses difficultés.
- Établir un diagnostic éducatif à un moment donné avec un patient, c'est pouvoir lui rendre compte de ce qui a été entendu, restituer avec lui ce qu'il a compris, établir les écarts entre ce qu'il fait et le souhaitable, clarifier ce sur quoi on s'est ou non entendus.
- Chaque étape du déroulement de l'éducation thérapeutique doit être sous-tendue par ce travail de rassemblement des informations concernant la situation du patient. C'est une exigence permanente de clarification de nos intentions et du rôle du patient.
- Les outils et supports d'évaluation ont chacun leur fonction bien précise et ne peuvent en aucun cas suffire à eux seuls pour réaliser un diagnostic éducatif.
- C'est le point de départ d'une relation de partenariat avec le patient. Il faudra compléter la démarche éducative en l'informant sur le contenu, les modalités possibles des séances à visée éducatives (individuelles, collectives), lui proposer ensuite de relater ses essais d'applications.
- La pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ouvre à de nouvelles perspectives pluridisciplinaires et coopératives, de participation des patients, et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Note : Ce texte a été présenté en partie, le 21 novembre 2009, lors d'un débat avec Anne Lacroix, au cours du Forum-Diabète 2009 organisé par les Laboratoires Merck-Serono.

Conflits d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec le contenu de cet article.

Références

- [1] Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, et al; VA Naltrexone Study Group 425. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health* 2003;6:566-73.
- [2] Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487-97.
- [3] Louis Simonet M. Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital. *Revue Médicale Suisse* 2005;42:(30802).
- [4] Makaryus AN, Friedman EA. Patient's understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005;80:991-4.
- [5] D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, 3^e édition. Paris: Maloine, Collection Éducation du patient; 2008.
- [6] Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, et al. Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques. Paris: Abrégés Masson; 2009.
- [7] Assal J-P. La maladie chronique: une autre gestion, une autre prise en charge. In : La relation médecin - malade. A. Grimaldi, J. Cosserat, éditeurs. Paris: EMC Référence; 2004.p.83-125.
- [8] Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique ? *Santé Publique* 2007;19:271-81.

Conclusion

Le diagnostic éducatif est mis en avant comme la première étape de tout programme d'éducation de patient. Il est, en fait, partie intégrante de la démarche éducative, qui s'inscrit dans la complexité de la maladie chronique. Les conditions pratiques de son établissement reposent sur des principes d'utilité pour les patients et les soignants. Répété chaque fois qu'une intervention à visée éducative est envisagée, c'est un temps essentiel de clarification des intentions et des rôles de chaque partenaire. Il contribue à aider les patients à s'autodéterminer et à renforcer la dimension éducative du soin.

[9] Ruiz J, Bulliard H, Delgado-Velez H, Egli M. Des modèles théoriques aux stratégies dans le suivi à long terme. *Revue Médicale Suisse* 2004;514:(23879).

[10] Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé* 1991;9:67-94.

[11] Blain T, Traynard PY, Gagnayre R. Analyse des besoins éducatifs des patients diabétiques du Réseau Paris Diabète vis à vis de leurs médicaments. *Éducation du Patient et enjeux de santé* 2008;26:90-7.

[12] Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002;325:682-3.

[13] Jacquemet S. Comment assurer l'évaluation en éducation thérapeutique des patients ? *Revue Médicale Suisse* 2004;516:(23851).

[14] D'Ivernois JF, Gagnayre R. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. *AdSP* 2005;52:69-72.

[15] Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799-803.

[16] Barrier Ph. Education thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient et son médecin. *AdSP* 2009;66:57-8.

[17] Haute Autorité de Santé (HAS). Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé. Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS; 2008.

[18] Traynard PY. Apport des réseaux de santé dans le développement de l'éducation thérapeutique. In : « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? Quelles perspectives de développement ? ». Colloque Ministère de la Santé et Société française de santé publique. Paris: SFSP, Collection Santé et Société. N°14; juin 2008.p.33-6.

[19] Lombrail P, Bourgueil Y, Develay A, et al. Repères pour l'évaluation des réseaux de soin. *Santé Publique* 2000;12:161-76.

[20] Reach G. Une critique du concept de patient-éducateur. *Médecine des maladies Métaboliques* 2009;3:89-94.

[21] Prestel T. Les conditions de mise en œuvre des programmes d'accompagnement et d'éducation dans les associations de malades : présentation des méthodologies associatives. In : « Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? Quelles perspectives de développement ? ». Colloque Ministère de la Santé et Société française de santé publique. Paris: SFSP, Collection Santé et Société. N°14; juin 2008.p.37-41.