

# Horizon pluriel

numéro 18

## Un certain regard sur l'éducation du patient...

**EDITORIAL** - p. 1 ■ **DOSSIER** Suivi de l'adolescent atteint de diabète de type 1 : pour un respect du besoin d'émancipation - p. 2 ■ Le patient au cœur de la formation du futur médecin - p. 2 ■ L'empowerment dans la relation de soins : positionnement éthique et enjeu relationnel - p. 3 ■ **CONTROVERSE** Le malade chronique, expert et acteur de sa santé - p. 5 ■ **MARQUE-PAGE** - p. 6 ■



EDITORIAL

### L'ÉDUCATION DU PATIENT : DE QUOI PARLONS NOUS ?

Ces quinze dernières années ont vu le développement des maladies chroniques et ainsi de nouveaux modes de prises en charge tels que l'éducation du patient. Cela répond à la fois à des enjeux épidémiologiques, économiques, sociaux et de qualité de la prise en charge. Ce mouvement a donné lieu à la production de multiples définitions et de recommandations émanant de divers acteurs : législateurs, institutions de la santé, professionnels de santé, chercheurs, éducateurs pour la santé, patients... Si les objectifs de l'éducation du patient et les moyens de la développer peuvent différer selon la catégorie à laquelle appartiennent ces auteurs, les modèles auxquels ils se réfèrent, leurs contraintes et leurs responsabilités respectives, tous ces textes de référence relient la santé à la qualité de vie.

Relier la santé à la qualité de vie... c'est dépasser la maladie pour considérer la santé, même celle d'une personne porteuse d'une maladie, « comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie », telle qu'elle est définie dans la Charte d'Ottawa<sup>1</sup> pour la promotion de la santé, qui fonde les principes qui animent nos deux réseaux.

S'inscrire dans ce cadre de promotion de la santé, c'est prendre pour acquis que l'existence se fera avec cette maladie dont on ne guérira pas mais avec laquelle il faut compter pour poursuivre son chemin. C'est également reconnaître l'expertise du patient dans le savoir « vivre avec ». En effet, qui mieux que la personne concernée peut parler de ce vécu avec la maladie ? C'est aussi s'inscrire dans « un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs influençant la santé »<sup>2</sup> en agissant :

- au niveau individuel, dans le respect de la singularité de chaque personne, pour des modes de vie favorables à la santé, le développement des capacités à faire face aux difficultés, mais aussi à construire un projet de vie en cohérence avec l'existence qu'elle souhaite et les valeurs fondamentales lui permettant de mener sa vie.
- au niveau des conditions de vie quotidiennes telles que le travail, le logement, les loisirs, la cohésion sociale, des revenus décents...

... c'est donc considérer que de multiples lieux, acteurs et types d'activités peuvent contribuer à ce que des personnes confrontées à une maladie aient la possibilité d'être des « personnes malades en bonne santé » (*healthy ill people*).

L'éducation du patient nous invite à considérer en priorité le sens que la personne donne à sa vie. Une anecdote pour illustrer cette notion : « Une personne obèse suit un programme d'aide à l'amaigrissement qui fonctionne et lui permet de perdre 40kg. Quelques temps plus tard, je la croise et lui dis combien elle est belle, là-dessus elle fond en larmes en me disant qu'une partie d'elle-même a disparu et qu'elle ne sait pas où ! »... A quel moment de la prise en charge cette personne a-t-elle été dépossédée de ses aspirations les plus profondes ? L'accompagnement des patients doit veiller à rester en phase avec ce que le patient « est, ce qu'il sait, ce qu'il croit, ce qu'il redoute, ce qu'il espère<sup>3</sup> ».

ISABELLE ARHANT, coordinatrice régionale santé publique, Mutualité Française Bretagne  
MARIE PRAT, chargée de mission, IREPS Bretagne

<sup>1</sup> Charte d'Ottawa, 1ère conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986 ; <sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Sandrin Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : Presses Universitaires de France (Education et formation), 2000 : pp. 7-39.

« Le but de la démarche éducative n'est pas de rendre le patient plus obéissant ! [...] Il s'agit d'écouter pour construire avec le patient une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère. »

Brigitte Sandrin-Berthon

## Suivi de l'adolescent atteint de diabète de type 1 : pour un respect du besoin d'émancipation

Dr Marc de KERDANET, UF d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques, CHU Rennes

La survenue d'un diabète constitue toujours, dans la vie d'un adolescent, une rupture avec la vie antérieure. Il s'agit d'une confrontation à une réalité inconnue qui peut en soi générer une crainte légitime.

Pour le médecin, la première rencontre permet bien sûr d'exposer au patient et à ses parents les principes de la prise en charge de cette maladie. Mais elle vise tout autant à appliquer une stratégie destinée à prévenir le risque que la maladie ne conduise à renforcer la tutelle des parents et des soignants plutôt que de s'en affranchir.

Ce risque comporte plusieurs aspects :

- dépendance par rapport aux soignants du fait de leur compétence dans les soins,
- attitude protectrice de parents rendus inquiets,
- crainte de l'adolescent lui-même face à l'inconnu que représente cette maladie.

D'emblée, la place de chacun est définie afin d'établir les règles d'un partenariat entre le médecin, le patient et ses parents : le patient va devenir, de fait, un collaborateur du médecin. Les quelques jours d'hospitalisation initiale sont destinés à lui faire acquérir les bases nécessaires, tout autant qu'à l'aider à croire en ses propres capacités à prendre en charge sa santé.

Deux interdits sont soulignés dans ces règles de partenariat :

1° le médecin n'a pas le droit de réprimander l'adolescent. Il s'agit de faire comprendre au jeune patient que le « pouvoir » dont le médecin est investi n'a pas pour but de s'imposer comme une loi, mais d'aider l'adolescent à construire la meilleure façon de prendre en compte les réalités liées à la maladie. Par ailleurs, cela permet d'indiquer aux parents qu'ils pourront continuer, en coopération avec les soignants, à jouer leur rôle de soutien naturel de leur enfant face à cette difficulté particulière.

2° l'adolescent n'est pas « privé de sucre » (et de douceurs ...), il est privé « d'être bête » ! Il s'agit là de lui confirmer, d'une part qu'il peut faire preuve de capacité d'adaptation à cette situation de maladie chronique et que ce travail est à sa portée, d'autre part qu'il n'y a pas de véritables interdits. Il s'agit de préciser les questions auxquelles il sera confronté. Non pas : « ai-je le droit de faire ça ? » mais : « comment puis-je le faire ? ».

La mise en acte est utilisée par notre équipe comme moyen de communiquer à l'adolescent un message fondamental. La première injection est systématiquement faite par l'adolescent lui-même avec l'aide de la puéricultrice. Il lui est ainsi transmis, par un moyen clair pour lui, que les soignants ont toute confiance, a priori, dans ses compétences. Elle indique que la survenue de la maladie impose non pas une nouvelle tutelle, mais un nouvel apprentissage qui lui permettra de préserver sa liberté malgré cette épreuve qu'il doit affronter.



## Le patient au cœur de la formation du futur médecin

Christine GOYARD, patient-partenaire, CHU Rennes

Depuis une dizaine d'années dans différents CHU, le Programme Patient Partenaire (PPP) a vu le jour grâce à l'Association Française de Rhumatologie.

Nous sommes plusieurs patients atteints de Polyarthrite Rhumatoïde (PR), volontaires et formés pour intervenir auprès des étudiants de 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année en médecine, dans le service de rhumatologie du CHU de Rennes.

Durant des sessions d'une heure ou plus organisées en petits groupes d'environ 5 étudiants, nous sensibilisons les futurs médecins aux premiers signes de la maladie, à la diversité de la PR, à l'importance de l'annonce du diagnostic, à l'information sur la maladie.

A travers leurs cours les étudiants acquièrent des connaissances sur les aspects techniques de la maladie. Nous, patients formateurs, sommes là pour leur apporter l'aspect réel, le vécu, l'expérience d'être malade au

long court avec tout ce que cela implique au quotidien. Chaque patient amène son expertise sur les bouleversements occasionnés par la maladie dans la vie quotidienne : les réveils nocturnes, le dérouillage matinal, les difficultés à ouvrir une bouteille d'eau, s'habiller, descendre les escaliers, ... Nous abordons le sujet des traitements, les contraintes de prendre ses comprimés tous les jours, des prises de sang à faire tous les mois...

Nous leur expliquons aussi les conséquences sur le plan familial, les difficultés pour les conjoints, les enfants. Chaque patient apporte son expérience ou celle d'autres polyarthritiques. Nous insistons sur l'information à donner au conjoint par le rhumatologue.

D'autres thèmes importants sont abordés durant la session : - la difficulté à faire des projets à long terme, le problème de l'isolement dû au repli sur soi, les problèmes professionnels (en effet, de nombreux malades sont obligés d'arrêter de travailler et de se mettre en invalidité) ; - les

difficultés à entreprendre les démarches, l'énergie qui nous manque pour y faire face ; - la difficulté à affronter le regard des autres, voire les bons conseils prodigués par des gens qui n'y connaissent rien !

Tous ces thèmes sont abordés en toute interactivité avec les étudiants en médecine. Leurs questions sont toujours très pertinentes.

Nous ressortons toujours plus riches de ces échanges et de l'intérêt porté par les futurs médecins aux conséquences de la maladie. Il nous est plus facile de nous exprimer d'égal à égal, plutôt que lorsque nous sommes à l'hôpital, où les conditions ne sont pas favorables à un échange équitable.

Nous essayons par ce programme de faire prendre conscience au futur médecin de la relation entre le professionnel et le patient, de l'importance de l'écoute de sa souffrance, au-delà des aspects techniques.

Pour les étudiants, il s'agit d'une approche humaine et d'une prise de conscience directe, instantanée des conséquences de la maladie.

Grâce aux formations et aux recertifications annuelles, nous, les patients formateurs, acquérons une meilleure connaissance de notre maladie. Nous nous enrichissons aussi des expériences des autres patients formateurs. Nous sommes des acteurs actifs de notre maladie pour mieux lutter contre elle et transmettre notre expérience. ■

## L'empowerment dans la relation de soins : positionnement éthique et enjeu relationnel

Isabelle AUJOLAT, Docteur en santé publique

Université Catholique de Louvain, Institut de Recherche Santé & Société, Unité d'éducation pour la santé/éducation du patient RESO

Toutes les personnes qui vivent avec une maladie chronique adoptent au quotidien des comportements d'auto-gestion de leur maladie et de leur état de santé. Ces comportements, qu'ils soient considérés comme adéquats ou non, ne sauraient se résumer à la réalisation de gestes techniques (appelés parfois « auto-soins ») et ne sont jamais durablement le résultat d'un phénomène de compliance ou d'observance, c'est-à-dire d'une simple conformation à des recommandations médicales.

Ils sont au contraire le résultat, souvent provisoire, de processus multiples et dynamiques de négociation intra- et interpersonnelle, en réponse aux différentes tensions que rencontre inévitablement toute personne vivant avec une maladie chronique et qui se trouve de ce fait confrontée à la nécessité de trouver de nouvelles routines journalières pour intégrer ou inventer des schémas de fonctionnement, qui soient compatibles avec la gestion d'une maladie et d'un traitement au quotidien.

Ces processus de négociation à la recherche d'un nouvel équilibre peuvent être en partie inconscients et composent le processus d'*empowerment*, que nous définissons comme « un processus de transformation personnelle, par lequel les personnes renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'elles-mêmes et de leur santé (et pas seulement de leur maladie et de leur traitement), à mesure qu'elles répondent à 4 besoins essentiels, parfois concomitants et conflictuels : besoins de sécurité, d'auto-détermination, d'auto-efficacité et de cohérence ».

Le terme anglais « *empowerment* » trouve son origine étymologique dans le latin « *potere* », qui définit le « pouvoir » mais aussi le « potentiel ». Notre interprétation du terme *empowerment* est en rapport avec cette deuxième signification étymologique.

Au sein d'un tel processus d'*empowerment*, les comportements d'auto-gestion sont nécessairement le reflet d'une observance personnelle, c'est-à-dire le reflet de décisions que le patient prend avant tout par lui-même et pour lui-même, dans le cadre d'un processus complexe, qui a lieu en partie au moment de la consultation et au travers des relations

avec les soignants mais qui se passe aussi en grande partie à l'insu de ces derniers, dans la relation de la personne à elle-même et à son entourage familial et social.

Une relation de soins visant l'*empowerment* du patient peut être définie comme une relation s'appuyant sur un patient-sujet et s'inspirant d'une philosophie humaniste qui affirme le droit à l'auto-détermination de chaque individu et qui reconnaît à chaque personne la capacité et le désir d'être l'acteur de sa vie. Dans une telle perspective, les objectifs et contenus des interventions éducatives ne se limitent pas à des compétences d'auto-soins en lien avec la gestion d'une maladie, mais s'étendent à des compétences psychosociales générales, parfois aussi appelées « compétences de vie ». Dans le cadre d'une telle relation de soins et d'éducation, les personnes soignées ont une place pour exprimer leurs préférences et leurs réticences, ce qu'elles espèrent pour elles et ce qui leur semble difficile dans leur vie de tous les jours, afin de participer au choix des modalités de leur traitement. Ce traitement acquiert alors un statut de traitement proposé et négocié, plutôt que prescrit par le médecin.

En dépit d'une reconnaissance largement partagée de l'importance du principe d'auto-détermination, qui situe la personne et non pas sa maladie au cœur de la relation de soins, la pratique est encore souvent en contradiction avec cette affirmation. En effet, les sentiments de contrôle et d'auto-efficacité en rapport avec des comportements d'auto-soins sont souvent choisis comme les principaux indicateurs d'efficacité des activités d'éducation du patient. Bien que pertinents, ces indicateurs ne suffisent pas à expliquer l'*empowerment*. En effet, ils s'appliquent aussi à l'observation de comportements qui ne sont pas définis par ou avec les patients dans le cadre de l'exercice de leur capacité d'auto-détermination, mais qui sont imposés par les soignants dans le cadre de l'exercice d'un rôle prescriptif. Or, suivant le principe de l'auto-détermination, la finalité d'une éducation visant l'*empowerment* devrait être de permettre à une personne de choisir en toute connaissance de cause, y compris d'adopter des comportements défavorables à sa santé (physique) ! ...

« Toute la question, c'est de te trouver confrontée à tes limites. Ces situations de maladie t'imposent des limites. Les médecins te disent : "ne fais pas ci, ne fais pas ça, repose-toi!"... Et là, tu te sens déjà figée !!... Quand tu réussis d'une manière ou d'une autre à faire ci ou ça justement (aller à l'encontre des prescriptions), c'est là que tu prends conscience de ne plus être dans la catégorie des morts où ils t'avaient déjà placée, mais d'être encore vivante » (témoignage d'une personne vivant avec une maladie chronique)

Un professionnel de la santé qui souhaiterait favoriser l'émergence ou la progression d'un processus d'empowerment chez une personne malade, devrait commencer par se mettre à l'écoute de ce que vit cette personne, pour comprendre avec elle, à partir de quelles situations perçues comme incapacitantes par elle, un processus d'empowerment pourra se mettre en place, et quelle forme il pourra prendre. Il ne s'agit pas pour autant que le soignant renonce à son rôle de soignant !... Il est en effet d'une importance cruciale pour une personne malade que les personnes qui la soignent lui fassent clairement part de leurs savoirs concernant la maladie dont elle souffre, ainsi que des options de traitement ou d'examen qu'elles considèrent être les meilleures, compte-tenu de sa situation particulière. Toutefois, dans le cadre d'une relation de soins guidée par les principes de l'empowerment, le professionnel aura toujours à cœur d'ouvrir un espace de rencontre des savoirs et de négociation, pour aboutir à une co-décision qui tienne compte du contexte et des priorités de vie de la personne soignée. ■



Cette article présente la synthèse d'une réflexion développée par ailleurs dans :

- Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain, Ecole de Santé publique, Unité d'éducation pour la santé RESO, Bruxelles, 2007

- Aujoulat I., Crispin B. Du patient objet des soins au patient sujet de sa santé : dialogue autour des enjeux de l'éducation du patient. *Perspective soignante* 2007 ; 30 : 70-92

- Aujoulat I., Marcolongo R., Bonadiman L., Deccache A. Reconsidering patient empowerment in chronic illness : A critique of models of bodily control and self-efficacy. *Social Science and Medicine* 2008 ; 66(5) : 1228-1239

- Pélécian J., Fournier C. & Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualités et Dossiers en Santé Publique* 2009 ; 66 : 21-23

## « Entre nous » : Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ?



### Guide d'intervention pour les professionnels de santé

Conçu par et pour des professionnels de santé travaillant avec des adolescents, cet outil permet d'initier et de mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé par des médecins, pharmaciens, et tout autre professionnel de santé exerçant en situation d'entretien individuel de santé avec un adolescent.

Il cherche à mettre à disposition des médecins et des pharmaciens des moyens pour :

- entrer en relation et favoriser/entretenir leur relation avec un adolescent ;
- créer les conditions favorables à la mise en œuvre d'une démarche d'éducation pour la santé dans le cadre de la consultation ou de l'accueil en pharmacie ;
- adopter une approche globale de la santé, centrée sur l'adolescent.

Housseau B. (coord.), Vincent I. (coord.). Entre nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé. Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? Saint-Denis : INPES, novembre 2009 : pag. mul.

Disponible sur <<http://www.inpes.sante.fr/index2.asp?page=professionnels-sante/outils/entre-nous.asp>> (Consulté le 01/12/2009)

# Le malade chronique, expert et acteur de sa santé

THIERRY VAUTROT

AIDES, COORDINATEUR POUR L'ILLE ET VILAINE

Dans une approche d'éducation thérapeutique, une des premières terminologies à faire disparaître est le mot « patient ». Cela engendre une relation de subordination à l'expertise « technique » du soignant et insinue une forme de passivité par rapport à la prise en charge de la chronicité de sa maladie : « *Si le médecin me l'a dit, c'est qu'il doit avoir raison* ». Certes, cela rassure bon nombre de « patients » mais cela indispose bon nombre d'autres qui se veulent « acteurs » de leur santé. Il n'est pas question de remettre en cause l'expertise technique thérapeutique mais dans une approche globale de la santé, le véritable « expert » de la maladie est celui qui vit avec. Il sait comment son corps réagit, il arrive à déceler les facteurs d'amélioration ou de détérioration de son état, s'il supporte ou non son traitement ou la modification de celui-ci, s'il a l'ensemble des conditions de qualité de vie (sociales, psychologiques, affectives) nécessaires à une bonne observance... Le soignant, lui, saura adapter la molécule ou le dosage, mais peu prennent ou ont le temps d'entendre les doléances sur les facteurs d'échecs du traitement. Être acteur de sa santé, c'est apprendre au soignant comment on va, pour l'aider à prescrire des recommandations adaptées. De même, le transfert de savoir du soignant au soigné doit être au niveau équivalent à celui qui me fait dévoiler mon âme ou mon corps à mon médecin. Je ne peux plus entendre un médecin me dire « *on va changer votre traitement* » sans qu'il m'en explique les raisons, que je les comprenne, et que j'adhère à ce qu'il me propose. Pour ça, j'aurai besoin de connaissances techniques (quelque peu) mais aussi des tenants et des aboutissants du bien fondé du changement.

Entendre : « *Au regard de vos derniers résultats, il est temps pour vous de démarrer un traitement* » est maintenant loin d'être suffisant. Comment accepter de prendre un traitement, dont les effets secondaires sont souvent craints, alors qu'on ne se sent pas malade et que le remède risque d'être, dans un premier temps, pire que la cause ? Du moins, du point de vue de la personne à traiter. L'annonce de la nécessité d'un traitement s'accompagne,

convaincre de sa nécessité aussi. La fameuse phrase « *Si le médecin le dit...* » n'est pas synonyme de disparition de l'angoisse...

Aussi, le partage d'expérience semble à l'heure actuelle le meilleur vecteur de changement d'attitude envers le traitement. L'éducation par les pairs est fondamentale. Et permet également d'apprendre à déceler les éléments significatifs de l'évolution de sa pathologie. Je sais quand je vais mal, je sais que je ne veux pas telle molécule parce qu'elle a failli me rendre fou, je connais les effets secondaires ressentis sur moi, mais qui ne sont pas décrits dans les notices des médicaments. Et seul, moi qui les ai ressentis, peut les apprendre à mon médecin ou au groupe d'échange qui m'interroge sur cette question.

Pour continuer sur le partage d'expérience, mais également sur le « vivre avec », seule l'approche communautaire telle que des associations/structures comme Aides la préconise permet d'aplanir véritablement les obstacles pour transformer le « patient » en « acteur de sa santé ». Pouvoir échanger en groupe sur ses difficultés affectives, sexuelles, sociales, de niveau de vie, de reste à charge sur les médicaments dits « de confort », sur la qualité de vie en général, permet de rompre l'isolement face à la maladie et à son évolution. Pouvoir dire, en confiance, à un groupe qu'on va mal, permet à celui qui écoute et va mieux, de montrer qu'étant passé par là, il est possible de trouver une réponse au mal-être actuel. Pouvoir dire en confiance à un groupe : « *je n'arrive pas à prendre mon traitement, il me rend trop malade* », permettra aux auditeurs de soutenir celui qui le supporte mal et l'aider à en parler à son médecin pour que celui-ci adapte les dosages ou les traitements. Il ne peut y avoir d'éducation thérapeutique sans la prise en considération collective de la parole des acteurs de santé (soignant-soigné, soignants et soignés) : il est donc fondamental que les équipes professionnelles d'éducation thérapeutique puissent être parties prenantes des groupes de parole ou d'échanges, pour entendre ce qui n'est pas dit en entretiens individuels, par manque de ressources humaines ou de temps.

De ces groupes et de leur expression peuvent émerger des « recommandations » ou avis susceptibles de faire évoluer la vision purement médicale sur le patient pour l'orienter vers une prise en charge globale, avoir une influence - si ces avis sont correctement portés - auprès des Politiques Régionales de Santé, susciter des vocations à prendre sa place d'usager dans les structures représentatives décisionnaires sur la santé (comme les futures ARS), ou à rejoindre des structures existantes telles que le CISS, Chroniques associés ou les CORE-VIH (dans le cas du VIH). La parole du malade chronique devient alors une parole politique et jouera sur la transformation sociale et les luttes contre les formes de discriminations dont il peut être victime. ■

**Éducation thérapeutique et autonormativité** [en ligne] / Barrier P. Paris : IPCEM, juin 2009 : 11 p.

Disponible sur <<http://www.ipcem.org/BIBL/PDFETP/ETPautonormativite.pdf?-session=memo:D32C86AA1B168971B4382192D930C95F>> (Consulté le 01/12/2009)

Texte issu de la communication donnée dans le cadre de la 2ème journée d'étude en éducation thérapeutique du 24 mars 2009 à Nantes (organisée par la Région, le CHU, le CREDEPS).

**Éducation thérapeutique. Concepts et enjeux** / Sandrin Berthon B. (dir.). *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2009, n°66 : pp. 9-59.

Disponible sur <<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?ae=adsp&clef=106&menu=111282>> (Consulté le 01/12/2009)

Ce dossier aborde les théories et concepts, les démarches et méthodes, ainsi que les organisations et les financements de l'éducation thérapeutique.

**Boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient** [en ligne] / Vincent I. (dir.). Saint-Denis : INPES, 2008.

Disponible en 2 versions : site Internet (<http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr>, consulté le 14/12/2009) et DVD-Rom.

Cette boîte à outils s'adresse à des formateurs en éducation du patient, qui interviennent en formation initiale ou continue, en Diplôme Universitaire ou dans toute autre formation ayant pour thème l'éducation du patient. Elle a pour objectif de mettre à disposition des formateurs des exemples d'activités de formation et des éléments conceptuels de base. Ainsi, elle peut être considérée comme un support technique fournissant des possibles... pour préparer et animer sa formation.

**D'une injonction morale à une éthique d'accompagnement** [en ligne] / Lecorps P. ANPAA Délégation régionale Bretagne, 24/10/2008 : 8 p.

Disponible sur <[http://www.grossesse-sante-2008.net/fileadmin/grossesse-et-sante/supports/injonction\\_morale\\_ethique\\_accompagnement-Lecorps.pdf](http://www.grossesse-sante-2008.net/fileadmin/grossesse-et-sante/supports/injonction_morale_ethique_accompagnement-Lecorps.pdf)> (Consulté le 01/12/2009)

Communication présentée lors du Colloque régional « Grossesse et santé. Consommation d'alcool et autres drogues », les 23 et 24 octobre 2008 à Saint-Brieuc.

**Vivre le corps que je suis ! Gourmandise en prose** / Lecorps P. *La Santé de l'homme*, mars-avril 2002, n°358 : p. 38.**L'éducation du patient au secours de la médecine** / Sandrin Berthon B. Paris : Presses Universitaires de France (Education et formation), 2000 : pp. 7-39.

Des patients, des professionnels de la santé et de l'éducation témoignent des difficultés et des conditions de réussite d'une triple révolution de la médecine : le patient devient acteur des soins qui lui sont délivrés ; l'objectif est de promouvoir la santé et la qualité de vie des personnes ; patient et soignants deviennent partenaires.

## Un colloque en région pour l'émergence d'une culture commune de l'éducation thérapeutique du patient

Impliqués depuis plusieurs années dans le développement de programmes d'éducation du patient, les réseaux de santé bretons proposent un temps de réflexion et de dialogue à l'échelle régionale regroupant les acteurs et les instances décisionnaires, et notamment l'équipe préfiguratrice de l'ARS, pour l'élaboration des futurs projets régionaux.

Objectifs de cette rencontre programmée pour l'année 2010 : - faire émerger une culture commune en éducation du patient ; - engager une dynamique de partage et de mutualisation des pratiques, des outils, des formations,... ; - valoriser les réalisations en éducation du patient de la région Bretagne, et favoriser leur complémentarité ; - initier un travail régulier des acteurs de l'éducation du patient, par exemple sous la forme de journées régionales.

Organisé par l'Union des réseaux de santé bretons (URSB) en partenariat avec les représentants des instances et associations\* régionales concernées par la problématique proposée, ce colloque s'adresse à tous

les acteurs actuels et potentiels de l'éducation du patient : réseaux de santé, équipes hospitalières (public et privé), professionnels libéraux, pôles pluriprofessionnels, centres de santé de l'assurance maladie, caisses d'assurance maladie, mutuelles de santé, associations de patients, comités d'éducation pour la santé, instituts de formation,...

*Une annonce contenant le programme détaillé de la rencontre, les informations pratiques et les modalités d'inscription sera diffusée en région début 2010.*

\* l'URCAM, la DRASS et l'ARH (puis l'ARS), les hôpitaux (publics et privés) représentés par FHF, FHP, FEHAP, les associations de patients, le CISS, l'IREPS, l'URMLB, CAP Réseau

Horizon Pluriel est une publication de l'IREPS Bretagne  
4 A rue du Bignon, 35000 Rennes, [contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr)  
Cette publication est disponible en ligne : <http://www.irepsbretagne.fr>

**Directeur de la publication** : Jeanine Pommier

**Rédacteur en chef** : Magdalena Sourimant

**Comité de rédaction** : Isabelle Arhant, Christine Ferron, Philippe Lecorps, Marie Prat, Sonia Vergniory

**Conception graphique** : Magdalena Sourimant

**Illustrations** : Victoria Mensch

### Bienvenue à toutes vos réactions, remarques, commentaires...

N'hésitez pas à nous faire part de tout ce qui vous a interrogé, rassuré, intrigué, révolté,... dans ce numéro consacré à l'éducation du patient, en envoyant un message à : [contact@irepsbretagne.fr](mailto:contact@irepsbretagne.fr)