

ils doivent être aussi formés à la démarche éducative via la formation dite des « 40 heures », un diplôme universitaire ou un master en ETP. Cette formation initiale est nécessaire mais non suffisante. Une formation de suivi semble également importante. Au RESIC 38, elle prend la forme d'échanges de pratiques supervisés par un tiers concernant aussi bien les séances de bilan éducatif partagé que les séances éducatives thématiques collectives ou individuelles. Elle permet aux soignants engagés dans une pratique de l'ETP de clarifier leurs intentions vis-à-vis des patients et des autres soignants et de travailler sur l'écart qui peut exister entre leurs intentions éducatives et ce qu'ils font en réalité sur le terrain au quotidien. Il est aussi important que les soignants puissent clarifier leurs motivations par rapport à la pratique de l'ETP. Enfin la démarche éducative correspond pour la plupart à un changement de pratique qui s'inscrit dans le temps et qui doit être accompagné.

**4. Les professionnels interviennent dans le cadre d'un réseau de santé.** Ils sont donc soumis à des règles de fonctionnement (participation aux formations, partage de l'information, etc.). Il existe une cohérence du discours scientifique afin de ne pas perturber le patient par des messages dissociants... et une cohérence dans la prise en charge des patients. La cellule de coordination du réseau prend en charge le volet administratif de l'ETP avec la mise en place du dossier d'ETP papier, des supports et documents éducatifs. L'ensemble des comptes rendus des séances éducatives individuelles (BEP ou séances thématiques) est envoyé après accord du patient à l'ensemble des professionnels via la cellule de coordination du réseau. Le travail au sein d'un réseau de santé permet un accompagnement des professionnels dans leur pratique et l'évolution de leur pratique au quotidien.

**5. Les professionnels sont évalués à différents temps :** lors des formations réalisées par le réseau, par une grille d'auto-évaluation de leurs séances individuelles et collectives, lors de l'auto-évaluation annuelle du programme, par la lecture de leurs comptes rendus de séances individuelles. Si les évaluations mises en place sont une aide précieuse pour réajuster nos pratiques, elles ne permettent pas pour autant d'évaluer la relation qui se crée entre le patient et l'éducateur...

**Conclusion**

Afin de permettre à des patients atteints d'une maladie chronique d'avoir une éducation de proximité, il faut travailler avec les acteurs de santé libéraux de leur territoire.

Pour une éducation thérapeutique de qualité, il est nécessaire d'avoir des professionnels formés aussi bien à la pathologie qu'à la démarche éducative. La posture éducative se construit pas à pas au rythme de chacun. C'est un processus de formation évolutif, qui nécessite des évaluations régulières et des réajustements.

Les perspectives dans le cadre du réseau de soins RESIC 38 sont de délocaliser les séances thématiques collectives sur l'ensemble du territoire de l'Isère ou de réaliser des séances collectives via la télé-médecine car le bénéfice du groupe manque actuellement à nos patients qui ne peuvent se rendre à Grenoble.

Il est indispensable de poursuivre un travail collaboratif entre les patients, les professionnels de santé libéraux, les structures hospitalières publiques et privées et le secteur médico-social et entre les différents réseaux qui font de l'ETP sur le territoire de l'Isère. Le processus de formation des professionnels doit être accompagné et poursuivi.

**Références bibliographiques**

1. Ponikowski P et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;18:891-975.
2. Yancy CW et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013;128(16):e240-227.
3. Haute Autorité de santé. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? Avril 2015.
4. Van Spall HG et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2017 [Feb, 24].
5. Agence régionale de santé Rhône-Alpes. Cahier des charges pour l'appel à projet d'évolution des réseaux de santé en région Rhône-Alpes. Décembre 2014.
6. Duceux S et al. Éducation du patient : former et après ? Accompagner les professionnels pour accompagner des patients insuffisants cardiaques au sein d'un réseau de santé. *Education du patient et enjeux de santé* 2010;28(3):135-139.

**Quand les patients concourent à la formation des professionnels de la santé : l'exemple de l'Université de Montréal pourrait-il servir en France ?**

Luigi Flora\*

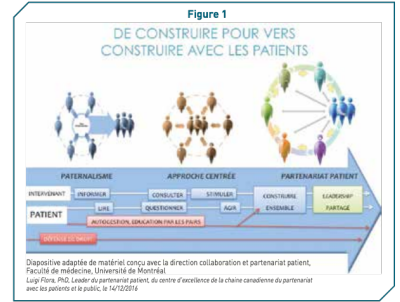
Si au cours des deux dernières décennies du 20<sup>e</sup> siècle, l'approche paternaliste des soins, dans laquelle le médecin décide pour le patient, a progressivement laissé la place aux approches centrées sur le patient, depuis le début de la seconde décennie du 21<sup>e</sup> siècle, une nouvelle approche apparaît comme adaptée pour faire face aux enjeux des systèmes de santé occidentaux, celle du partenariat de soin, du partenariat patient [1]. Alors que dans l'approche centrée, le patient est au centre des décisions, que ses valeurs et son vécu sont pris en considération dans un large éventail de pratiques développées selon cette conception, dans le partenariat patient, ce dernier est considéré comme un membre à part entière de l'équipe de soins. Sont intégrées dans cette dernière approche les initiatives les plus récentes telles la prise de décision partagée [2] et certaines approches d'éducation thérapeutique [3] qui proposent de nouvelles manières de favoriser l'implication du patient. Car, si les contributions de l'approche centrée sur le patient sont indiscutables et significatives, le médecin et les professionnels de santé qui l'entourent conservent dans ce modèle relationnel le monopole de la décision et du rôle de soignant.

Or, une profonde mutation s'est opérée depuis le développement de cette approche apparue avant l'émergence des sociétés de l'information et de la connaissance. Si l'augmentation constante du nombre de personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques et le vieillissement de la population étaient déjà en cours, se sont ajoutés des territoires dans lesquels les inégalités augmentent alors que la démographie médicale décline dans un contexte sociétal totalement bouleversé. De plus, le rapport à la santé s'est modifié avec dans un premier temps l'accès à une large information par le biais d'Internet, puis l'émergence d'une interactivité entre des citoyens devenant de plus en plus consommateurs de produits de santé ou acteurs dans leur soin, sinon auteurs. Cette interactivité s'est développée dans un premier temps dans le cadre des forums, entraînant un changement de comportements amplifié par les réseaux sociaux, pour aujourd'hui donner naissance à de nouveaux usages à partir du monitoring que permettent les objets connectés.

Cette mutation favorise l'appropriation des connaissances et des apprentissages comme leurs modalités de validation. Les « patients » sont aujourd'hui de plus en plus détenteurs d'expertises issues des savoirs expérimentels acquis [4]. Selon Angela Coulter, une chercheuse britannique, ils sont ainsi, en moyenne, au contact des professionnels

de santé 10 à 12 heures par an, alors qu'ils assurent jusqu'à 6 250 heures de soin (*care et cure*), soins et prendre soin, seuls et avec leurs entourages [5], soit 98 % du temps de soins[6].

C'est pour faire face à cette transformation sociétale que le modèle relationnel de « *partenariat patient* » a été conçu. Il l'a été avec et par des patients impliqués dans un bureau facultaire de la Faculté de médecine de Montréal. C'est ce groupe, en interrelation avec les enseignants cliniciens, qui a permis de s'affranchir de l'approche centrée sur le patient, en se basant sur



un partenariat entre les professionnels de santé et les patients. Nous devons cette avancée à un doyen de Faculté de médecine, Jean Rouleau, qui, en 2010, a donné à un patient pour mandat d'envisager avec les enseignants cliniciens le médecin du 21<sup>e</sup> siècle, une première mondiale.

C'est de cette maïeutique qu'est apparu un nouveau modèle relationnel (Figure 1). Une fois formalisée dans l'enseignement, cette approche, nommée par les voisins des États-Unis « *The Montreal Model* » [6], s'est révélée pertinente tant pour les soins des patients, qu'au service de l'organisation, améliorant même la qualité de vie au travail des professionnels de la santé [7]. C'est ce qui, aujourd'hui, permet une transformation systémique

\*Ph.D. Leader du partenariat patient, Centre d'excellence du partenariat avec les patients et le public, Centre de Recherche du centre hospitalo-universitaire de l'université de Montréal, Québec, Canada - Chercheur associé, Laboratoire EXPERICE, Paris Lumière, France.



de l'enseignement, des milieux de soins au Québec, et jusqu'à la recherche sur tout le territoire du Canada, car elle propose une réponse aux défis actuels de la santé des populations.

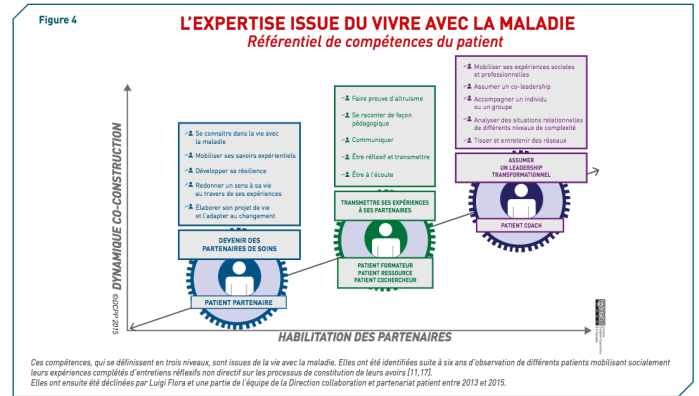
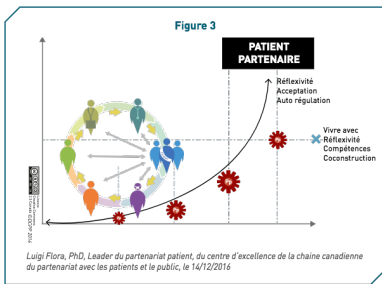
Les patients partenaires sont reconnus : 1) pour leurs savoirs expérimentiels de vie avec la maladie [4] et les compétences qu'ils mobilisent [8, 9] ; 2) comme des membres à part entière de l'équipe, et en cela sont considérés comme des soignants [1], et 3) comme les personnes légitimes pour prendre les décisions les plus adaptées [2] à leur projet de vie [10] [Figure 2].

Le principe fondamental se fonde sur le fait que tout patient est une personne accompagnée progressivement au cours de son parcours de soins pour faire des choix de santé libres et éclairés. Pour ce faire, son expérience

de vie avec la maladie est reconnue et contribue aux soins qui le concernent. Grâce aux compétences qu'il a acquises [11], l'équipe interdisciplinaire considère le patient comme un membre à part entière de l'équipe, s'attelle à renforcer ses capacités d'autodétermination [12] et d'autogestion [13]. [Figure 3]

Ces nouvelles pratiques et attitudes sont depuis 2012 enseignées dès la première année de formation en sciences de la santé. Elles concernent tant les cliniciens, les travailleurs sociaux que les administrateurs et les gestionnaires dès leur première année curriculaire [14]. Les équipes de soins sont accompagnées en développement professionnel continu dans les établissements et réseaux au Québec alors que les instituts de recherche se réorganisent au niveau canadien. Spécifiquement dans le cadre des études de médecine, plus de 350 patients formateurs sont aujourd'hui mobilisables et intégrés dans l'enseignement des compétences de communication, de collaboration inter-professionnelle et d'éthique clinique et médicale de la première à la septième année [15,16]. Ils sont sollicités à partir de leurs capacités à mobiliser des savoirs expérimentiels de la vie avec la maladie converties en compétences [Figure 4].

Selon ces compétences, ils participent aux diverses formes d'enseignement proposées, mais également à l'élaboration des séquences pédagogiques et à la réflexion en tant que co-décisionnaires sur la cohérence du continuum d'enseignement. La question qui se pose aujourd'hui pour la France est la suivante : le modèle relationnel du patient partenaire et la transformation des pratiques et des attitudes qu'il entraîne, co-conçus à partir de travaux menés par des Français, sur la base des concepts et de méthodologies stabilisés, sont-ils ou non une opportunité à saisir et à développer ?



Références bibliographiques

1. Karazivan P, Dumez Y, Flora L, Pomey M-P, Fernandez N, Guadiris S, Del Grande C, Jouet E, Las Vergnas O, Lebel P. The Patient as Partner in Care: Conceptual Grounds for a Necessary Transition. *Academic Medicine* 2015;90(4):437-41.
2. Legaré F, Turcotte S, Stacey D, Ralte S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient* 2012;5(1):1-19.
3. Flora L. Savoirs expérimentiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. *Éducation permanente* 2013;15:59-72.
4. Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérimentiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de formation - Analyse* 2010;59-59:13-94.
5. Coulter A. *Engaging patients in healthcare*. University of Oxford, UK : Open University Press, 2011.
6. Vanier MC, Dumez Y, Drouin E, Brault I, MacDonal SA, Boucher A, Fernandez N, Levert MJ et al. Université de Montréal Case Study. Partners in Interprofessional Education: Integrating Patients-as-Trainers. In *Proceedings of the Josiah Macy Jr Foundation 2014 Conference: Engaging Patients, Families and Communities to Link Interprofessional Practice and Education*, 3-6 avril 2014. Washington. Disponible en ligne : <http://macyfoundation.org/publications/publication/partnering-with-patients-families-and-communities-to-link-interprofessional>
7. DCCP. Programme partenaires de soins, rapport d'étape (2011-2014) et perspectives. Direction collaboration et partenariat patient du centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal, 2014.
8. Flora L. Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. Université Vincennes-Saint-Denis-Paris 8 Campus Condorcet, thèse de doctorat en sciences de l'éducation, 2012.
9. Flora L. Le patient formateur : nouveau métier de la santé ? Comment les savoirs expérimentiels de l'ensemble des acteurs de santé peuvent relever les défis de nos systèmes de santé. Sarrebruck, Allemagne : Presses Académiques Francophones, 2015.
10. Arana Ibaña CE. L'élaboration du projet de vie chez les jeunes adultes. Université de Fribourg, Suisse, 2006.
11. Flora L. Un référentiel de compétences de patient : pour quoi faire ? Du savoir expérimentiel des malades à un référentiel de compétences intégré : l'exemple du modèle de Montréal. Sarrebruck, Allemagne : Presses Académiques Francophones, 2015.
12. Chaire TSA Technologies - Soutien - Autodétermination. À la découverte de l'autodétermination. *Info-Clic TSA* 2009;1(2):7-9.
13. Lorig K et al. Chronic Disease Self-Management Course Leader's Manual. Palo Alto, CA : Stanford Patient Education Research Centre, 1999.
14. Vanier M-C, Flora L, Lebel P. Un professionnel de santé qui exerce une pratique collaborative en partenariat avec le patient. In Peláez T. (Dir.) *Comment former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*. Bruxelles : De Boeck, 2016.
15. Dumez Y. La participation du patient à la formation médicale à l'Université de Montréal. *Santé en devenir - relever la performance du système de santé*. Institut d'analyse stratégique et d'innovation, centre universitaire de santé McGill, 2015.
16. Flora L, Berkesse A, Payot A, Dumez Y, Karazivan P. L'application d'un modèle intégré de partenariat patient dans la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé. *Le Journal International de Bioéthique et d'éthique des sciences* 2016;27(1):57-72.
17. Flora L. Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris 8, Campus Condorcet, 2012.

## Quand les patients se forment à l'éducation thérapeutique...

Philippe Savary\*, Alessandra Pellicchia\*\*

**Que se passe-t-il quand des patients se forment à l'éducation thérapeutique ? Cet article propose quelques éléments de réponse. La première partie présente un modèle de formation spécifiquement conçu dans le cadre d'une recherche collaborative. Dans la deuxième partie, un des patients formés se fait porte-parole des témoignages des participants à cette formation.**

### Contexte

Les recommandations de la Haute Autorité de santé de 2007 indiquent que l'éducation thérapeutique du patient (ETP) « doit se construire avec le patient », c'est-à-dire que des patients et/ou associations de patients doivent être impliqués dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation du programme éducatif.

Si d'un côté la réalisation effective de ce critère de qualité reste difficile pour beaucoup d'équipes, de l'autre, les patients « experts », « intervenants », « ressources »... sont prêts à prendre leur place au sein des équipes. Cela afin d'aider d'autres patients, mais également pour « reprendre du pouvoir » sur leur propre santé.

Notre projet, qui s'inscrit dans cette zone de tension, a pour finalité de mieux comprendre l'articulation et la complémentarité de visions et de compétences entre les professionnels et les patients-intervenants.

L'intervention des pairs a déjà fait ses preuves. Le partenariat entre professionnels de santé et patients intervenant auprès d'autres patients apparaît bénéfique : pour les professionnels en termes d'évolution de leur pratique, pour les patients-intervenants en termes d'empowerment et d'estime de soi, pour les patients bénéficiaires en favorisant une meilleure gestion de la maladie au quotidien...

C'est pourquoi nous nous sommes mobilisés afin de proposer un dispositif structuré mais souple, pour accompagner, dans des contextes différents, les projets d'intégration de patients en tant que collaborateurs dans des programmes d'ETP. Nous souhaitons que cette expérience se révèle enrichissante et durable pour tous les acteurs et bénéficiaires.

L'association de patients Actions Traitements a été le promoteur de ce projet grâce à un financement de la Direction générale de la santé (DGS).

### La co-construction de la formation

Le projet a duré de 2014 à 2016. La finalité était de favoriser l'implication et l'intervention des patients-intervenants dans des séances collectives d'éducation thérapeutique, notamment par une action de formation et d'accompagnement à la mise en place de ces séances, en co-animation avec un professionnel de santé. Pour y parvenir, un des objectifs a été de créer un canevas

de formation et de le mettre en œuvre. Il s'est agi ensuite d'en déduire des enseignements et de développer à partir de cette expérience quelques axes et recommandations à l'usage des équipes qui veulent se lancer dans ces nouvelles pratiques. Ce travail s'inscrit en complémentarité du Guide de recrutement de patients-intervenants publié par la DGS en 2014, et d'autres expériences déjà existantes dans ce domaine. À ce projet a été associé un protocole de recherche collaborative visant à identifier et analyser les facteurs facilitant la réussite et le développement de ce type d'expériences.

Nous avons créé une formation spécifique pour les patients-intervenants intégrant un accompagnement à la mise en pratique des compétences de co-animation acquises, sur une durée totale de 48 heures. Nous avons pu identifier un certain nombre de facteurs facilitateurs et, dans la mesure du possible, nous les avons intégrés au fur et à mesure dans notre action.

La formation a été co-construite avec des professionnels et des patients experts. Elle inclut différentes modalités :

- des journées de formation entre patients-intervenants
- des temps de formation avec les professionnels de santé
- des observations d'ateliers déjà en place
- un accompagnement sur mesure et sur site pour la mise en œuvre des interventions (réunions, supervisions...)
- une analyse et un retour d'expériences avec les professionnels de santé et les patients-intervenants formés.

### La co-évaluation de la formation

L'évaluation et le suivi de la formation ont été confiés à un groupe reflétant la diversité des acteurs impliqués :

- 22 patients-intervenants formés et accompagnés jusqu'à la mise en place de leur première séance, concernés par différentes pathologies chroniques : cardiaques, rhumatologiques, diabète, VIH et/ou VHC
- 8 programmes d'ETP (Montpellier ou région parisienne)†

Les résultats sont très encourageants :

- les patients-intervenants en ont retiré une grande satisfaction, et la grande majorité souhaite poursuivre ces actions de co-intervention
- les professionnels de santé sont demandeurs et prêts à évoluer dans ce sens.

Au-delà de la réalisation des séances collectives co-animées, ce projet a créé une réelle dynamique au sein des équipes. Les patients-intervenants jouent un rôle de vecteur d'innovation et de remise en question des pratiques professionnelles existantes.

### Ce qu'en disent les patients formés

« Lorsque nous avons intégré la formation dispensée par Actions-Traitements, nous n'étions que de "simples" patients, assez peu au fait de ce qu'était l'éducation thérapeutique (à l'exception de quelques-uns qui avaient déjà un long parcours associatif). Venant de divers horizons,

atteints de différentes pathologies, nous étions néanmoins tous enthousiasmés à l'idée de vivre cette aventure qui allait faire de nous des patients-intervenants. Accueillissant ainsi une véritable révolution personnelle qui, de notre statut de patients/passifs, nous a fait passer à celui d'intervenants/acteurs engagés dans le processus de soins.

Cette formation nous a été proposée par les soignants, médecins, infirmières, kinés, qui nous suivent comme patients au long cours. Et c'est sans doute parce qu'ils nous connaissent depuis longtemps qu'ils ont senti chez nous l'envie de partager une expérience, un vécu de plusieurs années pour la plupart d'entre nous.

En effet, si nos histoires sont toutes différentes, nous avons en commun un parcours long, difficile et souvent douloureux. Par certains aspects il s'agit d'un véritable apprentissage, qui nous a conduits à une réflexion profonde sur ce qu'est la maladie et comment elle impacte nos vies dans toutes ses facettes.

Cet apprentissage se fait bien souvent en dehors de l'institution médicale, parfois même en contradiction avec le discours des professionnels de santé. En tant que malades, il nous a donc été nécessaire de définir, au fil du temps, nos propres critères de qualité de vie, de "bien-portance", de nous approprier pleinement nos propres pathologies afin de créer les conditions de notre autonomie.

Il nous devient alors possible d'aider nos semblables, ceux qui entrent dans la maladie comme ceux qui en souffrent depuis plusieurs années et éprouvent des difficultés à vivre avec elle. Ceci évidemment sans tomber dans une posture compassionnelle mais au contraire dans la recherche d'un accompagnement constructif. Cette envie est aujourd'hui partagée et encouragée par les professionnels de santé.

L'éducation thérapeutique a déjà fait ses preuves pour la recherche d'une meilleure qualité de vie, donc de santé pour les malades. Elle permet aussi une meilleure compréhension et une meilleure collaboration entre

les patients et les soignants qui deviennent alors partenaires dans les parcours de soins.

Cette formation nous a donné une légitimité ainsi qu'un cadre qui structure cette démarche. Elle a également permis à chacun des participants de confronter sa propre expérience avec celle des autres, aidant ainsi à construire une réflexion collective autour de la vie avec la maladie, quelle que soit la pathologie.

Forts de cet apprentissage, et après une période d'observation au sein des différents ateliers d'éducation thérapeutique, nous avons pu commencer à tenir notre rôle de patient-intervenant aux côtés des soignants. Après quelques mois de pratique nous sommes nombreux à vouloir nous impliquer plus avant en participant activement à l'élaboration, la mise en place et l'animation des séances d'ETP.

Cependant, même si chacun de nous a été "parrainé" par un membre de l'équipe soignante de l'hôpital dont il dépend, certains soulignent qu'il est parfois difficile de trouver sa place dans un processus déjà établi. C'est pourquoi il semble nécessaire que nous développiions ensemble, avec les soignants, une culture commune tout en veillant à ce que chacun reste bien sûr conscient des limites de son rôle.

Certains d'entre nous ont maintenant la volonté d'aller plus loin, en s'engageant dans la conception même des ateliers d'éducation thérapeutique, voire en suivant une formation aboutissant à un diplôme universitaire. Il est également souhaitable de nous ouvrir à d'autres approches de l'éducation thérapeutique telle qu'elle est pratiquée dans les diverses pathologies concernées. Et de confronter notre expérience à celle des associations de malades et d'usagers de l'hôpital.

Pour continuer, nous insistons encore une fois sur la nécessité de poursuivre à construire une culture commune entre soignants et patients-intervenants : cela suppose le partage de connaissances, d'outils, de méthodes et la création d'un langage commun ».

### Notes

† Comité de pilotage : Alessandra Pellicchia, Actions Traitements, coordination du projet, Montpellier ; Nicolas Gateau, Actions Traitements, portage du projet, Paris ; Agnès Certain, Pharmacien, Commission ETP Groupe Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine, Xavier de la Tribonnière, Médecin, UTEP CHU Montpellier ; Véronique Fleury, Médecin en santé publique, expert ETP, Paris ; Diana Laguerre, Pharmacien, expert ETP, Paris ; Djiha Diallo, COREVIH Île de France Nord ; Céline Vider, Fondation Maison des Champs, Paris ; Carole Damien, Patient-intervenant, Montpellier ; Ridwan Mohammed, Patient Expert AFD - Fédération Française des Diabétiques, Montpellier ; Olivier Gross, Chercheur associé Laboratoire Éducatif et Pratiques de Santé - EA3412, UFR Santé-Médecine et Biologie Humaine - Université Paris 13, formateur de patients-intervenants.

### ‡ Programmes d'ETP partenaires :

VIH CHU Bichat - Coordonnateur : Dr A. Certain, pharmacien ; VHC REVHEPAT / CH Beaujon - Coord. : Dr N. Boyer ; Polyarthrite rhumatoïde CHU Bichat - Coord. : Dr S. Ottaviani - Référent : M. Lefort (CDS) ; Maladies cardiaques CH Corenlin Coton - Coord. : Dr MC. Liou - Référent : Dr F. Ledru ; VIH CHU Montpellier - Coord. : Dr N. Aloui ; VHC Réseau Ville Hôpital Hôpitaux LR/CHU Montpellier - Coord. : Fr D. Larrey ; Lombalgie chronique et Spondylarthrite CHU Montpellier - Coord. : Dr I. Tavares et Fr J. Morel ; Diabète CHU Montpellier - Coord. : Dr C. Boegner

### Références bibliographiques

1. Abidli Y et al. Proposition d'une méthode conceptuelle d'accompagnement du patient partenaire de soins. Santé Publique 2015;111:31-39.
2. Barrier P. Le Patient Autonome. Paris : Presses Universitaires de France, 2014.
3. Bonino S. Vivre la maladie : ce lien qui me rattache à la vie. Bruxelles : De Boeck, 2008.
4. Cohen JD, Tropic Chirolo S. Les patients dans les programmes d'ETP. Revue du rhumatisme monographies 2013;80:197-201.
5. Colinet S. Carrière de la personne atteinte de maladie chronique et éducation thérapeutique. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2010;20:1509-16.
6. Gross O, Gagnayre R. Hypothèse d'un modèle théorique du patient-expert et de l'expertise du patient : processus d'élaboration. Recherches qualitatives 2013;HS 15:147-165.
7. Hervier B et al. Intervention des patients dans l'animation d'un programme d'éducation thérapeutique dédié au lupus systémique : définitions, mise en place et bénéfices. Rev Med Interne 2015;36(10):645-50.
8. Marin C. La Maladie, catastrophe intime. Paris : Presses Universitaires de France, 2014.
9. Pomey MP et al. Le « Montreal modèle » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique 2015;HS(15):41-50.
10. Sanchez E, Monod-Ansaldi R. Recherche collaborative orientée par la conception. Éducation et didactique 2015;9(2):73-94.

\*Patient-intervenant, Paris  
\*\*Pédagogue de la santé, Montpellier