

## Mise au point/Updates

# AADOPEASE : un acronyme des compétences des soignants-éducateurs en ETP

Dieudonné Leclercq\*

Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

(Reçu le 28 août 2013, accepté le 3 février 2014)

**Résumé – Introduction :** Les compétences (ou fonctions) ETP exercées par les soignants-éducateurs de l’ETP peuvent être résumées en 9 mots mémorisables par un acronyme : AADOPEASE, qui renvoie à Annonce, Accueil, Diagnostic, Objectifs, Planification, Education, Apprentissage, Suivi et Evaluation. **Objectifs :** Cet acronyme facilite l’analyse d’actions d’ETP existantes, la conception d’actions futures et la planification de formations de soignants-éducateurs à l’ETP. **Description :** Après des précisions conceptuelles sur les termes compétence, capacité, famille de situations, tâche, activité, ressource interne et ressource externe, chacune des compétences AADOPEASE est résumée et commentée. **Conclusions :** Dans la perspective de se doter d’une vision d’ensemble commode des facettes d’une formation à l’ETP, la présente approche constitue un résumé qui devrait être complété par des résumés d’une part des méthodes de formation et d’action et d’autre part des méthodes et instruments d’évaluation.

**Mots clés :** Soignant-éducateur / compétence / capacité / tâche / activité / ASCID

**Abstract – AADOPEASE: a French acronym of competencies of TPE professional actors. Introduction:** Competencies (functions) endorsed by TPE professional actors can be summarized in 9 (French) words, that can be easily memorized as an acronym: AADOPEASE, referring (in French) to Announcing, Accueil (welcoming), Diagnosis (of educational needs), Objectives, Planning, Education, Apprentissage (Learning), Suivi (Coaching) and Evaluation. **Objectives:** This acronym is intended to facilitate the analysis of existing therapeutic education tasks and the conception of future ones, including training programs for educational care givers. **Description:** After conceptual precisions on terms such as competencies, capacities, situations, tasks, activities, resources, each of the AADOPEASE competencies is summarized and commented. **Conclusions:** In the perspective of offering a convenient bird view of a training program in TPE, the present approach, focused on objectives would offer a summary that should be completed by such a one on training and educating methods and on evaluation methods.

**Key words:** Professional actors in TPE / competencies / capacities / tasks / activities / AADOPEASE / ASCID

## 1 Introduction

2 Edudora<sup>2</sup> (lire *Edudora carré*) est un projet européen  
 3 *Interreg* qui s’est déroulé entre 2011 et 2013 dans les régions  
 4 de Lorraine, Luxembourg et Wallonie. Mené par des équipes  
 5 interdisciplinaires de ces trois régions et coordonné par M.  
 6 Guillaume (faculté de médecine, université de Liège), le projet  
 7 a, entre autres, procédé à une enquête (non encore publiée) au-  
 8 près d’acteurs de l’éducation thérapeutique du patients (ETP).  
 9 Il est apparu que si les besoins en formations des acteurs sont  
 10 importants dans les trois régions, seule la Lorraine pratique  
 11 depuis quelques années des formations à l’ETP basées sur des  
 12 prescrits nationaux [1]. Par ailleurs, Van Rooij *et al.* (2012) [2]  
 13 décrivent des formations systématiques menées dans les IFSI  
 14 (instituts de formation en soins infirmiers). Enfin, en Europe

francophone, des initiatives locales se sont multipliées, après  
 le rapport OMS 1998 [3], notamment en France [4], en Suisse  
 et en Belgique [5, 6]. Les auteurs de l’enquête Edudora réflé-  
 chissent sur des programmes de formation à l’ETP de la majori-  
 té des soignants-éducateurs (soignants ou non) à l’ETP. Dans  
 cette perspective, le présent article vise à contribuer au cadre  
 conceptuel et terminologique en rapport avec les compétences  
 et ressources (savoirs, savoir-faire, attitudes) avant de les appli-  
 quer à la formation des soignants-éducateurs en ETP. Comme  
 nous allons, le montrer, de nombreux écrits ont déjà mobilisé  
 ces termes pédagogiques, mais les définitions sont multiples  
 et dispersées, ce qui rend incommode le travail de conception  
 d’un programme de formation. Nous prenons donc au pied  
 de la lettre la recommandation de Voltaire « *Si vous voulez  
 discuter avec moi, commencez par définir les termes que vous  
 employez* ».

\* Correspondance : d.leclercq@ugl.ac.be

15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30

1 **2 Définir les concepts**

2 **2.1 L’ETP**

3 Selon la loi HPST [1] : « *L’éducation thérapeutique du pa-*  
 4 *tient s’inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour*  
 5 *objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son*  
 6 *adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité*  
 7 *de vie.* »

8 **2.2 Soignants-éducateurs**

9 Bien que cette expression n’inclue pas, *stricto sensu*, les  
 10 assistants sociaux ou les patients experts, nous l’étendons,  
 11 dans les limites de cette article à ces deux catégories d’inter-  
 12 venants, pour couvrir « les personnes susceptibles de bénéfi-  
 13 cier d’une formation à l’ETP », ceux que le Journal Officiel [2]  
 14 appelle des « *acteurs directement en lien avec le patient,*  
 15 *qui réalisent concrètement les activités liées à l’éducation*  
 16 *thérapeutique auprès des patients* ».

17 **2.3 Les compétences**

18 Le souci de formuler des compétences comme base des  
 19 formations remonte à plus de quatre décennies [7, 8], sous  
 20 diverses appellations : en anglais CBE (*competency based*  
 21 *education*) et en espagnol ABC (*aprendizaje basado en com-*  
 22 *petencias*), deux expressions qui font des compétences des ob-  
 23 jectifs définis au départ, les bases d’une formation. En français,  
 24 l’expression APC (pour approche par compétences ou appren-  
 25 tissage par compétences), véhicule, elle, l’idée d’une option  
 26 méthodologique : apprendre par (à partir de) problèmes à ré-  
 27 soudre, de cas de la vie réelle. La plupart des auteurs qui ont  
 28 proposé une définition du terme **compétence** font référence à :

- 29 (a) la capacité d’**agir** [1, 9, 10] ou de faire face
- 30 **efficacement** [11–13] devant. . .
- 31 (b) des situations-problèmes [14, 15] ou de tâches com-  
 32 plexes [13], c’est-à-dire au-delà de la routine, inédites pour  
 33 l’acteur [13],
- 34 (c) appartenant à une famille de **situations** [12, 16–20],
- 35 (d) par la **mobilisation de ressources** internes (valeurs et at-  
 36 titudes, connaissances) [15], savoir-faire) ou externes (hu-  
 37 maines, matérielles ou virtuelles) [1, 9, 21–23],
- 38 (e) dont le niveau de développement [16] et non pas « la maî-  
 39 trise » (Section 3.2) doit être inféré [14, 16] et non pas  
 40 « mesuré »,
- 41 (f) l’acteur ayant une constante position réflexive sur sa  
 42 compétence [13, 16].

43 Appliquant la définition de « **compétence** » de Beckers  
 44 *et al.* [11] à l’ETP, nous la définissons, en bref, comme « la  
 45 capacité d’agir efficacement dans des familles de situations  
 46 complexes (ex. : les neuf compétences en situation ci-après),  
 47 « en mobilisant des ressources internes (savoirs, savoirs faire,  
 48 attitudes) et externes » (ici les systèmes de soin, l’entourage,  
 49 les systèmes légaux, la technologie, etc.), « avec une attitude  
 50 réflexive et un souci de développement continu ».

2.4 **Famille de situation, paramétrages et habillages**

51

52 Dans le contexte de la définition des compétences, la si-  
 53 tuation est souvent appelée Situation-problème ou Tâche com-  
 54 plexe. On ne peut former à une infinité de compétences ou de  
 55 situations, mais seulement à quelques familles de situations.  
 56 Or, Tardif (2006, p. 22) [18] écrit : « *Dans une définition de*  
 57 *la compétence, on pourrait accepter de ne pas introduire ex-*  
 58 *plicitement l’idée de famille de situations. . .* », mais il pour-  
 59 suit « *. . . on ne peut cependant pas faire l’économie d’éta-*  
 60 *blir, . . . l’étendue de chaque famille relative à chacune des*  
 61 *compétences.* » Pour nous, une famille de situations regroupe  
 62 des tâches-problèmes (voir plus loin) qui partagent les buts,  
 63 les types de données disponibles et les processus d’élabora-  
 64 tion de solutions. Ce sont les invariants ou paramètres fixes de  
 65 la famille. Les soignants-éducateurs devant être familiarisés à  
 66 une grande variété d’habillages de ces situations [24]. Comme  
 67 toute compétence se définit par la situation, il est encore plus  
 68 claire d’écrire « compétence-en-situation » comme le préco-  
 69 nise Allal [25]. Dès lors, sous-compétence et sous-situation se  
 70 définissent par des situations ayant les mêmes valeurs des pa-  
 71 ramètres fondamentaux. Par exemple, dans la compétence-en-  
 72 situation Accueil, on pourra distinguer les circonstances (en  
 73 urgence, en groupe, de premier contact, de suivi, en famille,  
 74 à domicile, en hôpital), mais dans toutes ces sous-situations,  
 75 les paramètres fondamentaux (tâche et ressources à mobiliser)  
 76 restent les mêmes pour cette compétence qu’est l’Accueil.

2.5 **L’évaluation des compétences  
 par le positionnement (et la progression)  
 dans une trajectoire de développement**

77  
78  
79

80 Bien entendu, cette évaluation [18, p. 105] se fait en si-  
 81 tuation, sur le terrain ou de façon simulée, par jeux de rôles  
 82 par exemple, mais pas sur le même genre d’échelle que pour  
 83 la mesure des capacités. En effet, on mesure le niveau de maî-  
 84 trise de connaissances (ex. : 70 % à un test) ou de performance  
 85 (ex. : 7/10 dans un plongeon), car on connaît la perfection (le  
 86 maximum possible). En revanche, on estime le niveau de dé-  
 87 veloppement d’une compétence, car il n’existe pas là de pla-  
 88 fond. Dans la terminologie de Tardif (2006, p. 86) [18], les  
 89 formations font passer les débutants au niveau de novices, puis  
 90 d’intermédiaires et enfin de compétents. Mais c’est la pratique  
 91 qui leur permettra de devenir des compétents expérimentés et  
 92 la théorisation qui en fera des compétents experts.

2.6 **Les capacités**

93

94 En dehors de situations complexes, proches du réel, on  
 95 parle de **capacités**, plus générales, plus décontextualisées (ex. :  
 96 Résumer un texte, Rechercher de l’information, Prendre des  
 97 notes). « *Il ne faut toutefois pas penser qu’une approche par*  
 98 *les capacités et une approche par les compétences sont incom-*  
 99 *patibles, loin s’en faut. Les deux approches sont étroitement*  
 100 *liées, complémentaires même* » [20].

1 **2.7 Tâches et activités**

2 « *La tâche est définie en ergonomie par un but à atteindre*  
 3 *à la différence de l'activité : ce qui est mis en œuvre par le sujet*  
 4 *pour exécuter la tâche* » [26]. Souvent les compétences sont  
 5 formulées en termes de tâches, mais le lecteur doit se rappeler  
 6 que l'expression « compétence » inclut en outre les ressources  
 7 (intellectuelles, affectives, sociales) dont l'acteur doit disposer  
 8 pour réaliser ces tâches, pour effectuer ces activités.

9 **2.8 Comportement et conduite**

10 Le **comportement** est une action observable extérieurement  
 11 alors que la **conduite** est une série de comportements  
 12 répétés, donc habituels ou majoritaires, qui ont une fonctionnalité  
 13 et des composants internes. « *La psychologie du comportement*  
 14 *devient insuffisante quand il s'agit de l'étude des hommes.*  
 15 *Elle étudie des phénomènes élémentaires, les réflexes et les*  
 16 *instincts, mais elle supprime l'étude de phénomènes plus*  
 17 *complexes : la conscience, les sentiments, les raisonnements,*  
 18 *les idées* » [27]. Ainsi, nous distinguons la conduite (ou habi-  
 19 tude) tabagique du comportement « fumer une cigarette », qui  
 20 n'est pas forcément révélateur d'une habitude.

21 **2.9 Finalités, buts ultimes, intermédiaires et médiateurs**

23 Les compétences des soignants-éducateurs en ETP (en gé-  
 24 néral les soignants) dépendent des finalités, c'est-à-dire des  
 25 compétences attendues des patients et leurs conséquences.  
 26 Nous avons donc adopté une réflexion à rebours, donc **en**  
 27 **commençant par la fin**, dans le sens « à lire de droite à  
 28 gauche » mais aussi dans le sens « la finalité » ou le but  
 29 ultime, au-delà des buts intermédiaires ou médiateurs. L'ex-  
 30 pression « intermédiaire » fait référence à l'aspect temporel :  
 31 on passe d'abord par eux. L'expression « médiateur » fait réfé-  
 32 rence à l'aspect contributif : c'est grâce à eux que le but ultime  
 33 est atteint (ou au moins visé).

34 **2.10 Compétences et objectifs**

35 Bien que rompant avec une pédagogie « Objectif par ob-  
 36 jectif » (ce qui est une option quant aux méthodes), l'Ap-  
 37 proche orientée par les compétences n'en a pas moins des  
 38 objectifs. C'est ce que rappelle Allal [28] : « *Il est utile,*  
 39 *à mon avis, de distinguer la multitude des compétences hu-*  
 40 *maines existantes et potentielles (au plan descriptif/explicatif)*  
 41 *des divers sous-ensembles de compétences retenus par telle*  
 42 *ou telle institution en tant qu'objectifs de formation (au plan*  
 43 *normatif)* ».

**3 Une approche à rebours pour définir les compétences souhaitables chez les soignants-éducateurs de l'ETP**

**3.1 Les finalités**

En ETP, les **finalités** principales (il y en a des secondaires)  
 sont de contribuer à améliorer la qualité de vie des patients et  
 de leur entourage, réduire les incidents et accidents liés aux  
 maladies. Ces finalités, ont été énoncées dans de nombreuses  
 publications. Par exemple : « L'éducation thérapeutique a  
 pour objectif de former le malade pour qu'il puisse **acquérir**  
**un savoir-faire** (buts opératoires) adéquat, afin d'arriver à un  
 équilibre entre sa vie et le **contrôle optimal de sa maladie (fi-**  
**nalités)** » [29]. À la lecture d'autres définitions, [3, 30–35], il  
 apparaît que ces finalités portent non seulement sur le patient  
 (son état physique, sa qualité de sa vie, son autonomie), mais  
 aussi sur son entourage, sur les soignants (leur qualité de vie et  
 les répercussions possibles de la mise en œuvre de l'ETP) ainsi  
 que sur le du système de soin (depuis le niveau local jusqu'au  
 niveau de l'État) dans ses aspects administratifs.

**3.2 Les buts médiateurs et les ressources impliquées**

Il s'agit de compétences à développer chez les patients,  
 comme celles qu'ont décrites d'Ivernois, Gagnayre et le  
 groupe IPCEM [36]. Ces auteurs ont réparti ces objectifs en  
 deux catégories : les compétences d'auto-soins et les com-  
 pétences d'adaptation. Chacune de ces compétences implique  
 que le soignant-éducateur puisse mobiliser des ressources (no-  
 tamment la connaissance de théories et recherches récentes)  
 relevant des divers facteurs de production de la conduite tels  
 que les 12 facteurs ASCID [21]. Le tableau I présente un es-  
 sai (imparfait) de signaler certaines de ces correspondances,  
 ici sur les seules compétences d'auto-soins.

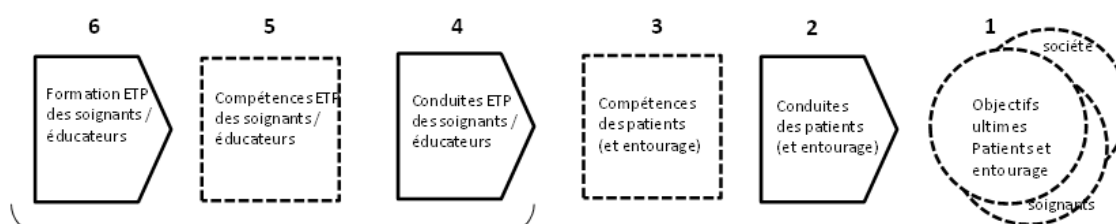
Cette mise en correspondance informe déjà sur les do-  
 maines de connaissances théoriques que l'on doit mettre au  
 programme de formation des soignants-éducateurs. Dans la  
 figure 1, les finalités-patients sont positionnées à l'extrême  
 droite et portent le numéro 1. Les pas suivants sont numérotés  
 à rebours, de la droite vers la gauche.

**3.3 Les pas suivants**

Le pas n° 2 consiste à se demander quelles conduites  
 des patients (et de leur entourage) peuvent contribuer à at-  
 teindre ces objectifs ultimes, donc (c'est le pas n° 3) quelles  
 sont les compétences-patients à développer. Ce chaînage ar-  
 rière dans le raisonnement amène à se demander (pas n° 4)  
 quelles sont les conduites ou actions professionnelles des soi-  
 gnants/éducateurs pertinentes pour ce faire, et par conséquent  
 (pas n° 5) quelles sont les compétences ETP de ces derniers.  
 C'est sur cette base que l'on peut envisager de concevoir les  
 formations initiales ou continuées à l'ETP, bref le pas n° 6 :  
 les objectifs et les méthodes à mettre en œuvre pour assurer  
 une telle formation.

**Tableau I.** Correspondance entre compétences-patient et facteurs des production de la conduite. – *Correspondence between patients’ competences and factors responsible for behavior.*

Les compétences d’auto-soins	Les facteurs du modèle ASCID
1. Faire connaître ses besoins	Cognition + Image de soi (Métacognition), + Relationnel
2. Comprendre, s’expliquer	Cognition
3. Repérer, analyser, mesurer	Cognition (compréhension) et habiletés Sensori-Motrices
4. Faire face, décider	Attitudes, Décider
5. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa famille, résoudre un problème de prévention	Cognition, Affectivité, Relationnel
6. Pratiquer, faire	Habitudes, habiletés Sensori-motrices
7. Adapter, réajuster	Cognition,
8. Utiliser les ressources	Cognition, Matériel, Relationnel



**Figure 1.** Raisonnement à rebours (à lire de droite vers gauche). pour penser la formation à l’ETP des soignants/éducateurs. – *Backward reasoning (to be read from right to left) to design a training program aimed to educational caregivers.*

1 **3.4 Commentaires sur la figure 1**

2 Cette décomposition rappelle qu’une formation (6) n’as-  
3 sure pas automatiquement les compétences (5), et que celles-ci  
4 n’entraînent pas à coup sûr les conduites sur le terrain (4), qui,  
5 quand elles sont menées à bien, ne développent pas forcément  
6 les compétences des patients (3). Si on lit la figure 1 de gauche  
7 à droite, on comprend que chaque étape est nécessaire mais  
8 non suffisante pour la suivante.

9 La proposition qui est faite ici vise à contribuer à struc-  
10 turer la réflexion sur les mailles 4, 5 et 6, qui concernent  
11 les soignants/éducateurs. Ainsi, nous adopterons les quatre  
12 grandes étapes de l’ETP distinguées par le Centre d’éducation  
13 du patient ou CEP [37], et par l’INPES [38], reprises par le  
14 Journal Officiel du 2 juin 2013 [1]. Ce dernier distingue six si-  
15 tuations et 21 activités pour dispenser l’ETP dans le cadre  
16 d’un programme, une liste que l’on ne peut retenir de mémoire.  
17 C’est pourquoi nous présentons le moyen mnémotechnique  
18 AADOPEASE.

19 **4 Les compétences-en-situation**  
20 **des soignants-éducateurs de l’ETP**

21 **4.1 L’acronyme AADOPEASE**

22 Les compétences des soignants-éducateurs de l’ETP ont  
23 été décrites dans divers documents [1,33,36,38]. Elles peuvent  
24 se résumer par neuf mots ou de locutions. Pour en faciliter  
25 la mémorisation et la communication, nous en proposons un

acronyme de 9 compétences. En ETP, ces compétences-en-  
26 **situation** nous paraissent être l’Accueil (A) du patient, éven-  
27 tuellement l’Annonce (A) de la maladie, le Diagnostic (D) des  
28 besoins du patient en ETP, la négociation des Objectifs (O)  
29 de l’ETP, la Planification (P) de l’ETP, l’(les) action(s) en favori-  
30 sant l’Apprentissage (A) et d’Education-Enseignement t(E), le  
31 Suivi (ou coaching continu), et l’Evaluation (E).

32 Le présent article ne décomposera pas les neuf compé-  
33 tences. Tout au plus il en rappellera quelques caractéristiques  
34 essentielles, et, pour trois d’entre elles (D, A, E), il évoquera  
35 les ressources qui paraissent devoir être sinon maîtrisées par,  
36 du moins familières pour, les soignants-éducateurs. 37

38 **4.2 AADOPEASE et ses sources principales**

39 Dans le tableau II, la colonne 1 reprend (en gras) les mots  
40 clés du CEP [37]. La colonne 2 reprend les mots-clés de  
41 l’INPES [38], la colonne 3 ceux du JO du 2/6/2013 [1] et  
42 la 4 les mots-clés de AADOPEASE. Pour rappel, le JO [1]  
43 considère six situations :

- 44 1. **Accueillir** les personnes atteintes de maladie chronique.  
45 (créer un climat favorable à l’ETP).
- 46 2. Analyser avec le patient sa situation, ses pratiques de santé  
47 et convenir de ses **besoins** en ETP.
- 48 3. S’accorder avec le patient, sur les ressources nécessaires  
49 pour s’engager dans un projet et construire avec lui un **plan**  
50 d’action.
- 51 4. Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche  
52 d’ETP.



**Tableau II.** AADOPEASE et trois des documents qui l’ont inspiré. – *The AADOPEASE model and three of the documents that have inspired it.*

CEP	INPES (2007)	JO (2/6/2013)	AADOPEASE
			Annonce (de la maladie)
	<b>Accueillir</b>	<b>(1) Créer un climat favorable</b>	Accueil (du patient)
1. Le <b>diagnostic</b> éducatif	Élaborer un <b>diagnostic</b> éducatif	<b>(2) Analyser la situation et les pratiques</b>	<b>Diagnostic</b> éducatif (des besoins en ETP)
2. La négociation d’ <b>objectifs</b>	Définir un programme personnalisé d’ETP avec des priorités d’apprentissage	<b>(2) Convenir des besoins</b>	<b>Objectifs</b> (leur négociation)
	<b>Planifier</b> les séances d’ETP individuelle ou collective, ou en alternance	<b>(3) S’accorder avec le patient et son entourage sur un projet</b> <b>(4) se coordonner</b>	Planification (coordonnée)
3. L’ <b>intervention éducative</b> )	et les mettre en œuvre	<b>(5) Mettre en œuvre</b>	Eduquer (les actions du soignant)
			Apprentissage (organiser les apprentissages des patients)
			Suivi de la conduite (à domicile) du patient
4. L’évaluation des résultats	Réaliser une <b>évaluation</b> : compétences acquises, déroulement du programme	<b>(6) Co-évaluer els pratiques et les résultats</b>	Evaluation (avec le patient et l’entourage) du vécu et des effets de l’ETP

- 1 5. **Mettre en œuvre** le plan d’action avec le patient.
- 2 6. **Co-évaluer** avec le patient les pratiques et les résultats de
- 3 la démarche d’ETP.
- 4 Pour les aspects d’équipe et d’organisation, nous renvoyons
- 5 au Journal Officiel [1], qui les structure en six situations (et
- 6 21 actions) et qui par ailleurs ont fait l’objet d’une réflexion
- 7 approfondie autour du concept d’interdisciplinarité [9].

8 **5 Considérations sur chacune**

9 **des compétence AADOPEASE**

10 **5.1 L’ Annonce de la maladie**

11 On aura remarqué que l’Annonce est un ajout de notre

12 équipe (de l’université de Liège) par rapport aux trois listes

13 reprises dans le tableau I. Il nous a paru, en effet, qu’il fallait

14 préparer les soignants-éducateurs d’ETP à cette compétence.

15 Bien entendu, de grandes variations existent selon les patho-

16 logies et selon l’état de préparation psychologique du patient.

17 Ainsi, l’annonce du diagnostic d’obésité est rarement une sur-

18 prise totale pour le patient et n’implique pas une menace vi-

19 tale à court terme. Ce n’est pas le cas pour l’annonce d’autres

20 pathologies comme le diabète ou le cancer.

L’annonce d’une mauvaise nouvelle repose sur la dé- 21

marche qui consiste à explorer ce que la personne a compris de 22

la situation jusqu’à ce qu’elle anticipe l’annonce, voire qu’elle 23

énonce elle-même le diagnostic avec ses mots propres. Les pu- 24

blications sur l’Annonce sont nombreuses et des stratégies sont 25

bien mises au point (par exemple existent des consultations 26

d’annonce, en particulier en oncologie). Dans son modèle, 27

Kübler Ross [10] distingue plusieurs types de réactions du pa- 28

tient à l’annonce : du choc initial à l’acceptation en passant 29

par le déni, la révolte, la négociation et la réflexion. Assal [38] 30

met en parallèle des réactions typiques du soignant face à ces 31

réactions du patient. 32

5.2 **L’Accueil** 33

Convier le patient à participer à une séance d’éduca- 34

tion thérapeutique sous-entend que le soignants-éducateurs de 35

l’ETP aide le patient à se faire une idée juste de cette acti- 36

vérité, lui permette de percevoir son utilité, de discuter le terme 37

« éducation » ... 38

C’est dans la phase d’accueil que l’éducateur fait com- 39

prendre au patient qu’il ne se substituera pas à lui dans la défi- 40

nition des objectifs et du plan d’ETP, mais que ces phases se- 41

ront toujours négociées. Par ailleurs, l’éducateur essayera d’en 42

1 savoir plus sur l’entourage du patient, qui pourrait constituer  
2 une aide... et parfois un frein.

3 L’INPES [39] énonce des ressources (capacités) dont le  
4 soignant doit faire preuve, telles que : « l’écoute attentive et  
5 bienveillante, l’empathie, la communication et l’information,  
6 la mise en confiance, se questionner et délimiter son rôle »,  
7 ou encore « la connaissance des principes de l’ETP, de la dé-  
8 marche ETP de l’entité (du service), du réseau interne et ex-  
9 terne des professionnels de santé et praticiens de l’ETP, des  
10 associations de patients et leur rôle, des publics reçus, des  
11 principes de base de l’accueil... ».

12 Nagels et Lasser-Moutet (2013) commentent cette compé-  
13 tence comme suit : « *Le professionnel de santé va tout d’abord*  
14 *devoir se décentrer de l’objet maladie pour se préoccuper*  
15 *de la personne aux prises avec sa maladie. Concrètement, il*  
16 *s’agit de porter attention, avec elle, à l’impact de sa mala-*  
17 *die sur sa vie quotidienne, à la façon dont elle le vit sur le*  
18 *plan affectif, à la manière dont elle comprend ce qui lui ar-*  
19 *rive, au retentissement qu’elle perçoit sur le système familial,*  
20 *ensuite, ne pouvant pas solutionner les problèmes de vie de*  
21 *ces patients, le professionnel devra adopter une nouvelle pos-*  
22 *ture. Dans ce domaine, l’expertise n’existe pas, le conseil y est*  
23 *bien peu efficace. Le professionnel visera plutôt à favoriser et*  
24 *accompagner le questionnement, l’élaboration et la recherche*  
25 *de pistes, donc les apprentissages et le changement de cette*  
26 *personne » [26].*

27 La posture du soignant-éducateur d’ETP s’inspirera du  
28 concept de « séparation liante » de Lévinas. À propos de  
29 la relation au grand âge, Hirsch (2003, p. 28) [40] précise  
30 ce concept pour l’ETP : « *Dans la distance creusée par la*  
31 *vieillesse, la maladie, la souffrance et l’angoisse de la mort, le*  
32 *questionnement éthique crée ce qu’Emmanuel Levinas appelle*  
33 *la séparation liante, c’est-à-dire une juste proximité, une dis-*  
34 *tance qui sait être une bonne présence. Elle surgit comme la*  
35 *forme première d’une pondération. Elle accueille le doute et*  
36 *l’incompréhension, la différence des enjeux et des investisse-*  
37 *ments, des devoirs et des choix. Parce qu’elle nous requiert de*  
38 *faire œuvre de prudence dans l’enchaînement mécanique des*  
39 *possibilités et des puissances, de chercher le consentement de*  
40 *l’autre, l’obligation éthique crée un devoir de restriction qui*  
41 *n’est autre que la réalité pratique du respect. »*

### 42 5.3 Le Diagnostic éducatif

43 Il s’agit de savoir d’où l’on part : ce que le patient per-  
44 çoit de sa maladie et de lui-même, ce qu’il sait, ce qu’il sait  
45 faire, ses habitudes, ce qu’il désire, sa capacité de prendre des  
46 décisions et sa volonté de les maintenir. Chacun de ces fac-  
47 teurs peut poser un problème, constituer un besoin en ETP.  
48 Comment ne pas passer à côté de celui ou de ceux dont il  
49 faut s’occuper en priorité ? Le soignant-éducateur peut, s’il  
50 en sent la nécessité, se référer à une check-list écrite, mais  
51 cela instaure une relation moins spontanée. Devant ces diffi-  
52 cultés, Leclercq [21] a proposé un acronyme des facteurs de  
53 production de la conduite, dont le cœur est ASCID, les fac-  
54 teurs psychologiques : Affectivité (plaisir, peur, espoir, souf-  
55 france), Savoir-faire sensori-moteur (capacité d’exécuter et/ou

de percevoir), Cognition (savoirs déclaratifs, procéduraux, 56  
conditionnels ; compréhension de mécanismes), Image de soi 57  
(Estime de soi, attributions causales, réalisme dans l’auto- 58  
évaluation), Décision (stades de conscience et de conviction 59  
de la nécessité d’agir, d’intentions, de passage à l’acte, de 60  
maintien ou de rechute). 61

62 Il s’agit là aussi d’un acronyme qui vise à intégrer plu-  
63 sieurs modèles existants. Ainsi, l’Affectivité peut être analysée  
64 à l’aide de modèles [21] tels que la pyramide de Maslow [41],  
65 les marqueurs somatiques de Damasio [42], les mécanismes  
66 psychosomatiques d’Alexander [43], la crainte de l’échec  
67 d’Atkinson [44], ou encore les modes de  *coping*  de Kübler-  
68 Ross [10, 45]. Les autres facteurs ASCID peuvent être ana-  
69 lysés grâce à divers autres modèles ou théories scientifiques,  
70 celles-ci étant composées des hypothèses et de données is-  
71 sues de leurs vérifications. La connaissance de ces théories  
72 (et la capacité de les appliquer à des cas réels) peut aider un  
73 soignant-éducateur de l’ETP, et donc devraient faire partie de  
74 sa formation.

75 Chacun de ces 12 facteurs peut faire l’objet du diagnos-  
76 tic éducatif qui, donc, apparaît multifactoriel. Cette complexité  
77 montre l’utilité d’un guide d’entretien qui doit être utilisé avec  
78 souplesse en laissant un maximum d’initiative au patient dans  
79 les échanges. D’autres guides de diagnostic initial (et donc  
80 pouvant servir pour mesurer les évolutions) sont proposés [3].  
81 Celui de Gagnayre *et al.* [22], constitue un modèle de précision  
82 car il propose, pour chaque dimension, une échelle descriptive  
83 d’évaluation, c’est-à-dire dans laquelle est décrit chaque éche-  
84 lon de l’échelle de qualité. C’est évidemment sur base de ce  
85 diagnostic que seront fixées les priorités dans l’opération sui-  
86 vante : la détermination (négociée) des objectifs de l’éducation  
87 thérapeutique pour un patient précis, à un moment donné.

### 5.4 Les Objectifs, leur détermination 88 et leur négociation 89

#### 5.4.1 La négociation des objectifs 90

91 Il s’agit ici des objectifs adoptés par le patient et son en-  
92 tourage, c’est-à-dire la qualité de leurs vies. Il s’agit aussi des  
93 objectifs médiateurs tels qu’apprendre des connaissances, des  
94 techniques, la pratique régulière d’une activité physique ou  
95 sociale, l’autocontrôle périodique des paramètres biologiques.  
96 Quels que soient les objectifs optimaux du point de vue du  
97 soignant, la détermination des objectifs effectifs se fait avec  
98 l’accord du patient. Il s’agit de négocier avec lui les apprentis-  
99 sages à réaliser pour développer ses compétences d’autosoins  
100 ou d’adaptation en tenant compte des impératifs du traitement  
101 et de sa réalisation optimale. La négociation est une compé-  
102 tence subtile du soignant-éducateur. Tout d’abord parce qu’elle  
103 requiert de sa part une parfaite connaissance de la physiopa-  
104 thologie et du traitement, ensuite parce que le soignant doit  
105 tenir compte de ce que les compétences ne s’acquièrent pas  
106 immédiatement alors que le traitement, lui, doit être suivi sans  
107 trop de délai. Il faut donc que le soignant trouve les condi-  
108 tions de réussite de l’apprentissage tout en assurant la sécurité  
109 thérapeutique du patient.

**Tableau III.** Correspondance entre certains objectifs du patient. et la nature des ressources principales qu’il doit pouvoir mobiliser. – *Correspondence between some patients’ objectives and the nature of the principal resources he should be able to summon up.*

Objets sur lesquels un <b>patient</b> peut être amené à se fixer des objectifs Inspirés de Gagnayre <i>et al.</i> (2006) [22]	Types de Ressources <b>soignant</b> , listées dans le modèle ASCID [21], lui permettant d’accompagner le patient
(Re) formuler son projet de vie	A (Affectivité), par exemple avoir de l’empathie avec un patient.
Développer Auto-efficacité et Image de soi	I (Image de soi), par exemple être réaliste quant à sa capacité d’influencer le patient
S’entraîner Adaptation / anticipation vis-à-vis d’une nouvelle situation problème	C (Cognition) par exemple des mécanismes d’apprentissage lors d’un entraînement,
Élaborer des stratégies de résolution d’un événement / problème	C (Cognition), par exemple de la diversité des stratégies des patients
Procéder à l’auto-évaluation de la stratégie de résolution d’un événement /problème	S (Savoir-faire), par exemple en communication de feedbacks au patient
Acquérir la maîtrise – efficacité du geste ou de la technique	S (Savoir-Faire), par exemple dans le guidage d’un novice

1 Il s’agit de définir ensemble des priorités (1) quant aux ré-  
2 sultats à moyen terme, par exemple le degré d’autonomie dans  
3 les auto-soins dans un délai de 3 mois et (2) d’acquis média-  
4 teurs en termes de développement de compétences et d’ac-  
5 quisition de ressources matérielles, cognitives, attitudinales,  
6 sensori-motrices ou relationnelles. Le processus de Décision,  
7 un des facteurs énumérés par ASCID est au cœur de cette  
8 opération. Par exemple : « Quel poids essayer de perdre en  
9 combien de temps ? » et, en conséquence, « Quelle inten-  
10 sité et fréquence d’activité physique se fixer pour lutter contre  
11 l’obésité ? »

12 **5.4.2 Une théorie utile : l’auto-fixation de la difficulté**  
13 **des tâches**

14 Ceci est l’occasion de montrer l’intérêt des théories sur  
15 le sujet en invoquant l’une d’elles : celle d’Atkinson [46] et  
16 Atkinson et Litwin [47] qui expliquent comme suit les mé-  
17 canismes différents d’autofixation de la difficulté des tâches.  
18 D’abord, ils distinguent deux types de personnes : celles qui  
19 ont tendance à rechercher le succès et celles qui sont motivées  
20 par l’évitement de l’échec. Selon cette théorie, les premières  
21 ont tendance à se fixer des tâches de difficulté intermédiaires  
22 (de probabilité de succès proche de 50 %), c’est-à-dire suffi-  
23 samment difficiles pour que le succès procure du plaisir en soi  
24 (selon le postulat que plus la tâche est difficile plus le plaisir  
25 du succès est grand), mais suffisamment faciles pour que cela  
26 arrive assez souvent, ou du moins avec une probabilité suffi-  
27 samment motivante. Les seconds, en revanche, toujours selon  
28 cette théorie, se fixent des tâches soit très faciles (ce qui évite  
29 l’échec à coup sûr), soit très difficiles (ce qui amène un échec  
30 non culpabilisant : ils ont échoué, mais les autres n’auraient  
31 pas réussi non plus).

**5.4.3 La liaison entre compétences, contenus**  
**et ressources**

Toute détermination d’objectifs par et pour le patient im-  
plique chez le soignant les nécessaires ressources relevant des  
facteurs ASCID [21]. Ces ressources varient selon les objec-  
tifs à déterminer. Le tableau III donne une idée sommaire des  
principales ressources ou capacités des soignants (colonne de  
droite) utiles pour traiter de divers types d’objectifs-patients  
(colonne de gauche). Cette liste est reprise de Gagnayre  
*et al.* [22] au travers du système d’évaluation pédagogique  
proposé par ces auteurs.

Les grandes catégories ASCID sont les mêmes pour les pa-  
tients (Tab. I) et les soignants-éducateurs (Tab. III), mais à l’in-  
térieur de chaque catégorie, certaines ressources sont propres  
aux premiers, d’autres propres aux seconds et d’autres encore  
sont partagées par les deux.

**5.5 La Planification d’un programm**  
**personnalisé d’ETP**

Un tel plan comporte d’une part la définition de séances  
d’ETP collectives et individuelles et d’autre part des actes à  
domicile, des conduites (c) bien souvent avec des prises de  
données sur les fréquences et les effets de ces conduites. On  
peut représenter une telle planification sur une ligne du temps.  
Chaque séance d’ETP est codée par S, c’est-à-dire Suivi (S)  
où le soignant-éducateur discute avec le patient de l’évolution  
depuis la séance précédente, et par EA, c’est-à-dire les évé-  
nements d’Education et Apprentissage planifiés ou au moins  
favorisés par l’ETP. Comme le montre la figure 2, ces SEA  
s’intercalent entre des séries de conduites (c) le plus souvent  
à domicile, donc inobservables directement par le soignant.  
C’est pour cela que nous les avons mis entre parenthèses.

ADOP---(c)S---(c)---SEA---(c)---(c)--S----(c)-SEA----- (c)----(c)---(c) --(c)-SEA---E

**Figure 2.** Ligne du temps (de gauche à droite) d’un programme (fictif) d’ETP. – *Tile line (from left to right) of a fictitious PTE program.*

1 Dans la série ci-dessous, le dernier élément (E) représente  
2 l’Evaluation (Section 5.9).

3 Plusieurs stratégies sont envisageables. Depuis les consul-  
4 tations régulières (ex. : tous les deux mois) jusqu’à une hospi-  
5 talisation prolongée, en passant par des séminaires résidentiels  
6 ou des échanges par courrier électronique, entre patient et soi-  
7 gnant(s) ou même par forums électroniques entre patients [23].

8 **5.6 E et A : Éduquer et favoriser l’Apprentissage**

9 Le nombre de méthodes d’intervention éducative envisa-  
10 geables est quasi infini. Prenons par exemple les méthodes  
11 basées sur les cas. Lors d’une séance d’ETP individuelle  
12 ou collective, le soignant-éducateur d’ETP peut exploiter un  
13 cas-problème de plusieurs façons : (1) il invite les partici-  
14 pants à imaginer des hypothèses, quitte, plus tard, à ce qu’ils  
15 puissent poser des questions supplémentaires pour les vé-  
16 rifier; ou (2) il expose diverses hypothèses et invite à en  
17 débattre; ou encore (3) il expose comment diverses hypo-  
18 thèses ont été posées et comment on les a vérifiées. On voit  
19 que l’expression « méthode des cas » est ambiguë, car elle  
20 peut recouvrir des stratégies et des processus mentaux dif-  
21 férents. Il suffit par exemple d’inverser deux activités (deux  
22 événements), et ce qui était un problème à résoudre devient  
23 une solution à mémoriser. D’où l’intérêt de penser en termes  
24 d’Événements d’Education-Apprentissage, c’est-à-dire d’évé-  
25 nements repérables dans le temps (quand), dans la durée (com-  
26 bien de temps), dans l’espace (où), par les moyens mis en  
27 œuvre (comment) et par un ou des acteurs (ici typiquement  
28 le soignant-éducateur et le patient) ayant pour but ou pour ef-  
29 fet possible un ou plusieurs apprentissages. Par apprentissage,  
30 nous entendons un changement relativement durable soit dans  
31 les conduites, soit dans les acquis (compétences, structures  
32 mentales, ressources), soit dans les deux. Selon le Modèle  
33 des Événements d’Enseignement-Apprentissage de Leclercq  
34 et Poumay [48], huit catégories d’événements permettent de  
35 décrire (et d’imaginer) une infinité de méthodes, comme, en  
36 chimie, une bonne centaine d’atomes seulement permettent de  
37 décrire (et d’imaginer) des milliers de molécules existantes ou  
38 à créer.

39 **5.7 Le Suivi de la conduite**

40 Le suivi implique une part de monitoring (recueillir l’in-  
41 formation et l’analyser) et de contrôle ou régulation, c’est-à-  
42 dire influencer la suite des événements, le processus quand  
43 les résultats de celui-ci s’écartent des résultats souhaités. Tout  
44 cela, à nouveau, en communiquant et en négociant avec le pa-  
45 tient. Bien sûr, l’instauration de carnets de suivi où le patient  
46 lui-même note ses observations constitue un moyen de prise

d’informations. Il en va de même pour les rapports oraux ou 47  
écrits que font le patient ou son entourage L’analyse des si- 48  
tuations ou contextes dans lesquelles les conduites sont pro- 49  
duites est précieuse. L’éducateur cherche à savoir quand la 50  
conduite a été (ou non) produite. Dans quelles circonstances ? 51  
À quelles conditions ? Avec quelle fréquence ? Avec quelles 52  
conséquences ? Avec quelle intensité ? Avec quel ressenti, non 53  
seulement pour le patient lui-même mais aussi pour son en- 54  
tourage ? Une introduction à l’analyse systémique paraît utile. 55  
D’autant plus que la fiabilité des autorapports de la conduite se 56  
pose. Par exemple [49], un adolescent diabétique qui note ses 57

Diverses méthodes de recueil des informations de suivi ont 61  
été proposées [50] ainsi que des théories sur les interventions 62  
(humaines) de feedback [51]. 63

L’évolution de la conduite étant cruciale, les théories sur le 64  
transfert (contextualisation – décontextualisation – recontext- 65  
tualisation) sont précieuses. Pour ne donner qu’un exemple, 66  
Metroz-Dayer et Roulet [52] montrent la différence d’autonomie 67  
dans la prise en charge quotidienne à domicile du diabète 68  
entre des adolescents ayant participé à un camp d’enfants et 69  
d’adolescents diabétiques et ceux qui n’y ont pas participé. Le 70  
repérage des événements qui ont impacté la conduite ou des si- 71  
tuations qui la conditionnent au jour le jour est donc important 72  
et fait partie du travail de l’éducateur qui est donc impliqué, ne 73  
serait-ce que par ses interventions en amont et en aval, dans la 74  
conduite du patient même quand elle se produit loin du lieu de 75  
soins. 76

77 **5.8 L’Evaluation d’interventions d’ETP**

78 Le thème de l’évaluation des interventions d’l’ETP a fait 79  
l’objet de beaucoup d’études. Nous recommandons spéciale- 80  
ment celles de Gagnayre *et al.* [22] et de Deccache [45]. L’éva- 81  
luation d’actions d’ETP est elle aussi multidimensionnelle. 82  
Nous n’aborderons ici que la facette des contenus ou des objets 83  
de l’évaluation (on évalue quoi ?) à propos des seuls patients. 84  
Pour ce faire, nous adoptons le schéma de Kirkpatrick [53] 85  
qui comporte quatre niveaux d’évaluation. Voici ces quatre 86  
niveaux illustrés par une modalité d’obtention de données.

- La satisfaction des formés (des patients). 87  
Par exemple, la patient donne son avis sur le déroulement 88  
(pertinence, ambiance, durée, coût, fatigue). 89
- Les acquis (les compétences et les ressources affec- 90  
tives, cognitives, sensori-motrices, identitaires, décision- 91  
nelles... bref ASCID) [21]. 92  
Par exemple, le patient a modifié ses Attitudes (A) et ses 93  
Affects (A : ce qu’il aime, ce qu’il craint, ce qu’il espère), 94



1 ses connaissances et sa compréhension (C), son Image de  
 2 soi (I) et ses capacités d’auto-évaluation, par exemple son  
 3 doute ou sa certitude dans sa connaissance partielle [54],  
 4 ainsi que sa capacité de Décider ou ses décisions (D).  
 5 – Les conduites *in situ* ou sur le terrain.  
 6 Par exemple ; le patient a réellement changé des compor-  
 7 tements ponctuels (incidents critiques) et surtout ses habi-  
 8 tudes (H) d’auto-soins ou d’adaptation, ses relations (R)  
 9 avec ses proches, avec ses collègues et avec les soignants.  
 10 – Les effets sur la santé, sur les proches, et même sur le  
 11 système de santé.  
 12 Par exemple, le taux individuel de HbA1c a baissé, les  
 13 parents peuvent confier leur enfant diabétique au camp  
 14 scout, les statistiques de morbidité et de mortalité (dans  
 15 la population concernée) se sont améliorées.

## 16 6 Conclusion

17 Concevoir une formation est une opération complexe qui,  
 18 par le passé, a trop souvent été remplacée par une liste de  
 19 contenus enseignés. Aujourd’hui, la démarche de définition  
 20 d’un curriculum repose sur trois piliers. Elle commence par  
 21 l’analyse des besoins professionnels [33], celle-ci étant ali-  
 22 mentée par l’observation des pratiques professionnelles sur le  
 23 terrain [26], et des résultats de celles-ci ainsi que par les théo-  
 24 riques issues des sciences psychologiques et de l’éducation [21].  
 25 Cette analyse des besoins se prolonge par la définition d’objec-  
 26 tifs de formation (pilier 1), à commencer par les compétences  
 27 que l’on veut développer chez les formés. Beaucoup de travaux  
 28 ayant déjà été dédiés à cette phase, l’acronyme AADOPEASE  
 29 fait figure de résumé, d’une série de neuf codes pour y référer  
 30 les nombreuses ressources (savoirs, savoir-faire et attitudes)  
 31 que chacune des neuf compétences devra pouvoir mobiliser.  
 32 Il faut garder à l’esprit qu’une même ressource peut servir à  
 33 plusieurs compétences. Nous pensons qu’un tel étiquetage est  
 34 utile, non seulement quand il s’agit d’envisager les objectifs  
 35 (le premier pilier d’un curriculum de formation), mais aussi  
 36 les stratégies d’intervention (le deuxième pilier), elles-mêmes  
 37 basées sur la psychologie de l’apprentissage, et les principes  
 38 et méthodes d’évaluation (le troisième pilier)... et assurer la  
 39 Triple concordance entre ces trois piliers.

40 *Conflits d’intérêts.* Aucun.

## 41 Références

42 1. HPST Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme  
 43 de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux terri-  
 44 toires. Et Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l’arrêté du 2 août  
 45 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l’éducation  
 46 thérapeutique du patient NOR : AFSH1209236A.  
 47 2. Van Rooij G, Crozet C, De Andrade V, Gagnayre R. Enquête sur  
 48 l’enseignement de l’éducation thérapeutique auprès de 30 insti-  
 49 tuts de formation en soins infirmiers de la région Île-de-France.  
 50 Educ Ther Patient /Ther Patient Educ 2012; 4 (2):111-121.  
 51 3. WHO. Therapeutic Patient Education. Report of a WHO  
 52 Working Group, 1998.

4. Parmi les pionniers en France, l’IPCEM (<http://www.ipcem.org/>). Plus généralement, consulter [http://www.educapic.com/educ\\_the\\_ formations.html](http://www.educapic.com/educ_the_ formations.html). En Suisse, le DIFEP à Genève.  
 5. Séminaires RESO UCL (Deccache) sur l’ETP. <http://www.uclouvain.be/32536.html>.  
 6. Guillaume M. Cours Education Thérapeutique du Patient dans le Master en Sciences de la Santé Publique de l’Université de Liège.  
 7. Houston W, Howsam R. *Competency-based teacher education: progress, problems, and prospects*. Chicago: Science Research Associates; 1972.  
 8. Schmieder AA. *Competency-based education: The state of the scene*. Washington: American Association of Colleges for Teacher Education; 1973.  
 9. De la Tribonnière X, Gagnayre R. L’interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : du concept à une proposition de critères d’évaluation. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2013; 5 (1):163-176.  
 10. Kübler-Ross, E. (1969). *Les derniers instants de la vie (On Death and Dying)*. Paris: Labor et Fides 1975, (ISBN 2-8309-0096-0).  
 11. Beckers J, Leclercq D, Poumay M. Une proposition de définition des compétences. IFRES. Liège, Belgique: Université de Liège; 2007.  
 12. Jonnaert P. *Compétences et socio-constructivisme, un cadre théorique*. Bruxelles : De Boeck; 2002.  
 13. Beckers J. *Développer et évaluer des compétences à l’école*. Bruxelles : Labor; 2002.  
 14. Scallon G. *L’évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. Bruxelles : De Boeck; 2004.  
 15. Le Boterf G. *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris: Editions d’organisations, 1995.  
 16. D’Hainaut L. *Des fins aux objectifs de l’éducation*. Bruxelles : Editions Labor; 1977; 1988.  
 17. Perrenoud P. (1997). *Construire des compétences dès l’école*. Paris : ESF; 4e éd. 2004.  
 18. Tardif J. *L’évaluation des compétences*. Montréal : Chênelière éducation; 2006.  
 19. Jonnaert P, Lauwaers A, Peltier E. *Capacités et compétences des élèves au terme de l’enseignement général*, Louvain-La-Neuve DIES. Rapport de recherche, 1990.  
 20. Roegiers X. *Savoirs, capacités et compétences à l’école : une quête de sens*. Forum-pédagogies, 1999; mars:24-31.  
 21. Leclercq D. ASCID : le noyau central de douze facteurs expliquant la conduite en éducation thérapeutique du patient. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2010; 2(2):213-221.  
 22. Gagnayre R, Marchand C, Pinosa C, Brun M-F, Billot D, Iguenane J. *Approche conceptuelle d’un dispositif d’évaluation pédagogique du patient*. Pédagogie Médicale 2006; 7:31-42.  
 23. Harry I, Gagnayre R, d’Ivernois J-F. *Analyse des échanges écrits entre patients et parents d’enfants diabétiques de type 1 sur les forums d’internet : contribution à l’ETP*. In: Actes de l’AREF, Université de Genève, septembre 2010.  
 24. Gerard F-M. *L’évaluation des compétences par des situations complexes*. In: Actes du Colloque de l’Admee-Europe, IUFM Champagne-Ardenne, Reims, 2006.  
 25. Allal L. *Régulations métacognitives et évaluation formative*. In Allal L, Bain D, Perrenoud P. (Éd.), *Didactique du français et évaluation formative*. Neuchâtel : Delachaux et Niestlé; 1993, p. 81–98.  
 26. Nagels M, Lasserre-Moutet A. *Réflexions critiques sur la conception d’un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient*. Recherches et Educations. 2013; 99-115.

- 1 27. Janet P. La psychologie de la conduite. In Wallon H, 44  
2 (Ed.), *L'Encyclopédie française*. Paris : Société de gestion de 45  
3 l'Encyclopédie Française; 1938 (tome VIII, la vie mentale, p. 46  
4 8.08 – 11 - 8. 08 – 16. 47
- 5 28. Allal, L. Acquisition et évaluation des compétences en situa- 48  
6 tion scolaire [http://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/](http://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/RaisonsEducatives/REenligne/ECOED/Pages_de_77_ENCOED.pdf)  
7 [RaisonsEducatives/REenligne/ECOED/Pages\\_de\\_77\\_](http://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/RaisonsEducatives/REenligne/ECOED/Pages_de_77_ENCOED.pdf)  
8 [ENCOED.pdf](http://www.unige.ch/fapse/publications-ssed/RaisonsEducatives/REenligne/ECOED/Pages_de_77_ENCOED.pdf), s.d., consulté décembre 2013. 49
- 9 29. Assal J-P. Traduction française du document OMS, janvier 1999. 50
- 10 30. Albano M-G, Deccache A, Godibiule A. d'Ivernois JF. 51  
11 Development of publications on patient education in chronic dis- 52  
12 eases from 1999 to 2009. *Educ Ther Patient/Ther Pateint Educ* 53  
13 2009; 1(2):101-107. 54
- 14 31. Haute Autorité en Santé. Education Thérapeutique du Patient. 55  
15 Recommandations. Définitions, Finalités, Organisation. [http://](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)  
16 [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)  
17 [definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf). 56  
18 32. Deccache A, Lavendome E. Information et éducation du patient. 57  
19 Bruxelles : De Boeck; 1989. 58
- 20 33. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 59  
21 Paris : Maloine, 3 ed.; 2008. 60
- 22 34. Van Ballekom-Van de Ven K. L'éducation du patient aux Pays- 61  
23 Bas et en Belgique. *Educ Ther Patient/Ther Pateint Educ* 2009; 62  
24 1(2):219-227. 63
- 25 35. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation 64  
26 thérapeutique Actualité et dossier en santé publique 2001; 36:11- 65  
27 14 66
- 28 36. d'Ivernois JF, Gagnayre R. et les membres du groupe de tra- 67  
29 vail de l'IPCEM. Compétences d'adaptation à la maladie du 68  
30 patient : une proposition. *Educ Ther Patient/Ther Pateint Educ* 69  
31 2011; 3(2):S201-S205. 70
- 32 37. Centre d'Education du Patient (CEP), consulté janvier 2013. 71  
33 [http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/](http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep22.htm)  
34 [ep22.htm](http://www.educationdupatient.be/cep/pages/educationpatient/ep22.htm). 72
- 35 38. Assal J-P. Traitement des maladies de longue durée : de la phase 73  
36 aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, 74  
37 un autre processus de prise en charge. *Encycl. Méd Chir*, Paris: 75  
38 Elsevier; 1997, 25-005-A10. 76
- 39 39. INPES. Élaboration d'un référentiel de compétences en édu- 77  
40 cation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. 78  
41 Août 2011 [consulté le 19 juin 2013] ; disponibles à l'adresse 79  
42 suivante : [www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/](http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf)  
43 [referentiel-praticien.pdf](http://www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf). 80
40. Hirsch E. Éthique des soins et grand âge. *Sciences*, vol 2, 81  
p. 28-31. 82
41. Maslow A. A Theory of Human Motivation, *Psychol. Rev.* 1943; 83  
50:370-396.
42. Damasio A. L'erreur de Descartes. Paris : Odile Jacob; 1995.
43. Alexander F. La médecine psychosomatique. Paris : Payot; 1962
44. Atkinson J.W. An Introduction to Motivation. Oxford, England: 50  
Van Nostrand; 1964. 51
45. Kübler-Ross E. On Grief and Grieving: Finding the Meaning of 52  
Grief Through the Five Stages of Loss. Simon & Schuster Ltd; 53  
2005. 54
46. Atkinson JW. Motivational determinants of risk-taking behavior. 55  
*Psychol. Rev.* 1957; 64:359. 56
47. Atkinson JW, Litwin GH. Achievement motive and test anxiety 57  
conceived as motive to approach success and motive to avoid 58  
failure. *J Abnorm Soc Psychol* 1960; 60:52. 59
48. Leclercq D, Poumay M. The 8 Learning Events Model and its 60  
principles. Release 2005-1. Available at: [http://www.labset.net/](http://www.labset.net/media/prod/8LEM.pdf)  
61 [media/prod/8LEM.pdf](http://www.labset.net/media/prod/8LEM.pdf). 62
49. <http://forumsante.ca/thread/sante/diabete/147963>. Consulté 63  
décembre 2013. 64
50. Mihoubi N. d'IvernoisJ-F. Nouvelles approches dans 65  
l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. Nouvelles 66  
preuves. In: L'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. 67  
Paris : Colloque de l'IPCEM; 2003, p. 11-13. 68
51. Kluger AN, DeNisi A. The effects of feedback interventions 69  
on performance: A historical review, a meta-analysis, and a 70  
preliminary feedback intervention theory. *Psychol. Bull.*, 1996; 71  
119(2):254–284. 72
52. Metroz-Dayer M-D, Roulet E. Valeur éducative des camps 73  
d'enfants diabétiques. *J Suisse Méd* 1990; 66-71. 74
53. Kirkpatrick DA. Practical Guide for supervisory Training and 75  
Development. Reading, Mass : Addison-Wesley; 1983. 76
54. Leclercq D. La connaissance partielle chez le patient : pourquoi 77  
et comment la mesurer. *Educ Thér Patient/Ther Patient Educ* 78  
2009; 1(2):S201-S212. 79
55. Deccache A. Évaluer l'éducation du patient : des modèles 80  
différents pour des paradigmes différents. In: L'évaluation de 81  
l'éducation thérapeutique du patient. XIII<sup>e</sup> Journée de l' IPCEM, 82  
2003, p. 3-10. 83