



SANTÉ ÉDUCATION

EX DIABETE EDUCATION

VOLUME 22 n°2

JUIN 2012

ISSN 0753-3454

— Journal de l'Afdet- Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique —

édite

DIABÈTE DE TYPE 2 : EDUCATION PRÉVENTIVE PLUTÔT QUE THÉRAPEUTIQUE ?

GUILLAUME CHARPENTIER - SYLVIA FRANC

CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN (CHSF) ET CENTRE D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE POUR L'INTENSIFICATION DU TRAITEMENT DU DIABÈTE (CERITD)

Compte tenu de son expansion mondiale, d'allure « épidémique et de sa survenue de plus en plus jeune, liée à l'urbanisation et à l'occidentalisation mondiale des modes de vie, et, en conséquences, de son poids social et économique devenant énorme, la prévention du diabète de type 2 (DT2) sera une des préoccupations majeures des systèmes de santé dans les décades à venir.

Jusqu'à présent les efforts ont été portés vers des adultes à risque facile à identifier (surpoids abdominal et discrète dysglycémie). La douzaine de grandes études prospectives internationales dont le « Diabetes Prevention Program » (DPP) est l'archétype, ont montré que des programmes « agressifs » centrés sur la modification drastique des habitudes alimentaires (régime hypolipidiques (< 25% de la ration calorique) et hypocaloriques, visant une réduction pondérale de 7% dans le DPP par exemple) et de l'activité physique (150 mn de marche rapide par semaine dans le même exemple) (1), permettent de réduire d'environ 50% la survenue du diabète dans les années à venir. C'est-à-dire que de tels programmes permettent de reculer de quelques années la survenue du diabète mais non de le prévenir. Il y a sans doute 2 raisons à ce succès en demi-teinte : Les mesures de prévention hygiéno-diététiques proposées sont contraignantes, difficiles à maintenir dans la durée, et les résultats restent décevants. En effet, ces mesures interviennent alors que le processus pathogène est à l'œuvre depuis des dizaines d'années avec une destruction probablement irréversible du pancréas endocrine.

L'alternative pourrait être d'intervenir plus tôt, dès l'enfance ou l'adolescence, quand habitudes néfastes et accumulation de graisse intra-abdominale le plus souvent irréversibles, ne sont pas encore installées. Encore faudrait-

il pouvoir repérer ces individus jeunes à haut risque de développer ultérieurement un diabète, mais ne présentant alors aucune anomalie clinique ou biologique. Le caractère familial du DT2 étant bien établi, les sujets « cibles » pour la prévention sont donc à rechercher parmi les enfants de diabétiques.

Toutefois la prévalence du diabète est de l'ordre de 30% quand un des parent est atteint, 60% si les 2 le sont (2). Il est nécessaire de disposer d'outils prédictifs dans ces familles à haut risque, afin d'envisager une prévention ciblée sur les sujets les plus à risque. C'est le but du projet « Descendance » dont la grande presse s'est récemment fait l'écho. Ce projet, qui implique une dizaine d'équipes françaises, vise à créer une équation de risque de survenue du diabète à l'âge adulte, à partir de 3 éléments : les « gènes à risque » des 2 parents transmis aux enfants, les habitudes alimentaire et d'activité physique familiales et le morphotype des sujets, enfin l'existence d'un diabète gestationnel chez la mère. Pour réussir un tels projet, il faut la participation de 500 familles atteintes sur 2 générations, sujets atteints mais aussi (et surtout !) indemnes. D'où l'appel à « volontaires » dans les médias à travers un N° vert (0800 300 341).

Mais une fois cet outils prédictif validé et disponible en routine, qu'en faire ? Des programmes d'éducation thérapeutique préventive commencent à être proposés dans ces familles à haut risque (3). Quant à l'utilité, la faisabilité et l'efficacité de proposer à ces sujets à haut risque familial de diabète, une information sur leur risque génétique de développer un diabète à terme, des études randomisées commencent à se mettre en place pour tenter de l'évaluer, en postulant que cela pourrait constituer un important facteur de motivation (4). L'idée que le DT2 est une maladie familiale, où gènes et comporte-

SOMMAIRE

Éditorial : Diabète de type 2 : Education Préventive plutôt que Thérapeutique ? ... P.1
Guillaume Charpentier

De la théorie à la pratique : Intérêt des Formations - Actions pour favoriser l'interdisciplinarité, nécessaire à la mise en place des programmes ETP : expérience de la formation MYRIADE ETP dans le champs du VIH ... P.2
X. de la Tribonnière, M-P. Pennel, C. Carillo

Santé et pédagogie : Les outils en ETP ... P.6
Christiane Mauvezin

Santé et philosophie : Quelques pistes pour améliorer l'appétence au soin que le patient se donne à lui-même ... P.8
Philippe Barrier

Brèves de consultation : Simone ... P.
Laurent Chambau

ment familiaux s'intriquent pour propulser l'éclosion de ce qui sera sans doute la maladie du 21^e siècle, ouvre des perspectives pratiques considérables aux soignants impliqués dans la prise en charge de ces patients et désormais de leur famille.

Bibliographiques

1. Hamman R et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2102
2. Groop L et al. Metabolic consequences of a family history of NIDDM (the Botnia study): evidence for sex-specific parental effects *Diabetes* 1996;45:1585
3. Heideman WH et al. DiAlert: a lifestyle education programme aimed at people with a positive family history of type 2 diabetes and overweight, study protocol of a randomised controlled trial *BMC Public Health* 2011;11:751
4. Cho AH et al. Effect of genetic testing for risk of type 2 diabetes mellitus on health behaviors and outcomes: study rationale, development and design *BMC Health Service Research* 2012;12:16

de la théorie à la pratique

INTERET DES FORMATIONS-ACTIONS POUR FAVORISER L'INTERDISCIPLINARITE, NÉCESSAIRE A LA MISE EN PLACE DES PROGRAMMES ETP : EXPÉRIENCE DE LA FORMATION MYRIADE ETP DANS LE CHAMP DU VIH

X. DE LA TRIBONNIÈRE 1,2,3,4, M.-P. PENNEL 1,2,3, C. CARILLO 1

1 FORMATEURS MYRIADE FORMATION, MONTPELLIER - 2 SERVICE UNIVERSITAIRE DES MALADIES INFECTIEUSES, CH TOURCOING
3 UNITÉ TRANSVERSALE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE (UTET), CH TOURCOING - 4 UCAPES, CHU MONTPELLIER, À PARTIR DE JANVIER 2012

CONTACT : XDELATRIBONNIERE@GMAIL.COM - SOUMIS EN JANVIER 2012

RÉSUMÉ

Introduction

De part la loi, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont amenés à s'implanter dans les services spécialisés en France, notamment dans le champ du VIH. Or, on s'aperçoit que leur mise en place et leur fonctionnement à moyen constant est laborieuse. L'expérience amène à revoir le mode d'organisation des services et les besoins de formation.

Méthode

Dans le champ du VIH, nous avons élaboré une formation-action insistant particulièrement sur le concept d'interdisciplinarité. Nos formations sont labélisées par la SFLS.

Résultats

Quatre formations-action ont été assurées entre 2008 et 2011 pour 59 participants. Elles ont eu lieu dans les centres hospitaliers et ont concerné un service universitaire et 5 non universitaires (1 formation a associé 3 centres). Une association de patient a été intégrée dans une formation, et une autre s'est greffée à son terme. Les mêmes professionnels étaient réunis au même endroit et au même moment. La durée et la répartition des jours ainsi que le contenu étaient à chaque fois différents, adaptés aux besoins des personnels. Un travail de construction a pu se faire par les équipes pendant les intersessions. Les programmes, l'organisation et les outils pédagogiques ont été repensés et élaborés selon un modèle original répondant aux nécessités de chaque service.

Conclusion

A côté des formations initiales et individuelles sur l'ETP, le format des formations-action cor-

respond aux besoins d'organisation pratique en équipe, dans un esprit de pluri et surtout d'interdisciplinarité

INTRODUCTION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est instituée depuis plusieurs années en France, notamment grâce aux recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2007 (1) définissant un format global, à la loi HPST de 2009 (2), ainsi qu'aux décrets d'application d'août 2010 de la loi HPST sur l'ETP (3, 4). Dans le domaine de l'infection à VIH, la démarche de l'ETP est recommandée depuis plusieurs années (5, 6, 7, 8).

Ces recommandations ou réglementations sont soutenues par la mise en évidence de l'efficacité quantitative et qualitative de programmes structurés dans le champ du VIH, comme en atteste par exemple, une étude niçoise de 2003 démontrant l'efficacité mesurée sur des critères biomédicaux avec comparaison avec un groupe sans intervention (9), ou une étude lyonnaise plus récente à partir d'une enquête de satisfaction des usagers (10). Ces résultats positifs rejoignent d'ailleurs ceux de la méta-analyse récente portant sur 8 pathologies chroniques (hors VIH) parue en 2010 (11).

Malgré ces facteurs incitatifs, l'opérationnalité des programmes d'ETP pour le VIH tels qu'ils sont définis avec l'approche bio-médico-psycho-sociale paraît difficile et laborieuse (12). Dans les faits, ces programmes ont été longtemps et sont encore souvent exclusivement portés par 1 ou 2 infirmière(s) (IDE) davantage impliqué(e)s et se limitent fréquemment l'obtention d'une observance optimisée des patients vis-à-vis de leur traitement antirétroviral (12). Ces professionnels sont souvent isolés dans cette fonction au sein de leur équipe. Ils sont d'autant mieux « tolérés » qu'ils

fonctionnent en autonomie, voire autarcie, et qu'ils n'impactent pas trop le fonctionnement des autres soignants tout en rendant service pour gérer les patients présentant de grandes inobservances.

Le changement culturel engendré par la proposition d'élargir l'intervention au-delà de la simple observance et d'aider le patient s'il le souhaite à intégrer d'autres compétences de savoir, savoir-faire et savoir-être aboutissant à une plus grande autonomie, nécessite une adaptation de l'action éducative des équipes, ainsi que l'acquisition de compétences spécifiques et mutualisées (13, 14, 15). Des études sur les besoins éducatifs des patients infectés par le VIH montrent l'étendue des domaines à aborder, dépassant largement le simple contexte biomédical (16).

Le développement des compétences d'équipe requiert de passer de la pluri à l'interdisciplinarité, c'est-à-dire de traverser les frontières des disciplines. Ce changement de concept nécessite une formation à mieux travailler ensemble, donc une formation d'équipe.

Parmi beaucoup d'autres formations, et notamment de formations-action, nous avons créé en 2008 une formation-action spécifique ETP visant à répondre à ce défi *. Le but est d'aider une équipe hospitalière à structurer son programme d'ETP « sur mesure », pour pouvoir fonctionner correctement à moyen constant dans un premier temps (17). Nous nous proposons d'analyser les résultats obtenus de celles appliquées uniquement au champ du VIH sur les 4 dernières années.

METHODOLOGIE

Objectifs

L'objectif principal de la formation-action MYRIADE ETP est d'aider à mettre en place ou

d'optimiser un programme d'éducation viable, fonctionnel et valorisable au sein d'une équipe hospitalière pluri et interdisciplinaire spécialisée dans la prise en charge de l'infection à VIH.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- Aider à créer, à organiser et à mettre en œuvre concrètement le programme d'ETP en suivant les recommandations officielles.
- Aider à savoir travailler ensemble autour de ce projet.
- Optimiser les façons de communiquer avec le patient et entre collègues dans le service, dans l'hôpital et avec les autres institutions de santé ou associative de patients.
- Aider à prévoir l'évaluation et à valoriser le programme d'ETP.
- Aider à obtenir, si ce n'est pas encore fait, une autorisation du programme par l'ARS.

Formateurs

Le principe de bénéficier de deux formateurs en ETP, l'une infirmière et ingénieur en ETP, l'autre médecin a été retenu. L'écoute plurielle des participants est favorisée par ce type de binôme.

Principaux éléments du contenu

Avant le début de la formation, le contenu est défini avec des représentants de l'équipe et selon leurs besoins et désirs. L'orchestration du tout est assurée par les formateurs.

- Travail sur les valeurs propres à l'équipe
- Echanges autour des recommandations de l'HAS et de la directive ministérielle d'août 2010 de la Loi HPST
- Création ou optimisation des différents supports et outils pédagogiques du programme (feuille d'information, charte du service, consentement, diagnostic éducatif, questionnaires, objectifs, plan personnalisé, évaluations, ...)
- Définition des objectifs de sécurité et spécifiques ainsi que ceux du soignant, et établissement d'un plan personnalisé
- Entraînement aux méthodes pédagogiques pour travailler sur les objectifs du patient
- Définition sur la place et le rôle de chacun et organisation générale du service autour de l'ETP
- Reconnaissance des facteurs favorisant ou limitant l'observance

- Mise en place d'un dispositif d'évaluation pour le patient, le soignant et le programme
- Amélioration des outils de communication internes et externes à l'équipe autour de l'ETP
- Valorisation du programme sur les plans financier et scientifique
- Approfondissement des compétences de communication entre soignants et soignés (empathie, écoute active, reformulations, projections, ...)
- Aide à la rédaction du dossier ARS d'autorisation (si non déjà obtenu) ou travail sur l'autoévaluation à 1 an

Lieu et personnes formées

- Entre 9 et 18 professionnels de l'équipe par groupe, pouvant inclure des représentants d'association de patients.
- Au moins un professionnel par équipe capable et volontaire pour coordonner le programme
- Présence de représentant(s) de toutes les catégories professionnelles du service (médecin, IDE et cadre de soin, aide-soignant(e) (AS), pharmacien, psychologue, assistante sociale, secrétaire ...) et éventuellement un ou des représentant(s) d'association de patients.
- Accord et soutien du médecin chef de service, du cadre du service, de l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) de l'hôpital si elle existe et du service de formation continue.

Déroulement

- Entre 3 et 6 jours espacés par des intersessions
- Durée totale : entre 6 et 12 mois.

Moyens pédagogiques

L'animation repose sur une variété de méthodes pédagogiques et un cadre sécurisant

- Dynamique d'action collective: 1 + 1 = 3...
- L'alternance de méthodes pédagogiques:
 - Brainstorming
 - Echanges en grands et petits groupes
 - Exposé (PowerPoint)
 - Jeux de rôle
 - Exercices de groupe
 - Films témoins
 - Simulations de situations d'éducation
 - Analyses des pratiques,
 - Etude de cas concret, de cas problème, d'incident
 - ...

Evaluation

- Systématique, orale et écrite
- Rapport final rédigé par les formateurs et validé par les participants

Ethique

Les formations-action MYRIADE ETP s'appuient sur une éthique humaniste tant au niveau des participants et des règles de confidentialité, qu'au niveau des patients, qui doivent être placés au centre du dispositif. Le but de l'ETP est de permettre au patient, s'il le souhaite, d'acquérir des compétences pour étendre ses propres compétences à comprendre, accepter et gérer sa maladie chronique. En aucun cas, il ne s'agit d'établir un quelconque formatage, ni une réglementation qui s'appliquerait autant aux patients qu'aux soignants.

Habilitation

Par délégation de l'HAS, la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS) a habilité la formation Myriade ETP depuis janvier 2009

RESULTATS

Au total, ces 4 formations ont été assurées auprès de 7 équipes hospitalières ainsi qu'une association de patients, soit un total de 59 participants.

Les formations ont eu lieu in situ et ont concerné les services des maladies infectieuses du CHU de Nîmes, de dermatologie/VIH du CHG de Valenciennes, de prévention santé/VIH du CH de Lens, d'Hématologie/VIH du CHG de Dunkerque, de Néphrologie/VIH du CHG de Boulogne sur Mer, et du service de soins de suite du CHG de Zuydcoote. Les 3 derniers établissements ont bénéficié d'une formation commune à laquelle a été associée l'association de patients ADIS.

Les modalités en termes de durée étaient à chaque fois différentes (1 ou 2 sous groupes par service, entre 3 et 5 jours de formation sur 1 an). Des intersessions de plusieurs semaines séparaient les journées de formation permettant la mise en place progressive du programme.

Le principe a été de réunir en même temps les professionnels, médecins, infirmières, assistantes sociales, psychologues, diététiciennes, secrétaires, aide soignantes... Ils ont été, pour la grande majorité, présents à toutes les journées de la formation ce qui a assuré une stabilité du groupe et une co-construction cohérente des programmes.

* La société Myriade Formation organise de nombreuses autres formations dans le domaine des relations humaines auprès de professionnels du soin hospitaliers ; d'autres formations-actions en ETP sur d'autres pathologies chroniques ont aussi eu lieu et ne sont pas spécifiées dans cet article



... suite page 3

Dans 2 cas (Nîmes et Lens), quasiment tout le service a pu être formé. A Valenciennes, 12 professionnels volontaires représentant plus des 2/3 du service étaient présents ; la dernière journée, des représentants de l'association AIDES étaient présents. Dans la dernière formation, entre 2 et 5 représentants volontaires de chaque service étaient réunis.

Les productions de chaque groupe, tant au niveau de l'organisation que des outils ont été repensés à chaque fois et élaborées différemment, selon un modèle original répondant aux besoins de chaque service.

La plupart des programmes réalisés intègrent des consultations individuelles. Dans un cas, celui de l'association ADIS, des ateliers collectifs thématiques extra hospitaliers ont été structurés dans la suite de ceux qui existaient déjà.

La satisfaction des participants a été mesurée à l'aide d'un questionnaire préétabli au terme de la dernière journée du cycle de formation. Elle est globalement très positive, tant sur le plan global que sur les aspects pédagogiques, relationnels ou organisationnels.

Une évaluation plus générale ayant trait à la mise en place réelle des programmes, c'est-à-dire l'autoévaluation à 1 an, n'a pu être réalisée en raison du recul insuffisant depuis leur début après l'autorisation de l'ARS.

A l'issue de la formation, des dossiers de demande d'autorisation ont pu être établis et envoyés aux ARS respectives. L'autorisation a été obtenue dans les 3 premiers cas, et en attente pour les centres de la dernière formation.

DISCUSSION ET CONCLUSION

En constatant la réalisation effective des programmes, leurs fonctionnements réels, les autorisations des ARS, ainsi que le fort taux de satisfaction, ce type de formation-action répond, à notre sens, aux défis de la mise en place à moyen constant d'un programme hospitalier en ETP dans le cadre de l'infection à VIH.

La limite de cette étude est le faible nombre de formations-action. Cependant, constatant les difficultés d'organisation à moyen constant de l'ETP dans les services, il nous a semblé intéressant de communiquer dès maintenant sur ces expériences.

Ce type de formation collective a permis pour chaque service de mettre en place un programme détaillé et cohérent, ayant reçu l'assentiment, l'implication et la satisfaction des participants. Une auto-évaluation du programme lui-même sera établie dans chaque centre une année après la date d'autorisation de l'ARS. Les modifications itératives pour optimiser le programme seront également des preuves évaluatives du programme.

Concernant les 6 services localisés dans la région Nord Pas-de-Calais, la force des 3 démarches a été d'homogénéiser les formations en ETP sur tout le COREVIH Nord (Coordination Régionale sur le VIH). Sauf erreur de notre part, c'est la seule expérience en France de ce type dans le champ du VIH. De plus, au cours de la dernière formation réunissant des professionnels des CH de Dunkerque, Boulogne sur Mer et des soins de suite de Zuydcoote avec l'association ADIS, des liens forts ont été tissés au cours de l'élaboration commune des programmes entre ces trois structures hospitalières, de moyen séjour et associative, amenant une cohérence sur la Cote d'Opale en matière de structuration des programmes d'ETP. Dans le Nord, une nouvelle formation-action complémentaire va avoir lieu en 2012 au sein de l'association AIDES qui permettra de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, et entre le monde associatif et le monde hospitalier.

Il est à souligner qu'au sein de l'association ADIS, des ateliers collectifs d'éducation ont été créés. Cette démarche collective est réputée difficile à mettre en place dans le champ du VIH en raison de la confidentialité et de la stigmatisation qui caractérisent l'infection à VIH.

Ces ateliers thématiques ont été créés en s'inspirant de l'expérience des soignants du service universitaire des maladies infectieuses du CH de Tourcoing qui ont développé ce concept avec succès depuis plus de 4 ans (18).

Outre les nécessaires compétences individuelles en ETP des soignants, l'expérience de ces formations-action met en exergue la notion de compétences d'équipe (15).

Le développement de ces compétences spécifiques est nécessaire à la bonne marche d'un programme en ETP. Elles font d'ailleurs l'objet d'une reconnaissance dans le référentiel en ETP publié récemment par l'Institut National de Prévention pour la Santé (INPES) (15).

Il y a de nombreux facteurs limitant à la mise en œuvre de l'ETP dans un service hospitalier

(19): une difficulté à établir l'interdisciplinarité, c'est-à-dire à travailler ensemble et en concertation autour du patient, l'absence de financement immédiat et donc de fonctionnement à moyens constants, le manque de personnel, le manque de temps, les difficultés organisationnelles, les éventuelles difficultés de relations humaines, certains historiques des services concernant l'ETP, l'implication ou pas des responsables médicaux et paramédicaux, l'organisation architecturale avec notamment une pièce dévolue aux consultations et/ou aux ateliers d'ETP, l'existence ou pas au sein de l'hôpital d'une Unité transversale d'Education Thérapeutique (UTET), les axes politiques de développement de l'ETP au sein du COREVIH, le rôle des associations de patients, etc ...

Parmi les facteurs sus nommés, le rôle de l'interdisciplinarité est particulièrement important. En effet, il est un fait que le fonctionnement des services hospitaliers ont depuis le début intégré la nécessité de la pluridisciplinarité pour assurer un bon suivi médical, psychologique et social de la personne infectée par le VIH.

De même, cette pathologie est l'une des premières à avoir reconnu le rôle essentiel des associations de patients. Pour autant, le passage à l'interdisciplinarité n'est pas forcément aisé. La différence entre pluri et interdisciplinarité doit ici être soulignée (20, 21, 22, 23) : la pluridisciplinarité que l'on vit quotidiennement est une rencontre autour d'un thème commun de plusieurs disciplines où chacune conserve la spécificité de ses concepts et méthodes.

L'objectif est alors d'utiliser la complémentarité intrinsèque des disciplines pour la résolution d'un problème, mais cela nécessite une parfaite synchronisation afin d'éviter de possibles incompatibilités entre différents accompagnements d'origines disciplinaires. En d'autres termes, la pluridisciplinarité n'exige pas une intrication entre les disciplines, mais une juxtaposition. Or dans le cadre du soin et notamment de l'ETP, l'intrication est nécessaire et suppose donc de l'interdisciplinarité (24). Cette dernière peut être considérée comme l'art de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses professions scientifiques, afin de parvenir à un but commun en confrontant des approches différentes d'un même problème.

Cela suppose dialogues et échanges de connaissances, d'analyses, de méthodes entre les professionnels. Cela demande également des interactions et un enrichissement mutuel

entre eux. Cette approche permet de mieux appréhender un sujet dans sa réalité globale.

Les frontières entre les disciplines deviennent alors un peu floues. L'acteur examiné n'est donc plus le professionnel pris isolément, mais l'équipe en tant qu'entité indépendante et spécifique. Nous faisons l'hypothèse que ces conditions de « travail ensemble » sont pourvoyeuses d'un certain état de bien être (25). Cette difficulté à s'organiser dans l'interdisciplinarité est grandement facilitée, à notre sens, par une intervention catalysatrice extérieure.

Et au-delà de l'audit externe, il s'agit d'aider et de guider les professionnels pour construire ensemble et en même temps leur programme.

En conclusion,

ce type de formation-action répond, d'après nous, aux besoins des soignants pour mettre en place ou optimiser un programme d'ETP dans le VIH.

L'émergence du concept de l'ETP intégré dans le soin et le parcours du patient qui reste au centre du dispositif, offre une opportunité mais aussi est un défi pour mieux travailler ensemble en interdisciplinarité.

Bibliographiques

1. Haute Autorité de santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. Juin 2007. 103 pages. Site Web : <http://www.has-sante.fr>.
2. Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel no 0167 du 22 juillet 2009.
3. Décret no 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel 4 août 2010.
4. Décret no 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. Journal Officiel 4 août 2010.
5. Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005-2008 consultable sur le site http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/sida/AP2006/programme_sida_DGS_2005-2008.pdf.
6. Circulaire no DGS/R12/DHOS/E2/2007/238 du 15 juin 2007 relative aux missions d'établissements de santé en matière d'éducation thérapeutique et de prévention dans le champ de la sexualité chez les personnes vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
7. Yéni P et coll. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2008. Edt Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2008 [p.412].
8. Yéni P et coll. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2010. Edt Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2010.
9. Pradier C, Bentz L, Spire B, Tourette-Turgis C, Morin M, Souville M, Rebillon M, Fuzibet JG, Pesce A, Dellamonica P, Moatti JP. Efficacy of an Educational and Counseling Intervention on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy French Prospective Controlled Study. HIV Clin Trials 2003;4(2):121-131.
10. Feutrier C, Schlienger I, Veyssat F, Viollet C, Bret M, Zoulim F, Trepo C, Lebourger G. Résultats d'une enquête de satisfaction réalisée auprès des patients vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) suivis en consultation d'éducation thérapeutique. Annales Pharmacol Franc 2010, 68 : 306-17.
11. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity Patient Education and Counseling 2010, 79: 283-6.
12. Guillaume Arnou. De la consultation d'observance à la consultation d'éducation thérapeutique mémoire. IPCEM 2010. www.ipcem.org/RESSOURCES/PDFprim/1114.pdf
13. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Edition Maloine, Paris, 3ème édition 2007.
14. Gagnayre R, D'Ivernois JF. Les compétences des soignants en éducation thérapeutique. ADSP 2005;52:69-72.
15. Référentiel de compétence des praticiens en ETP, INPES, décembre 2011. <http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf>
16. Communier A, Sadki R, Sommerlatte E, Gagnayre R. Quels besoins éducatifs pour les personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2010; 2(1): 51-6.
17. de la Tribonnière X, MP Pennel, C. Carillo. La mise en place de programmes ETP dans le champ du VIH : besoins en formation in situ en interdisciplinarité. XVII Assises et XII Congrès de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), Lyon 2011, Abst L14.
18. Pennel M.P., Prêtre S., Delattre M., Ringot C., Charlemagne C., Dherbomez C., Coquerelle C., Yazdanpanah Y. De la pluridisciplinarité à l'interdisciplinarité : exemple de l'éducation thérapeutique (ETP) collective pour les personnes vivant avec le VIH. XVI Assises et XI Congrès de la Société Française de Lutte contre le Sida (SFLS), Bordeaux 2010. Abst P15.
19. Rapport du haut conseil de la santé publique L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours novembre 2009. http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcsp20091112_edthsoffre.pdf
20. Morin E. Sur l'interdisciplinarité, Bulletin Interactif du Centre International de Recherches et Études transdisciplinaires 1994, n° 2.
21. A-C. Petit précis d'organisation des soins interdisciplinaires. Edt Lamarre, Paris, 2010.
22. Valzan A. Interdisciplinarité et situations d'apprentissage. Edt Hachette éducation, Paris, 2009.
23. Maignan A, Dufour B. Approches didactiques de l'interdisciplinarité. Edt De Boeck, Bruxelles, 2010.
24. Allen DD, Penn MA, Nora LM. Interdisciplinary Healthcare Education: Fact or Fiction? Am Journal Pharmaceut Educ 2006; 70 (2). Art 39.
25. Carillo C. Être un soignant heureux : le défi, Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions. Préface Xavier de la Tribonnière, ed Masson, 2010, 250 p.

MEMBRES DU BUREAU DE L'AFDET

Alfred PENFORNIS :	PRÉSIDENT
Régis BRESSON :	VICE-PRÉSIDENT
Catherine GILET :	SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
Dominique MALGRANGE :	SECRÉTAIRE ADJOINT
Élisabeth CHABOT :	TRÉSORIER
Dorothée ROMAND :	TRÉSORIÈRE ADJOINTE

SALARIÉES DE L'AFDET

Brigitte SANDRIN-BERTHON :	DIRECTRICE
Catherine ROUGER :	ASSISTANTE DE DIRECTION
Frida EDMOND :	SECRÉTAIRE SERVICE FORMATION
Florence CHAUVIN :	CHARGÉE DE MISSION
Félicity KELLHER :	CHARGÉE DE MISSION

MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE DE L'AFDET

Claude ATTALI	Jean-Daniel LALAU
Isabelle AUJOLAT	François LEDRU
Eric DRAHI	Julie PELICAND
Cécile FOURNIER	Alfred PENFORNIS
Sylvia FRANC	Brigitte SANDRIN-BERTHON
Catherine GILET	Catherine TOURETTE-TURGIS

MEMBRES DU CA DE L'AFDET

Brigitte AMAURY	Michèle JOLY
Ludwine CLEMENT	Nathalie JOURDAN
Claude COLAS	Fabrice LAGARDE
Hélène DUFLOER	Christine LEMAIRE
Sylvia FRANC	Sylvie VENANT-CHARRUAU
Michel GERSON	François VEXIAU
Marie Louise GRUMBACH	Christine WATERLOT
Daphné HEAULME	Laurent WYPYCH

MEMBRES DU COMITÉ PÉDAGOGIQUE DE L'AFDET :

Brigitte SANDRIN-BERTHON	Patrice GROSS
Freddy PENFORNIS	Anne LACROIX
Brigitte AMAURY	Sylvie LEMOZY
Françoise ANNEZO	Dominique MALGRANGE
Sylvie BERNASCONI	Claire PERRIN
Sylvaine CLAVEL	Dorothée ROMAND
Cécile FOURNIER	Dominique SERET BEGUE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :

Freddy Penfornis, CHU Saint Jacques 25000 Bezançon

DIRECTEUR DE RÉDACTION :

Guillaume Charpentier, Hôpital Gilles-de-Corbeilles, 59 bd H.D. unant, 91100 Corbeil
Tél 01 60 90 30 86

RÉDACTEUR EN CHEF :

Monique Martinez, CH de Gonesse, 25 rue Pierre de Theilley, BP 71, 95503 Gonesse
monique.martinez@ch-gonesse.fr - Tél 01 34 53 27 53

COMITÉ DE RÉDACTION :

Alina CIOFU • Christianne MAUVEZIN • Marie-Pierre PANCRAZY • Marc POPELIER
Julien SAMUEL LAJEUNESSE • Xavier DE LA TRIBONNIÈRE • Brigitte SANDRIN-BERTHON

santé et pédagogie

LES OUTILS EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

CHRISTIANE MAUVEZIN

COORDINATION RÉGIONALE DES ACTIONS D'ÉDUCATION DU PATIENT

RÉGION CHAMPAGNE ARDENNE

Pour mettre en oeuvre leurs actions d'éducation thérapeutique, les professionnels de santé utilisent des outils. Ces outils sont au service des objectifs des actions éducatives qu'ils souhaitent mener.

La diversité des patients et des pathologies abordés en éducation thérapeutique, la multiplicité des outils produits rendent difficile pour les professionnels de terrain la sélection de l'outil pertinent au regard de leur démarche et de leurs objectifs d'éducation.

Les outils utilisés par les professionnels de santé sont souvent dénommés « outils pédagogiques », dans le sens où ceux-ci sont en rapport avec l'enseignement, l'apprentissage, et plus globalement les sciences de l'éducation.

Cette appellation d'« outil pédagogique » est entendue dans un sens très précis par les professionnels de l'Éducation Nationale, pour qui les « outils pédagogiques » sont destinés à l'enseignement et répondent spécifiquement aux besoins et attentes du système éducatif.

En éducation thérapeutique les actions ne s'entendent que intégrées dans une démarche où le professionnel adopte une posture d'éducation dans une relation de qualité, une interaction entre le soignant et le soigné qui s'inscrit dans une démarche centrée sur le patient, ses compétences, chaque compétence correspondant à une ou plusieurs séquences pédagogiques ;

Les outils sont des ressources à la disposition de l'intervenant, pour un travail sur des savoirs, savoir-faire et savoir être dans le champ de la santé. L'utilisation de ces outils ne peut pas se contenter d'informer – encore que cette étape de sensibilisation soit nécessaire – mais doit viser à provoquer des modifications de représentations ou d'attitudes et, mieux encore, de voir s'exprimer des désirs de changement de comportements.

Pour mener les actions en éducation thérapeutique, les professionnels de santé utilisent des outils éducatifs pour atteindre des objectifs.

COMMENT CHOISIR L'OUTIL LE PLUS PERTINENT ?

La pertinence du choix de l'outil se fait au regard de

- **l'objectif** l'outil vise à amener le patient à
 - **SAVOIR** en favorisant l'expression pour faire émerger les représentations, les croyances, travailler les attentes, faire prendre conscience des enjeux, initier le changement, et acquérir des connaissances, comprendre un mécanisme... (Exemples d'outils : écoute active, métaplan, brainstorming, photo langage, conte, fable, carte conceptuelle, blason, outil silhouette,)

- **SAVOIR FAIRE** en favorisant la mise en oeuvre pour aider à la compréhension des objectifs du traitement, favoriser l'apprentissage technique, aider à la mise en oeuvre de nouvelles pratiques,

(Exemple d'outils : exposés interactifs, mises en situation, études de cas, tables rondes, simulations à partir d'une situation ou d'un carnet de surveillance, travaux pratiques, des ateliers, simulations de gestes et de techniques, activités sportives, jeux de rôle, témoignages documentaires, ...)

- **SAVOIR ETRE** en favorisant l'analyse d'une situation pour aider à la prise de décision, résoudre un problème, être plus autonome en augmentant les compétences d'auto soin, ...

(Exemples d'outils : APP Apprentissage Par Problème, cartes de Barrows (ronde des décisions), cas pratiques, exposés interactifs, des études de cas, des tables rondes, des simulations à partir d'une situation ou d'un carnet de surveillance, des travaux pratiques, des activités sportives, des jeux de rôle, des témoignages documentaires,.....)

- **du destinataire**
 - **de son âge** ; les adultes n'apprennent

pas comme les enfants.

- L'adulte possède un capital d'expériences qui sera mobilisé pour réfléchir et comprendre. L'âge de l'apprenant est un paramètre décisif. Le mode d'apprentissage de l'adulte est basé sur le principe de réalité et la richesse des expériences exposées.

- Chez l'enfant, le jeu est le prétexte pour l'acquisition d'apprentissages

- des ses capacités physiques et intellectuelles, de sa compréhension de la langue

- **des moyens disponibles** : locaux, matériels, financement

- **du temps disponible**

- **des compétences du professionnel** pour utiliser l'outil

COMMENT UTILISER L'OUTIL ?

Tout le monde connaît les formules : Si j'ai bien compris ce que vous dites, vous... ou encore Si je vous suis bien... ou bien En d'autres termes, vous croyez que... Votre interlocuteur se sent alors écouté, peut corriger s'il a été mal compris, préciser sa pensée et apporter de nouvelles informations.

La communication la plus efficace en séance éducative individuelle demande de se synchroniser verbalement en reprenant les mêmes mots qu'utilise le patient, les mêmes expressions, ce qui renforce chez lui le sentiment d'être compris. Carl Rogers, psychologue et psychothérapeute bien connu, nous a démontré le pouvoir de l'écoute active pour créer une relation de confiance.

Chacun perçoit la réalité à travers ses cinq sens et tend à organiser les informations en privilégiant un mode de représentation plus qu'un autre. Ainsi, certains privilégient une représentation visuelle et voient mieux ce

que l'on veut dire quand on utilise des images; d'autres ont une représentation d'abord auditive et accordent surtout leur attention aux sons, à l'environnement sonore; d'autres encore sont surtout sensibles aux émotions, à l'ambiance, ce qu'on nomme le mode kinesthésique, et saisissent davantage le côté émotif d'une présentation. Cette façon de sélectionner l'information se reflète non seulement au niveau de la représentation de celle-ci, mais également au niveau de nos modes d'expression, dans les mots que nous utilisons.

En séance collective, adapter son message pour rejoindre les modes de représentation des différents participants et non uniquement en privilégiant son propre mode maintient le niveau d'attention.

Il est plus efficace de croiser les approches sensorielles :

- **Visuelle** en utilisant des supports écrits ou visuels (questionnaires, plaquettes, dépliant, livre, journal, tableau, poster, affiche, exposition, photolangage, métaplan, brainstorming, image, ...)
- **Auditive** en utilisant des supports audio (exposé, conférence-débat, proverbe, conte, fable) ou audiovisuels (film, diapositives, cassettes, vidéo projection, logiciel, Cdrom, ...)
- **Kinesthésique** en utilisant des supports pratiques avec mise en situation ou ludiques (Jeu individuel, puzzle, suite logique, Jeu de société, ateliers, visites, ...) ou artistiques (danse, peinture, marionnette, théâtre, improvisation, ...)

COMMENT APPRÉCIER LA QUALITÉ DE L'OUTIL ?

Les professionnels peuvent, en ciblant quelques critères porter un regard critique sur les outils utilisés.

Les critères de qualité essentiels sont principalement des critères de qualité pédagogique. Les critères relatifs à la qualité du support, s'ils ne sont pas considérés comme essentiels, contribuent cependant de façon importante à la qualité de l'outil.

Les critères de qualité essentiels de l'outil éducationnel se portent sur :

- le contenu : les informations sont-elles d'actualité ? le contenu est-il nuancé, le contenu est-il acceptable au regard de l'éthique ? le contenu est-il pertinent par rapport à l'objectif ? ...
- l'approche pédagogique : l'objectif est-il

annoncé ? le point de vue du patient est-il pris en compte ? l'outil évite-t-il la mise en échec du patient ? se sent-il impliqué ? le niveau de difficulté est-il adapté ? le patient est-il rendu actif, mis en situation, ses connaissances et représentations préexistantes sont-elles prises en compte ? le niveau de difficulté de l'outil est-il adapté au destinataire du point de vue du choix du vocabulaire ; des schémas utilisés ?

- le type de support : le support choisi est-il pertinent par rapport patient, au sujet traité, aux objectifs annoncés ? les consignes, règles sont-elles claires ?

MAIS UN OUTIL NE RESTE QU'UN OUTIL !

Et un outil, sans une main et un cerveau pour le guider, cela ne sert à rien.

Pour utiliser un outil pleinement, il faut avoir une démarche volontaire.

Pour mettre en œuvre les actions éducatives nous avons justement besoin d'un **outil** (notre support pédagogique), d'un « **bricoleur** » (l'utilisateur de l'outil, l'« éducateur »), d'un « **public** » (le ou les patients) et aussi d'une **intention** (ce à quoi nous voulons aboutir, à partir d'un constat)

Un outil pédagogique, c'est simplement un support associé à une démarche élaborée dans le but d'aider ou d'accompagner « une » personne à comprendre, à apprendre à travailler... C'est donc un outil au service de la pédagogie, c'est-à-dire -plus modestement- au service de ceux qui apprennent ou de ceux qui les aident à apprendre (formateurs, enseignants, tuteurs, parents, collègues...).

Non, un outil, ça ne se diffuse pas auprès du 'public', mais s'utilise avec « un » public, car il y existe autant d'outils que de publics. De plus, il n'existe pas d'outil universel (qui n'a jamais utilisé un marteau à la place d'un maillet ?) et la panoplie du formateur (la fameuse « boîte à outils ») ne peut se réduire à un seul outil pédagogique (le marteau sans les clous n'a pas grande efficacité !).

C'est l'association entre le support et la démarche qui fait l'outil. Le support ne reste qu'un moyen au service de la démarche ou de la stratégie éducative : le chemin que le support fait emprunter à l'esprit pour arriver à un savoir ou à la compréhension.

Ainsi une photo n'est pas un outil pédagogique, mais à partir du moment où elle s'insère

dans une démarche, où l'on va par la technique (le photo langage, le questionnement...) faire « parler » la photo et interroger l'apprenant : on peut parler « d'outil ». Par contre, une association de photos, aussi parlantes soient elles, ne constitue pas un outil de fait mais le devient si cette association a une finalité cognitive et qu'elle emprunte pour cela le bon chemin : cohérence de regroupement des photos, légendes, textes explicatifs, questionnements, organisation thématique ...

Le « bon chemin » l'est, quand il est adapté et adéquat : il n'y a pas de « bons et de « mauvais outils » pédagogiques, il n'y a que des bons outils adaptés à un public.

Il existe beaucoup d'outils pédagogiques en dehors des documents écrits : le jeu par exemple, permet de faire passer des concepts parfois complexes, d'intéresser à un sujet et d'aménager de façon ludique une séquence d'éducation. Il faudra juste veiller à ce que le support et la technique ne fasse pas de l'ombre au sens ou au message que l'on veut faire passer.

Un kit « clé en main », un outil univoque et linéaire dont la conception ne prend en compte ni l'objectif ni le public...ne sera donc jamais un outil efficace. L'outil doit être un « facilitateur » qui répond à un objectif fixé et correspond à un public visé. Le but, le projet prime sur l'outil même que chacun s'approprie, articule et manipule à sa façon. Peu importe donc le support (matériel ou conceptuel) si celui-ci est utilisable en autonomie ou en complément d'une action de sensibilisation, offrant des clefs de compréhension, suscitant un processus de réflexion et de partage.

Boîte à outils pour les formateurs en éducation du patient INPES

Revue du Comité français d'éducation pour la santé
Numéro spécial Éducation pour la santé : vers quels métiers ?

« **Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique** »
Jean-François d'Ivernois - Rémi Gagnayre

Référentiel de bonnes pratiques
Outils d'intervention en éducation pour la santé :
Critères de qualité
LEMONIER Fabienne, BOTTERO Julie, VINCENT Isabelle
Ouvrage - INPES - 2006

La Programmation neuro-linguistique (P.N.L.)
des techniques nouvelles pour favoriser l'évolution
personnelle et professionnelle :
séminaire de Alain Cayrol et Patrick Barrère.
Editions ESF-Entreprise moderne d'édition, Librairies
techniques

Carole Coupez - Les outils pédagogiques
Déléguee aux actions d'Education au Développement
et à la Solidarité Internationale- Solidarité Laïque
Déléguee aux actions d'Education au Développement
et à la Solidarité Internationale- Solidarité Laïque

santé et philosophie

QUELQUES PISTES POUR AMÉLIORER L'APPÉTENCE AU SOIN QUE LE PATIENT SE DONNE À LUI-MÊME

PHILIPPE BARRIER

PHILOSOPHE, DOCTEUR EN SCIENCES DE L'ÉDUCATION, ENSEIGNANT ASSOCIÉ À L'ESPACE ETHIQUE AP/HP, CHERCHEUR ASSOCIÉ AU LABORATOIRE PÉDAGOGIE DES SCIENCES DE LA SANTÉ, PARIS 13, BOBIGNY

La question de « l'observance du patient » est un leitmotiv du discours médical. Je serais tenté de dire plutôt la fameuse « *non-observance du patient* », car c'est le plus souvent sous cette forme négative, et dans le registre de la plainte, qu'on entend l'expression dans la bouche des médecins et des soignants. On peut déjà noter que le mot observance est, en revanche, presque totalement étranger au langage des patients... On n'a jamais entendu un patient parler spontanément de sa bonne ou de sa mauvaise observance, ni dans une salle d'attente, ni dans un groupe de parole, pas plus que dans l'intimité.

S'agirait-il donc d'une préoccupation purement médicale et soignante, c'est-à-dire exclusivement réservée au personnel qui a en charge la mise en place du traitement et l'accompagnement du malade ? Il est vrai que les avoir en charge, c'est, d'une certaine façon, les avoir en *responsabilité*. Le médecin, le soignant se sent responsable de la santé de son patient, du fait de son « *devoir de bienfaisance* », qui est un des principes majeurs de sa déontologie professionnelle, juste après le principe de *non-malfaisance*.

Le soignant est responsable de la santé de son patient, dans la mesure où il s'engage, à cause de la confiance que celui-ci lui a accordée, à faire ce qui est en son pouvoir, du fait de son savoir et de son expérience, pour le guérir, lorsque c'est envisageable, ou au moins répondre à son besoin de soulagement, de mieux être et d'équilibre. On se situe donc dans le registre du « *possible* », qui est nécessairement *relatif* (aux connaissances et aux capacités scientifiques et techniques d'une époque, ainsi qu'à un grand nombre d'aléas et de facteurs humains). Ce n'est donc pas à une « *obligation de résultat* » qu'est tenu le médecin. Néanmoins, il estime à juste titre qu'il est de son devoir de faire le maximum pour maîtriser les processus pathologiques en œuvre dans la maladie ; et cette maîtrise passe bien évidemment par le traitement. D'où l'attachement du médecin à sa bonne observance.

On sait bien que, dans le cadre de la maladie chronique, cette responsabilité du médecin, du soignant, s'exerce également à un autre niveau, plus complexe, que celui, purement biomédical, qui prévaut dans la crise de la maladie aiguë.

C'est précisément tout le domaine de l'accompagnement et de l'apprentissage de la vie avec la maladie chronique et le traitement, lui-même chronique. Et ici le mot *santé* à une toute autre résonnance que dans le traitement de l'aigu. Il s'agira, en effet, de vivre avec une maladie dont on ne guérira pas, et de vivre le mieux possible, c'est-à-dire en parvenant à développer au mieux les potentialités d'épanouissement qui sont en nous, malgré, ou parfois même « *grâce* » à cette expérience assumée de la maladie. C'est, en quelque sorte, de *la santé globale de la personne* qu'il s'agit, de son équilibre de vie. Alors, quel rapport l'observance a-t-elle à voir avec tout ce registre de préoccupations ? Si l'observance, ou plutôt, encore une fois, la « *non-observance* » du patient est un souci quasi constant du médecin et du soignant, c'est aussi parce que sa récurrence est pour eux la marque d'un échec *incompréhensible*, dont ils ont du mal à se sentir responsables, et qui cependant entraîne leur responsabilité, dans la mesure où il peut mener à l'échec thérapeutique et donc au renforcement de la pathologie.

Le diabétologue répugne naturellement à voir le diabétique qu'il suit s'enfoncer dans l'hyperglycémie permanente, qui ruine à moyen et à long terme les chances de vie correcte et épanouie auxquelles il a pourtant droit de prétendre en tant que malade soigné. La non-observance du patient, en plus de faire souffrir le médecin dans sa conscience professionnelle et sans doute aussi compassionnelle, lui apparaît comme *irrationnelle*. C'est pourtant le bien de son patient qu'il veut ! Pourquoi le patient n'en veut-il pas ? Il est rationnel, c'est-à-dire, en quelque sorte, normal, de vouloir son propre bien. Pourquoi le patient semble ne pas le vouloir ? Comment comprendre ce phénomène absurde ?

Gérard Reach, *diabétologue* fêré de philosophie, a tenté une intéressante explication. Le patient serait victime d'une « *acrasia* » ou « *panne de la volonté* », due à la préférence assez naturelle de l'homme pour la satisfaction immédiate, au détriment du bénéfice à long terme, qui implique un recours à la patience et un certain degré de frustration. Pour l'auteur, il s'agit donc de « *convertir* » le patient à la raison, c'est-à-dire au choix des bénéfices à long terme, ce qui s'avère très difficile, tant le futur apparaît comme incertain et irréal.

Tout médecin opposera à cette incertitude de l'avenir que le diabétique qui ne se soigne pas (c'est-à-dire qui se soigne mal) est, quant à lui, tout à fait sûr de se retrouver au bout de quelques années abîmé et handicapé par de multiples complications qui risquent de lui gâcher la vie, sinon de la lui supprimer rapidement ; il en va évidemment dramatiquement de même pour une personne affectée par le VIH...

Il me semble cependant que le choix à faire ne réside pas entre une vie de renoncement, et une vie de débauche, ou tout simplement de non-soin. Je pense qu'on n'a pas à renoncer à vivre du fait qu'on est malade, et plus radicalement encore, que se *soigner n'est pas renoncer à vivre*. Gérard Reach prend l'exemple du *renoncement* au tabac – renoncement qui fut d'ailleurs le sien, et qui, à l'en croire, ne fut pas sans douleur. Il s'agit bien là, en effet, de renoncer à un plaisir présent et routinier pour préserver son avenir, c'est-à-dire, psychologiquement parlant, pour préserver la pérennité de la possibilité d'accéder à d'autres plaisirs. Plaisirs toutefois bien incertains, car sans doute faudra-t-il naturellement renoncer à beaucoup d'autres, au fur et à mesure de l'avancée en âge...

N'étant pas médecin, mais patient de longue date dans de multiples pathologies (dont la principale est le diabète), je vais me permettre de proférer une horreur médicale : se soigner, en un certain sens, n'exclut pas nécessaire-

ment l'usage du tabac... Non pas un usage médical, comme on pouvait éventuellement le penser autrefois, avant la découverte de sa nocivité. Simplement l'usage que tel ou tel individu ne peut pas s'empêcher d'en faire, parce qu'il pense en retirer un bienfait qui lui fait négliger les risques encourus, et parce qu'il participe à son équilibre global.

De la même façon, et tout aussi paradoxalement, un alcoolique, d'une certaine façon, *se soigne* en buvant, parce que le vertige et l'anesthésie émotionnelle que lui procure l'alcool, *lui font du bien* et lui permettent sans doute d'éviter *le néant psychique* qu'il a parfois cherché à éviter par sa consommation d'alcool.

Ces exemples ne sont pas des incitations à la débauche, mais entendent souligner qu'on ne peut pas faire *renoncer* une personne dépendante à une addiction par le simple recours à la *volonté*, ni même par une stratégie ou des techniques de *manipulation* (médicamenteuses, psychiques ou comportementales), éthiquement discutables, et qui, de plus, n'ont d'effet qu'à court terme, comme le montrent toutes les études qui y sont consacrées.

Le buveur a vraisemblablement ce qui lui semble être une *bonne raison de boire*, ou le fumeur de fumer. C'est cette « bonne raison » qu'il faut trouver et comprendre, et c'est elle qu'il faudra élucider. Car elle est, éventuellement, la manifestation d'une *problématique pathologique plus globale* que sa dimension biomédicale, et elle est déterminante dans les comportements et les habitudes de la personne, ainsi que dans ses choix. Le buveur pathologique pense se faire du bien en buvant, c'est en ce sens psychologique qu'il « se soigne », même si le « bien » qu'il se fait ruine sa santé. En cela il est comme le « méchant » socratique, qui, pour le philosophe, ne l'est pas volontairement, car il se trompe seulement de « bien », en prenant un « mal » pour un « bien ». La *visée* est bonne, même si l'objet en est erroné. Et c'est sur cette visée, saine en elle-même, qu'il faut s'appuyer, pour permettre au dépendant, à celui qui s'aveugle dans son désir de bien, de trouver le bon objet. Au lieu qu'en lui interdisant d'emblée le mauvais objet de sa visée bonne, on brise *l'élan normatif* qui y était souterrainement en œuvre, et on lui interdit ainsi toute possibilité d'accéder au bon objet (le soin, l'équilibre).

Cet exemple de l'addiction me semble pouvoir fonctionner comme *paradigme*, ou au moins comme une image, pour le patient non-observer.

La non-observance peut être comprise comme une sorte d'*accoutumance à l'anomie*, c'est-à-dire à l'absence de régulation et à ses effets délétères. Le refus de se bien soigner est une forme d'*auto-maltraitance*, dont il faudra chercher les causes. L'auto-maltraitance anémique peut être considérée comme une sorte de déplacement de la pathologie initiale, ou plutôt comme son élargissement sur un mode comportemental et psychologique. L'anomie se présente souvent à la conscience du patient comme *illusoire voie de libération* ; elle le bloque en fait dans les pièges du « *comme si* » (« *comme si je n'étais pas malade* ») et tout le cortège des contraintes psychologiques et sociales de la *dissimulation* de son état, pendant qu'elle accomplit son œuvre mortifère – car la vie n'est pas possible sans normes.

Mais le patient peut aussi se trouver tiraillé entre des exigences normatives contradictoires qui ne lui permettent pas de choisir le soin : exigences psychoaffectives, sociales, professionnelles, culturelles, qui semblent entrer en contradiction avec les exigences normatives de la maladie – c'est-à-dire du traitement. C'est précisément la tâche d'une éducation thérapeutique bien comprise de faire lentement accéder le malade à une *prise de conscience normative* ; c'est-à-dire à une prise de conscience intime du « *préférable* », c'est-à-dire d'un compromis acceptables entre ces exigences apparemment d'abord inconciliables, et non pas du « bien » qu'on opposerait au « mal ». Du *préférable pour lui*, c'est-à-dire non pas en fonction d'une abstraction normative statistique, mais au contraire d'un *préférable* relatif à sa situation, à son histoire et à ses enjeux propres et strictement singuliers.

Cette *appétence normative* est potentiellement en lui, elle est le prolongement dans la conscience humaine de la « *normativité biologique* » que décrit Canguilhem, médecin et philosophe au rôle déterminant dans la pensée du 20^{ème} siècle. La vie va « *dans le sens de son maintien et de son développement pris pour norme* » écrit-il dans « *Le normal et le pathologique* » qui devrait être le livre de chevet de tout médecin. Et le vivant humain ressent comme pathologique et « *donc comme devant être corrigés ou évités, certains états ou comportements appréhendés, relativement à la polarité dynamique de la vie, sous forme de valeur négative* ». C'est pourquoi il peut désirer le soin, qui va dans le sens de cet épanouissement de la vie, qui est le véritable sens de la normativité. Ce qui n'exclut pas, on l'a vu, la

possibilité de se tromper sur la nature de ce qui est bon pour lui, parce que cette conscience est potentielle, c'est-à-dire « *plus ou moins lucide* », comme le dit encore Canguilhem, et que ses enjeux doivent donc être *élucidés*.

En quelque sorte, l'individu humain cherchant à fuir la plus grande souffrance sur laquelle il se focalise, ou bien répondant exclusivement à l'exigence normative qui lui semble prépondérante, peut passer, momentanément ou durablement, à côté de l'enjeu normatif sans doute le plus déterminant, mais rendu pour lui secondaire par la perception d'une menace ou d'un devoir vécus comme essentiels. C'est ainsi qu'il peut préférer la cigarette ou le verre de trop à l'angoisse ou au désespoir ; c'est ainsi que l'adolescent diabétique peut privilégier l'appartenance à sa « tribu », au détriment de la bonne dose d'insuline nécessaire à son équilibre glycémique, mais qui lui rend difficile de vivre la vie spontanée et sans contrainte de ses copains « normaux ».

Si le patient arrive à trouver le moyen de concilier ces exigences apparemment contradictoires, alors cet équilibre global qu'il vise comprend le soin comme instrument de liberté et d'équilibre, bien plus que comme contrainte. S'il parvient à dépasser et convertir les affects négatifs de l'impact de la maladie sur lui-même, alors il peut vraiment *se restructurer avec elle* – et non plus contre elle, ou illusoirement sans elle, comme il a pu d'abord le penser. C'est ce *processus d'appropriation de la maladie* que j'appelle « *auto-normatif* », car il permet à l'individu de *découvrir et gérer sa norme de santé globale* ; je l'explique et le décris en détails dans mon livre « *La blessure et la force* ».

Mais pour que cette potentialité se confirme et puisse devenir effective, le patient a besoin d'une relation de soin qui lui en laisse la place, d'une relation de soin au sein de laquelle il est un sujet, sentant, désirant, comprenant, et non un pur objet de soin et de prescription. Il a donc besoin d'un médecin, d'un soignant qui l'écoute, qui l'entende, qui le comprenne, qui le respecte et favorise sa libre expression – car elle permet la libération des affects négatifs et une éventuelle reconversion positive des représentations de la maladie et du traitement.



... suite page 9

C'est pourquoi la préoccupation de l'observance doit passer au second plan, derrière cette « *empathie intelligente* », si je puis dire, c'est-à-dire cette capacité à écouter et accepter la différence – qui est d'abord différence de point de vue. Car quel que soit son devoir (et son désir) de bienfaisance, le médecin ne peut vouloir à *la place de l'autre*, du patient. Un patient qui se soigne vraiment, c'est-à-dire qui se soigne bien, en toute conscience, n'est pas un patient qui « *veut bien* » se soigner, ou qui accède à la volonté du médecin pour lui faire plaisir ou par crainte, c'est un patient non seulement qui « *veut* », au sens plein du terme, se soigner, mais qui désire se soigner, qui désire l'équilibre et l'harmonie que pourra lui procurer le soin qu'il se porte à lui-même. Cet équilibre, cette possibilité de vivre et de développer le plus harmonieusement possible les potentialités qui sont en lui (compte-tenu de la situation de santé qui est la sienne), est un *objet de désir* qui peut favorablement rivaliser avec l'alcool et le tabac ou l'auto-maltraitance que constitue le refus du soin qu'on se porte à soi-même.

Encore faut-il que le patient *le découvre par lui-même*, et qu'on ne le lui impose pas, au prix d'un renoncement à ce qui lui rendait la vie agréable ou simplement possible. Le second enjeu majeur de la question de la normativité tourne précisément autour de cette question du *renoncement*, il est, pour moi, fondamentalement lié à cette idée d'*autorité hétéronomique*, dont on mesure chaque jour l'effet catastrophique dans tous les domaines où elle s'exerce – ce qui nous entraînerait bien au-delà du soin.

Pour nous en tenir au champ circonscrit du soin médical, la question de l'observance redevient centrale, on pourrait presque dire comme *symptôme* de cette hétéronomie de l'autorité. Pour le comprendre, il n'est qu'à mener un brève enquête lexicologique. Si l'on a la curiosité d'aller consulter le Petit Robert, précieux dictionnaire étymologique et analogique, on découvre, peut-être avec surprise, que les quatre acceptions du terme « observance » sont strictement *religieuses*, et désignent « *l'obéissance à la règle d'un ordre religieux ou cet ordre même* », et que « *l'observance médicamenteuse* » (c'est ainsi que le dictionnaire désigne l'observance au traitement), n'apparaît qu'en fin de parcours, et comme une métaphore à partir de la définition première. Voilà donc un terme du champ lexical religieux curieusement importé dans

le discours médical, sans précaution, et apparemment sans réflexion. Avec un peu de mauvais esprit ou de provocation, on pourrait penser qu'elle *sacralise l'obéissance au médecin*, puisque l'obéissance inconditionnelle est au cœur de la définition du mot.

Il me semble qu'effectivement, une bonne part du problème vient de là. L'emploi systématique et impensé de ce terme, manifeste la relation de soin comme *relation d'obéissance* ; ce qu'elle n'est pas fondamentalement, et n'a pas à être. Une femme qui prend une pilule contraceptive n'obéit pas à son médecin, elle obéit à elle-même, parce qu'elle sait que cette contrainte lui permet de mener une vie sexuelle libérée de l'angoisse d'une grossesse non désirée. La personne souffrant d'une infection, qui prend un antibiotique, se trouve à peu près dans le même cas de figure (sauf, peut-être, l'enfant, qui trouve infect le « goût banane » du dit médicament)... La situation apparaît certes plus complexe et problématique pour le patient chronique, parce que le gain que lui procure le bon usage de son traitement est sans doute moins apparent, parce que la contrainte est plus forte en tant que permanente, et qu'aucune guérison n'est à envisager.

Cependant, si la relation au médecin ou au soignant s'est bien engagée, si elle est ouverte à l'écoute et à la compréhension, si elle a une visée intelligemment normative, il est vite apparent pour le patient que ce n'est pas le médecin qui impose la contrainte d'un traitement, mais les exigences *normatives* de la vie avec la maladie. Ce n'est pas, ce ne doit pas être, sa volonté que le médecin impose dans l'ordonnance ou la prescription (mots malheureux qui marquent encore le pouvoir et la dissymétrie)... C'est, en quelque sorte, *la volonté normative du patient* qu'il représente, sans pouvoir (et sans devoir) s'y substituer. Re-présentation, qui serait comme sa reformulation objective et médicale, sans être séparée ni opposée à celle du patient. Prolongement de la potentialité normative du patient, dont elle est l'expression, en quelque sorte, *institutionnelle et scientifique*, susceptible de l'élucider dans son *effort normatif spontané* et ses enjeux.

Il s'agit donc d'accompagner et d'aider le patient dans sa conquête de la *lucidité normative*. Cet accompagnement n'a rien à voir avec quelque sorte que ce soit de *dirigisme normatif* qui interdirait de *l'extérieur*, et pour cela en vain, ce que le sujet peut ressentir et com-

prendre *lui-même* comme non souhaitable ou non opportun, parce que « *contraire...* (en fin de compte, et éventuellement après expérimentation et réflexion) ... à *la polarité dynamique de la vie* », c'est-à-dire comme *nuisible*. Ce qu'on interdit tente – la nature psychologique du désir est ainsi. De même qu'il y a beaucoup de mimétisme dans le désir, comme l'ont montré philosophes et psychologues divers, de même un de ses moteurs les plus puissants est bien la *transgression* : l'interdit suscite le désir (s'il ne le crée pas de toute pièce).

On a peut-être mal compris le trop célèbre slogan de 68 : « *il est interdit d'interdire* » – qu'on peut certes interpréter en tous sens. Cette interdiction n'exclut pas la limite, le non-usage, l'abstinence, dès lors qu'ils sont des choix lucides et non des réponses à une *injonction à renoncer*. Tout diabétique et multi-pathologique que je sois, je peux dire que je n'ai pas renoncé à fumer, mais que je ne fume pas – sauf un éventuel et très agréable cigare de provocation, à peine une fois tous les deux ou trois ans... Le fait de ne pas me l'interdire m'a tout simplement conduit à oublier le plus souvent de le désirer.

Le plaisir ne doit être affaire ni d'interdit ni d'autorisation, mais de mesure. Les plaisirs, il en existe d'insoupçonnés, comme celui de la *régulation* et de *l'harmonie* qu'elle induit. Clef, peut-être d'un hédonisme responsable, expert dans l'art de la mesure des plaisirs, bienvenu en ces temps d'austère rigueur conformiste, paradoxalement inséparable d'une folle dérégulation.

brèves de consultation

SIMONE

LAURENT CHAMBAUD

- C'est qui mon prochain rendez-vous, Isabelle ? J'ai juste le temps d'aller me chercher un sandwich.
- Tout juste. Vous avez dix minutes. C'est Madame Depasse. Vous la connaissez. C'est la troisième fois qu'elle vient. Et elle est toujours à l'heure.
- Madame Depasse. Effectivement ça me dit quelque chose... Vous pouvez me sortir le dossier ? Je vais le regarder en vitesse, en essayant de ne pas faire trop de taches de graisse...

Petit sourire discret d'Isabelle. Toujours discrète, Isabelle. Elle va me chercher le dossier. J'ai à peine le temps d'enfiler une veste qu'elle est déjà de retour.

- De toutes manières, avec le dossier patient informatisé, vous n'aurez plus que du gras virtuel, et une secrétaire informatique !
- Isabelle, vous savez bien que sans vous, je serais noyée sous la paperasserie ! Perdue corps et âme.

Pas de temps à perdre. Je quitte le cabinet en maugréant. Contre l'administration qui possède des ressources infinies pour imaginer de nouvelles procédures, de nouveaux formulaires, de nouveaux protocoles. Contre l'informatique, ses bugs, ses spam, ses taches de graisse à venir. Contre le temps qui n'en finit pas de s'effiler entre les interstices de ma vie comme la confiture entre les doigts des frères Jacques. Contre le gouvernement qui n'a jamais rien compris et ne comprendra jamais rien à mon travail. Contre le sandwich dégueulasse que je vais bouffer à toute allure (Plus de paninis ? Il ne reste plus que des sandwiches de la mer ? C'est quoi, ça, un sandwich de la mer ? Surimi-crudités-mayonnaise ? Tout ce qu'il faut pour garder ma taille de reine-mère des guêpes ! D'accord, un sandwich, et un brownie en dessert, histoire d'assurer l'avenir de mes bourrelets...). Contre tous mes patients qui ne me laissent même pas le temps de me faire à manger correctement. Contre mes enfants qui vont, bien sûr, m'appeler juste au moment où je pratique une biopsie : « maman, je peux sor-

tir ce soir ? », « maman, tu pourras m'acheter le Père Goriot ? J'en ai besoin pour mon cours de demain ». Et contre madame Depasse qui va, forcément, arriver à l'heure. Au fait, pourquoi elle vient me voir, cette madame Depasse ?

Je sors le dossier, après avoir essuyé tant bien que mal la mayonnaise qui sort de partout, se déverse sur le sac, graisse tous mes doigts. Sandwich de la mer, ça promet. Il n'y a pas que la marée noire qui menace nos océans. La marée grasse est en marche ! Un coup d'œil rapide sur mes notes. Pas vraiment compliqué : mycose unguéale. Pas vraiment passionnant non plus. N'empêche, trois fois qu'elle vient pour la même chose... Visiblement le traitement n'a pas fonctionné. Pourtant j'ai mis le paquet.

Bon, un café et j'y retourne. Je regarde ma montre. Déjà dix minutes de retard ! Je hais les montres, les horloges, les réveils. Je hais le temps qui s'écoule toujours dans le même sens. Sans jamais me demander mon avis. Bon, je me répète.

J'arrive au cabinet, essoufflée. Dix minutes de retard. C'est sûr qu'elle va être là. Je franchis la porte d'entrée. La tête d'Isabelle ? Le petit mouvement des sourcils vaut bien un SMS de confirmation. Elle est là.

Je m'engouffre dans mon bureau, passe en vitesse une blouse blanche, compose à la hâte ma figure de dermatologue attentive et mon air à la fois sérieux et avenant. Je vais chercher ma patiente dans la salle d'attente.

- Madame Depasse ?

Question idiote. Ça ne peut être quelqu'un d'autre, car elle est toute seule dans la pièce. Et je la reconnais maintenant. J'ai l'impression qu'elle sort tout droit d'une photo de Doisneau. Dans la salle d'attente du docteur Dalbarne, rue du Temple. Comme si elle avait été tirée en noir et blanc. Les habits, les cheveux, les bas, les chaussures. Tout en gris. Elle est sagement assise, les genoux bien rangés l'un à côté de l'autre, feuilletant machinale-

ment Paris-Match. Je la verrais bien avec un chapeau sur la tête. Un chapeau comme un pot de fleur renversé.

Comme elle lève les yeux, je l'invite à me suivre.

- Alors, madame Depasse, qu'est-ce qui vous arrive ?

Elle tient son sac sur les genoux. Un peu mal à l'aise. J'en profite pour ouvrir son dossier sur mon ordinateur. Il faut bien que je m'habitue aux nouvelles technologies...

- C'est pour mes pieds, docteur. Mes champignons.
- Vous étiez déjà venue pour votre mycose...
- Oui, trois fois.
- Et nous avons vu cela ensemble. La dernière fois, je vous avais donné un traitement plus fort, me semble-t-il.
- Je sais, mais ça n'a pas marché.
- Bon, on va regarder ça de plus près. Vous pouvez enlever vos chaussures et vos bas ?

Elle s'exécute. Les gestes sont lents. J'essaie de ne pas penser à la salle d'attente qui doit se remplir. A la mine des personnes quand je vais venir les chercher avec dix minutes de retard. Ou vingt minutes. Ou plus... A l'air impassible d'Isabelle qui fera de son mieux pour les faire patienter. Faire patienter un patient, ça va pourtant de soi, non ? Je fais le tour du bureau pour l'examiner. Pas besoin de loupe. Le tableau est net. Si je n'en avais pas déjà une dizaine en réserve, je prendrais bien une photo.

- Ils sont moches, pas vrai ?

Lui dire le contraire serait d'une rare hypocrisie. Mais ce qui m'étonne, c'est que le traite-



... suite page 11

ment ait été aussi inefficace. Pourtant j'avais la notion qu'il marchait plutôt bien. Surtout le dernier que je lui ai donné. Soit je suis en face d'une résistance exceptionnelle à ce médicament. Soit j'ai encore la démonstration que les visiteurs médicaux sont capables de me faire prescrire n'importe quoi, soit...

- Vous savez, docteur, je n'aime pas mes ongles. D'habitude, je mets toute une couche de vernis bien rouge pour les cacher. Même quand je porte des chaussures fermées. Mais là, pour venir chez vous, j'avais pas le choix. Ma hantise, c'est quand arrive l'été et que je sais que je vais devoir mettre des sandales. Ou quand je vais à la plage. C'est sûrement pour ça que je préfère partir pendant les vacances à la campagne, ou la montagne. Difficile à expliquer quand on est insulaire depuis tant d'années, croyez-moi. Elle est si belle, mon île en été.
- Pour être franche, madame Depasse, ce qui m'étonne, c'est que le traitement ait à ce point échoué. De mes souvenirs, et en regardant ce que j'ai marqué sur le dossier, il n'y a aucune espèce d'amélioration. Vous avez bien pris ce que je vous avais prescrit ? Régulièrement ?

Pas à l'aise, madame Depasse. Elle se trémousse sur son siège, frotte ses pieds l'un contre l'autre. Je crois que j'ai trouvé la raison de l'échec.

- C'est-à-dire, docteur...

Cap difficile. Même les champignons retiennent leur souffle. C'est sûr, elle n'a pas pris le traitement. Mais pourquoi ? Une réaction allergique ? Elle n'a pas été le chercher à la pharmacie ? Il faut bien que je l'écoute, sinon elle va repartir chez elle et je la reverrai dans quelques semaines dans le même état. Avec ces mêmes ongles colonisés.

- Faut que je vous dise, docteur. Mais c'est pas facile à dire.
- Madame Depasse, je vais vous aider. Vous n'avez pas pris le dernier traitement. C'est ça ?
- C'est ça docteur, mais pas seulement.
- Comment ça, pas seulement ?
- Ben... Voilà. Je n'en ai pris aucun.
- Comment ça, aucun.
- Ben... Aucun. Depuis le début.
- Vous voulez dire...
- Oui, aucun.
- ...

Silence. Je dois avoir l'air d'une carpe ayant avalé un lapin. Une tête improbable et des yeux comme un merlan qui ne comprend pas pourquoi on vient de le pêcher. Il faut que je me reprenne vite.

- Mais, madame Depasse, pourquoi ? Si vous êtes venue me voir, c'était bien pour vous faire traiter. Alors, il doit y avoir des raisons pour lesquelles vous n'avez pas pris vos médicaments. C'est un problème d'argent ? vous n'avez pas de mutuelle ?
- Oh je n'ai pas de problème de ce côté là, docteur. J'ai tout ce qu'il faut. Et les médicaments, j'ai été les chercher. C'est juste que je ne les ai pas pris.
- Alors si ce n'est pas pour des problèmes financiers, c'est pour quelle raison ?
- C'est à cause de ma belle-mère.

Il n'y a pas à dire, je fais un métier formidable. Partir d'un ongle de pied dans un état lamentable pour en arriver à une histoire de famille, les voies de la médecine sont décidément impénétrables. A moi de ne pas perdre pied.

- Que voulez vous dire, madame Depasse ?
- Je ne veux pas vous ennuyer avec mes histoires, docteur.
- Pas du tout, je vous écoute. On va prendre le temps qu'il faut.

S'ils entendaient ces derniers mots, toutes les personnes dans la salle d'attente arrêteraient sur le champ de feuilleter Paris-Match et iraient en délégation se plaindre auprès d'Isabelle. Et comment feraient-ils s'il n'y avait plus à sa place qu'un ordinateur tout aussi froid que méprisant ?

- Et bien, voyez-vous, il n'y a pas que moi qui ai des ongles dans cet état-là. Mon mari – paix à son âme – avait aussi des pieds affreux. Et toute sa famille aussi. C'était, comme qui dirait, une marque de famille. Et sa mère surtout. Je vous jure, docteur, quand je voyais les pieds de ma belle-mère, ça me levait le cœur. Vous savez, j'arrivais du centre de la France. J'avais vingt ans. De me retrouver comme ça, coincée dans cette île, avec toute la famille de Georges autour de moi, c'était pas facile. Pas facile de me faire accepter, surtout par ma belle-mère. Et comme c'était elle qui régénait tout, il fallait bien que je m'y fasse. Je peux remettre mes chaussures ou vous avez encore besoin d'examiner mes pieds ?

- Non, j'ai fini. Vous pouvez vous rechausser. J'entends bien ce que vous dites, madame Depasse. Mais votre mari est décédé...
- ... Oui, il y a maintenant cinq ans, mais j'habite toujours sur l'île ! Ça fait si longtemps que je suis là. Je n'ai plus de famille ailleurs. Je n'ai pas aucune raison de retourner là où je suis née. Alors, il faut comprendre. Quand les champignons sont arrivés, sûr que ça ne m'a pas fait plaisir. C'est pas agréable à voir. J'avais envie de recroqueviller mes orteils. J'avais l'impression que toutes les personnes que je rencontrais ne voyaient que cela. Mes orteils sont devenus un peu comme un nez au milieu de la figure !

En disant cela, sa figure s'éclaire étrangement. Je ne peux m'empêcher de penser : comme si elle faisait un pied de nez à son destin ! Cette idée me fait sourire. Une tendresse m'envahit pour cette femme. Partir d'un ongle et remonter ainsi dans son histoire. Je jette un œil à son dossier. Elle s'appelle Simone.

- Mais d'un autre côté, je devenais comme eux. Peut-être, enfin, j'allais pouvoir me faire accepter. Faire vraiment partie de la famille.
- Une sorte de reconnaissance ?
- Oui. C'est cela. Vous savez, quand je suis venue vous voir la première fois, je ne l'ai pas dit à ma belle-mère. A la fois j'ai envie de me débarrasser de ces virus...
- Non, madame Depasse, pas des virus, ce sont des champignons.
- C'est vrai. Mais c'est bizarre que vous appeliez cela des champignons. C'est un peu comme pour mes pieds, c'est à la fois bon et mauvais. Vous voyez, en même temps que je veux m'en débarrasser, je ne veux pas couper les ponts avec ma belle famille. Et je suis certaine que si je guérissais, ma belle mère m'en voudrait. Elle considérerait cela comme une trahison vis à vis de son fils. Ça doit vous paraître idiot, tout cela.

Non seulement ça ne me paraît pas idiot, mais j'ai du mal à la laisser partir, Simone. Finalement, je lui recommande de rendre les médicaments non utilisés à son pharmacien. Et de revenir me voir si elle se décide. J'aimerais bien voir à quoi ressemble sa belle mère. Moins les orteils que sa tête...

La consultation est finie. Simone retourne sur son île, probablement soulagée. Enfin, j'espère...

Bon, je vais affronter la salle d'attente, où patientent mes patients impatients et, probablement, mécontents. Je vais tenter le plus aimable de mes sourires.



Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique

Afdet
88 rue de la Roquette
75544 Paris Cedex 11
Téléphone : 01 40 21 60 74
Télécopie : 01 58 30 74 00

Association régie par la loi de 1901
SIRET : 378 592 240 00030 APE : 9499 Z
Numéro d'agrément de formation : 11 75 324 14 75
Adresse électronique : afdet@afdet.net
Site Internet : www.afdet.net

Calendrier des formations début 2012

Intitulé	Durée	Dates	Coût
Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient	6 jours + 1 jour de stage	16 et 17 avril, 21 et 22 mai, 25 et 26 juin	2 200 euros
		18 et 19 octobre, 15 et 16 novembre, 17 et 18 décembre	
Etablir un diagnostic éducatif ou un bilan éducatif partagé	2 jours	10 et 11 mai	700 euros
Conduire un entretien	2 jours	16 et 17 février	700 euros
Evaluer des activités et des programmes d'éducation thérapeutique	3 jours	5 et 6 avril, 1 ^{er} juin	1 050 euros
Guider le patient dans son désir de changement, par l'entretien motivationnel	2 jours	15 et 16 mars	700 euros
Concevoir et animer des séances collectives d'éducation thérapeutique	2 jours	14 et 15 juin	700 euros

Pour en savoir plus, pour vous inscrire ou pour être informé d'autres formations programmées en cours d'année, vous pouvez consulter le site Internet de l'Afdet (www.afdet.net).

Vous pouvez aussi contacter par téléphone (01 40 21 60 74) :

- Dr Brigitte Sandrin-Berthon, directrice
- Mme Catherine Rouger, assistante de direction
- Mme Frida Edmond, secrétaire service formation





Association régie par la loi de 1901
SIRET : 378 592 240 00030 APE : 9499 Z
Numéro d'agrément de formation : 11 75 324 14 75
Adresse électronique : afdet@afdet.net
Site Internet : www.afdet.net

Bulletin d'inscription

Coordonnées personnelles	Coordonnées professionnelles
Monsieur ☐ Madame ☐	Profession
Nom et prénom	Institution, service
Date de naissance	Téléphone professionnel Poste
Téléphone personnel	Télécopie
Adresse personnelle	Adresse professionnelle
Code Postal	Code Postal
Ville	Ville

1 caractère par case

[illegible]

Adresse e-mail de l'Etablissement (Contact inscription) :

[illegible]

Je souhaite m'inscrire à la formation :

qui se déroulera à Paris aux dates suivantes :

Date et signature :



Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique

Afdet
88 rue de la Roquette
75544 Paris Cedex 11
Téléphone : 01 40 21 60 74
Télécopie : 01 58 30 74 00

Association régie par la loi de 1901
SIRET : 378 592 240 00030 APE : 9499 Z
Numéro d'agrément de formation : 11 75 324 14 75
Adresse électronique : afdet@afdet.net
Site Internet : www.afdet.net

Engagement de l'organisme payeur

Je soussigné :

Fonction :

Téléphone :

Représentant (nom du service ou de l'organisme payeur) :

Accepte la prise en charge des frais d'inscription (montant :euros)

de Monsieur ou Madame :

à la formation :

qui se déroulera à Paris aux dates suivantes :

Bon pour accord, le à

Signature

Cachet du service ou de l'organisme payeur

Votre inscription ne sera définitivement prise en compte qu'à réception du bulletin d'inscription rempli et signé, accompagné de l'engagement de l'organisme payeur également rempli et signé (ou d'un chèque du montant du prix de la formation). **Le tout est à adresser à l'Afdet - Service Formation - 88 rue de la Roquette- 75544 Paris cedex 11**

Vous recevrez alors une confirmation de votre inscription.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'Afdet, 88 rue de la Roquette, 75544 Paris Cedex 11



**Cette adhésion vous permet de recevoir gratuitement le Journal
SANTÉ EDUCATION et peut vous faire bénéficier d'un tarif
préférentiel pour le Congrès annuel de l'Afdet 2013**

Nom (en lettres majuscules) :

Prénom :

Adresse à laquelle vous souhaitez recevoir les courriers de l'AFDET

.....

.....

.....

Profession :

Lieu(x) d'exercice :

.....

.....

N° de téléphone fixe pour vous joindre dans la journée :

N° de téléphone portable :

Adresse électronique (1 caractère par case) :

[illegible]

Merci d'adresser ce bulletin **accompagné de votre règlement - chèque de 20 euros** à
l'AFDET 88 rue de la Roquette 75544 PARIS Cedex 11.

Un justificatif de paiement vous parviendra prochainement.