

Article original/Original article

Un synoptique des co-compétences patients-soignants en éducation thérapeutique

Benoit Pétré¹, Michèle Guillaume¹, Catherine Legrand¹, André Scheen², Marie-Lise Lair³, Olivier Ziegler⁴, Dieudonné Leclercq^{5*}

¹ Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

² Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Liège, Belgique

³ Centre d'Etudes en Santé, Centre de Recherche Public de la Santé, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg

⁴ Service de Diabétologie, Maladies Métaboliques, Nutrition, CHRU de Nancy - Hôpital Brabois Adultes, Vandœuvre-Les-Nancy, France

⁵ Départements Éducation et Formation, et Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

(Reçu le 28 août 2013, accepté le 29 janvier 2014)

Résumé – Introduction : Les travaux sur les référentiels de compétences pour l'éducation thérapeutique du patient (ETP), tant du côté du patient que de celui du soignant, ne cessent d'évoluer. Les listes disponibles s'accroissent et sont de plus en plus complètes jusqu'à préciser les sous-compétences et ressources nécessaires à leur développement. Face à cette littérature abondante, détaillée et nécessaire, il paraît utile de proposer une représentation schématique, un modèle simplifié permettant une vue d'ensemble (un synoptique en une seule page) pour aider à structurer et mettre en œuvre les actions d'ETP et les formations à l'ETP. Un groupe de travail du projet EDUDORA² (programme Interreg IV A) a produit une telle organisation synoptique des compétences (génériques) destinées aux patients comme aux soignants. **Description :** Des listes de compétences-patients ont été sélectionnées et présentées dans un tableau selon une logique temporelle (en lignes) et selon le type de ressources (facteurs de production de la conduite) concerné (en colonnes). Les compétences des soignants ont ensuite été introduites dans le tableau en regard des compétences des patients. La procédure d'élaboration du modèle est présentée et la description de l'outil obtenu est détaillée. **Conclusions :** Le tableau synoptique résultant pourrait faciliter, d'une part, la répartition du travail dans les équipes pluridisciplinaires d'ETP et, d'autre part, la conception des programmes de formation. Certaines applications et quelques perspectives d'utilisation du modèle sont proposées.

Mots clés : compétences / éducation thérapeutique du patient / programme / maladies chroniques

Abstract – An overview of therapeutic education skills for patients and healthcare professionals. Introduction: Work on core skills for therapeutic patient education (TPE), both on the patient as the caregiver, is constantly evolving. The available lists are growing and are more and more comprehensive to specify the sub-skills and resources necessary for their development. Given this extensive literature, detailed and necessary, it is useful to provide a schematic, simplified model for an overview (a block on one page) to help think the TPE actions and training. A working group of EDUDORA² project (Interreg IV A program) produced such a synoptic organization of skills (generic) for the patient and the caregiver. **Description:** Lists of patient competencies were selected and presented in a table according to a temporal logic (in lines) and the type of resources (production factor of behaviors) concerned (in columns). The skills of caregivers were then introduced into the table next to the patient skills. The preparation procedure of the model is presented and the description of the tool as obtained is detailed. **Conclusion:** The resulting summary table should facilitate, first, the distribution of work in multidisciplinary TPE teams and, secondly, the design of training programmes. Some applications and a few prospects of using the model are proposed.

Key words: skills / therapeutic patient education / program / chronic disease

Abréviations : OMS : Organisation Mondiale de la Santé, ETP : Éducation Thérapeutique du Patient, INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé ; HAS : Haute Autorité de Santé ; ASCID : Attitudes, Savoir-faire, Connaissance, Image de soi, Décision ; EDUDORA² : EDUcation thérapeutique et préventive face au Diabète et à l'Obésité à Risque chez l'Adulte et l'Adolescent ; FEDER : Fonds Européens de Développement Régional ; TPE : Therapeutic Patient Education ; TSCC : Tableau Synoptique des Co-Compétences en ETP ; QdV : Qualité de Vie.

* Correspondance : benoit.petre@ulg.ac.be ; d.leclercq@ulg.ac.be

1 Introduction

Les définitions des objectifs d'apprentissage, des méthodes d'apprentissage et des moyens d'évaluation qui en découlent, constituent les trois piliers de tout dispositif d'enseignement ou de formation [1].

Depuis la publication de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1996) [2] sur les compétences en éducation thérapeutique du patient (ETP) à acquérir par les professionnels de santé, plusieurs propositions ont été formulées sur la formation des soignants. Le même constat peut être posé en ce qui concerne les référentiels de compétences des patients. Ainsi, l'analyse de la littérature menée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la santé (INPES) en 2011 [3] a permis d'identifier 41 documents appelés référentiels de compétences en ETP : « *L'analyse révèle une pluralité de formes (de la simple liste à des structururations très sophistiquées multidimensionnelles), des référentiels patients et soignants, souvent centrés sur une pathologie (majoritairement le diabète).* »

Dans le même travail, l'INPES ajoute trois nouvelles listes de compétences en situation selon le niveau de développement de l'ETP : (1) praticiens ; (2) conception et coordination d'une démarche d'ETP ; (3) conception, pilotage et promotion des politiques et programmes d'ETP. Cependant, parce qu'il a la qualité d'être très détaillé, l'outil proposé n'offre pas une vue globale des compétences à acquérir par les professionnels.

En outre, pour des raisons de cohérence, faire le lien entre les compétences à développer chez les patients, d'une part, et les soignants, d'autre part est fondamental. Il s'agit de mettre en évidence dans un même document et sur une seule page, les objectifs d'une formation en ETP (les compétences attendues chez les soignants) et la finalité ultime de cette formation (les compétences attendues chez les patients). Cette mise en lien permet de donner du sens au développement de compétences et donc à la formation des soignants.

Une vue synoptique (pour une lecture lisible et compréhensible en un seul regard) facilite le développement d'une formation et sa planification. Marchand et d'Ivernois [4] soulignent, d'ailleurs, l'intérêt d'une vue synoptique par l'utilisation de cartes conceptuelles dans la construction et la planification des enseignements dans le domaine de la santé.

Le programme EDUDORA² (acronyme d'« EDUcation thérapeutique et préventive face au Diabète et à l'Obésité à Risque chez l'Adulte et l'Adolescent » ; 2009-2013) [5, 6], soutenu par les Fonds FEDER et les autorités publiques, est une initiative proposée par trois régions frontalières (Wallonie-Grand-Duché du Luxembourg-Lorraine) ciblée sur les thématiques de l'obésité et du diabète et privilégiant l'Éducation Thérapeutique (ETP) dans les parcours de soins. L'un des axes de travail de ce programme consistait à ébaucher des solutions en établissant un référentiel de compétences pour l'ETP et en proposant des formations spécifiques pour les professionnels de santé de première ligne (ceux qui suivent le patient régulièrement) et de seconde ligne (ceux qui rencontrent le patient occasionnellement). C'est dans ce cadre que la proposition qui suit a été élaborée.

2 Construction du référentiel de co-compétences

La réalisation d'un tableau synoptique des compétences des deux acteurs centraux de l'ETP (soignant-patient) est complexe. Pour simplifier la lecture de l'outil final obtenu, les différentes étapes de construction du tableau sont présentées ci-après. Ce travail témoigne de la mise en relation et de l'organisation de différents concepts centraux de l'ETP : compétences patients – compétences soignants – temps d'apprentissage – domaines d'apprentissage.

2.1 Étape 1

Trois articles majeurs [7–9] pour le développement de l'ETP, de langue française, particulièrement précis et fréquemment cités dans la littérature, portant sur les **compétences** génériques en ETP des patients, ont été sélectionnés. Les listes de compétences ont été comparées et les éléments doublons supprimés pour ne garder qu'une seule liste de compétences.

2.2 Étape 2

La liste des compétences ainsi arrêtée a été organisée selon une logique horizontale (les lignes) identifiant les *temps* (moments) de développement des compétences et une logique verticale (les colonnes) décrivant le *domaine* de compétences à développer.

Pour la logique horizontale (les lignes), trois temps ont été distingués qui permettent de décliner les compétences des patients à acquérir selon l'évolution de la maladie et selon l'évolution dans les apprentissages des patients : latence – court terme – moyen/long terme. Pour chacun de ces temps, une préoccupation prédominante (un domaine) a été identifiée (voir section 3.2).

La **logique verticale** (les colonnes) s'organise selon le modèle ASCID (Leclercq, 2010) [10] des facteurs affectant la conduite humaine, et donc des objectifs (compétences ou ressources) à travailler éventuellement chez/avec le patient (B = Biologique, R = Relationnel, H = Habitudes ; A = Affectivité/Attitude ; S = Savoir-Faire ou « skills » ; C = Cognition ; I = Identité ou Image de soi ; D = Décision ; V = Volition ; M = Matériel ; E = Empreinte Ecologique ou EE ; N = Normes). L'aspect B (Biologique) développé par Leclercq n'a pas été conservé comme un domaine (une colonne) spécifique car B est en outre, avec la Qualité de la Vie, une des *finalités ultimes* de l'ETP. Ce facteur biologique apparaît, d'ailleurs, comme une préoccupation prédominante à chacune des phases. Les leviers (facteurs) psychologiques sur lesquels agir pour atteindre cette finalité sont ici envisagés. Par souci de compacité, les facteurs V (Volition) et H (Habitudes), ont été rangés dans la Décision (l'habitude étant une décision répétée, la volonté un moyen de maintenir la décision). Les autres facteurs constituent chacun une colonne du référentiel et ont été considérés comme types de ressources personnelles ou domaines d'enseignement-apprentissage pour le patient.

2.3 Étape 3

Ensuite, des textes sur les **compétences des soignants** cette fois, génériques, ont été recherchés.

Les compétences du document de l'INPES [3] ont été compilées pour garder une seule liste de compétences génériques. Seules les compétences de premier niveau (celles des praticiens) [3] ont été retenues. Le travail pourrait être fait pour les autres niveaux de compétences des soignants, mais l'intérêt premier d'EDUDORA² (voir fin de l'introduction) concerne les acteurs de terrain, en contact avec les patients.

2.4 Étape 4

Dans la grille « patients », les compétences des soignants, définies de manière transversale aux domaines ASCID identifiés, ont été reformulées et intégrées. Ces compétences soignants peuvent être résumées par l'acronyme AADOPEASE (Accueil, Annonce, Diagnostic éducatif, Objectifs, Plan, Education et Apprentissage, Suivi de la conduite, Evaluation de l'ETP), suggéré par Leclercq (2014) [11], qui décrit les situations d'ETP dans lesquelles les soignants-éducateurs vont exercer leur capacité d'action. Les compétences des soignants ont été insérées horizontalement dans le tableau synoptique. Le résultat ainsi obtenu est présenté dans le Tableau Synoptique des Co-Compétences (TSCC) (Tab. I).

3 Les compétences « patients »

3.1 La logique horizontale (les lignes)

La logique horizontale fait référence à la notion de temps dont le praticien en ETP doit tenir compte dans la planification de ses activités. Selon Barrier (2009) [12], deux temporalités se croisent : celle du patient qui doit passer de l'acceptation de la maladie à la prévention des complications, et celui du soignant pris dans la course contre les avancées de la maladie. Il importe donc pour le soignant de tenir compte de cette notion subjective de temporalité du patient. Pour aider le soignant dans cette tâche, le modèle proposé décline la chronologie de l'acquisition des compétences par le patient en trois temps.

Le premier temps (la première ligne) correspond à la période de **latence**, qui comprend l'Annonce et l'analyse du stade d'acceptation de la maladie qui fait partie de tout processus d'ETP. La préoccupation prédominante identifiée, à ce stade, chez le patient est l'Image de soi : il s'agit pour le patient de gérer le choc de l'annonce et de réorganiser ses valeurs, son image de soi. Il importe d'identifier les réactions et l'état d'esprit du patient et l'aider au mieux à le faire évoluer vers l'acceptation de la maladie. De nombreux auteurs se sont penchés sur la question, notamment Assal (1997) [13] qui décrit plusieurs façons de gérer ce choc suivant la réaction du patient ainsi que Prochaska et DiClemente dans leur modèle des stades de changement (2008) [14].

Le second temps est celui du développement des **compétences (dites) de sécurité** que tout patient devrait acquérir pour ne pas mettre sa santé en danger (Bourdillon et Collin, 2009) [15]. La préoccupation prédominante est le domaine Biologique (avec le minimum de compétences techniques à acquérir en termes, notamment, d'informations sur la maladie et sur le traitement). La notion d'urgence n'est pas nécessairement la même dans toutes les pathologies chroniques. À titre d'exemple, un patient diabétique traité par un traitement hypoglycémiant (insuline ou sulfamide, par exemple) doit pouvoir gérer rapidement une hypoglycémie, car celle-ci peut constituer une menace grave pour sa santé (un accident). Une telle urgence n'existe pas pour une personne obèse ou un patient diabétique traité par un médicament n'occasionnant pas d'hypoglycémie.

Le troisième temps « patients » correspond aux **compétences d'adaptation** nécessaires pour vivre à moyen et long termes avec la maladie. Il s'agit pour les patients de modifier leurs Habitudes de vie qui correspondent à la préoccupation prédominante de ce stade. Il s'agit de développer, chez eux, des compétences d'adaptation à la pathologie qui leur permettent d'obtenir une qualité de vie (QdV) acceptable malgré la maladie tout en prévenant les complications possibles de celle-ci. Évidemment, le Biologique reste, avec la QdV, une préoccupation prédominante à ce stade également.

Suivant l'affection, les temps 1 et 2 peuvent se trouver superposés. Par exemple, lorsqu'on découvre une glycémie anormale chez un patient, il importe d'assurer sa sécurité même si son travail d'acceptation n'est pas fini. De plus, certains temps peuvent ne pas être utiles suivant la pathologie et le patient. À titre d'exemple, certains patients obèses identifient clairement leur situation comme pathologique et pourront entrer plus rapidement, voire directement dans le travail de développement de compétences d'adaptation de leur vie avec la maladie (dès lors, pour certains patients obèses, il n'y a pas de réel stade d'annonce). Il existe également une intégration des compétences d'un temps à un autre : une compétence (ou objectif) pour un temps continue à l'être (sous surveillance) pour les autres temps, même si elle n'est pas rappelée dans le tableau. Cette information rappelle que l'ETP est à considérer comme un processus de continuité et que le patient doit être considéré à tout moment, de manière globale.

3.2 La logique verticale (les colonnes)

Les colonnes décomposent les compétences des patients selon les facteurs de production de la conduite décrits ci-dessus. Sept domaines généraux ont été conservés pour guider l'action du professionnel de santé. Ils constituent autant de domaines d'intervention possibles pour le praticien en ETP.

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur un aspect du domaine de la matérialité (M) que constitue le dossier d'éducation thérapeutique. Son utilisation constitue, comme le rappellent d'Ivernois et Gagnayre en 2002 [16], l'outil de coordination essentiel pour retracer l'historique du parcours vécu par le patient. Le dossier d'ETP est intégré dans le TSCC dans

Tableau I. Tableau synoptique des co-compétences (patients et soignants) en ETP – Overview of therapeutic education skills (patients and healthcare professionals).

	A	S	C	I	D	R	M-N - EE
	Affectivité/ Attitude	Savoir-faire	Cognition	Identité/ Image de soi	Décision	Relationnel	Matériel/ Normes Empreinte Ecologique
<p>Situation 1 : Accueillir les personnes atteintes de maladie chronique Donner un premier niveau d'information (C) sur l'ETP et les acteurs qui y concourent, et éventuellement Annoncer la maladie</p>							
1	<p>Accepter – reconnaître la maladie (deuil)</p> <p>Préocc. Prédôm : Image de soi</p>	<p>Interpréter une observation, une auto-mesure</p> <p>Réaliser les gestes techniques.</p>	<p>Connaissances minimales sur maladie et conséquences</p> <p>Faire des liens avec son histoire de vie</p> <p>Analyser - comprendre les informations sur la maladie et le traitement.</p> <p>Connaître les gestes techniques</p>	<p>Se voir comme malade</p> <p>Autonormativité</p>	<p>Décider de s'assumer comme auto-soignant</p> <p>Se fixer des buts et faire des choix = formuler des projets (QdV)</p> <p>Initier un auto-traitement</p> <p>Adapter les doses de médicaments, ...)</p>		
2	<p>Juger de la nécessité d'agir</p> <p>Court terme = Réagir (compétences de sécurité) pour soulager les symptômes</p> <p>Préocc. Prédôm : Biologique</p>						<p>Disposer des outils et médicaments</p>
<p>Situations 2 et 3. Bilan (jugement): Analyser avec le patient sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP Établir un bilan partagé avec le patient et son environnement portant sur le vécu (A) et la compréhension (C) de la maladie, des traitements (B), des explorations effectuées (B), les pratiques de santé (H) et les besoins en tenant compte des publics en autonomie restreinte</p>							
<p>Dagnostic éducatif (analyse) Réaliser une synthèse des besoins (ASCID) avec le patient mettant en évidence les besoins éducatifs prioritaires et s'accorder, avec le patient, sur les ressources (internes et externes)</p>							
<p>Objectifs et Plan d'action (Régulation) Identifier avec le patient les différentes étapes de son plan d'action (méthodes) en lien avec le bilan initial (biomédical, psychosocial), accès au droit</p>							
<p>Situation 4 : Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP Organiser et planifier les séances et actions éducatives avec le patient . Faire vivre le réseau d'intervenants autour du patient dans le cadre de la démarche d'ETP</p>							
3	<p>Moyen/Long terme = S'adapter</p> <p>Prévenir des complications évitables</p> <p>Préoccup. Prédôm : Habitudes – Relationnel</p> <p>QdV - Biologique</p>	<p>Savoir-faire particuliers à des situations</p>	<p>Conscience des cas particuliers</p> <p>Créativité et critique</p>	<p>S'observer</p> <p>S'évaluer</p> <p>Se renforcer (y compris l'auto-efficacité)</p>	<p>Déterminer ses buts</p> <p>Prendre des décisions dans des cas particuliers.</p> <p>Modifier son mode de vie</p>	<p>Communiquer ses besoins, déterminer ses buts et solliciter l'aide et l'implication des soignants et de l'entourage</p> <p>Faire valoir ses choix de santé</p>	<p>Utiliser les ressources du système de soins.</p> <p>Faire valoriser ses droits</p> <p>Peser l'impact écologique des comportements</p> <p>Tracer des informations utiles à son auto-évaluation (dossier d'ETP)</p>
<p>Situation 5 : Interventions d'Éducation - Apprentissage Informer les patients sur la maladie, les thérapeutiques et faciliter l'appropriation des informations - Mener des entretiens avec le patient (et son entourage) dans le cadre du plan d'action ETP- Accompagner la construction des compétences du patient - Accompagner le volet social de l'accès aux soins dans le cadre de l'ETP - Animer des ateliers interactifs dans le cadre de la démarche ETP - Animer des activités de bien-être, des moments conviviaux avec les patients - Animer des temps d'expression, des groupes de paroles avec les patients</p>							
<p>Suivi des conduites Amener le patient à tracer correctement les informations utiles pour l'évaluation et communiquer à l'équipe</p>							
<p>Situation 6 : Co-Évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche ETP (4 niveaux de Kirkpatrick)</p> <p>Juger : Recueillir l'avis du patient sur la démarche éducative</p> <p>Analyser et si possible diagnostiquer; avec le patient, la mise en œuvre et les résultats de son plan d'action</p> <p>Réguler, agir : Convenir avec le patient des ajustements nécessaires</p>							

Les chiffres dans la colonne grisée (gauche du tableau) correspondent aux trois temps relatifs à l'acquisition des compétences-patients décrits dans le texte. Les colonnes correspondent aux différents items « patient » du modèle ASCID tandis que les lignes correspondent aux différentes compétences des soignants (en blanc) selon l'acronyme AADPEASE et aux compétences et préoccupations prédominantes (Préocc.Prédôm.) des patients (en gris clair).

les compétences à acquérir tant par le patient que par le soignant sous le concept de « communiquer vers l'équipe ».

4 Les compétences « soignants »

Les compétences des soignants sont présentées en situation, comme dans le modèle de l'INPES [3]. Ce choix est pertinent si l'on accepte la définition de la compétence donnée par Beckers *et al.* (2007) : « capacité d'agir efficacement en situation complexe » [17].

Les compétences des soignants, pour les premier et second temps, peuvent paraître limitées et se résument à deux fondamentaux : Annoncer (éventuellement, dans certaines pathologies, la pathologie est connue depuis longtemps), Accueillir le patient et donner une première information. Néanmoins, cette double action est primordiale, comme le rappelle notamment Giraudet-Le Quintrec (2010) [18], étant donné les effets positifs ou négatifs de l'annonce de la maladie sur la prise en charge de celle-ci.

La gestion de la maladie à moyen et long termes est rendue possible grâce à la mise en œuvre des compétences de Diagnostic éducatif, de fixation d'Objectifs, de Planification, d'activités d'Enseignement-Apprentissage, de Suivi du patient et d'Évaluation. Ces compétences constituent bien la suite du processus d'ETP tel que formulé par Leclercq (2014) [11] évoqué dans la 2^e section du document. Il s'agit d'une séquence d'étapes qui permettent de formaliser la démarche d'ETP et, ainsi, de la rendre évaluable (tant au niveau du processus que de ses résultats).

La toute dernière ligne du TSCC concerne l'Évaluation de la démarche entreprise avec le patient. L'évaluation est devenue une nécessité de toute action de santé publique. Demarteau (1998) [19] définit l'évaluation comme un processus qui consiste à obtenir des informations pour poser un jugement dans le but de prendre des décisions. En ce sens, le soignant-éducateur doit prendre le temps pour rechercher avec le patient les informations nécessaires à analyser l'évolution ou non du développement de ses compétences et d'identifier les régulations possibles.

5 Utilités (ou applications) du référentiel de compétences

L'outil proposé (le TSCC) peut avoir plusieurs fonctions. Seules trois seront développées ci-après.

5.1 Fonction 1

Le TSCC vise à faciliter une répartition du travail au sein des équipes d'ETP qui, par définition, sont pluridisciplinaires : le TSCC pourrait permettre de visualiser quels acteurs de l'équipe de soignants-éducateurs de l'ETP contribuent aux objectifs de chaque cellule-patient (Tab. I), et à quelle phase (ligne) des interventions. L'utilisation de cette classification par des concepteurs de programmes de formation, par des formateurs, et par des formés permettra d'en apprécier la fécondité. Cette fonction nécessite donc d'être évaluée (par exemple

par une étude randomisée contrôlée : actions d'ETP avec utilisation du synoptique versus actions d'ETP sans utilisation) en vue de mettre à l'épreuve la pertinence, l'intérêt et le caractère opérationnel de l'outil. Cette recherche évaluative serait plutôt de nature qualitative pour comprendre ce qu'apporte un tel outil dans les pratiques des professionnels de santé.

Bien que cet outil puisse être plus détaillé, il nous paraît suffisant pour communiquer (identification des besoins du patient et des interventions sur base d'un modèle commun : le TSCC) entre professionnels de différentes disciplines et initier ainsi le travail de transdisciplinarité. Bien sûr, à l'un ou l'autre moment de la concertation, il est nécessaire d'entrer dans les détails des compétences génériques, en précisant les sous-compétences et les ressources qui s'y réfèrent. C'est pourquoi, à côté de cette volonté de disposer d'une vue d'ensemble (sous un seul regard), d'autres travaux peuvent servir de référence, tels que celui de l'INPES (2011) [3].

5.2 Fonction 2

Le TSCC peut servir de guide pour la recherche. Chaque case du tableau I est un sujet d'étude en soi. Une perspective sera d'identifier dans la littérature les données manquantes au niveau des différentes compétences tout en ne négligeant pas que le tableau est évolutif et donc que la recherche peut dépasser le carcan des catégories pré-établies.

5.3 Fonction 3

Le TSCC vise, enfin, à aider à penser un programme de formation à l'ETP. C'est ce qui a été fait dans le cadre du projet EDUDORA² (voir introduction), une telle formation étant presque totalement absente au Luxembourg et en Wallonie, contrairement à la Lorraine.

6 Discussion

Les auteurs du présent article ne prétendent pas proposer de nouvelles compétences, mais seulement une réorganisation de listes existantes. La correspondance entre les documents originaux et le TSCC a été établie : toutes les compétences formulées dans les documents de références figurent dans le TSCC d'une manière reformulée ou non.

La TSCC n'a pas de prétention d'exhaustivité : il est possible d'y ajouter des compétences. Il s'agit donc d'un outil évolutif qui pourrait s'adapter à l'évolution des comportements au sein de la société, et des attentes des citoyens atteints d'une maladie chronique. Cet outil est durable dans le sens où il est destiné à être enrichi.

Les auteurs postulent que les compétences, une fois acquises, ont une certaine durabilité (variable selon les compétences, et dépendant aussi des avancées dans le domaine), à charge de le vérifier périodiquement (par exemple, pour les pilotes d'avion, c'est tous les trois ans) ou d'en avoir la preuve du contraire (le système de certification n'est pas infaillible ; des

circonstances inattendues peuvent prendre en défaut un professionnel pourtant réputé compétent).

Ces quelques caractéristiques du modèle étant spécifiées, deux éléments de plus-value sont discutés. À notre connaissance, c'est la première fois qu'une mise en lien des compétences tant soignants que patients est réalisée. Par exemple, la compétence « Analyser avec le patient sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP » doit forcément être mise en lien avec les différents domaines (les facteurs ASCID) dans lesquels s'expriment les besoins des patients. Autrement dit, le soignant pour réaliser son diagnostic éducatif pourrait se questionner sur la nature du besoin de son patient : est-ce un besoin matériel ? de savoir-faire ? de cognition ? ...

Un second avantage réside dans le caractère simple de l'outil. Les auteurs vont à l'essentiel, se dégageant ainsi d'éléments plus détaillés (du moins dans une première approche) tels que contenus, par exemple, dans la proposition de l'INPES [3], rendant cette dernière peut-être moins accessible pour les soignants. La prise en main du TSCC nécessiterait toutefois une formation à son utilisation et/ou la rédaction d'un guide d'utilisation plus approfondi par les auteurs de cet article.

Différentes perspectives se dégagent du présent travail. Une prochaine phase dans le programme EDUDORA² (voir introduction) éclairera ce référentiel, basé sur un travail théorique de recherche dans la littérature, par une comparaison avec les compétences identifiées lors de l'analyse de « l'état des lieux » réalisé dans EDUDORA² : le niveau de développement des compétences, les attentes et besoins des soignants et des soignés.

Une autre perspective est de prolonger ce travail en le déclinant spécifiquement pour certaines pathologies. En effet, selon la maladie concernée, les compétences prennent une importance différente.

7 Conclusion

La proposition de ce modèle vise à simplifier la description d'une démarche complexe en ETP en permettant une vue d'ensemble, tant des compétences à développer chez les patients que chez les soignants.

Il s'agit d'un outil opérationnel que chaque équipe pourrait adapter à ses pratiques dans son contexte. Il pourrait être aussi un support pertinent pour l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la formation continue.

Conflits d'intérêts. Aucun.

Références

1. Leclercq D. Conception et évaluation de curriculum. Liège: Editions de l'ULg; 2007.
2. OMS Europe. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue des soignants : recommandations sur les contenus et objectifs de l'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques. Copenhague: OMS; 1998, 71 p.
3. INPES. Elaboration d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. Le référentiel des praticiens. Août 2011 [consulté le 19 juin 2013] ; disponible à l'adresse suivante : www.inpes.sante.fr/referentiel-competences-ETP/pdf/referentiel-praticien.pdf.
4. Marchand C, D'Ivernois J-F. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie médicale* 2004; 5:230–240.
5. Scheen A, Bourguignon JP, Guillaume M et membres du programme EDUDORA². L'éducation thérapeutique: une solution pour vaincre l'inertie clinique et le défaut d'observance. *Rev Med Liège* 2010; 65 (5-6):250–255.
6. Scheen A, Bourguignon JP, Hubermont G, Ziegler O, Böhme P, Collin JF, et al. Education thérapeutique et préventive face au diabète et à l'obésité à risque chez l'adulte et l'adolescent : le projet Interreg IV EDUDORA² (Résumé). *Diabetes Metab* 2010; 36:193.
7. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Juin 2007 [consulté le 19 juin 2013] ; disponible à l'adresse suivante : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf.
8. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2011; 3(2):S201–S205.
9. Gagnayre R, Marchand C, Pinosa C, Brun MF, Billot D, Iguenane J. Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient. *Pédagogie Médicale* 2006; 7:31–42.
10. 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):S213–S221.
11. Leclercq D. AADOPEASE, un acronyme des macro-compétences soignants en ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014; 6:10201.
12. Barrier P. Le temps du patient (chronique). In: Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2009, 307 p.
13. Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl. Méd Chir, Paris: Elsevier*; 1997: 25-005-A10.
14. Prochaska JO, Di Clemente C. Towards a Comprehensive Model of Change. In: Miller W, Heather N, *Treating Addictive Behaviors*. Plenum Publication Corporation; 2008, p. 3–26.
15. Bourdillon F, Collin JF. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. *La presse médicale* 2009; 38:1770–1773.
16. D'Ivernois JF, Gagnayre R. Vers une démarche de qualité en éducation thérapeutique du patient. *ADSP* 2002; 39:14–16.
17. Beckers J, Leclercq D, Poumay M. Une proposition de définition des compétences. Liège: IFRES, Université de Liège; 2007.
18. Giraudet-Le Quintrec JS. L'annonce diagnostique dans la maladie chronique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2010; 2(2):S223–S227.
19. Demartean M. Analyse des pratiques d'évaluation de programmes d'éducation pour la santé. Thèse de doctorat, Université de Liège, 1998.