

Elaboration d'une carte conceptuelle en éducation thérapeutique avec un groupe de patients diabétiques : intérêts pédagogiques

Reçu le 28 mai 2008

Accepté le

Remerciements aux patients et à l'équipe de l'Unité de diabétologie de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne qui ont contribué activement à la réalisation de cette expérience.

par Jean-Pierre Michaud (1), Claire Marchand (2), Irma Blanco Pignat (3), Juan Ruiz (4)

Mots-clés : Diabète, éducation thérapeutique du patient, psychologie cognitive, carte conceptuelle en groupe, degré de certitude, France, Suisse.

Le but de cette étude pilote, est de proposer une nouvelle technique éducative à une équipe soignante. Une carte conceptuelle, comme aide à l'apprentissage, a été élaborée avec un groupe de 5 patients diabétiques dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique de 4 jours proposé par la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne. L'évaluation effectuée a permis de mesurer l'évolution des connaissances des patients et de leurs degrés de certitude vis-à-vis de ces connaissances à distance de la séance d'éducation. De même, les interactions dans le groupe pendant l'élaboration de la carte conceptuelle ont été analysées. Le niveau de connaissances antérieures étant déjà très satisfaisant, l'évolution s'est révélée peu importante. Par contre le degré de certitude des patients vis-à-vis de leurs réponses justes s'est amélioré de manière marquée. Les interactions entre pairs ont été nombreuses et variées ce qui a favorisé le niveau d'attention des patients. Les participants se sont montrés satisfaits de cette approche, en particulier parce qu'elle favorise la compréhension et les liens.

(1) HECVSanté, Filière infirmière, Av. de Beaumont, 21 CH1011 Lausanne, Suisse
Tél. : ++41 21 3146708
Email : jmichaud@hecvssante.ch

(2) Laboratoire de Pédagogie et de la Santé, UPRES EA 3412, Université Paris 13, Rue Marcel Cachin, 74 Bobigny Cedex, France
Tél. : ++33(0)148387641
Email : c.marchand@smbh.univ-paris13.fr

(3) Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Unité de diabétologie CHUV-PMU, Rue du Bugnon 44 CH1011 Lausanne, Suisse
Tél. : ++41 21 3145528
Email : Irma.Blanco@hospyvd.ch

(4) Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme, Unité de diabétologie CHUV-PMU Rue du Bugnon, 44 CH1011 Lausanne, Suisse
Tél. : ++41 21 3144831
Email : Juan.Ruiz@chuv.ch

Introduction

L'augmentation de la prévalence du diabète et des co-morbidités qui lui sont liées parmi la population des pays occidentaux est devenue un enjeu de santé publique majeur [18]. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique a déjà démontré sa contribution à la réduction des complications à court et long terme, ainsi que son impact positif sur les coûts de la santé et la qualité de vie des patients [9]. Aujourd'hui, le défi n'est plus seulement médical, mais il est également pédagogique. L'OMS considère qu'une participation accrue des usagers à la gestion de leur santé constitue un objectif majeur pour la prochaine décennie [17] afin que les malades chroniques puissent vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. La Polyclinique médicale universitaire (PMU) de Lausanne a développé, dans ce but, un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients diabétiques de type 1 et 2, ainsi qu'à leurs

accompagnants. Ce programme vise à faire acquérir aux patients et à leur entourage diverses compétences permettant de comprendre et prendre en charge le traitement, la maladie et les complications. Découpées en quatre fois un jour sur un mois, les séances d'éducation thérapeutique sont organisées pour des groupes de 4-8 personnes. Face à ces groupes souvent hétérogènes, l'utilisation d'approches pédagogiques actives et donnant sens à l'apprentissage est nécessaire.

(cf. encadré 1 p13)

Les cartes conceptuelles comme outils pédagogiques

Parmi ces approches, les cartes conceptuelles, parfois appelées « carte sémantique », « réseau sémantique » et « cartographie de connaissances », ont démontré leur efficacité sur l'apprentissage des étudiants dans le cadre des études universitaires et

de la formation des professionnels de santé [11, 21]. En éducation thérapeutique, elles ont donné lieu à de nombreuses recherches dans leur utilisation individuelle comme outil d'évaluation des connaissances antérieures des patients sur leur maladie (pré-test) et après un apport pédagogique (post-test) [13]. C'est un excellent outil didactique et pédagogique pour organiser et représenter des connaissances. Il a été développé dans les années 80 par Novak et ses collègues de la Cornell University [15]. Cet outil, qui prend son origine dans les théories de la psychologie cognitive, permet de stimuler et de favoriser les démarches cognitives d'organisation, de compréhension et d'intégration des idées [6]. Selon Ausubel [2], la création de liens entre les connaissances est fondamentale dans le processus de construction d'un savoir puisqu'une information ne peut devenir une connaissance tant qu'elle n'est pas reliée de façon significative à celles déjà existantes. Dans une revue de la littérature sur l'utilisation des cartes conceptuelles réalisée par Canas [6], plusieurs auteurs soulignent qu'elles permettent de développer chez l'individu un apprentissage qui a du sens (meaning learning) plutôt qu'un apprentissage par cœur, notamment en clarifiant, schématisant et hiérarchisant les connaissances et en mettant en relief les idées essentielles.

Les cartes conceptuelles en groupe comme aide à l'apprentissage

Si l'utilisation individuelle des cartes conceptuelles constitue la modalité la plus fréquemment rapportée dans la littérature, élaborée en groupe, une carte conceptuelle constitue un véritable outil ou support des interactions entre apprenants et éducateur [20]. Les apports de Piaget dans le domaine de la psychologie cognitive et l'œuvre de Vygotsky sur les interactions sociales ont permis de montrer que les interactions génèrent un processus appelé « *conflit sociocognitif* » qui conduit l'apprenant à réorganiser ses conceptions antérieures et à intégrer de nouveaux éléments apportés par la situation [14]. L'élaboration d'une carte conceptuelle en groupe s'appuie sur les connaissances antérieures des apprenants, favorise la discussion, la confrontation de points de vue et la négociation de significations des connaissances et de leurs relations. En activant leurs connaissances antérieures, l'éducateur peut ainsi faire ressortir les conceptions erronées ainsi que les problèmes de compréhension des membres du groupe. Certains auteurs ont montré que les étudiants qui élaboraient des cartes conceptuelles en groupe acquéraient de meilleures connaissances que les étudiants travaillant individuellement [16].

But de l'expérience pilote

L'expérience vise à proposer une nouvelle technique éducative à une équipe soignante en émettant les hypothèses suivantes :

- L'élaboration en groupe d'une carte conceptuelle contribue, chez des patients diabétiques suivant un programme d'éducation thérapeutique, à améliorer leurs connaissances.

Jours	Thème général	Messages-clés
1	Le voyage du sucre -	<ul style="list-style-type: none"> - Quatre groupes d'aliments contiennent du sucre - Le sucre est le carburant principal de l'organisme - Mon alimentation doit contenir des aliments composés de glucides à chaque repas - L'insuline est nécessaire à l'utilisation du sucre dans le corps - L'auto-contrôle est un outil efficace pour contribuer activement à l'équilibre du diabète - Je reste unique dans ma façon de réagir dans ma vie quotidienne
2	Les traitements du diabète : une question d'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe différents médicaments adaptés aux besoins de chaque personne - L'équilibre alimentaire contribue à la santé - L'activité physique régulière fait partie du traitement - L'équilibre entre ces différents composants contribue à promouvoir la qualité de vie et le maintien de la santé
3	Les conséquences d'une glycémie élevée	<ul style="list-style-type: none"> - Un contrôle optimal de la glycémie et des autres facteurs de risque limite le risque de complications et en retarde l'évolution - Il faut porter une attention particulière à ses pieds pour limiter le risque de lésions - Les facteurs de risque cardiovasculaires ont un effet cumulatif sur le capital santé - Le choix des graisses de mon alimentation contribue aux contrôles de certains facteurs de risques cardiovasculaires
4	Faire face à mon diabète	<ul style="list-style-type: none"> - Se familiariser avec le rythme de la prise en charge du diabète permet d'harmoniser les activités liées au traitement et celles de la vie quotidienne
Ces thèmes sont abordés de manière interactive par des médecins, diététiciens et infirmiers		

- Les interactions lors de l'élaboration d'une carte conceptuelle en groupe favorisent la confrontation des connaissances et l'apprentissage des patients.

Encadré 1 : Descriptif du programme d'éducation proposé par la PMU aux diabétiques de type 1 & 2, ainsi qu'à leurs accompagnants.

Méthode

La séance d'éducation choisie pour effectuer cette expérience porte sur le développement d'une des huit compétences à acquérir par un patient suivant un programme d'éducation thérapeutique : « *comprendre et s'expliquer* » [10]. Plus spécifiquement, dans le cadre du diabète, l'objectif pédagogique visé pour les patients au cours de cette séance est « *comprendre et s'expliquer ce qui se passerait dans leur corps si le sucre dans le sang restait chroniquement élevé* ». Le choix de cet objectif pour tester la carte conceptuelle en groupe se justifie d'une part parce qu'il s'agit d'aborder dans cette séance des connaissances théoriques, relativement abstraites pour les patients, et d'autre part parce que l'équipe soignante a souvent éprouvé des difficultés pour aider les patients à atteindre cet objectif.

Les participants au programme d'éducation thérapeutique se sont inscrits volontairement sur proposition d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire de diabétologie de la PMU ou de leur médecin traitant. Au final, cinq personnes, toutes diabétiques traitées de manière ambulatoire, ont assisté à l'ensemble du programme et ont participé à l'expérience. Leur profil est résumé au [tableau 1 \(p14\)](#).

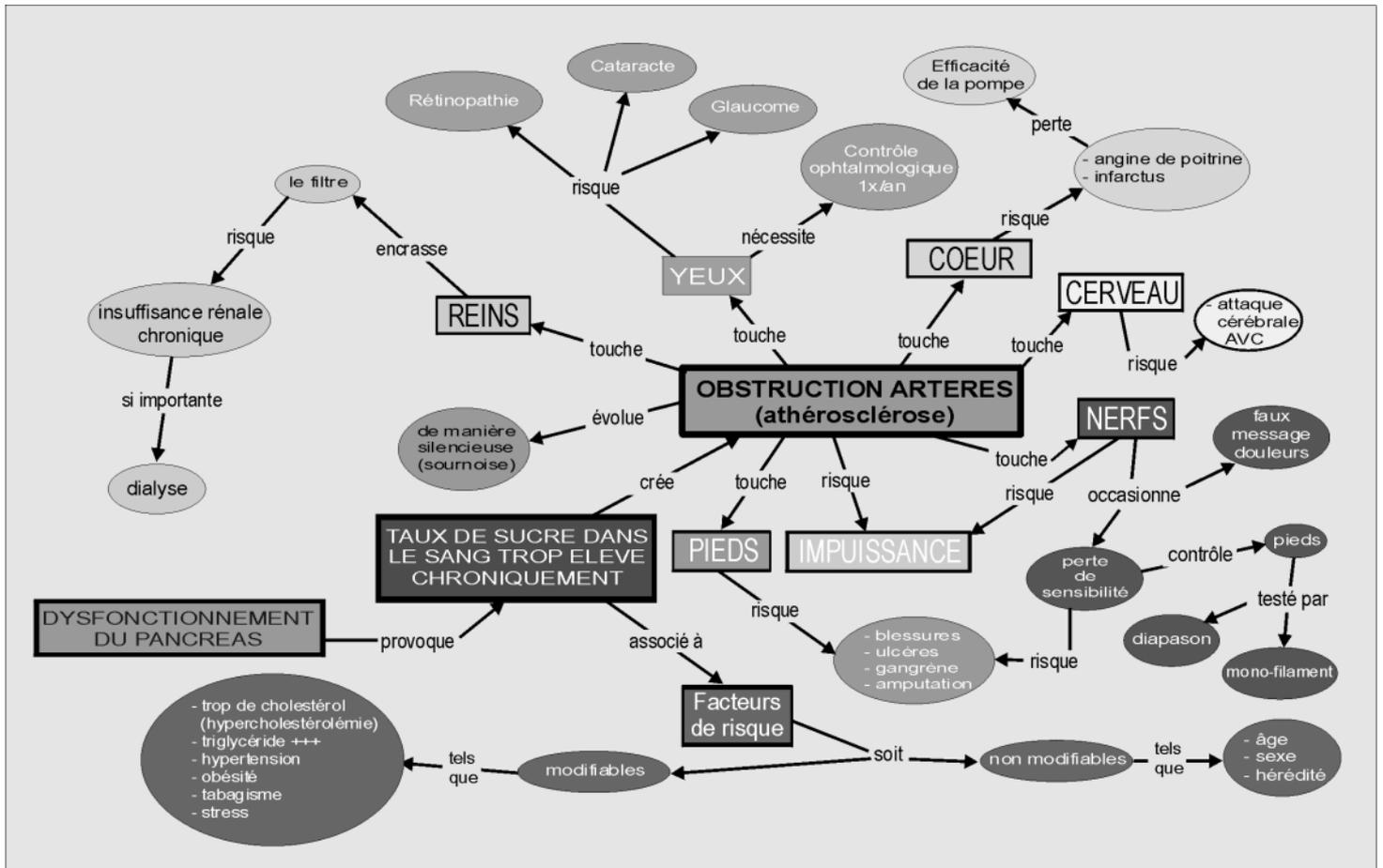
Patients (n=5)	Sexe	Age (années)	Type de Diabète	Diabétique depuis (années)	Catégorie socio-professionnelle	Langue maternelle
P1	M	72	2	10	Employé qualifié (retraité)	Français
P2	M	58	2	1	Employé qualifié (invalide)	Français
P3	M	55	1	1	Universitaire	Français
P4	F	64	2	1	Ouvrière non qualifiée (retraîtée)	Italien
P5	M	74	2	4	Employé qualifié (retraité)	Lingala

Tableau 1 : Profil des patients diabétiques participant à l'étude.

Bibliographie

- [1] ABRIC J.-C., *Psychologie de la communication*, 2^e édition, Armand Collin, 2006.
- [2] AUSUBEL D., NOVAK J., HANESIAN H., *Educational psychology, A cognitive view*. 2nd edition, Rinchart and Winston, 1978.

Figure 1 : Carte conceptuelle de groupe répondant à la question : «Que se passe-t-il dans mon corps quand le taux de sucre dans le sang reste chroniquement élevé ?».



médecin et une infirmière de l'équipe. Il a été administré aux patients 15 jours avant la séance d'éducation, puis, à nouveau une semaine après la réalisation de la carte conceptuelle de groupe. L'évaluation s'est intéressée à deux types d'évolution : le nombre de réponses justes/erronées émises par les patients et le degré de certitude des patients vis-à-vis de leurs propres connaissances (mesuré sur une échelle de 50-100%). En effet, comme l'on montré certains auteurs, l'apprentissage ne se limite pas à l'acquisition de nouvelles connaissances ou à la transformation d'une connaissance erronées en connaissance juste, mais il peut aussi se traduire par une augmentation de la certitude vis-à-vis d'une connaissance [5]. La séance s'est déroulée de la manière suivante : après avoir indiqué l'objectif du cours, l'animateur a présenté en vidéo projection, un exemple simple d'une carte conceptuelle répondant à la question « Comment préparer une fondue au fromage ? ». Puis, en partant de la question d'appel « Que se passerait-il dans mon corps si le sucre dans le sang restait chroniquement élevé ? » et en fonction des indications apportées par les participants, il a construit au fur et à mesure sur l'ordinateur la carte conceptuelle à l'aide du logiciel CmapTools (figure 1). L'animateur a principalement joué un rôle de tuteur et s'est efforcé d'utiliser une approche maïeutique (littéralement « aider à faire naître ») dans la construction des savoirs. Son animation valorisante a permis aux participants, par exemple, de préciser leurs points de vue, de partager des témoignages personnels illustrant certaines

complications de l'hyperglycémie ou encore de favoriser les conflits cognitifs en suscitant la controverse sur certains thèmes. Sur un concept qui posait particulièrement problème (la neuropathie), il a fait lire un texte d'approfondissement aux participants qui ont pu ainsi compléter la carte. L'activité a été ouverte aux membres de l'équipe qui le désiraient et filmée en caméra fixe. Un exemplaire de la carte a été distribué à chaque participant, ainsi qu'aux observateurs.

Les interactions au cours de l'élaboration de la carte conceptuelle en groupe ont été identifiées à partir de la séance filmée et d'une grille d'observation inspirée et adaptée de différentes grilles utilisées en psychologie sociale pour observer les interactions pouvant générer des conflits socio-cognitifs, et en particulier la grille de Bales [1, 4].

Enfin, nous avons interrogé les patients à distance de la séance sur leur perception de l'utilité de réaliser une carte conceptuelle en groupe pour les aider à intégrer de nouvelles connaissances. (cf. figure 1 p14 et figure 2)

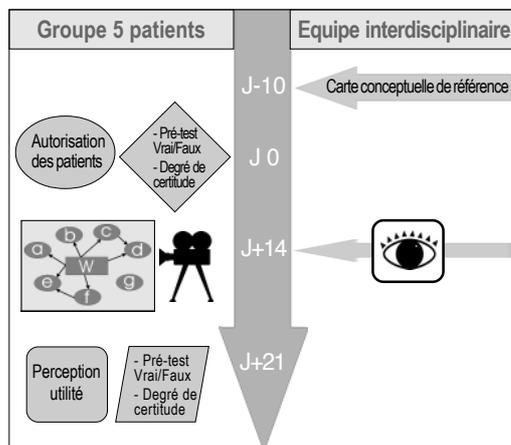


Figure 2 : Déroulement schématique de l'expérience.

Résultats

Les données recueillies ont été de trois types :

L'évolution des connaissances et des degrés de certitude avant/après le cours

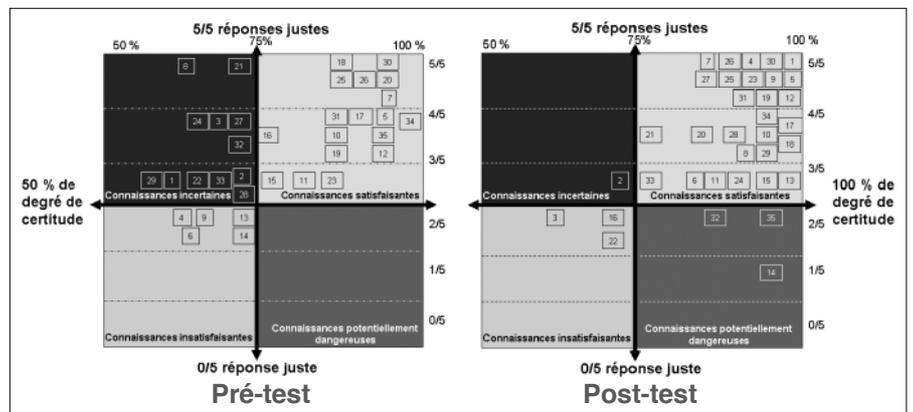
Le tableau 2 relève l'évolution individuelle des scores. La réussite moyenne au pré-test a été élevée (73% de bonnes réponses). Au post test, le nombre de réponses justes est resté stable, à l'exception d'un patient (P3) qui a amélioré son score de manière importante. Par contre, tous les patients ont amélioré leur degré de certitude à leurs réponses justes. Cette dernière remarque est également observable pour les réponses erronées à l'exception du patient P2.

La figure 3 représente la moyenne des évolutions par rapport à 2 axes : un axe vertical réponses erronées/justes et un axe horizontal degré de certitude bas/élevé. Le nombre de connaissances pour lesquelles la majorité des patients (3 sur 5) répondent juste avec un haut degré de certitude augmente au post-test (carré supérieur droit). Nous avons convenu que ces réponses correspondaient à des connaissances satisfaisantes. En revanche,

Patients (n=5)	Nombre de réponses (n=35)				Moyenne degré de certitude en % (échelle de 50-100%)			
	Justes		Erronées		Justes		Erronées	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
P1	28	28	7	7	92	97	89	97
P2	28	29	7	6	80	92	77	70
P3	28	34	7	1	84	95	56	100
P4	20	21	15	14	75	96	67	73
P5	24	23	11	12	75	93	66	84

nous constatons chez certains patients l'apparition au post-test de 3 réponses qui pourraient s'avérer dangereuses, c'est-à-dire erronées avec un haut degré de certitude (cadre inférieur droit).

Tableau 2 : Evolution des scores individuels et du degré de certitude avant/après le cours.



L'observation des interactions dans le groupe

Les observations recueillies ont été classées en trois catégories :

- **L'intensité des interactions provenant des participants** : les interactions ont été très nombreuses. Elles ont généralement été suscitées par l'animateur, ont été bien équilibrées entre les participants et ont pris différentes formes :
 - expressions d'un point de vue
 - suggestions ou réponses aux questions de l'animateur (47 fois)
 - partages d'expériences ou témoignages personnels (10 fois)
 - apports de clarifications et d'argumentations (10 fois)
 - mises en cause des connaissances d'un pair (8 fois)
 - approbations du point de vue d'un pair (7 fois)
 - questions à l'animateur (7 fois)
 - mises en évidence d'un élément d'intérêt dans l'article d'approfondissement (3 fois).
- **Les interventions de l'animateur** :
 - pose des questions (23 fois)
 - apporte des précisions ou des rectifications (21 fois)
 - suscite le partage d'expérience (5 fois)
 - relance (9 fois),
 - renvoie les questions au groupe (3 fois)
 - plaisante (3 fois)
 - cadre (2 fois)
 - traduit des termes scientifiques (2 fois)
 - pose une question et y répond (1 fois).

Figure 3 : Moyenne des évolutions des connaissances et des degrés de certitude entre le pré et le post-test.

.../...

[3] BONADIMAN L., GAGNAYRE R., MARCHAND C., MARCOLONGO R., *Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale, Education du Patient et Enjeux de Santé*, 2006, 254, 2 : 46-50.

[4] BOURGEOIS E., NIZET J., *Apprentissage et formation des adultes*, 2^e édition, Puf, 1997.

[5] BRUTTOMESSO D., GAGNAYRE R., LECLERCQ D. et al., *The use of degrees of certainty to evaluate knowledge, Patient Education and Counselling*, 2003, 51 : 29-37.

[6] CANAS A.-J. et al., *A summary of literature pertaining to the use of concept mapping techniques and technologies for education and performance support, The Institute for Human and Machine Cognition, Pensacola*; 2003 (consulté le 11.07.2007), Disponible sous <http://www.ihmc.us>

[7] CIRILLO T., ALBANO M.-G., CROZET C. et al., *Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses : enquête en Italie du sud, Revue Médicale Suisse*, 2006; 2 : 848-52.

.../...

.../...

[8] Depover C., Noël B., *L'évaluation des compétences et des processus cognitifs*, De Boeck Université, 1999

[9] IVERNOIS (d') J.-F., GAGNAYRE R., *Apprendre à éduquer le patient*, 2ème édition, Maloine, 2004.

[10] IVERNOIS (d') J.-F., GAGNAYRE R., *Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. Actualité et dossier en santé publique*, 2001; 36 : 11-13.

[11] MARCHAND C., IVERNOIS (d') J.-F., *Les cartes conceptuelles dans les formations en santé*, *Pédagogie médicale*, nov. 2004, vol 5, no 4 : 230-40.

.../...

Tableau 3 : Mesure de la perception de l'utilité (n=5).

Perception de l'utilité des participants pour favoriser...					
	Pas du tout d'accord	Plutôt en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
La compréhension globale	0	0	0	4	1
Les liens	0	0	0	1	4
La mémorisation	0	0	1	1	1
La confrontation des connaissances	0	0	1	1	3
La structuration des connaissances	1	0	1	1	2

.../...

[12] MARCHAND C., *L'évaluation de l'éducation thérapeutique : évaluation des compétences et des acquis de la personne soignée*, *L'escarre*, 2005; 27 : 7-8.

[13] MARCHAND C., *Les connaissances antérieures des patients sur leur maladie dans le contexte de leur éducation : analyse de leur rôle, de leur nature, de leur configuration cognitive et de leur évolution, par l'utilisation de cartes conceptuelles*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, 2000, Vol. 1 & 2, Université Paris V - « René Descartes ».

[14] MEIRIEU P., *Outils pour apprendre en groupe*, 1996, Vol.2., *Chronique Sociale*, Collection Pédagogie formation.

[15] NOVAK J.-D., GOWIN D.-B., *Learning how to learn*. 4è édition, Cambridge University Press, 1989.

[16] OKEBULOLA P.-A., JEGEDE O.-J., *Cognitive preference and learning mode as determinants of meaning learning through concept mapping*, *Science Education*, 1988; 72, 4 : 489-500.

[17] OMS, *Bureau régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*.

.../...

- La dimension socio-affective :

Elle a été appréciée à partir de l'observation du verbal et du non-verbal du groupe indiquant des réactions positives ou négatives. De manière générale, les participants sont restés tous très attentifs, participatifs et respectueux les uns des autres. Aucune tension, prise de pouvoir, **monopolisation** de la parole ou émotion négative telles qu'agressivité ou colère n'ont été observées.

La perception des participants de l'utilité de la réalisation de la carte conceptuelle de groupe

(tableau 3)

Globalement, la carte conceptuelle est considérée comme utile pour faciliter les apprentissages.

A relever que deux patients n'ont pas répondu à la question sur la mémorisation.

Discussion

Bien que les résultats obtenus soient le reflet d'une expérience singulière réalisée dans un contexte particulier auprès d'un nombre restreint de patients, ils orientent vers le renforcement des hypothèses initiales concernant l'intérêt d'utiliser la carte conceptuelle comme technique d'apprentissage en groupe. Une étude auprès d'un plus grand nombre de patients devrait permettre de vérifier ces hypothèses. Dans cette étude, l'animateur est également le chercheur. Il ne peut pas être totalement objectif dans son observation et son analyse, car il est à l'intérieur du phénomène étudié.

Concernant l'amélioration des connaissances

Dans ce groupe, nous observons que le nombre de réponses justes ne semble pas influencé par la longueur de la maladie. Les deux patients qui font les meilleurs scores sont les plus jeunes, parlent français et proviennent d'une catégorie socio-professionnelle moyenne ou supérieure (cf. **tableau 1 p14**). L'évolution de l'exactitude des connaissances au post-test est moins importante qu'attendu. Ceci s'explique en partie par le niveau de connaissance initial élevé des patients, comme cela a déjà été observé dans d'autres études [5, 7]. Le gain est par contre plus marqué en ce qui concerne l'évolution des degrés de certitude, ce qui constitue un réel apprentissage, car le patient va

avoir tendance à n'appliquer que les connaissances dont il est sûr [12]. Ces résultats soulignent l'intérêt d'associer à un test de connaissance un questionnement sur la certitude, pour montrer les effets sur l'apprentissage. De l'avis des patients sur la technique utilisée (cf. **tableau 3**), la carte conceptuelle semble favoriser leur compréhension globale du thème abordé et les aide à mettre en lien les différentes connaissances. Au delà des effets espérés, l'évaluation systématique des connaissances avant et après la séance d'éducation a eu le mérite de mettre en lumière deux phénomènes inattendus : la régression ou statu quo de certains scores individuels, et l'augmentation du degré de certitude de 4 patients sur 5 pour des réponses jugées erronées. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour tenter d'expliquer ces phénomènes. Premièrement, certains contenus évalués lors du pré-test n'ont pas pu être abordés de manière explicite et exhaustive lors de la réalisation de la carte conceptuelle, contribuant peut-être à maintenir un certain flou sur quelques-unes des connaissances testées. Deuxièmement, la formulation de certains items du test a pu créer des ambiguïtés et provoquer de mauvaises interprétations, incitant le patient à répondre de manière erronée. Enfin, la nécessaire réorganisation des connaissances, suite à la mise en lien par les patients de leurs connaissances antérieures avec les nouveaux éléments apportés au cours de la séance, a pu créer ce que Depover et Noël appellent « *un apprentissage négatif* ». Ces effets non-souhaités de la formation ont déjà été observés dans certaines études [5, 8]. Ils mériteraient en soi de faire l'objet de recherches plus poussées.

Concernant le processus d'élaboration d'une carte conceptuelle en groupe

Les observations réalisées sur les interactions lors de l'élaboration de la carte conceptuelle ont été très nombreuses et variées. Elles permettent de s'intéresser cette fois plus au processus d'apprentissage qu'aux résultats. Cet outil interactif a favorisé le niveau d'attention et de participation des patients. Des confrontations de points de vue et des négociations de sens ont pu être observées, mais elles auraient sans doute pu être plus nombreuses dans le cas d'une construction de la carte conceptuelle par les patients eux-mêmes. En effet, le fait que ce soit l'animateur de la séance qui construise lui-même la carte à partir des expressions des patients a pu avoir les effets suivants : une centration sur l'animateur au dépend d'interactions plus nombreuses entre pairs et une autonomie moindre des participants pour réaliser la carte conceptuelle. Dans une étude menée auprès d'étudiants en physique, les auteurs ont exploré le processus de construction de la connaissance au cours de l'élaboration d'une carte conceptuelle par des groupes d'étudiants, et en particulier les interactions pendant l'élaboration des cartes. S'ils ont pu constater que la qualité de l'interaction dans les groupes était dépendante de la capacité des participants à communiquer, ils ont aussi souligné l'intérêt des discussions entre pairs sans intervention du formateur, pour favoriser l'expression des

connaissances de chacun [19]. Cependant, la réalisation d'une carte conceptuelle par les patients eux-mêmes nécessiteraient un temps d'apprentissage de la technique par les patients, ce qui n'est pas toujours possible dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique où la disponibilité des patients est relative. Pour pouvoir reproduire cette technique, le soignant/éducateur doit d'une part maîtriser les principes d'élaboration d'une carte conceptuelle, mais aussi adopter un rôle de facilitateur en mettant en œuvre un **questionnement** approprié pour faciliter l'explicitation par les patients de leurs connaissances et susciter ainsi les capacités réflexives des patients sur leur propres connaissances.

Conclusion

Cette expérience pilote a permis d'appliquer à un groupe de patients diabétiques une technique

pédagogique habituellement réservée à un public d'étudiants. L'expérience menée mériterait d'être reproduite, affinée et évaluée non seulement pour confirmer les effets observés sur l'évolution des connaissances et des degrés de certitude, mais aussi pour mieux comprendre la manière dont les patients s'approprient les nouvelles connaissances, ce qu'ils en comprennent et les liens qu'ils réalisent avec leur réseau de connaissances antérieures. La carte conceptuelle vient enrichir l'éventail des outils pédagogiques utilisables par une équipe soignante en charge de patients atteints de maladie chronique. L'élaboration d'une carte conceptuelle de référence par un groupe d'éducateur constitue un bon moyen de se mettre d'accord en équipe sur le contenu à aborder avec les patients. Enfin, outre les modalités d'utilisation décrites dans cet article, la carte conceptuelle peut aussi être utilisée individuellement lors de consultation comme cela a déjà été proposé dans le domaine de l'éducation thérapeutique [3]. ■

.../...

Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague, 1998.

[18] PERLEMUTER L., SELAM J.-L., COLLIN DE L'HORTET G., *Diabète et maladie métabolique, 4ème édition, Masson, 2003.*

[19] ROTH W.-M., ROYCHOUDHURY A., *The concept maps as a tool of collaborative construction of knowledge : a microanalysis of high school physics students, Journal of Research in Science Teaching, 1993; 30, 5 :503-534.*

[20] ROTH W.-M., *Science discourse through collaborative concept mapping : new perspectives for the teacher, Int. J. Sci. Educ., 1994; 16,4 : 437-455.*

[21] TARDIF J., *L'évaluation des compétences, Chenelière Education, 2006.*

Formation à l'éducation thérapeutique du patient Aide à l'arrêt du tabac Programme 8-9 avril 2009

L'Education Thérapeutique permet d'enrichir l'accompagnement à l'arrêt du tabac en aidant le patient à acquérir de nouvelles compétences :

Etre capable de relativiser ses peurs, de prendre une décision, de résister à la tentation, de garder confiance en soi malgré ses difficultés...

La formation « Aide à l'arrêt du tabac » permettra aux participants :

- D'analyser les difficultés, craintes et potentialités du patient à cesser de fumer, à partir d'un entretien spécifique.
- De concevoir et animer des séquences pédagogiques intégrant des supports-patient, pour faciliter sa recherche d'alternative, sa prise de décision, le maintien de son arrêt du tabac.

Lieu : Paris

Tarif : 700 €



8-14, Passage Sainte Anne Popincourt - F75011 Paris - France
Tél : ++33(0)1 43 14 74 60 - Fax : ++33(0)1 43 14 74 69 -
E-mail : info@ipcem.org - Site : www.ipcem.org

Formation 8-9 avril 2009
à l'éducation
thérapeutique
Aide à l'arrêt
du tabac



Formation à l'éducation thérapeutique Aide à l'arrêt du tabac