

# « Innovations et créativité en Éducation Thérapeutique du Patient »

**Avantages, limites et conditions de recours à la  
compétence du patient en situation d' Urgence**

**N. ASSEZ**

**PRATICIEN HOSPITALIER – SAMU 59**

**25 novembre 2008  
Paris. France**



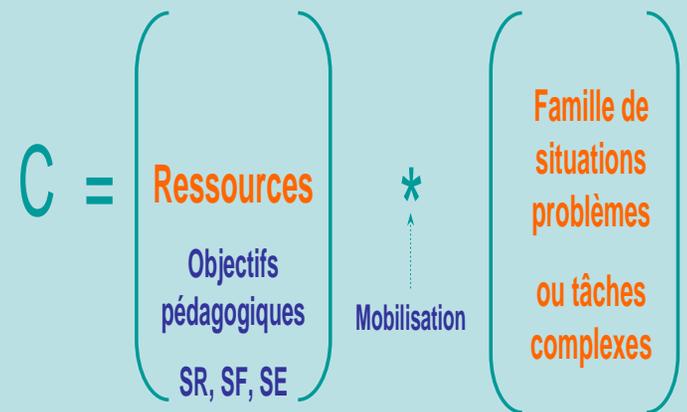
# ETP et urgence quel lien ?

- « permet d'aider les patients à **acquérir ou maintenir des compétences** dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une **maladie chronique** » (ANAES).
- « **processus continu** qui fait partie intégrante des soins » (OMS).
- L'ETP a une **efficacité démontrée** sur plusieurs critères d'évaluation du contrôle des **maladies chroniques**, en particulier les hospitalisations, **le recours aux services d'urgences** et les consultations non programmées (recommandations ANAES 2001).
- L'ETP structurée est **plus efficace que l'information seule** (recommandations ANAES 2001).

# Quelqu'un est compétent quand...

- Face à une famille de **situations-problèmes**  
ou de **tâches complexes**
  - Dans un contexte de **contraintes et de ressources**
- Il est capable de **mobiliser un ensemble de ressources pertinentes**
  - Identifier, activer, combiner adéquatement
  - Savoirs, savoir-faire et savoir-être
- **Pour résoudre ce type de problèmes ou accomplir ce type de tâches**
  - Produit
  - Critères de qualité
- En cohérence avec une vision de **la qualité à obtenir**
  - **Efficacité**: faire faire le plus grand progrès possible
  - **Équité pédagogique** : progrès aussi pour les plus faibles

## La Compétence



On ne peut parler de compétence qu'à partir du moment où il y a mobilisation des ressources pertinentes face à une situation problème à résoudre ou à une tâche complexe à effectuer

De Ketele, sept 2006

Il s'agit d'un processus qui conduit à la performance !

# La maladie chronique

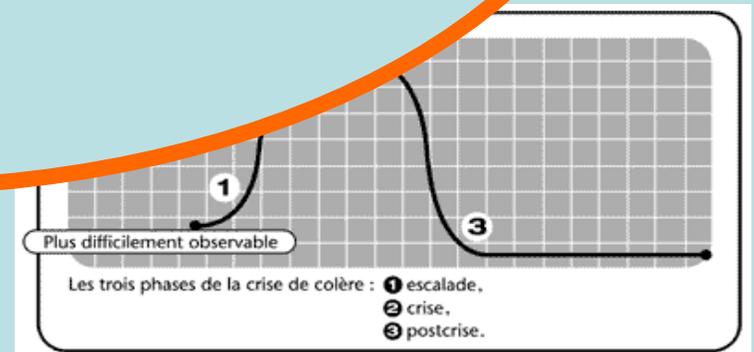


**La maladie Chronique** (diabète, asthme, maladie coronarienne...) doit être considérée comme une pathologie chronique émaillée de « crises » auxquelles le **patient et sa famille** doivent **faire face, décider et agir seuls.**



# « La crise »

- E. MORIN, 1976 « *La crise vise à décrire des processus de déstabilisation et de remise en cause brutale des modes de fonctionnement et de relations des individus, des groupes, des organisations* »
  - Il s'agit d'identifier les crises dans lesquelles le patient s'est-il préparé à affronter les « crises » ou pour le moins, à celles qu'il considère comme possibles ?
  - En utilisant les données contextuelles de la réponse à ces questions
  - On a besoin de donner un contexte de réponse à ces questions
- Identifier les types de crises redoutées**



# Décider ... oui mais comment ?

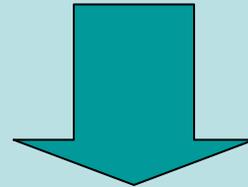
- Prendre une décision, **c'est mettre en œuvre un processus** qui aboutira, in fine, **à un choix**.
- Les étapes de ce processus sont les suivantes :
  - **1) délimitation** du problème et des facteurs à prendre en considération ;
  - **2) identification et évaluation** de toutes les solutions alternatives réalisables;
  - **3) élaboration** de critères de sélection, hiérarchisation des solutions et choix d'une solution.



**Apprendre à mobiliser des compétences en situation**

=

**Apprendre à agir avec compétence en situation**

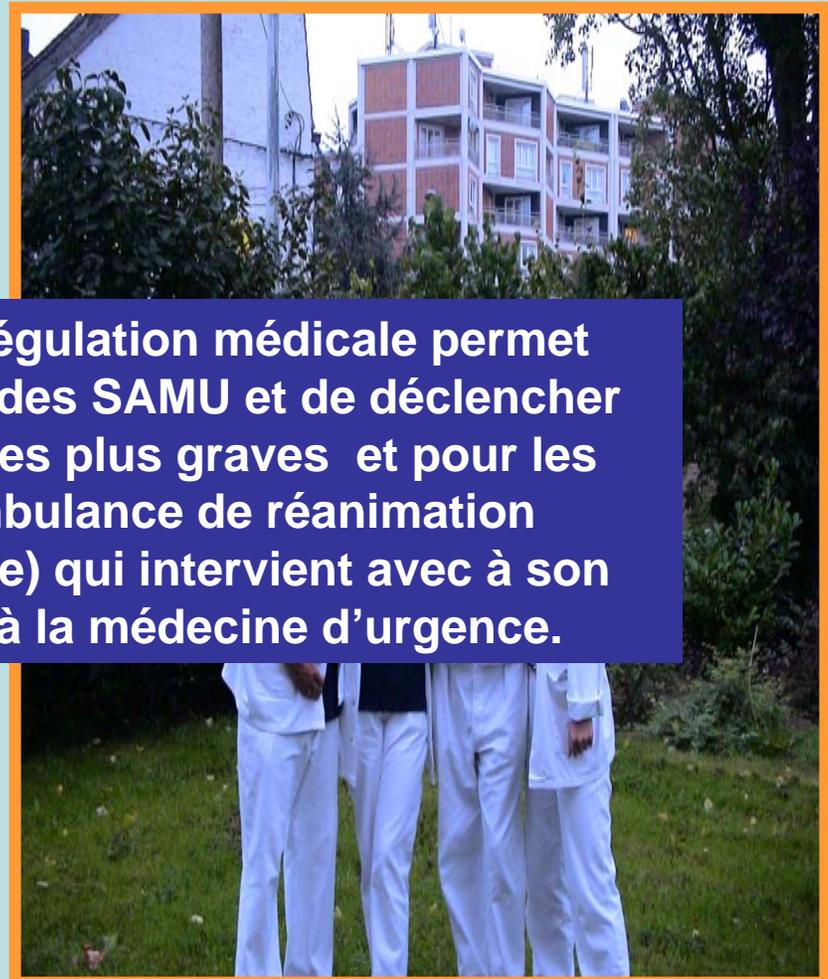


**Que signifie : “Agir avec compétence” ?**

# Le SAMU concept français



**Le concept français de régulation médicale permet d'optimiser les moyens des SAMU et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière) qui intervient avec à son bord un médecin formé à la médecine d'urgence.**



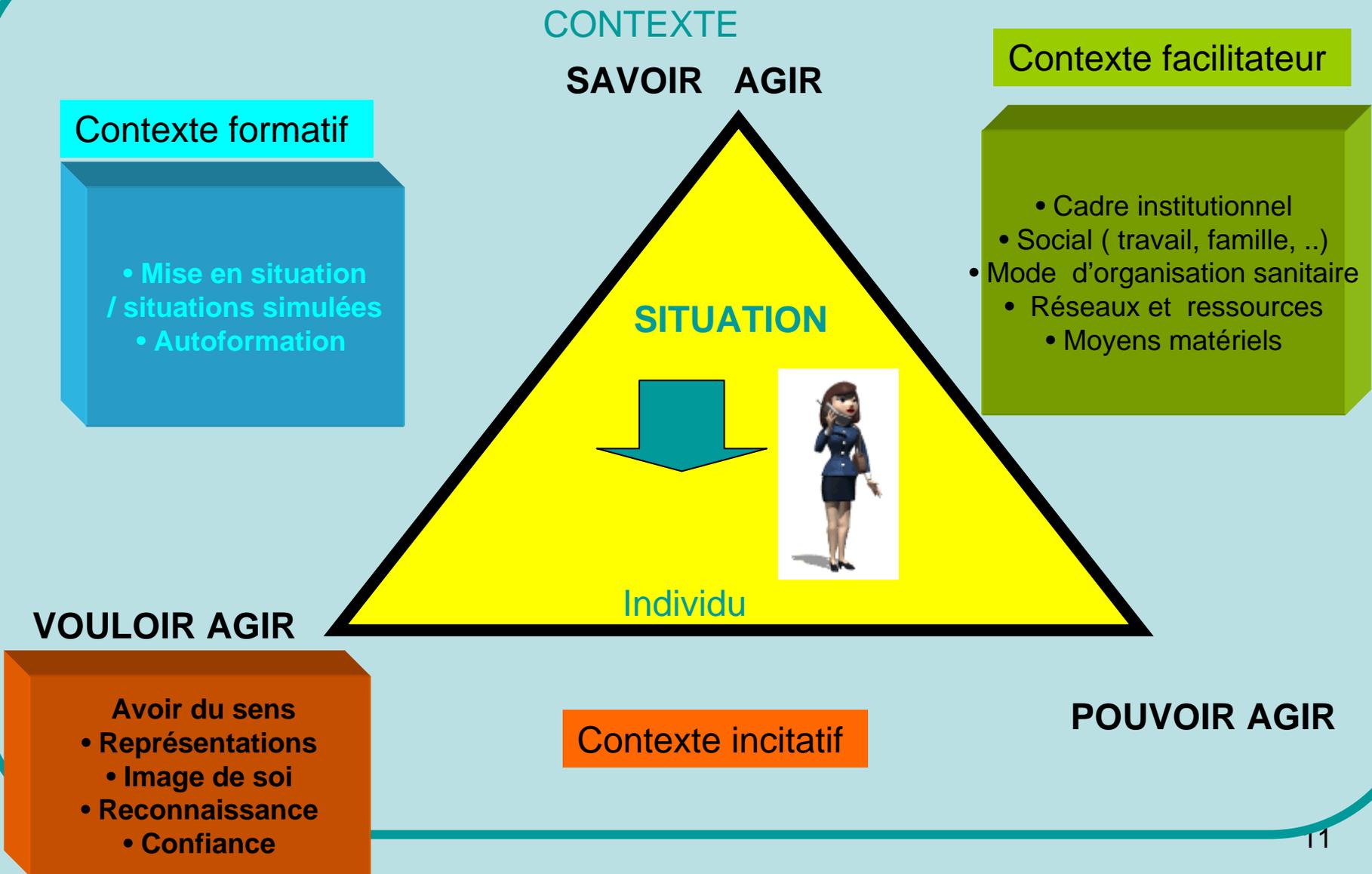
# Le constat :

- Il existe un **énorme écart** entre cultures de soin, entre patients et soignants.
- Les propos recueillis auprès des **patients** montrent qu'ils ont déjà développé grâce à leur expérience au quotidien de leur maladie des **compétences**, des connaissances dont les soignants n'évaluent pas toujours l'importance.
- Les **attentes et les ressentis** du **patient**, sa qualité de vie malgré la maladie, sa relation aux autres, l'émergence d'un certain nombre de liens sont peu ou pas pris en compte.

# Hypothèse

- Une meilleure compréhension et acceptation des **compétences** des patients **chroniques** en situation de « crise » peuvent améliorer la qualité de prise en charge et l'adhésion aux **soins en urgence**.
- Les **professionnels de santé** sont peu à peu conduits à considérer le patient et son entourage comme de **véritables partenaires de soins** (GORDON, 1997)
- Il est donc indispensable que patients et soignants s'accordent sur **les compétences à mobiliser** dans un contexte d'action donnée en urgence ou le **savoir-agir** peut être vital .

# Le savoir agir est du savoir faire appliqué en situation



# Les AVANTAGES

# La méthode du panel d'« Experts » préhospitaliers pour dégager un consensus sur les compétences des « patients coronariens » mises en œuvre en situation d'urgence

N. ASSEZ<sup>1,2</sup>, C. MARCHAND<sup>2</sup>, P. GOLDSTEIN<sup>1</sup>, R. GAGNAYRE<sup>2</sup>

(1) Pôle de l' Urgence -CHRU de LILLE, France

(2) Laboratoire de Pédagogie des Sciences de la Santé

UE 3412 – UFR Léonard de Vinci , BOBIGNY , Paris XIII, France



*Selon Leboterf : « La compétence renvoie à la prise de responsabilités d'un sujet qui assure l'imputabilité des conséquences de ses décisions ou de ses actes » pour lui donner une plus grande maîtrise de sa vie et accepter que « tout être soit capable d'autonomie et d'autodétermination » pour assumer les choix de nouveaux comportements à adopter*

# Consensus et Clarification

## 20 COMPETENCES MISES EN ŒUVRE

### AVANT L' APPEL au SECOURS

C1	Alerter ses proches, repérer et expliquer la situation, la conduite à tenir à son entourage
C2	Repérer les signes d'un SCA et les signes annonciateurs de complications potentielles
C3	Appeler un service de secours, décrire la situation et passer un bilan intelligible et pertinent à la régulation médicale, rappeler un service de secours en cas d' aggravation
C4	Demander conseil à un ami, au pharmacien, à un médecin traitant, un cardiologue, en téléphonant à l'hôpital ou la clinique
C5	Utiliser les ressources de santé: se rendre à l'hôpital, chez son cardiologue... par ses propres moyens
C6	Se reposer, se mettre au calme, arrêter une activité

### EN ATTENDANT L' ARRIVEE du SMUR

C7	Sécuriser l' endroit, organiser l' espace pour faciliter l' accès des secours
C8	Se positionner confortablement ( mettre ses prothèses )
C9	Gérer son angoisse et son stress, créer une ambiance sereine en attendant les secours
C10	Faire rechercher et /ou préparer son dossier médical, ses traitements, les documents administratifs nécessaires...
C11	Pratiquer l' autocontrôle et l' automesure de certaines paramètres ( TA, FC, Dextro, INR)
C12	S'automédiquer à visée diagnostic ( test aux nitrés), thérapeutiques (antalgiques) et interpréter les résultats

### APRES A L' ARRIVEE du SMUR

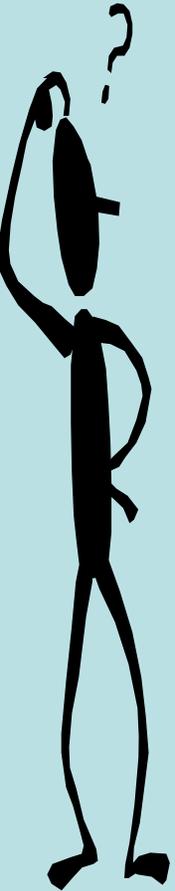
C13	Se présenter, s' identifier aux soignants/ à son entourage et questionner les soignants ( qualité, rôle, prise en charge )
C14	Exprimer son vécu, son expérience, faire connaître ses connaissances sur la maladie
C15	Exprimer son émotion ( peurs, ses doutes ), ses difficultés
C16	Répondre aux questions de soignants et guider dans leur décision, dans leur choix ( pose de VVP)
C17	Participer activement aux soins ( quantifier son EVA, faciliter son brancardage...)
C18	Etablir une relation de confiance soignés - soignants pour signer un consentement éclairé ou un protocoles de soins
C19	Informé et expliquer à ses proches ( présents ou éloignés ) e qui se passe, donner des consignes à son entourage ...
C20	Faire face à la situation et décider dans l' urgence de sa prise en charge ( soins, orientation)

## DIAGRAMME des COMPETENCES et DOMAINES TAXONOMIQUES



# Du savoir, au savoir faire au savoir agir : le patient « acteur »

- L'objectif :
- Aider le patient à investir **son savoir préexistant**,
- L'amener à évoquer les **émotions** qui se rattachent à la situation,
- A **prendre conscience** de ses insuffisances
- et l'aider à construire un **nouveau savoir**
- Dans les moments souvent vécus « stressant » cela permet de relativiser, de dédramatiser.
- Aider la personne à **organiser sa pensée**,
- A la **distancier de son vécu émotionnel** « *angoissant, douloureux* »
- pour qu'elle puisse **d'elle-même** proposer des solutions « *acceptables* ».
- Un patient plus impliqué et qui participe aux décisions médicales ↘ son anxiété et ↗ son « *efficacité* » et sa satisfaction .





# Le rôle de la famille

- Réussir à amorcer **l'éducation du patient et de sa famille** à l'occasion d'un **épisode aigu** de la maladie chronique est un réel défi de la prise en charge de la « crise »,
- mais c'est aussi un moment privilégié pour établir une **interaction durable** !
- E.GILLIERON parle de “ **transaction** ” entre le patient et le milieu, notamment dans les **relations dynamiques** qui existent entre un **individu et sa famille**.



# Le patient se doit d'acquérir la conduite à suivre en cas de crise



- **L'éducation met l'accent sur :**
  - le repérage des signes de gravité,
  - sur l'utilisation des outils de mesure (débit expiratoire, mesure de la glycémie capillaire ...),
  - le recours aux médicaments en cas de crise,
  - l'appel au médecin ou aux services d'urgences en fonction des symptômes observés etc...



# Les LIMITES

# Les réticences des soignants

- qui considèrent encore « *la participation aux soins et aux décisions médicales des patients* », illusoire, voire dangereuse.
- Et pensent que « *le consentement éclairé* » est un leurre



## Résumé : consentement éclairé

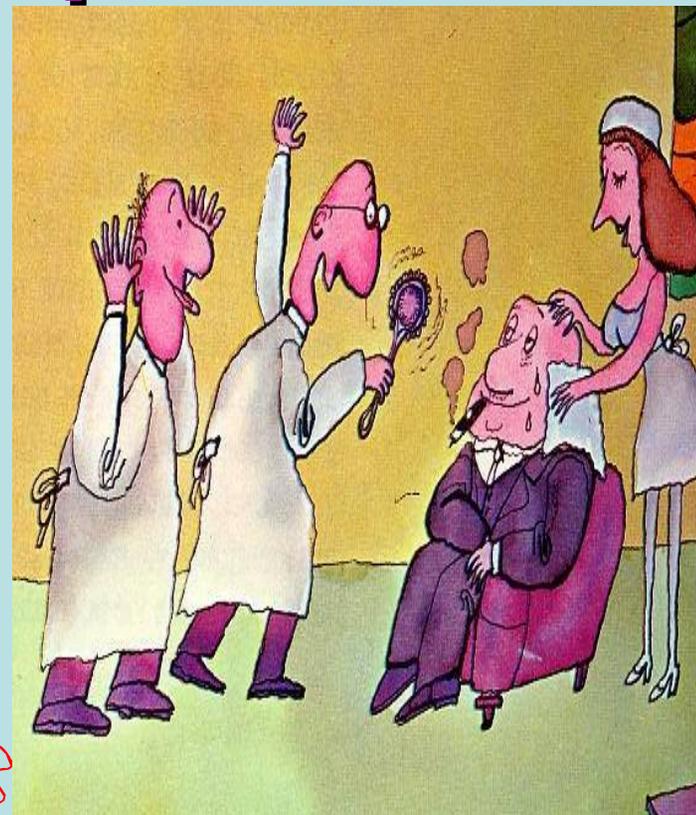
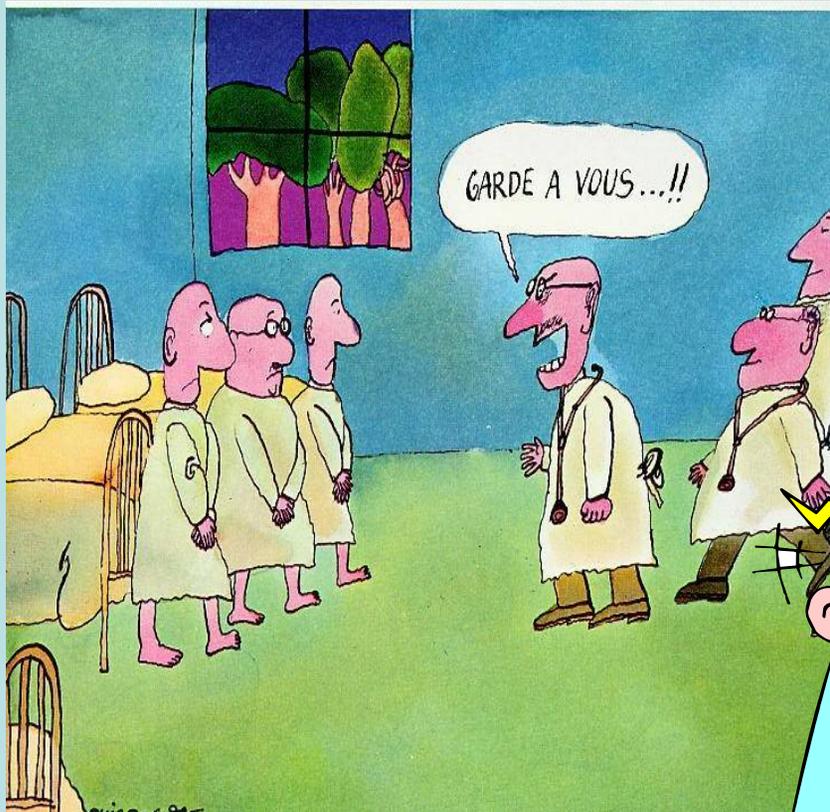
- ❖ Obligation éthique, et non seulement juridique
- ❖ Absence de coercition
- ❖ Documentation nécessaire
- ❖ Nécessité de fournir une information compréhensible
- ❖ Documents d'accompagnement utiles
- ❖ Essais pilotes encouragés

# Médecine surpuissante

- Le patient repose confiance et le



# La situation du patient



“ Un malade ne devrait pas être obligé d’obéir, il devrait pouvoir se plaindre, poser des questions et donner son opinion ”. Or la relation thérapeutique telle qu’elle est pratiquée aujourd’hui, ne permet pas toujours ce rapport. **C’est le malade lui-même qui censure cette attitude. Il a intériorisé des critères de pouvoir.**

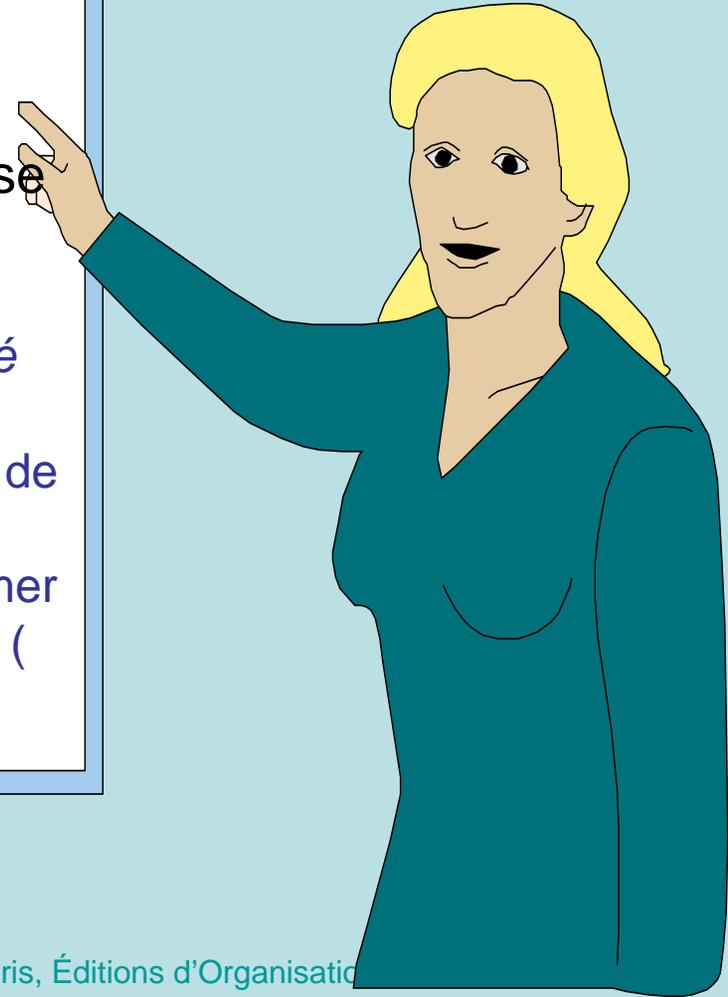


**les facteurs de stress sont de véritables parasites de la mémoire du patient**

# La difficile prise de risque

- La compétence renvoie le sujet à la prise de **responsabilités** et l'engage.
- Responsabilités pour lesquelles on lui fait confiance et au sein desquelles il assume une prise de risque « **risque cognitif** » de se tromper

*« La compétence renvoie à la prise de responsabilités d'un sujet qui assure l'imputabilité des conséquences de ses décisions ou de ses actes »* pour lui donner une plus grande maîtrise de sa vie et accepter que *« tout être soit capable d'autonomie et d'autodétermination »* pour assumer les choix de nouveaux comportements à adopter ( Le BOTERF; 2000)



# Le corps souffrant c'est ...

*Le corps mis à nu*



*Livré, partagé*



*Mutilé*



*Technologisé*



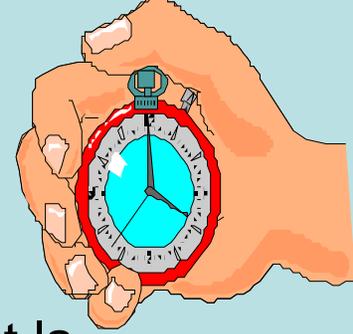
*Dépossédé*



*Nié*



# Agir vite une nécessité en urgence...



- **Les soignants** mettent en avant l'efficacité, la technologie et la cohérence d'équipe...
- **Les patients** réclament une qualité de présence, de la disponibilité, **des compétences.**
- La nécessité d'agir vite face à la détresse vitale limite souvent le temps consacré à la **relation humaine et à l'entretien** ( problème du transfert négatif)
- Le patient, son vécu, ses questions, ses peurs, ses attentes restent dans **le domaine du « non-dit »** et sont parfois oubliés.
- La plainte du malade est souvent ressentie comme **une menace** pour le thérapeute. Or elle ne fait qu'exprimer une peur ou un désaccord de la part du malade qui devrait être pris en considération pour être gérée et aboutir à un **consentement mutuel.**



# Une différence d'appréciation des soignants

- Parmi une liste de propositions concernant « ce que le patient et/ou son entourage pourrait faire durant la prise en charge par le SMUR ....
- Pourriez-vous exprimer votre avis sur une échelle numérique de 0 à 10 avec graduation de 0,5 à 0,5



- Les soignants en fonction de l'âge, du sexe ou de leur ancienneté professionnelle apprécient différemment la capacité de mise en œuvre de ces « compétences -patients ».
- **L'âge et le sexe féminin** apparaissent comme des variables déterminantes.
  - **Les plus jeunes (< 40 ans)** affirment la nécessité de conditions spécifiques à l'accomplissement d'une compétence.
  - Ils s'expriment volontiers sur **l'expression émotionnelle** et **le vécu** du patient
  - Ils pensent que le patient peut les aider et « *Guider les soignants dans leurs choix* ».
  - Ils sont plus ouverts **aux technologies modernes** d'enseignement par les autres patients (forum de discussion) pour faciliter la communication « *à distance* » entre soignants-soignés
- **La profession** ne constitue pas une variable discriminante mais compte certaines divergences d'opinion .

# **Les CONDITIONS du recours aux compétences des patients**

# Résultats d'analyse de contenu

- 88% de dépendance à la situation
  - La condition sine quantum : **ne pas nier la situation**
- Quelle que soit sa maladie, le patient doit
  - faire preuve d'une grande maîtrise psychoaffective,
  - résister à la peur et
  - surmonter sa douleur

**pour « agir avec compétences » en situation d'urgence**
- La notion de compétence varie en fonction de l'expérience que l'on a de la maladie (vécue ou non).

# Développer une culture de la crise



- Volonté commune et état d'esprit propice à appréhender sereinement le phénomène de crise
- **Lagadec, 2000** « *la culture de la crise correspond à la capacité collective à se poser des questions, et non à la capacité de quelques –uns à apporter des réponses* »
- c'est
  - Semer les conditions dans un milieu fertile
  - Se poser des questions,
  - Générer des idées potentiellement *inacceptables* et
  - Remettre en cause des convictions erronées
- **La culture de la crise ne doit pas se confiner au règlement des chocs ponctuels mais s'inscrire dans l'esprit même des patients comme un réflexe conditionné**

# CONCLUSIONS

- Une approche centrée **sur les compétences** comme but à faire atteindre au patient pour qu'il puisse gérer la maladie dans le plus grand nombre de situations d'urgence offre des **perspectives nouvelles et prometteuses**.
- La mise en place d'un tel dispositif
  - suppose **motivation** et **formation** de l'ensemble des partenaires,
  - requiert une **négociation** pour une **responsabilité partagée** entre soignants et patient
- Les **programmes éducatifs** basés sur l'**autogestion** engendrent une amélioration significative des connaissances et une **réduction du recours aux services d'urgences** dues à des exacerbations incontrôlées de la maladie
- L'impact est d'autant plus fort lorsque les patients disposent de ce « *plan d'action personnalisé et écrit* » et ce, **dès les urgences**

**M  
E  
R  
C  
-  
à  
S  
C  
O  
T  
T  
S**

MNA

