

Les compétences des soignants en éducation thérapeutique

Rémi Gagnayre

Jean-François d'Ivernois

Laboratoire de pédagogie de la santé,
éducation et observance, Upres EA
3412, université Paris 13

Éduquer les patients à la prise en charge de leur maladie nécessite, de la part des soignants, des compétences spécifiques que les auteurs de l'article tentent de formaliser.

Le but de cet article est de proposer une liste des compétences éducatives que les soignants mobilisent pour assurer une éducation thérapeutique raisonnée auprès des patients [1, 2].

Cette liste de compétences éducatives n'est pas définitive. Elle sert de repère à un moment donné, selon l'usage qu'on en fait. Dans notre expérience, les approches de formalisation de compétences permettent actuellement à des équipes de soins de fonder des programmes d'éducation thérapeutique centrés sur les patients, d'élaborer des formations méthodologiques à l'éducation thérapeutique, de rédiger des profils de postes d'éducateurs, de coordonner des structures d'éducation thérapeutique.

Une définition de la compétence professionnelle

Dans la mesure où ces compétences s'adressent à des professionnels, notre définition empruntera aux travaux des domaines des sciences de l'éducation, de la psychologie du travail et de la didactique professionnelle.

La définition que nous donnons de la compétence professionnelle s'appuie sur trois notions. La première considère que la compétence est proche d'un système intégré de savoirs au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être...), comme le signale F. Chenu [1]. Cette notion se retrouve en partie dans la définition de R. Wittorski [2] : « La compétence correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique

en fonction du cadre de perception que se construit l'auteur de la situation. » La seconde notion considère que la compétence permet d'aboutir à une performance, laquelle pour certains auteurs ne représente que sa part observable voire mesurable. De plus, cette compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations. Cependant, pour que les deux notions précédentes prennent effet, il est important d'y adjoindre une troisième. Une compétence requiert, pour son acquisition et sa mise en œuvre, que le professionnel soit en mesure de mener une activité réflexive au cours même de sa réalisation ou après celle-ci.

Ainsi est compétent un professionnel qui :

- Mobilise et organise différents savoirs et gère les émotions révélées au cours de leur acquisition et de leur mobilisation.
- Analyse le contexte dans lequel il utilisera sa compétence pour rester performant.
- Régule sa compétence au cours même de sa réalisation et l'analyse à distance tant sur le plan de son processus que de sa performance.
- Transfère cette compétence dans différentes familles de situations, tout en gardant un niveau de performances attendu.
- Sait que toute famille de situations suscitera des conflits de nature éthique questionnant alors la valeur de sa compétence.

Délimitation du champ des compétences éducatives

Afin d'éviter de proposer aux soignants des compétences qui leur seraient difficiles de mobiliser, faute de repères méthodologiques précis, nous nous sommes limités à celles qui aident le patient à « faire face » [3].

Cette limite volontaire a un autre but : éviter une dispersion des compétences empêchant, par la même occasion, d'identifier un véritable champ de compétences éducatives, distinct et complémentaire de

ceux émanant de disciplines comme la médecine et la psychologie.

Les compétences proposées pour les soignants sont donc issues, en partie, par déduction de celles que les patients mobilisent pour « faire face ». Trois types de « faire face » sont généralement reconnus [3] : ceux centrés sur les problèmes qu'occasionne la maladie ; ceux centrés sur les émotions que suscitent la situation ; le faire face centré sur la recherche de soutien social. On retrouve d'une certaine manière,

pour la première catégorie, les compétences d'auto-gestion [10] et, pour les deux autres celles que l'OMS a nommé : compétences psycho-sociales [5].

Les limites de la méthode de formalisation

Cette liste de compétences n'échappe pas à deux difficultés classiques. La première concerne la formulation exacte des compétences. Il s'agit du problème récurrent de décrire au mieux un processus

Compétences des soignants en éducation thérapeutique du patient

1. Réaliser un diagnostic éducatif, identifier les besoins éducatifs du patient

Identifier les caractéristiques personnelles et de vie du patient ; apprécier ses connaissances antérieures et représentations, son rapport à la maladie. Identifier ses projets ; évaluer ses potentialités d'apprentissage et d'observance.

2. Identifier les compétences que le patient devra acquérir par l'éducation ; négocier un contrat d'éducation avec le patient

À partir du diagnostic éducatif, proposer au patient des objectifs pédagogiques lui permettant d'atteindre des compétences d'auto-traitement, d'auto-soins et d'auto-vigilance. Négocier avec le patient les termes du contrat d'éducation : objectifs de sécurité et objectifs spécifiques au patient, modalités et séquences de l'éducation thérapeutique.

3. Sélectionner le contenu du programme d'ETP ; rendre intelligibles au patient les connaissances indispensables à la gestion de sa maladie

Identifier les connaissances, techniques et modes de faire à enseigner au patient ; lui faire comprendre et s'assurer de sa compréhension des notions essentielles à la bonne gestion de sa maladie.

4. Sélectionner et mettre en œuvre des méthodes pédagogiques adaptées pour l'ETP individuelle et en groupe ; aider le patient à apprendre

- Savoir utiliser diverses méthodes pédagogiques pour la formation individuelle ou en groupe des patients.

- Savoir utiliser des méthodes pédagogiques visant en priorité l'acquisition par le patient d'une meilleure estime de soi, d'une meilleure image de soi.

- Favoriser, dans les choix des méthodes pédagogiques et leur utilisation, celles mobilisant chez le patient la confiance en lui, l'auto-efficacité.

- Favoriser dans le choix des méthodes et des techniques pédagogiques, celles permettant au patient d'exprimer ses émotions, de les verbaliser.

5. Évaluer l'ETP dans différentes dimensions : le patient, le programme, l'équipe d'éducation, les méthodes et outils pédagogiques ; participer à la démarche d'accréditation de l'ETP ; s'assurer des conditions éthiques de l'intervention éducative

Évaluer les acquis du patient, suite à l'éducation, sur les plans bio-clinique, pédagogique, psycho-social ; faire le bilan d'un programme d'éducation.

6. Réaliser seul et en équipe des analyses de pratique (de nature réflexive) sur la mobilisation des compétences éducatives

Choisir une technique d'analyse de pratique, les conduire de manière régulière. Identifier les améliorations pédagogiques à apporter.

7. Assurer le suivi de l'ETP, mettre en œuvre une reprise d'éducation

Assurer différentes modalités de suivi éducatif : à domicile, à distance (suivi téléphonique, e-mail) dans l'établissement de soins (consultations d'éducation) ;

identifier les compétences à renforcer ou à compléter chez un patient ; repérer le défaut de compétence à l'origine d'un incident chez un patient et assurer une reprise d'éducation (recyclage) ; développer un dossier d'éducation.

8. Coordonner des activités d'ETP ; assurer l'intégration de l'ETP aux soins

Participer à la coordination des activités d'ETP dans le cadre d'une structure de soins hospitalière ou extra-hospitalière, d'un réseau de soins. Développer des outils facilitant la communication d'informations aux différents partenaires sur l'éducation des patients. Mettre en œuvre des moyens d'organisation et des moyens logistiques pour un meilleur couplage de l'éducation et des soins.

9. Créer des outils, documents, ressources d'apprentissage pour faciliter, améliorer l'ETP

Participer à la création et la validation de tous les moyens d'aide à l'ETP des patients.

10. Favoriser la participation des patients dans l'éducation thérapeutique

Impliquer les patients dans la conception pédagogique des programmes d'éducation ; impliquer les patients dans la co-animation ; solliciter l'évaluation de l'éducation par les patients.

de l'action. Pour limiter ce premier écueil, nous avons choisi d'utiliser une formulation qualifiée de « générique ». En effet, ces compétences d'éducation nécessitent de suivre une formation pour les acquérir. Il revient aux formateurs de mieux faire comprendre l'intention et les caractéristiques des compétences décrites. Cet accompagnement formatif évite une formalisation des compétences à un niveau de précision tel que la lecture en devient illisible et incompréhensible. Par ailleurs, dans le processus même de formation, la formulation générique a l'avantage de permettre des appropriations par les formateurs et les praticiens, sources d'originalité et d'innovation dans la conceptualisation et la mise en œuvre de la compétence.

Le deuxième type de difficultés porte sur l'actualisation de cette liste. Pour que soit conservé à ce travail une certaine pertinence, il est important de s'assurer de la mise en place de procédures d'actualisation et de diffusion. Tel peut être le rôle attribué à des instances comme la Haute Autorité de santé ou l'Inpes. On rappellera que ce type de liste reste avant tout un outil de communication stabilisant à un moment donné le point de vue d'une communauté sur ce qu'il convient de faire.

Le choix final des compétences éducatives

Lorsqu'il s'est agi de choisir et de formuler les compétences, deux critères nous ont guidés : la perception d'utilité des compétences et leur possibilité de mise en œuvre. En effet, de nombreux référentiels ne sont jamais utilisés parce qu'ils sont parfois incompréhensibles ou trop complexes.

Au contraire, la formulation des compétences doit s'inscrire dans une compréhension quasi immédiate de leur finalité. Il faut que le lecteur comprenne leur utilité, même s'il ne sait pas encore les mettre en œuvre. Il en résulte le choix de formulations les plus simples possibles, précisées par des éléments constitutifs (cf. encadré).

La proposition de ces compétences éducatives a été également pensée dans l'optique de leur mise en œuvre. De nombreux travaux témoignent, en effet, de la nature complexe des compétences à mobiliser par les soignants dès lors qu'il s'agit d'aider le patient à relever le défi quotidien de vivre avec une maladie. Cependant, cette complexité ne peut être dépassée qu'en

proposant des compétences innovantes et réalistes dans un contexte donné.

Discussion sur les compétences éducatives

Réaliser un diagnostic éducatif, identifier les besoins éducatifs du patient

Il s'agit d'une étape importante de l'éducation thérapeutique. Le diagnostic éducatif est dorénavant considéré comme une étape indispensable de l'éducation thérapeutique. Issu des approches de santé publique populationnelle [6] ce dernier a trouvé son application dans un rapport éducatif et individuel [7, 8]. Les travaux actuels portent sur sa structuration méthodologique afin d'explorer au mieux les connaissances, les croyances, les désirs, les émotions, les intentions, les compétences mobilisées par la situation de maladie.

Identifier les compétences que le patient devra acquérir par l'éducation, négocier un contrat d'éducation avec le patient

La notion de compétence du patient, même si elle pose question en termes d'acquisition, de mobilisation dans ses spécificités et ses caractéristiques, est communément admise. Dans la mesure où l'éducation thérapeutique vise dans un premier temps des « faire face », il est important que les programmes s'inscrivent dans l'atteinte d'objectifs finalisés, clairs et précis à la base d'un contrat d'éducation. Cette notion de contrat vise à modifier un rapport traditionnel de substitution soignant-soigné peu explicite, pour tendre vers un rapport d'engagement explicite et mutuel.

Sélectionner le contenu du programme d'ETP ; rendre intelligibles au patient les connaissances indispensables à la gestion de sa maladie

Parmi les compétences attendues chez le professionnel de santé, une d'entre elles concerne le choix pertinent des contenus — entendus comme les objectifs pédagogiques essentiels, les notions importantes — à déterminer. Dans la mesure où l'éducation thérapeutique peut être considérée comme la rencontre entre deux expertises, celle du patient et celle du soignant, le professionnel de santé doit être clair avec ce qu'il souhaite partager avec le patient. Cette position n'exclut en rien le principe consistant à aider le patient à exprimer

ce qu'il sait, ce qu'il croit, ainsi que ses propres attentes vis-à-vis de la rencontre éducative.

Sélectionner et mettre en œuvre des méthodes pédagogiques adaptées pour l'ETP individuelle et en groupe ; aider le(s) patient(s) à apprendre

Le soignant doit pouvoir choisir au mieux les méthodes et techniques pédagogiques qui aident le patient à « faire face » et celles qui renforcent sa confiance en lui, son estime de soi et l'expression de ses émotions.

L'éducation thérapeutique repose dans le meilleur des cas sur une alternance entre des activités de groupe (favorisant la socialisation) et des activités pédagogiques individuelles (personnalisation). S'y ajoutent celles que le patient peut réaliser par lui-même au moyen des ressources pédagogiques disponibles. L'emploi du mot « méthode » est entendu, ici, au sens de démarche méthodologique. Dans la mesure où ils sont appelés à pratiquer une éducation thérapeutique raisonnée, il est souhaitable que les éducateurs-soignants puissent rattacher leurs activités éducatives à un ou des courants théoriques.

Évaluer l'ETP dans différentes dimensions : le patient, le programme, l'équipe d'éducation, les méthodes et outils pédagogiques ; participer à la démarche d'accréditation de l'ETP. S'assurer des conditions éthiques de l'intervention éducative

L'évaluation de l'éducation thérapeutique relève de considérations éthiques et médicales. Chaque élément constitutif d'une démarche d'éducation thérapeutique doit être évalué pour mieux en comprendre le processus et les effets, et éviter d'exercer un rapport autoritaire et normatif sur le patient. Il revient à la communauté des soignants de vérifier la pertinence de leur choix au moyen de la recherche, d'études ou de pratiques réflexives [9].

Réaliser seul et en équipe des activités réflexives sur la mobilisation des compétences éducatives

Cette compétence engage les professionnels de santé à considérer que l'amélioration pédagogique d'une activité commence déjà par les questions que l'on se pose à son sujet. Elle se poursuit par l'acquisition d'une méthodologie individuelle

et de groupe, et inaugure des recherches sur les pratiques d'éducation.

Assurer le suivi de l'ETP, mettre en œuvre une reprise d'éducation

Il est dorénavant admis que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans un continuum [10]. L'éducation thérapeutique doit être planifiée dans le temps et faire appel à des formules différentes selon les besoins et nécessités du patient. Les éducateurs-soignants sont donc conduits à mettre en place des ressources éducatives prenant place aussi bien dans les établissements de soins, les réseaux de santé, les lieux de vie associatifs ou même au domicile du patient. À ce principe de continuum est intimement lié celui de l'intégration aux soins. En effet, l'éducation thérapeutique ne peut être séparée des choix médicaux et des soins dont elle dépend pour ses objectifs, cependant que simultanément elle influence la décision thérapeutique par la connaissance qu'elle apporte sur le patient.

Coordonner des activités d'ETP, assurer l'intégration aux soins

Pour qu'une éducation thérapeutique s'inscrive effectivement dans la durée, elle doit être organisée et couplée aux autres types de prestations médicales, sociales et psychologiques. Elle requiert donc, pour être efficace sur le long terme, que soient envisagées des structures et des temps professionnels adéquats.

Créer des outils, documents, ressources d'apprentissage pour faciliter l'ETP

L'éducation thérapeutique ne peut se passer de documents, de supports facilitant l'apprentissage du patient. Il est important que les soignants puissent diversifier leurs stratégies éducatives (en y incorporant un ensemble d'outils, de supports,...) afin de répondre aux différents styles d'apprentissage des patients, à leurs particularités intellectuelles, physiques, culturelles. Ces documents visent plusieurs objectifs : mieux comprendre la maladie, le traitement ; se remémorer les conduites à tenir, prendre de meilleures décisions ; visualiser une technique d'auto-soins ; partager une émotion, etc. Leur conception repose nécessairement sur une méthodologie.

La conception de ces documents peut également porter sur l'explication des finalités et du déroulement de l'éducation thérapeutique afin de la rendre plus compréhensible aux patients.

Favoriser la participation des patients dans l'éducation thérapeutique

Il est fondamental que le soignant accorde une place authentique au patient, s'il reconnaît que l'ETP est un champ d'expertise partagée. Cette recherche active de participation est une véritable compétence car, en plus de solliciter l'opinion du patient sur l'éducation reçue, il s'agit de l'engager dans la conception et la réalisation du programme d'éducation (éducation par les pairs). Cette dimension initie une auto-

nomisation des patients, les conduisant à concevoir leurs propres ressources éducatives (associations de patients et d'utilisateurs, internet). Elle contribue, enfin, à rompre avec un rapport soignant-soigné qualifié de paternaliste.

Conclusion

La liste de compétences proposée ici vise à aider tous les professionnels de santé impliqués dans l'éducation thérapeutique. Elle est limitée à des compétences générales dont on peut garantir la pertinence et la faisabilité. Elle se veut réaliste, c'est-à-dire pédagogique dans la mesure où leur acquisition et leur mobilisation restent possibles dans le contexte de soins actuel. Cependant, cette liste n'est pas définitive. D'autres travaux signalent déjà de possibles pistes pour proposer au soignant des nouvelles compétences pédagogiques concernant en particulier l'éducation à distance et le maintien dans le temps de l'éducation thérapeutique. ■

références

1. Chenu F. « Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence », *Éducation permanente*, n° 162, p. 201-208.
2. Wittorski R. *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris : Ed. L'Harmattan, 1997.
3. Spitz E. « Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique », p. 262-282 in Fischer G.-N., *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod, 2002.
4. Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. « Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient ». *adsp*, n° 39, juin 2002, p. 14-16.
5. Arwidson P., 1997, « Le développement des compétences psychosociales », in Sandrin-Berthon B., *Apprendre la santé à l'école*. Paris : ESF éditeur, p. 73-83.
6. Green L. W., Kreuter M. W., Deeds S. G., Partridge K. G. *Health Education Planning*. Palo Alto, Californie : Mayfield, 1980.
7. Bartlett E. E. « Behavioural Diagnosis : a practical approach to patient care patient ». *Couns Health Educ* 1982 ; 4 : 29-35.
8. Ivernois (d') J.-F., Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient*. Paris : Maloine, 2^e éd., 2004.
9. Schön D. *Le Tourant réflexif – pratiques éducatives et études de cas*. Québec : Les éditions Logiques, 1996, 532 p.
10. Assal J.-Ph., Gelay A. « Le Suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique ». *Médecine & Hygiène*, 2352, 27 juin 2001, p. 1446-1450.