



ELSEVIER

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

ScienceDirect

et également disponible sur www.em-consulte.com



Dossier

Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives

Health psychology and patient education: State of play and perspectives

A. Untas^{a,*}, S. Lelorain^b, L. Dany^{c,d}, M. Koleck^e

^a Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS) EA 4057, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 92100 Boulogne-Billancourt, France

^b Sciences cognitives et sciences affectives (SCALab), UMR 9193, CNRS, université de Lille, CHU de Lille, 59000 Lille, France

^c Laboratoire de psychologie sociale (LPS), université d'Aix-Marseille, 13100 Aix-en-Provence, France

^d Service d'oncologie médicale, Timone, AP-HM, 13000 Marseille, France

^e Équipe psychoépidémiologie du vieillissement et des maladies chroniques, Inserm U1219, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 avril 2018

Accepté le 3 novembre 2018

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Éducation thérapeutique du patient

Maladie chronique

Accompagnement

Psychologue

RÉSUMÉ

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à rendre les patients confrontés à la maladie chronique plus autonome en facilitant leur adhésion aux traitements et en améliorant leur qualité de vie. C'est un dispositif pluridisciplinaire en plein développement. L'objectif de cet article est de proposer un état des lieux de l'ETP et de ses perspectives en lien avec la psychologie, en particulier la psychologie de la santé, en tant que discipline et pratique. Il vise tout d'abord à replacer le développement de l'ETP dans son contexte historique et en proposant un cadre définitoire de cette pratique. Puis, la place et la contribution de la psychologie de la santé et des psychologues à l'ETP sont présentées. Les points suivants abordent les apports de la recherche pour appréhender l'efficacité de l'ETP, les difficultés que les différents acteurs impliqués peuvent rencontrer

* Auteur correspondant. Institut de psychologie, université Paris Descartes, 71, avenue Edouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt.

Adresse e-mail : aurelie.untas@parisdescartes.fr (A. Untas).

<https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005>

1269-1763/© 2018 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

et la place des proches. Enfin, une réflexion sur l'articulation entre la formation des psychologues et la formation à l'ETP est proposée.

© 2018 Société Française de Psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Keywords:

Patient education
Chronic diseases
Support
Psychologist

The aim of Patient Education (PE) is to make patients with chronic diseases more autonomous by facilitating their adherence to treatments and improving their quality of life. It is a multidisciplinary and expanding device. This article's aim is to propose a state of play of PE and its perspective in relation to psychology, especially health psychology, as a discipline and a practice. First, the development of PE in its historical context is presented as well as its definition. Then, the place and contribution of health psychology and psychologists in PE is presented. The following points deal with the contributions of research to understand the efficacy of PE, the difficulties that the different professionals face and the place of relatives. Finally, a reflexion about the links between the training of psychologists and the training for PE is proposed.

© 2018 Société Française de Psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'apparition d'une maladie chronique entraîne un bouleversement dans la vie du patient comme dans celle de ses proches. Elle nécessite une participation active de la part du patient qui doit adopter des comportements protecteurs (suivi de traitements parfois lourds, mise en place d'une activité physique régulière, régime alimentaire, arrêt du tabac et/ou de l'alcool...) afin de vivre le mieux possible une fois la phase d'annonce passée. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un des dispositifs qui va permettre de rendre le patient le plus compétent possible pour gérer sa maladie et son traitement en l'aidant à être autonome et responsable de ses prises de décisions.

Cet article s'inscrit dans le cadre d'un numéro spécial de *Pratiques Psychologiques* consacré à l'ETP. Il a pour objectif principal de proposer une introduction générale à l'ETP en lien avec la psychologie, en particulier la psychologie de la santé, comme discipline et pratique. Dans un premier temps, il visera à replacer le développement de l'ETP dans son contexte historique et en proposant un cadre définitoire de cette pratique. Dans un deuxième temps, nous interrogerons la place et la contribution de la psychologie de la santé et des psychologues à l'ETP. Les points suivants permettront d'aborder les apports de la recherche pour appréhender l'efficacité de l'ETP, les difficultés que les différents acteurs impliqués peuvent rencontrer et la place des proches. Le dernier point proposera une réflexion sur l'articulation entre formation des psychologues et formation à l'ETP.

1. Historique de l'éducation thérapeutique

1.1. Développement de l'éducation thérapeutique

La relation soignant-soigné a, pendant très longtemps, été fondée sur la toute-puissance des soignants. Si ce modèle de prise en charge centré sur la maladie et sans participation du patient peut être efficace dans le cas de la maladie aiguë, il s'est vite avéré inadapté dans le cas de la maladie chronique. Celle-ci demande en effet d'envisager différemment la relation entre le patient et le soignant et c'est ce changement de posture qui a permis l'émergence de l'ETP. Cette dernière est associée à une vision de la médecine et du soin qui considère que le patient a le droit de savoir, de choisir, de décider, d'agir, de contrôler et d'exister à travers sa maladie et son traitement. Ceci nécessite un changement de paradigme : on passe de celui de la prescription et de l'injonction à celui de la négociation et de l'éducation. L'ETP implique donc que le soignant modifie sa posture en abandonnant les postures injonctives ou prescriptives pour adopter une posture éducative qui correspond à une attitude

d'écoute et d'accompagnement cognitif et psychosocial. L'évolution progressive de la prise en charge des patients est en lien avec différents événements mettant en avant la volonté politique de faire de l'ETP une priorité de santé publique en France qui s'est accélérée dans les années 2000. Avec la loi du 4 mars 2002, chaque individu a le droit d'accéder aux informations relatives à sa santé, mais aussi d'être reconnu comme un acteur de sa santé en partenariat avec les soignants. En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie un guide méthodologique (« Structuration d'un programme en éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques ») qui permet de mieux cerner l'ETP. Depuis 2009, l'ETP est devenue une obligation légale en France pour l'ensemble des acteurs du champ de la santé puisqu'elle est officiellement reconnue comme une prise en charge thérapeutique à part entière par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (Loi HPST, article 84 du titre III de la loi n° 2009-879) et qu'elle est inscrite dans le code de santé publique.

1.2. Définition et présentation de l'éducation thérapeutique du patient

Si l'on se réfère au cadre légal français, l'ETP vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. La définition de l'éducation thérapeutique proposée par l'Organisation mondiale de la santé (1998) est plus large. Il s'agit d'« un processus par étapes, intégré aux soins mis en œuvre par les différents professionnels de santé exerçant en ville ou à l'hôpital. Centrée sur le patient, elle comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec la maladie ». Au niveau conceptuel, l'ETP vise donc à accompagner le patient et ses proches dans la gestion de leur vie avec la maladie et également à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

En France, l'ETP doit être intégrée dans le parcours de soin du patient en proposant des programmes structurés et coordonnés suivant une démarche en quatre étapes : réalisation d'un diagnostic éducatif, création d'un programme personnalisé, mise en place de séances d'ETP et évaluation (guide Haute Autorité de santé., 2007). Indispensable pour connaître le patient, ses ressources, ses difficultés, ses besoins et ses connaissances, le diagnostic éducatif interroge différentes dimensions : la dimension socioculturelle (vie quotidienne, environnement familial, professionnel, social...), la dimension cognitive (connaissances sur la maladie et les traitements, capacités d'apprentissage...), la dimension psychologique (vécu de la maladie, perception de la maladie et des traitements, sentiment de contrôle...), la dimension expérientielle (actions du patient face à sa maladie, analyse des réussites et difficultés rencontrées...) et la dimension motivationnelle (projets du patients). Sandrin-Berthon (2010) a constaté que le choix du terme « diagnostic » peut amener à une confusion avec le diagnostic médical et entraîner des attitudes en contradiction avec la démarche éducative telles qu'un interrogatoire du patient ou une position d'expert de la part du professionnel de santé qui fixe lui-même les objectifs à la place du patient. C'est pourquoi elle a proposé le terme de « bilan éducatif partagé » qui « rend mieux compte du travail en partenariat réalisé par l'équipe soignante, le patient et ses proches dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique : il s'agit, à chaque rencontre, d'évaluer avec le patient où il en est, puis de convenir de ce qui pourrait éventuellement l'aider à mieux prendre soin de lui » (Sandrin-Berthon, 2010). Le syntagme « bilan éducatif partagé » permet de mieux souligner le changement de mode relationnel entre le patient et le soignant dans la démarche éducative. Le programme personnalisé, deuxième étape définie par la HAS, peut alors se construire autour des objectifs éducatifs définis par le patient avec le soignant. La troisième étape consiste ensuite à mettre en place les séances d'ETP qui peuvent être individuelles et/ou collectives. Il s'agit ici d'accompagner le patient dans le développement des compétences nécessaires pour gérer sa maladie et son traitement et dans l'acquisition des ressources pour vivre au mieux avec sa maladie. La dernière phase de la démarche éducative est l'évaluation du patient qui doit être réalisée à la fin de chaque action éducative ou en cours de programme. Elle a pour but d'observer l'évolution du patient en termes de changement,

d'acquisition de connaissances et de compétences, mais aussi de vérifier si les objectifs éducatifs ont été atteints.

1.3. *Éducation thérapeutique et psychoéducation*

L'essor de l'ETP ces dernières années a amené de nombreux professionnels à se questionner sur ses liens avec la psychoéducation, tant la frontière entre les deux peut sembler ténue (Idier & Koleck, 2016). L'ETP s'est principalement développée dans le champ de la maladie somatique avant d'être plus récemment investie par la psychiatrie tandis que la psychoéducation semble avoir connu une évolution « inverse », sans doute liée à l'obligation légale de proposer aux patients, y compris en psychiatrie, des programmes d'ETP.

Si l'on se réfère à leur définition, l'ETP et la psychoéducation semblent partager certains objectifs comme l'amélioration de la qualité de vie et une meilleure compréhension de la maladie et des traitements (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980 ; OMS, 1998). Mais la définition de l'ETP met davantage l'accent sur le développement par le patient des compétences, notamment psychosociales, nécessaires pour gérer sa vie avec la maladie. L'ETP propose ainsi une approche plus globale du patient. L'ETP et la psychoéducation se rapprochent également dans le sens où elles utilisent parfois certaines techniques communes, principalement les techniques cognitivo-comportementales. En ce sens, les programmes d'ETP basés sur les TCC sont très proches de la psychoéducation (Idier & Koleck, 2016).

L'élément qui semble réellement distinguer ETP et psychoéducation, est le rapport au patient et la posture éducative sous-jacente (Idier & Koleck, 2016). En ETP, le patient est dans une position active puisqu'on part de lui, de ses croyances et de ses représentations, pour travailler avec lui sur le développement de ses ressources pour vivre avec la maladie. Il s'agit ainsi pour l'éducateur thérapeutique de partir du patient et de l'accompagner sans savoir précisément a priori le chemin qui sera emprunté, ni jusqu'où le patient souhaite aller (Sandrin-Berthon, 2010). L'approche de la psychoéducation est différente puisqu'elle est centrée sur le problème et se réfère à une norme extérieure au patient (Pancrazi, Ortuno, Delbosc, & de la Tribonnière). Elle adopte davantage une relation descendante en apportant des informations et des conseils pour gérer les difficultés généralement rencontrées par les patients. Pour le psychoéducateur, il s'agit donc de guider le patient vers la maîtrise de connaissances, de processus ou de stratégies pour faire face à la maladie, en sachant a priori où il souhaite amener le patient et comment il va l'y conduire. Notons, pour finir, qu'une différence importante peut être pointée concernant le cadre légal de ces approches. En effet, l'ETP, contrairement à la psychoéducation, est soumise à une réglementation stricte, comme nous le verrons dans les parties suivantes. Les intervenants doivent être formés selon un référentiel de compétences (formation de 40 heures), les programmes doivent être décrits précisément et évalués (évaluations annuelle et quadriennale).

2. La place de la psychologie de la santé en éducation thérapeutique et le rôle des psychologues

2.1. *Psychologie de la santé et éducation thérapeutique*

Il existe différentes définitions de la psychologie de la santé. Dans le premier ouvrage français de cette discipline, Bruchon-Schweitzer & Danzter (1994) la définit comme « l'étude des facteurs et des processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution » (p. 14).

Plus récemment, l'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA)¹ a proposé une définition plus complète :

La psychologie de la santé a pour objectifs l'amélioration et le maintien de la santé, la prévention et le traitement des maladies, l'analyse des facteurs de risque ou de protection en matière de santé. Elle s'intéresse notamment à l'analyse des représentations, des vécus émotionnels et de la

¹ <https://afpsa.fr/>

modification des comportements liés à la santé et à la maladie, au niveau individuel et collectif. Elle répond à des enjeux sociétaux et permet l'élaboration d'interventions et l'amélioration des systèmes de soins.

Comme indiqué précédemment, l'ETP vise à accompagner le patient et ses proches dans la gestion de leur vie avec la maladie et également à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Ainsi, on peut aisément comprendre que l'ETP fasse partie des domaines d'intervention et de recherche en psychologie de la santé. Mais il est important de préciser que l'ETP constitue également en elle-même un champ de pratique et de recherche pluridisciplinaire, dont la psychologie de la santé fait partie.

Pour atteindre ses objectifs, la psychologie de la santé se base sur divers modèles et concepts (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Certains concernent spécifiquement l'ajustement des patients et de leurs proches à une maladie et la modification de comportements de santé. Ces modèles sont en partie commun à ceux utilisés en ETP comme la théorie de l'apprentissage social, le modèle de croyances de santé, le modèle transthéorique ou le modèle intégratif et multifactoriel (Idier & Koleck, 2016).

2.2. Le rôle des psychologues en éducation thérapeutique

L'importance des psychologues en ETP peut être soulignée à plusieurs niveaux. Nous en citerons deux ici. Le premier est en lien avec la définition citée préalablement, définition mettant en avant « l'accompagnement psychosocial » des patients et de leurs proches tout au long du parcours de soins. Celui-ci correspondrait à un accompagnement du patient, dans sa globalité et sa subjectivité, nécessitant de tenir compte de facteurs psychologiques et socioculturels : comment le patient ressent-il les choses ? Comment se représente-t-il les choses ? Comment les évalue-t-il ? Ceci fait notamment référence aux concepts de représentation de la maladie, de croyances, de sentiment d'auto-efficacité, de stratégies d'ajustement (qui sont directement en lien avec les théories citées précédemment). Le psychologue de la santé semble ainsi particulièrement bien placé pour participer à cet accompagnement et proposer des interventions permettant de travailler ces différents aspects. Afin d'optimiser les effets de l'ETP, diverses techniques psychothérapeutiques ou psychopédagogiques peuvent d'ailleurs être introduites dans les programmes (Idier & Koleck, 2016). Toutefois, il est important de souligner que cet « accompagnement psychosocial », tel que le spécifie la définition de l'OMS et initialement élaboré par les infirmières, ne se substitue pas au soutien psychologique que peut apporter le psychologue par ailleurs. Il correspond à un soutien relativement large apporté au cours du suivi éducatif et adopté par l'ensemble des intervenants en ET.

Le second niveau concerne l'acquisition ou le maintien par le patient de compétences, notion centrale en ETP. Les compétences correspondent ici à une multitude de comportements destinés à résoudre des problèmes de santé. On distingue les compétences d'autosoins et les compétences d'adaptation ou compétences psychosociales (Haute Autorité de Santé, 2007). Les premières visent à protéger la vie du patient grâce à des compétences de sécurité (actions, décisions pour repérer et soulager des symptômes, réaliser des gestes techniques et certains soins, modifier son hygiène de vie, etc.). Les secondes sont « des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et de modifier celui-ci » : informer, éduquer son entourage, exprimer ses besoins, solliciter de l'aide de son entourage, utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits, analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement, faire valoir ses choix de santé, exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement, établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie, formuler un projet, le mettre en œuvre (D'Ivernois & Gagnayre, 2011).

À l'heure actuelle, les compétences sont souvent pensées à travers une approche biomédicale, les interventions se focalisant davantage sur les compétences d'autosoins (Fonte, Apostolidis, & Lagouanelle-Simeoni, 2014). L'intégration des psychologues dans les programmes d'ETP semble donc essentielle pour renforcer l'accompagnement psychosocial et participer au développement des compétences psychosociales, ainsi qu'à leur évaluation. Cette intégration se développe, mais n'est

malheureusement pas automatique, notamment, car elle dépend des moyens des services proposant ces programmes (partie 4).

Quelques psychologues ont partagé leurs expériences et pratiques en ETP pour mieux faire connaître l'ETP auprès des professionnels et montrer la diversité et la richesse des niveaux d'interventions. Nous reprenons ici les principaux éléments mis en avant par ces psychologues et renvoyons le lecteur aux articles cités pour des précisions et illustrations.

Pour [Idier et al. \(2013\)](#), le rôle du psychologue peut se situer à plusieurs niveaux : la construction des programmes d'ETP, les interventions au sein des programmes (diagnostic éducatif, animations et co-animation d'ateliers), la participation aux réunions pluridisciplinaires et l'évaluation des programmes. Ces auteurs travaillent dans le domaine de la maladie rénale, mais les différents niveaux décrits pourraient tout à fait être repris plus largement.

Pour [Léger et al. \(2012\)](#), groupe de psychologues travaillant dans divers services du CHU de Nantes, le psychologue participe aux différentes étapes de la démarche éducative. Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, son travail va consister à repérer, soutenir et renforcer les compétences psychosociales. Il va également, grâce à ses connaissances et son savoir-faire, faciliter l'expression du ressenti et l'élaboration psychique du patient face à sa maladie et à ses traitements. L'activité des psychologues en ETP leur permettrait de sortir d'une certaine opposition idéologique entre divers courants (psychanalyste, comportemental, cognitiviste, systémique, humaniste) afin de favoriser une démarche intégrative.

Enfin, [Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni \(2017\)](#) décrivent les enjeux associés à la pratique du psychologue dans le champ de l'ETP concernant l'évaluation et le renforcement des compétences psychosociales. Cette pratique devrait s'accompagner d'une réflexion éthique et déontologique sur les spécificités et les finalités des actions du psychologue auprès des patients, de leur entourage et des professionnels. À travers une approche psychosociale, les auteurs soulignent l'importance de prendre en considération les représentations que les professionnels peuvent avoir de leurs rôles et missions en ETP ainsi que des besoins de leurs patients.

3. État d'avancement de la recherche : efficacité de l'ETP, ingrédients de réussite et enjeux

De nombreuses méta-analyses, soit des synthèses de plusieurs études, ont démontré l'efficacité de l'ETP à travers le monde. Bien que la terminologie « éducation thérapeutique du patient » soit française, des programmes similaires existent partout dans le monde, souvent dénommés *self-management intervention* ([de Andrade, 2014](#)) en anglais, signifiant toute « intervention destinée à favoriser l'autogestion » de leur maladie par les patients. Les bénéfices de l'ETP pour les patients sont multiples et variés en fonction des programmes et pathologies. Ces bénéfices sont autant subjectifs, comme par exemple le vécu de la maladie par les patients, qu'objectifs comme la perte de poids chez les patients en surpoids. Pour ne donner que quelques exemples, des méta-analyses ont démontré l'efficacité de l'ETP à améliorer le bien-être émotionnel des patientes atteintes de cancer du sein ([Matsuda, Yamaoka, Tango, Matsuda, & Nishimoto, 2014](#)), à réduire les visites aux urgences et les admissions à l'hôpital dans le cas des bronchopneumopathies chroniques obstructives ([Tan et al., 2012](#)), à réduire l'hémoglobine glyquée et la glycémie à jeun des personnes diabétiques de type 2 ([Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise, & Fretheim, 2012](#)), à diminuer la fréquence et l'intensité des migraines chez des patients migraineux ([Kindelan-Calvo et al., 2014](#)), etc.

À notre connaissance, la plus grande méta-analyse sur le sujet a synthétisé 35 méta-analyses, soit un total de 598 études représentant environ 61 000 patients dans 8 pathologies chroniques ([Lagger, Pataky, & Golay, 2010](#)). D'après cette méta-analyse d'envergure, l'ETP a été bénéfique aux patients dans 64 % des études, n'a pas démontré d'effet dans 30 % des études, et a eu des conséquences négatives dans 6 % des études. Par ailleurs, cette méta-analyse révèle une information très intéressante : parmi les 598 études recensées, seules 4 % décrivaient précisément le contenu et le format de leur programme d'ETP, 23 % des études présentaient seulement des informations sommaires sur le programme (par exemple : fréquence des séances, longueur, type d'interventions telles que médicales, psychologiques, etc.), et les 73 % des études restantes ne décrivaient aucunement leur intervention d'ETP. Or il s'avère que les interventions d'ETP les plus efficaces pour les patients étaient celles qui décrivaient finement les programmes d'ETP et dont les programmes étaient pluridisciplinaires (incluant médecins, infirmier.es,

psychologues, éducateurs sportifs, diététiciens, etc.). En France, les programmes officiels d'ETP, c'est-à-dire, validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) correspondante à la région du programme, sont de facto finement rédigés, car leur autorisation par l'ARS à être mis en place sur le terrain dépend, entre autres, de la formalisation écrite et précise du programme.

Cette formalisation, bien que lourde à réaliser, s'avère être un garant important de l'efficacité du programme. On peut supposer que cela est dû aux facteurs suivants :

- le fait que chaque intervenant doit écrire ce qu'il va réaliser dans le programme l'oblige à penser correctement le contenu et la forme, et sans doute à vérifier la véracité de ces hypothèses. Par exemple, au moment de justifier un exercice d'acceptation et d'engagement auprès de patients en surpoids, le psychologue pourra réaliser qu'il n'a en fait aucun argument concret pour justifier cet exercice et par conséquent être amené à vérifier (dans des bases de données, sur internet, dans des ouvrages, etc.) la pertinence de cet exercice pour cette population en particulier ;
- chaque intervenant bénéficie du regard critique des autres intervenants puisque sa partie est relue par les autres ;
- l'assemblage de toutes les parties du programme (psychologique, diététique, médicale, etc.) oblige les intervenants à coordonner leurs actions afin qu'elles ne soient ni redondantes ni manquantes et à tenir aux patients un même discours global. Or on sait que la collusion des soignants au sein d'une équipe a un impact sur la coopération des patients, leur acceptation et adhésion au traitement (Quaschnig, Körner, & Wirtz, 2013).

Si cette formalisation des programmes est donc un gage de qualité, nous allons cependant voir tout de suite qu'elle s'avère hélas aussi être une difficulté pour les soignants, notamment pour les responsables de programmes d'ETP, appelés coordonnateurs.

4. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des programmes d'ETP

Bien que, comme argumenté à l'instant, l'ETP soit d'une efficacité avérée pour les patients, son implémentation et sa pérennité dans les hôpitaux français sont loin d'être une évidence (Rey, Verdier, Fontaine, & Lelorain, 2016). Et la situation française n'est pas une exception. Une revue de littérature sur la situation mondiale en ETP révèle que l'ETP est difficile à mettre en œuvre et à maintenir en routine dans les hôpitaux de pays aussi variés que, entre autres, l'Australie, le Canada, la Chine, la Finlande, la Suède et les États-Unis (Friberg, Granum, & Bergh, 2012). Afin de comprendre les difficultés vécues par les soignants dans la mise en œuvre et le maintien de l'ETP, nous avons interviewés un panel de 27 professionnels de santé pratiquant de l'ETP dans le nord de la France, avec une représentation proportionnelle des professions impliquées dans l'ETP, à savoir une majorité d'infirmières diplômées d'État (IDE), d'IDE cadres et responsables d'un programme, de diététiciens et de psychologues, et une minorité d'autres professions (médecins, aide-soignants, moniteurs d'activité physique).

Notre analyse révèle quatre facteurs représentant des freins à l'ETP (Lelorain, Bachelet, Bertin, & Bourgoin, 2017) :

- les contraintes administratives et d'évaluation des programmes imposées par les ARS : la rédaction des programmes doit être extrêmement détaillée et justifiée ; les programmes sont évalués tous les ans (avec une évaluation conséquente) et tous les quatre ans (avec une évaluation encore plus conséquente) par l'ARS. Ces requis réglementaires exigent que les équipes de soins, notamment les coordonnateurs, s'engagent dans des tâches administratives et méthodologiques fastidieuses et pour lesquelles elles n'ont pas toujours été bien formées, telles que la recherche bibliographique, la recherche de questionnaires pour l'évaluation, la collecte de données chiffrées sur les programmes, les analyses statistiques, la rédaction de compte-rendus d'évaluation, etc. ;
- les contraintes d'organisation : le turnover des professionnels impose de former régulièrement de nouvelles personnes à l'ETP et le manque de temps des soignants, mais aussi des patients, pour l'ETP est criant ;
- l'attitude envers l'ETP : l'ETP est une approche fondamentalement centrée sur le patient, ce qui déstabilise bon nombre de professionnels habitués à une relation asymétrique où ils détiennent pouvoir et

savoir. Certains n'ont pas confiance en eux dans cette approche, notamment pour gérer les séances de groupes de patients, ils appréhendent aussi l'investissement émotionnel plus fort en ETP qu'en soins ordinaires ; les soignants non médecins ont souvent peur de manquer de connaissances médicales pour répondre aux patients tandis que les médecins n'apprécient guère le partage de connaissances et responsabilités avec d'autres professionnels ; les désillusions sont présentes pour les professionnels qui pensaient l'ETP comme « la solution miracle » grâce à laquelle les patients adhèreraient à leurs traitements, puis sont en réalité confrontés au manque de motivation de beaucoup de patients à venir ou s'investir en ETP ; enfin beaucoup se plaignent de ne pas avoir suffisamment de retour sur l'efficacité de leur programme à améliorer la santé et la qualité de vie des patients, ce qui est démotivant ;

- la mauvaise intégration de l'ETP dans la prise en charge : dans certains services, l'ETP reste à la marge de la prise en charge classique. Les intervenants en ETP se plaignent ainsi du manque d'investissement de leurs collègues. Certains dénoncent même les comportements délétères de collègues qui critiquent ouvertement l'ETP et mettent à mal les programmes en faisant, par exemple de la rétention d'information ou en ayant une attitude non respectueuse et négative envers les patients, ce qui annihile les efforts pratiqués par les soignants lors de l'ETP.

Pour pallier ces freins à l'ETP, nous proposons plusieurs pistes éclairées par des théories de psychologie, et pour lesquelles le psychologue exerçant en santé a un rôle clef à jouer. Tout d'abord, on gagnerait à vérifier que les soignants aient une représentation correcte de l'ETP. Bien que formés à l'ETP, un certain nombre de professionnels ont encore une représentation erronée de l'ETP : une « méthode » magique qui amènerait de très bons résultats médicaux chez tous les patients. De ce fait, les désillusions sont grandes, car l'ETP est avant tout un accompagnement qui devrait, en théorie, s'adapter à chaque patient. Les objectifs de l'ETP ne peuvent pas être uniquement médicaux et sont parfois modestes du fait de la précarité émotionnelle et/ou sociale de certains patients. Les psychologues pourraient alors intervenir davantage dans la première phase de l'ETP, appelée « bilan éducatif partagé » qui consiste à définir, conjointement par le patient et un soignant, des objectifs d'ETP. Le psychologue pourrait s'assurer que les objectifs définis sont cohérents avec la motivation et/ou les ressources psychologiques actuelles du patient. À ce titre, le psychologue de la santé peut, par exemple accompagner les équipes à dépister en routine la détresse psychologique des patients avant de leur proposer de l'ETP. En effet, l'ETP implique des efforts et changements de la part des patients. Un patient déprimé risque de mettre en échec les changements de comportements visés par l'ETP, et de provoquer, bien malgré lui bien sûr, une frustration chez les soignants pratiquant l'ETP. Les outils classiques de dépistage de la détresse en santé, tels que le thermomètre de détresse (Dolbeault et al., 2008) ou le questionnaire HADS (Bambauer, Locke, Aupont, Mullan, & McLaughlin, 2005 ; Bratås, Grønning, & Forbord, 2014) peuvent être utilisés pour ce dépistage. Ensuite, le psychologue peut aussi intervenir directement dans un programme d'ETP dans un module d'accompagnement au changement. Il/elle utilisera alors les outils classiques d'accompagnement au changement : entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013), échanges avec les patients basés sur les modèles de changement de comportement (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2015) tels que le Health Belief Model (modèle des croyances en santé), la théorie de l'action planifiée ou encore la taxonomie de Suzanne Michie (2013). Enfin, le psychologue peut aider les équipes à développer leurs compétences émotionnelles afin de mieux faire face aux frustrations inhérentes à l'accompagnement au changement des patients (échec, débordement émotionnel, agressivité, passivité, etc.) ainsi qu'aux défis que représentent l'ETP (nécessité d'une expertise médicale, d'une organisation assez lourde, de plus d'investissement émotionnel avec les patients, etc.). Les compétences émotionnelles consistent à identifier, comprendre et réguler ses émotions et celles des autres, en l'occurrence ici des patients. Il a été démontré que les compétences émotionnelles des IDE étaient associées à leur motivation (Donoso, Demerouti, Garrosa Hernández, Moreno-Jiménez, & Carmona Cobo, 2015 ; Lelorain, Bertin, & Bourgoin, 2018) et à leurs compétences cliniques (Lee, Gu, & Kim, 2015). Or ces compétences peuvent se développer grâce à des interventions psychologiques (Mikolajczak, Kotsou, & Nelis, 2013 ; Nelis et al., 2011) que le psychologue de la santé pourrait donc proposer aux infirmières. Une dernière piste d'amélioration pourrait être un travail sur les représentations que les différents professionnels de l'ETP ont de l'évaluation qui est demandée.

Celle-ci est souvent vue comme quelque chose de négatif et lourd alors que, si elle est organisée dès l'élaboration du programme et réalisée tout au long de celui-ci, l'évaluation permet une adaptation permanente du programme et est source d'amélioration des pratiques. Les facteurs psychosociaux devraient aussi être davantage pris en compte dans l'évaluation des programmes qui reste actuellement très médicale. Pourtant, les études effectuées sur l'ETP démontrent bien l'impact psychosocial de l'ETP sur les patients : moins de détresse liée à la maladie, plus d'espoir en l'avenir, meilleurs comportements d'autogestion (Stenberg, Haaland-Øverby, Fredriksen, Westermann, & Kvisvik, 2016). Les psychologues de la santé ont classiquement une formation robuste sur les aspects liés à la recherche. Grâce à leur expertise, ils savent choisir des questionnaires adaptés et valides psychométriquement pour l'évaluation des issues de santé des patients. Ils pourraient donc gérer l'évaluation psychosociale des programmes, encore trop souvent délaissée, et faire un retour aux équipes sur l'évaluation des bienfaits de l'ETP au regard de la motivation et la qualité de vie des patients. Une telle évaluation, suivie d'un retour aux équipes serait motivant pour les intervenants en ETP parfois découragés du manque de retour de leurs actions.

Enfin, l'organisation de l'ETP est à revoir pour alléger la charge administrative et méthodologique qui pèse sur les soignants, et pour améliorer la venue des patients à l'ETP. Seuls 20 à 60 % des patients à qui de l'ETP est proposée se rendent effectivement aux séances d'ETP (Ackerman, Buchbinder, & Osborne, 2013 ; Cauch-Dudek, Victor, Sigmond, & Shah, 2013). Pour comprendre cette perte conséquente de patients, en partenariat avec l'université de Lille, le centre hospitalier régional de Lille mène actuellement une recherche d'envergure sur le sujet dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) (Ministry of health, 2017). Basées sur le modèle des croyances en santé qui a fait ses preuves pour prédire l'adhésion thérapeutique (Jones, Smith, & Llewellyn, 2014), nos hypothèses sont que les croyances des patients quant à leur pathologie (est-elle grave ? Évolutive ? Contrôlable ?) et à l'ETP (est-ce bénéfique ?) impactent leur venue. En outre, nous testons aussi s'il existe un temps idéal pour proposer l'ETP : pas trop près du diagnostic pour laisser les patients s'adapter à la maladie, mais pas trop loin non plus pour ne pas laisser les mauvaises habitudes et fausses croyances s'enraciner contre le changement. Enfin, la façon dont l'ETP est proposée aux patients, tant sur la forme (empathie des soignants) que sur le fond (contenu de la proposition) est aussi testée comme facteur potentiellement explicatif de la venue des patients à l'ETP. Si nos hypothèses étaient vérifiées, les psychologues pourraient alors, en partenariat avec les soignants, repenser la façon de proposer l'ETP aux patients. Il s'agirait de mettre plus en avant les bénéfices de l'ETP auprès des patients tout en travaillant avec eux les obstacles concrets ou perçus à leur venue, le tout dans un échange relationnel empathique et bienveillant.

5. La place des proches

À l'heure actuelle, les programmes d'ETP sont très largement centrés sur le patient. Parfois, les équipes interviennent ponctuellement auprès des aidants, mais globalement la famille, les proches ne sont pas pris en compte sauf si le patient est un enfant. De nombreuses études montrent pourtant que la maladie a des conséquences sur le patient et son entourage et que le soutien familial est un facteur protecteur essentiel pour faire face à la maladie. Mais est-ce possible d'intégrer les proches en ETP dans la prise en charge de patients adultes ? Et si oui, comment ?

5.1. *Que disent l'Organisation mondiale de la santé et la Haute Autorité de santé ?*

D'après la définition de l'OMS (1998, citée dans la partie 1.2.), l'ETP « vise à aider le patient et sa famille à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie ». La famille est donc bien incluse dans les objectifs de l'ETP, du moins théoriquement. D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2007) : « les proches peuvent être associés à la démarche d'ETP, s'ils le souhaitent. Ils peuvent être concernés par l'acquisition de compétences d'autosoins [ndlr : capacité à se soigner soi-même en repérant ses symptômes, réalisant ses propres soins, parfois techniques, et en modifiant son mode de vie] et d'adaptation [capacité à gérer ses émotions et à maîtriser son stress, à prendre des décisions optimales et à gérer sa pathologie au niveau administratif], si le patient souhaite les impliquer dans l'aide à la

gestion de sa maladie. Ils peuvent avoir besoin d'être soutenus dans l'acquisition de compétences et dans leur motivation ». Ces éléments permettent de préciser les niveaux d'intervention possibles.

5.2. *Quelques éléments de la littérature sur l'inclusion des proches*

Les études sur l'inclusion de proches dans les programmes d'ETP sont peu nombreuses et donnent des résultats discordants. [Martire \(2005\)](#) fait le point sur la comparaison de l'efficacité d'interventions contrôlées randomisées, individuelles versus familiales, dans différentes maladies somatiques. Si on s'intéresse aux bénéfices de ces interventions pour les patients, sur 12 études, 5 montrent des bénéfices supérieurs des interventions familiales, 1 des bénéfices supérieurs de l'intervention individuelle et 6 des effets contrastés. Les effets de ces interventions chez les membres de la famille étaient rarement évalués, avec une étude sur quatre montrant des bénéfices pour ces derniers. Il semble difficile de conclure sur l'intérêt d'inclure des proches dans les interventions à partir de ces résultats. Toutefois, si on regarde attentivement l'objectif de ces interventions familiales, elles visaient principalement à montrer aux proches comment aider le patient à modifier ses comportements. Aucune de ces interventions ne prenait en compte les difficultés spécifiques des proches. Ceci peut expliquer les faibles bénéfices des interventions familiales pour les proches observés par [Martire \(2005\)](#).

Par ailleurs, il est important d'être vigilant quant aux bénéfices réels de la participation des proches à des séances d'ETP. En effet, la simple participation d'un proche à des ateliers d'ETP n'engendre pas systématiquement une amélioration de l'état global du patient. Il a notamment été montré que les interventions peuvent avoir un impact négatif sur le sentiment d'auto-efficacité du patient et son vécu de la séance ([Ellart et al., 2009](#) ; [Riemsma, Taal, & Rasker, 2003](#)). Les résultats sont plus encourageants lorsqu'on s'intéresse aux interventions conjugales spécifiquement. En effet, il semble plus facile de construire des interventions prenant en compte la spécificité des relations conjugales par rapport à d'autres dyades patient-proche dans une famille (patient-parent, patient-enfant, etc.). Ainsi, une méta-analyse menée sur 25 études portant sur diverses maladies chroniques somatiques a montré des effets bénéfiques supérieurs des interventions conjugales sur la dépression des patients, l'ajustement marital et les douleurs ([Martire, Schulz, Helgeson, Small, & Saghafi, 2010](#)).

5.3. *Quelques propositions*

Une étude menée auprès de dyades patient-proche en rhumatologie a permis de montrer que les patients et les proches ont des représentations similaires du rôle attendu des proches face à la maladie ([Untas et al., 2018](#)). D'une manière générale, ces rôles concernent principalement les savoirs (par exemple : connaissances médicales, sur la douleur), les savoir-être (par exemple : être à l'écoute, favoriser l'autonomie du patient) et les savoir-faire (par exemple : soulager les douleurs, faire des injections). En revanche, lorsqu'ils parlent de leur relation à l'autre (patient ou proche), des difficultés ressortent concernant les interactions autour de l'aide : difficultés des proches à identifier les besoins des patients, difficultés des patients à exprimer leurs besoins d'aide ou d'autonomie. Au regard de ces résultats, les interventions proposées en ETP devraient donc permettre de travailler sur les compétences d'autosoins et d'adaptation des patients et de leurs proches, mais aussi sur des compétences spécifiques liées à la relation d'aide. Concrètement, la première question à se poser concerne l'analyse du contexte familial du patient : existe-t-il un aidant ou plus globalement un proche (peut-être plusieurs) particulièrement impliqués dans la maladie ? Si oui, comment le patient décrit-il sa relation à cette(s) personne(s) ? Qu'en attend le patient ? Accepterait-il d'intégrer cette(s) personne(s) à son accompagnement en ET ? Si le patient gère seul sa maladie, existe-t-il une personne dans son entourage qui pourrait être impliquée en cas de besoin ?

Si le patient souhaite intégrer un proche en ETP, la situation de ce proche devrait être explorée pour mieux comprendre les difficultés auxquelles il fait face, ainsi que celles que le patient et le proche vivent dans le contexte de leur relation en lien avec la maladie (par exemple, difficulté à demander de l'aide pour le patient ou difficulté du proche à identifier les tâches pour lesquelles il peut être aidant). En fonction des besoins du patient et du proche, des interventions personnalisées pourraient être proposées concernant le soutien pratique et émotionnel lié à la maladie, mais aussi leurs interactions. Celles-ci pourraient faciliter la communication autour de la maladie et de sa gestion, tout en veillant

à respecter les capacités et besoins de chacun. Il est important d'être attentif à la place du proche auprès du patient. En effet, des spécificités importantes peuvent apparaître selon l'âge des proches et le contexte familial, notamment dans le cas des jeunes aidants (Jarrige, Dorard, & Untas, 2018).

Sur un plan pratique, quelles interventions proposer ? Faut-il proposer des interventions individuelles ou en groupe, spécifiques aux proches ou au contraire rassemblant les patients et les proches ? Difficile de répondre à ces questions à l'heure actuelle, les recherches n'étant pas suffisamment avancées. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux définir les modalités et les procédures d'inclusion des proches. Il semble cependant important de donner la possibilité aux patients et aux proches de parler séparément de leurs expériences et préoccupations spécifiques. En revanche, leur relation par rapport à la maladie et l'aide, ainsi que leur capacité à trouver un équilibre doivent être travaillées avec eux ensemble. Dans ce cadre, il semble particulièrement intéressant de s'inspirer de la thérapie multifamiliale qui vise à regrouper plusieurs familles autour d'une pathologie donnée dans un cadre et un but thérapeutique. Il s'agit d'informer et de former les familles pour les rendre plus compétentes par rapport à la maladie, leur permettre de s'exprimer et d'échanger, et d'augmenter le soutien entre elles (Steinglass, 1998 ; Untas & Aguirrezabal, 2016). Sans se situer dans un cadre psychothérapeutique, des techniques utilisées en thérapies multifamiliales pourraient être reprises en ETP.

Dans tous les cas, l'inclusion des proches en ETP nécessite une évolution dans la manière de comprendre la situation d'un patient et d'intervenir auprès de lui. Il s'agira de travailler les compétences d'autosoin et d'adaptation du patient, mais aussi celles du proche, tout en tenant compte de la spécificité de leur relation. Ceci implique que les soignants en ETP soient capables d'appréhender les besoins d'un patient dans une approche systémique, en analysant le fonctionnement dyadique patient-proche ou plus globalement le fonctionnement familial. Ceci est bien évidemment complexe et nécessiterait le développement de compétences spécifiques, que le psychologue pourrait accompagner.

Le psychologue de la santé pourra plus particulièrement s'appuyer sur des modèles systémiques développés dans le champ de la maladie chronique (Rolland, 1994 ; Berg & Upchurch, 2007 ; Untas, Koleck, Rasclé, & Bruchon-Schweitzer, 2012), modèles qui s'appuient sur ceux centrés sur l'individu et évoqués précédemment. Ceux-ci pourront lui servir à développer, avec l'équipe d'ETP, un « bilan éducatif partagé » qui s'inscrit dans une approche systémique, mais aussi à proposer des interventions en adéquation.

6. La formation : l'articulation entre formation des psychologues et formation à l'ETP

L'objectif de cette dernière partie sera de proposer une réflexion sur les enjeux de la formation des psychologues, en particulier au cours du master, en relation avec les compétences requises pour participer à des programmes d'ETP. Cette question est importante, car, d'une part, elle concerne un champ professionnel dans lequel les psychologues sont de plus en plus impliqués, et, d'autre part, la participation des professionnels à l'ETP s'appuie sur des textes réglementaires qui définissent les domaines de compétences (décret n° 2013-449 du 31 mai 2013) et précisent les compétences requises pour dispenser et coordonner l'ETP (arrêté du 31 mai 2013).

Ce référentiel (Inpes, 2013) constitue un cadre indispensable pour appréhender les enjeux de la formation à l'ETP. Nous allons nous intéresser aux compétences associées à la dispense d'un programme l'ETP et non à sa coordination qui fait l'objet d'un référentiel de compétences spécifique. Ce référentiel de compétences décrit les situations clés (situations professionnelles significatives, contextes et conditions d'exercice), les activités² et les compétences qui sont réparties dans trois domaines (technique, relationnel et pédagogique, organisationnel) (Tableau 1). Par ailleurs, le décret précise le volume horaire de formation minimal, soit 40 heures (article 2)³ et le cadre dans lequel cette formation peut

² Pour les besoins de notre propos nous ne présenterons pas cet aspect du référentiel.

³ Article 2 – L'acquisition des compétences nécessaires pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient requiert une formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques, pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme.

Tableau 1
 Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP du patient (Inpes., 2013).

<i>Situation 1. Créer un climat favorable à l'ETP</i>	
CT	Situer l'environnement lié à l'ETP
CRP	Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; pratiquer l'empathie ; échanger et informer ; construire une relation de confiance
CO	Se questionner et délimiter son rôle
<i>Situation 2. Analyser avec le patient, sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP</i>	
CT	Orienter les patients vers des sources fiables d'information ; tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux de la maladie et du traitement ; tenir à disposition des patients des informations liées à leurs particularités ; renseigner les outils de suivi et d'organisation ; situer l'environnement lié à l'ETP ; mesurer les enjeux
CRP	Pratiquer l'écoute active et bienveillante ; pratiquer l'empathie ; comprendre les ressorts psychologiques des personnes ; échanger et informer ; s'accorder et convenir de l'action à mener ; construire une relation de confiance ; coconstruire un projet
CO	Se questionner et délimiter son rôle
<i>Situation 3. S'accorder, avec le patient et son entourage sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui un plan d'action</i>	
CT	Orienter les patients vers des sources fiables d'information ; renseigner les outils de suivi et d'organisation ; situer l'environnement lié à l'ETP
CRP	Pratiquer l'empathie ; comprendre les ressorts psychologiques des personnes ; échanger et informer ; s'accorder et convenir de l'action à mener ; construire des partenariats ; coconstruire un projet ; construire une alliance thérapeutique
CO	Se questionner et délimiter son rôle
<i>Situation 4. Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités</i>	
CT	Renseigner les outils de suivi et d'organisation ; situer l'environnement lié à l'ETP
CRP	S'accorder et convenir de l'action à mener
CO	Planifier les actions liées à l'ETP ; coordonner les acteurs ; conduire un projet ; évaluer, prioriser
<i>Situation 5. Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage</i>	
CT	Activités interindividuelles : tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement ; tenir à disposition des patient les informations liées à leurs particularités
CRP	Activités collectives : orienter les patients vers des sources fiables d'information ; renseigner les outils de suivi et d'organisation ; utiliser des techniques et des outils pédagogiques ; choisir et adapter les méthodes aux différents publics ; réaliser une veille liée à l'ETP Activités interindividuelles : pratiquer l'écoute active et bienveillante ; pratiquer l'empathie ; s'accorder et convenir de l'action à mener ; construire une relation de confiance ; coconstruire un projet Activités collectives : pratiquer l'empathie ; construire une alliance thérapeutique ; favoriser l'interactivité ; favoriser les apprentissages mutuels ; optimiser la production au sein d'un groupe
CO	Activités interindividuelles : apprécier pour ajuster
<i>Situation 6. Coévaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP</i>	
CT	Renseigner les outils de suivi et d'organisation
CRP	Construire des partenariats ; construire une relation de confiance ; coconstruire un projet ; construire une alliance thérapeutique
CO	Se questionner et délimiter son rôle ; apprécier pour ajuster

CT : compétences techniques ; CRP : compétences relationnelles et pédagogiques ; CO : compétences organisationnelles.

prendre place (formation initiale, formation continue, développement professionnel continu – article 3)⁴.

En premier lieu, il nous semble que l'on peut distinguer deux « axes » de réflexion concernant l'articulation entre formation et compétences en ETP pour les étudiants en psychologie. Le premier axe revient à considérer que les compétences liées à l'ETP devraient être acquises dans le cadre d'une formation autre que la formation en psychologie (par exemple : formations 40 h, diplôme universitaire). En termes de temporalité, il peut s'agir d'une formation « en parallèle » de la réalisation du master ou qui suivrait directement l'obtention du master, voire d'une formation s'inscrivant dans le cadre de la formation continue des psychologues. Le deuxième « axe » de réflexion concerne le développement des compétences attendues en ETP dans le dispositif même de la formation des psychologues au cours de la formation initiale. Il s'agit là d'un enjeu important qui concerne l'identification de ces compétences au sein des programmes de formations proposées en psychologie, la reconnaissance de ces compétences, enfin, l'utilisation ultérieure de cette reconnaissance dans le cadre de l'insertion professionnelle des étudiants de psychologie. Notre réflexion portera principalement sur ce deuxième axe qui concerne la formation initiale des psychologues et les exigences requises pour la participation des professionnels à l'ETP des patients.

Il convient de rappeler en préalable, qu'en France, la formation des psychologues s'inscrit dans un cadre réglementaire relativement strict. Il s'agit d'ailleurs de la seule profession réglementée, gérée par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ce qui en fait, d'une certaine manière, une « exception » dans le paysage universitaire français. Le titre de psychologue est protégé par la loi. Pour faire usage de ce titre, il est exigé d'être titulaire d'une licence mention « psychologie » et d'un master mention « psychologie » comprenant un mémoire de recherche et un stage professionnel. Les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue sont tenues de faire enregistrer auprès de l'ARS leur diplôme (inscription sur le répertoire national ADEL qui recense les professionnels de santé réglementés).

Deuxième point important, bien qu'elles visent l'obtention d'un même niveau de formation et d'un titre unique, les formations en psychologie ne sont pas identiques sur le fond (par exemple : référentiel disciplinaire ou théorique, choix des méthodes, diversité plus ou moins importantes dans les « types » d'insertions professionnelles) et sur la forme (par exemple : volume de formation, organisation des enseignements, type d'intervenants au sein des formations). Autrement dit, chaque parcours de formation dispose d'une identité qui lui est propre. L'exemple des formations en psychologie de la santé constitue un exemple quasi-prototypique par rapport à ce constat. En effet, même si l'on peut relever des objectifs communs en termes de formation (Décamps & Apostolidis, 2017), chaque parcours de formation en psychologie de la santé est marqué par une « tradition » locale, par une inscription plus ou moins marquée dans un champ disciplinaire (par exemple : psychologie clinique, psychologie sociale, etc.) ou encore par la diversité des insertions professionnelles visées. Fort de ce constat, on peut se demander si les psychologues issus de chaque formation dispensée en psychologie sont à même de faire état des (mêmes) compétences requises en ETP. Une façon de répondre à cette question est de s'intéresser dans un premier temps aux compétences mises en évidence par le référentiel lié à l'ETP et, dans un deuxième temps, d'identifier les compétences visées par les formations en psychologie.

6.1. Les compétences mises en évidence par le référentiel lié à l'ETP

Une lecture rapide du référentiel (Tableau 1) permet d'identifier un ensemble de compétences qui sont transversales à différentes situations et qui font a priori « écho » à certains objectifs de formation des psychologues. Dans le cadre des compétences relationnelles et pédagogiques (CRP) on trouve, par exemple : pratiquer l'écoute active et bienveillante, pratiquer l'empathie, comprendre les ressorts psychologiques des personnes, coconstruire un projet. On retrouve également comme compétence organisationnelle (CO) le fait, pour le professionnel, de délimiter sa zone de compétence pour le traitement et l'orientation des patients et l'ajustement de la démarche en relation avec le

⁴ Article 3 – Ces compétences s'acquièrent dans le cadre, soit de la formation initiale ou du développement professionnel continu pour les professionnels de santé, soit par des actions de formation continue.

patient (se questionner et délimiter son rôle, apprécier pour ajuster). Si ces compétences sont à resituer dans l'exercice de l'ETP, elles sont, selon nous, moins spécifiques que celles liées aux Compétences Techniques qui nécessitent une connaissance plus approfondie du domaine de l'ETP.

6.2. L'identification des compétences visées par les formations en psychologie

Notre objectif n'est pas de recenser toutes les compétences mises en avant par l'ensemble des masters de psychologie en France. En revanche, nous allons faire référence à deux documents différents pour tenter de répondre à notre questionnement. Dans un premier temps, nous ferons référence au travail de la commission inter-organisationnelle regroupant différentes organisations issues de la psychologie en 2012⁵. Cette commission visait la constitution d'un référentiel pour le master mention psychologie. La lecture de ce document permet d'appréhender une structuration possible des compétences liées à la profession. Ce référentiel différencie les connaissances générales et les compétences professionnelles. Concernant les connaissances générales, ce référentiel distingue les connaissances théoriques (par exemple : situer les courants de connaissances en psychologie, savoir constituer un état des savoirs et connaissances, rédiger des textes. . .), les connaissances méthodologiques (par exemple : méthodes et techniques de recherche au niveau individuel et collectif, conception de dispositif de recueil et de traitements des données. . .) et les connaissances professionnelles (par exemple : situer son activité au regard de référentiels et champs d'activités professionnels, éthique, réglementaire et institutionnel). Pour les connaissances professionnelles, on peut distinguer l'analyse de la demande (par exemple : réflexion sur les demandes, référence à des connaissances théoriques, adaptation des méthodes. . .), le diagnostic et la proposition d'intervention (par exemple : établir un diagnostic, reformulation des demandes initiales, propositions d'interventions comme projets et accompagnement, planification d'interventions, contractualiser et favoriser l'alliance. . .), les interventions psychologiques et psychosociologiques et le positionnement professionnel dans une équipe ou un réseau pluridisciplinaire (par exemple : position réflexive, connaissance et respect du droit du travail, analyse des politiques sociales, travail en réseau/partenariat. . .). Pour aller plus loin, il nous semble intéressant, de faire également référence à un deuxième document : la fiche métier du répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière (FPH). Cette fiche donne une définition générale à l'activité du psychologue : « Concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche à travers une démarche professionnelle propre prenant en compte les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs, afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité » et distingue un certain nombre d'activités qui font référence à des compétences attendues (Encadré 1)⁶.

Les compétences identifiées dans le référentiel de la commission inter-organisationnelle regroupant différentes organisations issues de la psychologie comme la définition de l'activité du psychologue dans la FPH peuvent à bien des égards être mises en relation avec certaines caractéristiques évoquées précédemment concernant l'ETP, ses objectifs et ses caractéristiques. Il semble donc a priori que la formation des psychologues peut répondre de façon importante au développement des compétences visées par la formation des professionnels participant aux programmes d'ETP. Il ne faudrait toutefois pas conclure à une adéquation stricte de ces domaines de formation au risque d'invisibiliser les spécificités attendues dans la formation des professionnels de l'ETP et les enjeux relatifs à sa mise en œuvre (Se référer à l'ensemble des points traités dans cet article et aux compétences visées par le référentiel ETP). De fait, un enjeu majeur demeure quant au développement de connaissances spécifiques sur l'ETP, son cadre réglementaire, ses spécificités, ses méthodes, ses modalités d'applications ou encore ses modalités d'évaluation. Pour le dire de façon plus directe, la formation des psychologues

⁵ Commission à laquelle participaient l'Association des enseignants-chercheurs en psychologie des universités (AEPu), la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP), la Société française de psychologie (SFP), l'Association française de psychologie du travail et des organisations (AFPTO), et l'Association internationale de psychopathologie et psychologie Clinique (AIPCC) ; <https://www.aepu.fr/index.php/telechargements/send/6-aepu-docs/101-referentiel-vae-master-novembre-2012>.

⁶ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=17>.

Encadré 1 : Activités du psychologue de la fonction publique hospitalière

- Accueil, encadrement et formation des étudiants et des stagiaires ;
- bilan psychologique (recueil d'information, entretien, interprétation et synthèse, restitution) ;
- collaboration avec les autres membres de l'équipe pluriprofessionnelle ;
- conception et élaboration d'interventions psychologiques et thérapeutiques à visée préventive et curative auprès des patients et de leurs familles ;
- conseil au projet de pôle et au projet d'établissement ;
- élaboration d'un projet psychologique de pôle et d'établissement ;
- élaboration du diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient ;
- intervention auprès d'équipes pluriprofessionnelles interne ou externes (formation, soutien, groupes de parole, analyses des pratiques, analyse institutionnelle) ;
- pratiques d'entretiens individuels ou collectifs ;
- psychothérapies individuelles et de groupe ;
- réalisation d'études et recherche en psychologie en lien avec les activités cliniques, enseignement, formation personnelle et vers autrui, expertises ;
- recueil et analyse des besoins et des demandes d'interventions ;
- travail d'évaluation par le biais de groupes de réflexion et de supervision théorico-clinique entre professionnel ou par toutes autres méthodes spécifiques.

(en gardant à l'esprit la diversité des formations), ne peut, selon nous, se substituer à une formation spécifique dans le champ de l'ETP.

Une option nous semble toutefois intéressante pour les responsables de master en psychologie qui souhaiteraient permettre une reconnaissance d'une formation en ETP pour leurs étudiants dans le cadre de leur formation initiale. Cette option repose sur le développement de modules d'ETP au sein des formations de psychologie existantes permettant l'articulation entre, d'une part, des contenus de formation propres au développement de compétences attendus en psychologie et qui trouvent une correspondance avec la formation en ETP et, d'autre part, l'apport des savoirs et compétences spécifiques du domaine de l'ET. Un travail partenarial avec des professionnels de l'ETP paraît indispensable à cet égard comme la reconnaissance anticipée de ce type de module de formation par les ARS. La prise en compte de cet enjeu lié à la formation initiale des psychologues constitue un levier potentiel pour leur insertion professionnelle en début de carrière. En complément, une formation inscrite dans un parcours de master devrait permettre de clarifier la place du psychologue dans le dispositif d'ETP afin d'éviter le risque d'une confusion des rôles et compétences de l'ensemble des professionnels impliqués (médecins, personnels paramédicaux, psychologues). Par ailleurs, une telle option ne doit pas ignorer une limite qui serait liée à la systématisation de la formation à l'ETP au risque d'une certaine « banalisation » de celle-ci. En effet, l'inscription des professionnels dans l'ETP doit permettre le développement d'une posture « assumée » avec des compétences spécifiques (Grimault, 2010) qu'un professionnel comme le psychologue peut ou non vouloir développer dans sa relation aux patients. La question de la motivation à la participation à ce type de dispositif de formation doit donc constituer un axe de réflexion pour les équipes pédagogiques qui souhaiteraient développer ce type d'offre qui peut conduire à l'innovation pédagogique (inscription de la formation dans « l'identité » de la formation, proposition d'une option au sein d'un parcours de formation. . .).

7. Conclusion

L'Association Francophone de Psychologie de la Santé (AFPSA) réunit les différents acteurs impliqués en psychologie de la santé, tant au niveau de la recherche, de sa formation, que de sa pratique. À travers ce numéro spécial, l'AFPSA a ainsi souhaité promouvoir l'ETP qui, comme cela a été indiqué précédemment, fait partie des domaines d'intervention et de recherche en psychologie de la santé.

Cet article introductif nous a permis de proposer un état des lieux de l'ETP et de ses perspectives en lien avec la psychologie de la santé. Les quatre contributions associées permettent de préciser et illustrer différents aspects conceptuels et pratiques soulevés ici.

Deux articles sont consacrés à des techniques utilisées en ETP. L'article de Koleck, Raymond, Martin-Lasserre et Faury (université de Bordeaux) porte sur le développement d'une intervention « atelier théâtre » dans le cadre du lupus pour travailler sur l'acceptation de la maladie. L'article de Devienne, Delpéch et Untas (université Paris Descartes) propose une illustration de l'utilisation de la photo-expression pour accompagner le patient et évaluer son évolution à travers une étude menée auprès de patients participant à un programme d'ETP spécifique au diabète.

Un troisième article, proposé par Fonte, Colson, Lagouanelle-Simeoni, Apostolidis (université d'Aix-Marseille), aborde également cette question de l'évaluation. Il vise à présenter les apports théorico-méthodologiques de la psychologie sociale de la santé pour travailler à l'évaluation et au renforcement des compétences psychosociales, en s'appuyant sur une synthèse de recherches menées dans le champ de la diabétologie pédiatrique.

Un quatrième article de Croiset et Sordes (université de Toulouse 2) aborde la place des processus psychologiques dans le changement de comportement, plus particulièrement à partir d'une illustration portant sur une patiente souffrant d'obésité et participant à un programme d'ETP.

Ces contributions devraient permettre aux lecteurs de découvrir la complexité, mais aussi la richesse que constitue le travail du psychologue dans le champ de l'ETP.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Ackerman, I. N., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2013). Factors limiting participation in arthritis self-management programmes: An exploration of barriers and patient preferences within a randomized controlled trial. *Rheumatology*, 52(3), 472–479. <http://dx.doi.org/10.1093/rheumatology/kes295>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490–505.
- Bambauer, K. Z., Locke, S. E., Aupont, O., Mullan, M. G., & McLaughlin, T. J. (2005). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 275–275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.03.002>
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental-contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin*, 133(6), 920–954. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.6.920>
- Bratås, O., Grønning, K., & Forbord, T. (2014). Psychometric properties of The Hospital Anxiety and Depression Scale and The General Health Questionnaire-20 in COPD inpatients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 413–413. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12054>
- Bruchon-Schweitzer, M., & Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris: PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la Santé. Modèles, Concepts et Méthodes, 2ème édition révisée*. DUNOD.
- Cauch-Dudek, K., Victor, J. C., Sigmond, M., & Shah, B. R. (2013). Disparities in attendance at diabetes self-management education programs after diagnosis in Ontario, Canada: A cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 1–6. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-85>
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: A scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>
- de Andrade, V. (2014). Comment utiliser PubMed pour les recherches bibliographiques en éducation thérapeutique du patient ? *Éducation Thérapeutique du Patient*, 6(2), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1051/tpe/2014011>
- Décamps, G., & Apostolidis, T. (2017). Les formations universitaires françaises en psychologie de la santé : État des lieux et bilan prospectif. *Journal des Psychologues*, 351(9), 14–18.
- D'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : Une proposition. *Éducation Thérapeutique du Patient*, 3, 201–205.
- Dolbeault, S., Bredart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., & Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers: Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative & Supportive Care*, 6(2), 107–117. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951508000187>
- Donoso, L. M. B., Demerouti, E., Garrosa Hernández, E., Moreno-Jiménez, B., & Carmona Cobo, I. (2015). Positive benefits of caring on nurses' motivation and well-being: A diary study about the role of emotional regulation abilities at work. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 804–816. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.002>
- Ellart, D. R., Barlow, J. H., Paskins, Z., Stapley, J., Wild, A., & Rowe, I. F. (2009). Piloting education days for patients with early rheumatoid arthritis and their partners: A multidisciplinary approach. *Musculoskeletal Care*, 7(1), 17–30. <http://dx.doi.org/10.1002/msc.137>
- Fonte, D., Apostolidis, T., & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2014). Compétences psychosociales et éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1: Une revue de littérature. *Santé Publique*, 26, 763–777. <http://dx.doi.org/10.3917/spub.146.0763>

- Fonte, D., Apostolidis, T., & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2017). Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : Des enjeux pour la pratique du psychologue. *Pratiques Psychologiques*, 23, 417–435. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2017.01.005>
- Friberg, F., Granum, V., & Bergh, A.-L. (2012). Nurses' patient-education work: Conditional factors – an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 170–186. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01367>
- Grimault, M. (2010). Le rôle du psychologue dans l'accompagnement en éducation thérapeutique du patient en néphrologie. *Journal de Pharmacologie Clinique*, 29, 93–97.
- Haute Autorité de santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Recommandations professionnelles*. Paris: Haute Autorité santé.
- Idier, L., & Koleck, M. (2016). La place des interventions psychothérapeutiques en éducation thérapeutique. In A. Untas, C. Bungener, & C. Flahault (Eds.), *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompagner les patients et leurs proches*. Bruxelles: De Boeck.
- Idier, L., Untas, A., Aguirrezabal, M., Larroumet, N., Rasclé, N., & Chauveau, P. (2013). Quel rôle le psychologue peut-il avoir en éducation thérapeutique en néphrologie ? Un exemple en auto-dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*, 16, 166–170. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nephro.2012.12.001>
- Inpes. (2013). *Référentiel des compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Saint-Denis*</PM>: Inpes.
- Jarrige, E., Dorard, G., & Untas, A. (2018). *Revue de la littérature sur les jeunes aidants : Qui sont-ils et comment les aider ?* (Soumis).
- Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: A systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253–269. <http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2013.802623>
- Kindelan-Calvo, P., Gil-Martínez, A., Paris-Alemán, A., Pardo-Montero, J., Muñoz-García, D., Angulo-Díaz-Parreño, S., & La Touche, R. (2014). Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine*, 15(9), 1619–1636. <http://dx.doi.org/10.1111/pme.12505>
- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2010). Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education & Counseling*, 79(3), 283–286. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.015>
- Lee, O. S., Gu, M. O., & Kim, M. J. (2015). Influence of critical thinking disposition and emotional intelligence on clinical competence in nursing students. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 16(1), 380–388. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.1.380>
- Léger, P., Garnier, P. H., Bauer, D., Pialoux, V., Le Helias, L., & Iguenane, J. (2012). Expériences de psychologues cliniciens en éducation thérapeutique. *Education Thérapeutique du Patient*, 4, 23–28. <http://dx.doi.org/10.1051/tpe/2011117>
- Lelorum, S., Bachelet, A., Bertin, N., & Bourgoin, M. (2017). French healthcare professionals' perceived barriers to and motivation for therapeutic patient education: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 19(3), 331–339. <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12350>
- Lelorum, S., Bertin, N., & Bourgoin, M. (2018). *Par quels processus les compétences émotionnelles des soignants impactent-elles leur motivation à l'éducation thérapeutique ?* (Présenté à X^e congrès francophone de psychologie de la santé, Metz).
- Martire, L. M. (2005). The "Relative" efficacy of involving family in psychosocial interventions for chronic illness: Are there added benefits to patients and family members? *Families Systems & Health*, 23(3), 312–328. <http://dx.doi.org/10.1037/1091-7527.23.3.312>
- Martire, L. M., Schulz, R., Helgeson, V. S., Small, B. J., & Saghaei, E. M. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(3), 325–342. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-010-9216-2>
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psycho-educational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23(1), 21–30. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-013-0460-3>
- Michie, S., Richardson, Johnston, M., Abraham, M., Charles, F., Hardeman, J., Eccles, W., Cane, M., & Wood, J. C. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Mikolajczak, M., Kotsou, I., & Nelis, D. (2013). Improving emotional competence in adults. In C. Mohiyeddini, M. Eysenck, S. Bauer, C. Mohiyeddini, M. Eysenck, & S. Bauer (Eds.), *Handbook of psychology of emotions. Recent theoretical perspectives and novel empirical findings* (1) (pp. 453–464). Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement* (2e édition). Paris: InterEditions.
- Ministry of Health. (2017). *Determinants of patients' Uptake of Therapeutic Education Programme (UTEPE)*. (Disponible sur : <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03255863>)
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., & Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354–366. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021554>
- Pancrazi, M. P., Ortuno, E., Delbosc, C., & de la Tribonnière, X. (2013). *Éducation thérapeutique du patient, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), psychoéducation : Quels équilibres ? Santé Éducation*, 1, 32–35.
- Quaschnig, K., Körner, M., & Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education & Counseling*, 91(2), 167–175. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.007>
- Rey, C., Verdier, E., Fontaine, P., & Lelorum, S. (2016). Fostering hospital physicians' involvement in therapeutic patient education: Avenues for continuing training and team support. *Education Thérapeutique du Patient – Therapeutic Patient Education*, 8(1), 10105. <http://dx.doi.org/10.1051/tpe/2016005>
- Riemsma, R. P., Taal, E., & Rasker, J. J. (2003). Group education for patients with rheumatoid arthritis and their partners. *Arthritis Rheumatoid*, 49(4), 556–566. <http://dx.doi.org/10.1002/art.11207>
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness and disability: An integrative treatment model*. New York: Basic Books.
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 38–43.

- Steinglass, P. (1998). Multiple family discussion groups for patients with chronic medical illness. *Families Systems and Health*, 16, 55–70. <http://dx.doi.org/10.1037/h0089842>
- Steinsbekk, A., Rygg, L., Lisulo, M., Rise, M. B., & Frøtheim, A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 12, 213. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-213>
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759–1771. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027>
- Tan, J. Y., Chen, J. X., Liu, X. L., Zhang, Q., Zhang, X. L., Mei, L. J., & Lin, R. (2012). A meta-analysis on the impact of disease-specific education programs on health outcomes for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Geriatric Nursing*, 33(4), 280–296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.03.001>
- Untas, A., & Aguirrezabal, M. (2016). Les thérapies multifamiliales. In A. Untas, C. Bungener, & C. Flahault (Eds.), *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompagner les patients et leurs proches*. Bruxelles: De Boeck.
- Untas, A., Koleck, M., Rasclé, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2012). Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. *Psychologie Française*, 57, 97–110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2012.03.004>
- Untas, A., Vioulac, C., Boujut, E., Delannoy, C., Poivret, D., Rat, A. C., Beauvais, C., & Giraudet Le Quintrec, J. S. (2018). *What is relatives' role in arthritis management? A qualitative study of the perceptions of patient-relative dyads*. (Soumis).