



Education thérapeutique : effet de mode ou besoin de santé publique ?

Symposium HOIPHARM 2008
Bordeaux

Isabelle Adenot
Armelle Develay
Sylvie Mémerly
Stéphane Jacquemet
Edgar Tissot



De quoi parle t'on ?

« Processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient, ayant pour but de former le malade, pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie »

OMS 1998





De quoi parle t'on ?

*« Dis-moi et j'oublie,
Enseigne-moi et je me souviens,
Fais-moi participer et j'apprends »*

Benjamin Franklin



Pourquoi cette question ?

Plan national 2007 - 2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

- **Mesure 4** : Intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient
- **Mesure 5** : Rémunérer l'éducation thérapeutique en ville et à l'hôpital
- **Mesure 6** : Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants
- **Mesure 7** : Reconnaître des nouveaux acteurs de prévention



Quels éléments de réponse ?

- **Partie 1** : Expérience d'une équipe de pharmacie hospitalière
- **Partie 2** : Définition, intérêts et méthodologie de base
- **Partie 3** : Dimension politique et stratégique de l'éducation thérapeutique pour les pharmaciens



Education Thérapeutique :
expériences d'une équipe
de Pharmacie Hospitalière



Deux méthodes de travail...

⌘ Entretiens individuels

- ⌘ Population : patient > 65 ans, sans trouble cognitif majeur, autonomie gestion du traitement
- ⌘ Centrés sur le médicament
- ⌘ Animation pharmaceutique
- ⌘ Nb de séances variables selon degré d'appropriation des compétences

⌘ Séances de groupe

- ⌘ Patient souffrant de troubles bipolaires de l'humeur stabilisés, autonome
- ⌘ Elaboration des profils personnels de dépression et de manie
- ⌘ Programme structuré de six séances
- ⌘ Animation pluridisciplinaire



Entretiens individuels : démarche éducative - 1

Evaluation de l'intérêt potentiel : équipe
médicale / paramédicale



DIAGNOSTIC EDUCATIF

- *Indispensable pour l'identification des besoins et attentes du patient*
- *Connaître l'individu et l'interaction avec son environnement*
 - *Appréhender la vulnérabilité sociale, psychologique*



Compétences – Savoir faire - Outils



Entretiens individuels : démarche éducative - 2

COMPETENCES

Compétences relationnelles : Communiquer de manière empathique, recourir à l'écoute active, choisir des mots adaptés, reconnaître les ressources et les difficultés d'apprentissage, permettre au patient de prendre une place plus active au niveau des décisions qui concernent sa santé, ses soins personnels et ses apprentissages. Soutenir la motivation du patient, tout au long de la prise en charge de la maladie chronique.

Compétences biomédicales et de soins : Avoir une connaissance de la maladie chronique et de la stratégie de prise en charge thérapeutique concernées par le programme d'ETP, reconnaître les troubles psychiques, les situations de vulnérabilité psychologique et sociale.

HAS - 2007



Entretiens individuels : démarche éducative - 3

TECHNIQUES

Confidentialité de l'entretien.
Aménagement des locaux.
Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie.
Temps d'expression suffisamment long du patient, et éventuellement de son entourage.
Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient.
Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti du patient, et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier.

HAS - 2007





Entretiens individuels : démarche éducative - 4

Dr Edgar TISSOT
Pole Pharmacie – Médecine Spécialisée – Hygiène
EPSM de Novillars – Besançon

OUTIL de DIAGNOSTIC EDUCATIF : ENTRETIEN

Dimension biomédicale de la maladie : qu'est-ce qu'il (elle) a ?
Ancienneté de la maladie, son évolution, sa sévérité ou gravité.
Problèmes de santé annexes et importants pour le patient.
Fréquence et motifs des hospitalisations.
Dimension socioprofessionnelle : qu'est-ce qu'il (elle) fait ?
Vie quotidienne, loisirs.
Profession, activité.
Hygiène de vie.
Environnement social et familial.
Dimension cognitive : qu'est-ce qu'il (elle) sait sur sa maladie ? Comment se représente-t-il (elle) la maladie, les traitements, les conséquences pour lui (elle) et ses proches ? Que croit-il (elle) ?
Connaissances antérieures sur la maladie.
Croyances, représentations, conceptions.
Mécanismes de la maladie.
Facteurs déclenchant les crises.
Rôle et mode d'action des médicaments.
Efficacité des traitements.
Utilité de l'éducation.
Dimension psycho-affective : qui est-il (elle) ?
Stade dans le processus d'acceptation de la maladie (choc initial, déni, révolte, marchandage, dépression, acceptation).
Situation de stress.
Réactions face à une crise.
Attitudes.
Projets de vie du patient : quel est son projet ?
Repérage du projet initial.
Repérage de la réceptivité du patient à la démarche éducative.
Présentation de la possibilité de réalisation du projet par l'éducation thérapeutique.

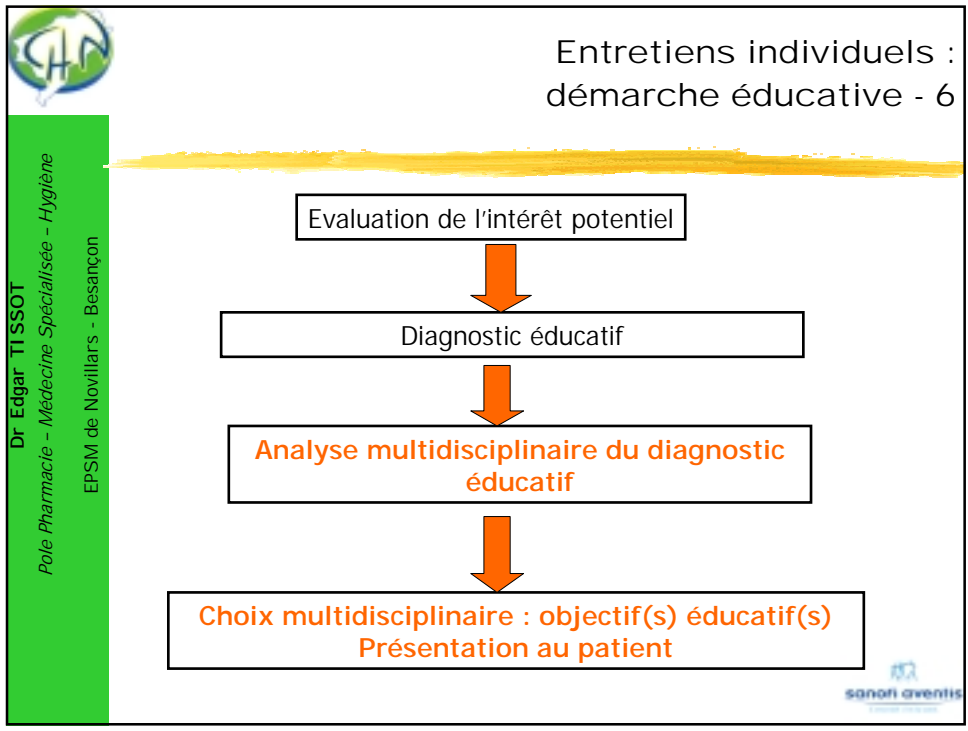
HAS - 2007



Entretiens individuels : démarche éducative - 5

Hygiène

Pourquoi êtes-vous hospitalisé ?
Racontez-moi votre maladie ?
Connaissez-vous votre traitement ? les différents médicaments prescrits ?
C'est quoi un médicament ?
Racontez-moi comment vous préparer votre médicament ?
Allez-vous toujours chercher vos médicaments dans la même pharmacie ?
Est-ce qu'il vous arrive d'aller chez votre pharmacien pour des conseils ? pour acheter des produits sans ordonnance ?
Est-ce que vous considérez comme « médicament » ce que vous pouvez avoir en pharmacie sans ordonnance (rhume, antalgiques...) ?
C'est quoi un médicament générique ?
Avez-vous des questions à propos de votre traitement ?
Est-ce qu'il vous arrive d'oublier des prises de médicaments prescrits ?
Vous savez, cela arrive à tout le monde... Alors, vous en prenez deux après ?
Est-ce qu'il vous arrive de prendre des doses supplémentaires de médicament prescrit parce que vous trouvez qu'il n'est pas assez efficace ?
Est-ce que vous conservez chez vous des médicaments qui vous ont été prescrits auparavant mais qui ne le sont plus aujourd'hui ? Armoire à pharmacie ? Séparés de ceux prescrits aujourd'hui ?
Est-ce qu'il vous arrive de reprendre un médicament qui vous avez été prescrit auparavant, sans avis d'un médecin ou d'un pharmacien ?
Pour une raison d'effets indésirables ou d'inefficacité, vous arrive-t-il d'interrompre un traitement avant la date d'arrêt prévu ?
Que pense votre entourage de votre maladie et de votre traitement ?



Entretiens individuels :
exemple de démarche éducative

Objectifs personnalisés :

- *Connaissance de son traitement,*
- *Connaissance de ses médicaments*
- *Autonomie de préparation, prise*

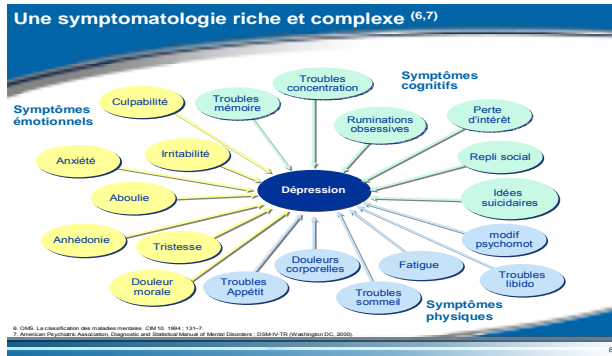
Fiches Information
Médicament



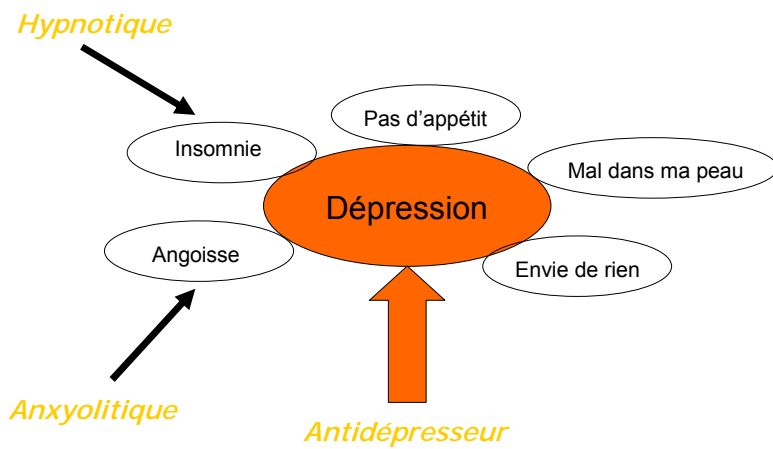
Entretiens individuels : exemple de démarche éducative

Objectifs personnalisés :

- *Connaissance de sa maladie,*
- *Mise en relation symptômes / médicament*
- *Place des médicaments dans la stratégie thérapeutique*

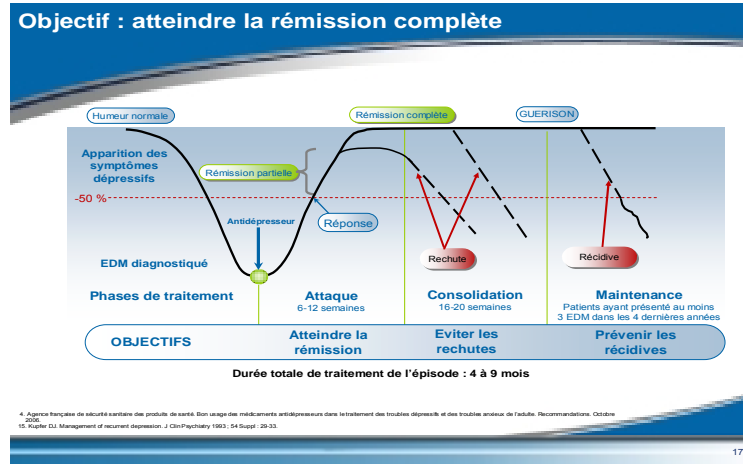


Entretiens individuels : exemple de démarche éducative





Entretiens individuels : exemple de démarche éducative



17



Entretiens individuels : démarche éducative

⌘ Avec quels moyens pharmaceutiques ?

☒ $\frac{1}{2}$ journée hebdomadaire (0,1 à 0,15 ETP)

☒ 1^{er} quadrimestre 2008 :

☒ 20 patients inclus – 50 entretiens





Séances de groupe : démarche éducative - 1

- ⌘ Programme spécifique « *Psychoéducation du patient souffrant de troubles bipolaires de l'humeur* »,
- ⌘ Critères inclusions précis : stabilisation clinique, suivi en ambulatoire
- ⌘ Six séances de 2h00 sur 4 mois, animées par un binome (médecin – IDE, pharmacien – IDE), 6 à 8 patients / groupe



Séances de groupe : démarche éducative - 2

- ⌘ Contenu du programme défini en amont,
- ⌘ Objectifs propres à chaque séance :
 - ☒ *Séance 1* :
 - ☒ Etablir relation thérapeutique et cadre du programme,
 - ☒ Connaître la maladie bipolaire
 - ☒ *Séance 2* :
 - ☒ Normaliser les symptômes psychotiques,
 - ☒ Prévalence et stigmates de la maladie,
 - ☒ Appréhender causes et traitement de la maladie bipolaire



Séances de groupe : démarche éducative - 3

- ⊞ *Séances 3 et 4 : la dépression*
 - ⊞ Appréhender les techniques d'identification de la dépression et les éléments déclencheurs,
 - ⊞ Identifier le schéma des rechutes et signes personnels de dépression
 - ⊞ Identifier les réponses adéquates et inadéquates à la rechute dépressive,
 - ⊞ Mettre au point un plan personnel de stratégies pour faire à la dépression

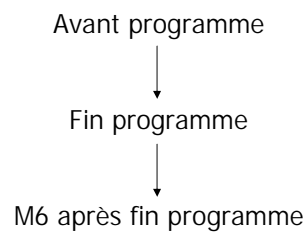
- ⊞ *Séances 5 et 6 : la manie*
 - ⊞ Idem



Séances de groupe : démarche éducative - 4

- ⌘ Critères d'évaluation de l'impact du programme :
 - ⊞ *Adaptation sociale,*
 - ⊞ *Qualité de vie,*
 - ⊞ *Observance médicamenteuse*

Auto-questionnaires validés





Séances de groupe : démarche éducative - 5

⌘ Avec quels moyens pharmaceutiques ?

- ☒ 4 ½ journées / an,
- ☒ Année 2007 : 40 patients



Conclusions

- ⌘ Politique de pôle pharmaceutique,
- ⌘ Intégrée à la politique des pôles d'activités cliniques,
- ⌘ Complémentaire aux autres « chantiers » du pharmacien hospitalier,

Définition, intérêts et méthodologie de base de l'éducation thérapeutique



Stéphane Jacquemet

Consultant-Formateur

Chargé d'Enseignement

Université de Genève

HôpiPharm 2008

Bordeaux



**Il faut du temps
pour accepter une idée...
surtout quand elle est juste !**

Définition de l'OMS



(1998)

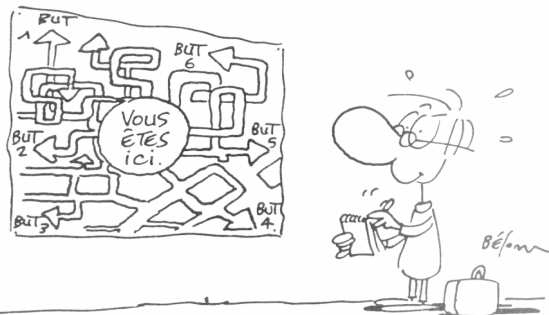
« Le but de l'éducation thérapeutique est d'aider le malade à apprendre à **gérer des situations quotidiennes** et/ou **exceptionnelles** dans lesquelles la compréhension des principaux **mécanismes** ainsi que le raisonnement logique sont au centre des comportements fonctionnels »

« L'objectif étant de l'aider à trouver un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie »

27

sanofi aventis

Impliquer le patient dans la démarche éducative



28

sanofi aventis



Difficultés pour l'observance d'un traitement chronique

| <i>Le régime alimentaire</i> | Selon les médecins | Selon les patients |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Environnement | 5 % | 32 % |
| Somatique | 0 % | 28 % |
| Motivation | 80 % | 35 % |
| Informations | 10 % | 5 % |
| Autres | 5 % | 0 % |

Collins, 1986 (Diabeticare)



20 ans d'éducation thérapeutique

L'éducation comme « conséquence » des avancées thérapeutiques...

On croit en la « bonne volonté » des malades...

Se défaire d'un idéal éducatif « standard » et intégrer le génie de la maladie...

Le patient devient un « sujet »...

Le groupe devient une pratique courante...

On s'intéresse à la Qualité de Vie...

On s'intéresse au fonctionnement dans la vie courante et aux apprentissages...

On parle de « compétences », donc de « stratégies » éducatives...



XXIe siècle: le recentrage

Recentrage des objectifs spécifiques de l'éducation thérapeutique...

Recentrage vers une intégration clinique forte...

Recentrage vers l'individualisation...

Recentrage vers une médiation outillée entre le patient et sa réalité...

31



Modèle des Croyances de Santé

Rosenstock I., Stecher V.J., Becker M. Social learning and the Health Beliefs Model, 1998

Être convaincu de souffrir d'une réelle maladie

Considérer que cette maladie peut avoir des conséquences graves sur la santé

Estimer que le traitement permet de d'obtenir des résultats probants sur l'état de santé

Reconnaître que les bénéfices du traitement compensent largement les coûts induits

32



Différents modèles

Le Modèle Sécuritaire

(règles, normes, comportements, hygiène)

Le Modèle Emancipatoire

(liberté, précarité, reconnaissance)

Le Modèle Interculturel

(valeurs, représentations, références)

Le Modèle Didactique

(structuration de la pensée, construction, transmission)



« Il écoute mais entend-t-il ? »

« Il entend mais comprend-t-il ? »

« Il comprend mais applique-t-il ? »

« Il applique mais pour combien de temps ? »

Konrad Lorenz
(Prix Nobel de Médecine)



Gestion des écarts...

Traitement standard
versus
Traitement réel

*Différencier l'observance
de l'adhésion*

35



Inversion de la logique...

Quelle observance en
conséquence de ce traitement...

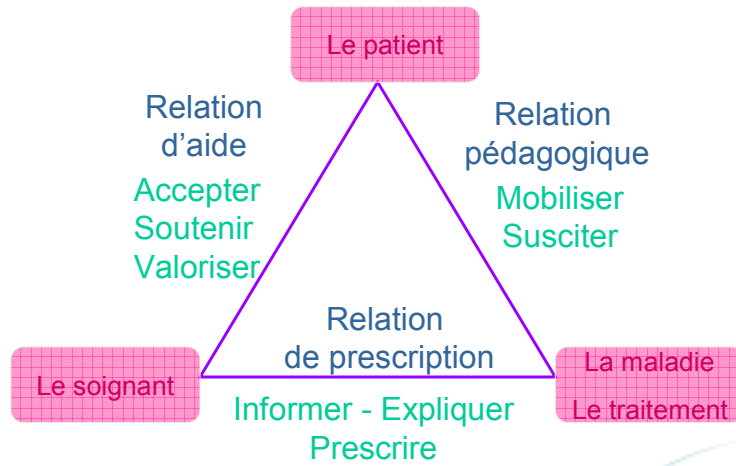
*Quel traitement optimal pour une
observance optimum...*

= ALLIANCE THERAPEUTIQUE

36



Les dimensions de la relation de soins



37



Observance optimum...

« Nous devons prendre nos traitements le mieux possible, et dans ce but, trouver des recettes d'observance avec nos soignants, nous aidant à les gérer et à devenir autonomes »

Act Up, avril 2004

38



Enjeu majeur :

L'intégration dans le programme personnel
de vie des activités de traitement...

... de manière durable !!!

On entre alors dans
l'opérationnel de la sphère
privée

39



*« Le savoir n'est
qu'une vague rumeur
tant qu'il n'est pas
dans le muscle... »*

Proverbe guinéen

**« Savoir et ne pas agir, ce n'est pas
encore savoir... »**

Lao-Tseu



Apprendre pour changer

Comment faire adopter un comportement adéquat ?

Convaincre

(attention à l'augmentation des résistances)

Chercher la cause

(attention au réflexe anamnestique)

Faire réfléchir (faire apprendre)

41



Les composantes de l'éducation du patient

- **Sensibilisation :** saisir l'impact réel de la maladie
- **Information :** comprendre les mécanismes
- **Apprentissage :** gérer le traitement et les situations
- **Motivation :** savoir pourquoi on se traite
- **Soutien:** être considéré comme un partenaire

Éducation ≠ Information

Aider le patient à modifier ses comportements de santé

42



Des stratégies adaptées

Renforcer la motivation

- Photo-langage, séquences vidéo
- Récits en sous-groupes
- Puzzle, personnage Mosaïque
- Lettre, "Pour et Contre"

Faciliter l'acquisition de compétences

- Etudes de cas, énigmes
- Mises en situation, échelles d'évaluation, carnets de suivi
- Manipulation d'objets, d'aliments, de placebo

Assurer un soutien psycho-social

- Jeux de rôle
- Apprendre à répondre, situations complexes
- Table-ronde

43



La formulation des objectifs dans le cadre d'une alliance thérapeutique

Découper les étapes : plus elles sont petites, plus le patient pourra les franchir avec succès

→ "micro-objectifs"



Buts partagés : consensus ou négociation à l'égard des objectifs à atteindre et des moyens pour y parvenir

Efforts partagés : esprit de collaboration

Transfert de compétences : responsabilisation progressive du patient

44



Mobiliser des stratégies de communication



45



Accompagner

Partager pour un bout la même réalité
Donner confiance

Dialoguer

Confronter des idées
Rechercher des solutions



Coacher

Préparer l'activité
Partager l'évaluation
Entretenir la motivation





Les axes de contenu



47



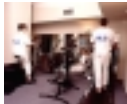
Travailler les Représentations...

de soi



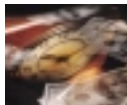
Estime de soi, sentiment de compétence, ressources personnelles, motivation...

de l'action



Composantes, mécanismes, logique, compréhension...

de l'effet



Intérêt, risques, coûts-bénéfices...



*« On se persuade mieux, pour l'ordinaire,
par les raisons qu'on a soi-même trouvées,
que par celles qui sont venues de
l'esprit des autres »*

Pascal (1623-1662)

Pensées

DEVREZ-LE VOUS ?

Cela fait 7 mois que vous dormez chaque nuit avec votre épouse. Il semble que votre sommeil n'est pas meilleur puisque vous dormez toujours au maximum 4-5 heures ! Par contre, vous vous sentez nettement moins fatigué-e après le repas de midi. Car de rien, vous avez oublié 2-3 fois la machine et finalement, cela se passe pas de problème apparent. Pourtant votre conjoint vous reproche ces ratés et paraît inquiet.

Que lui dire ?
À votre avis, que va-t-il se passer dans les 3-4 mois prochains ?
Comment gérer la suite ?



DEVREZ-LE VOUS ?

Face à l'insistance de votre conjoint, vous avez finalement consulté un spécialiste et le diagnostic d'apnée du sommeil est posé, accompagné d'un équipement par PPC. Cette situation vous a été particulièrement alors que votre conjoint se réjouit de cette étape qui va dans le sens de l'amélioration de votre santé, réduisant du coup son inquiétude. De votre côté, vous ne voyez pas d'un bon œil l'arrivée de cette machine. Toutefois, soutenu-e par votre conjoint, après quelques essais vous vous rendez compte durant la période de l'effet du traitement nocturne. Par contre, votre conjoint commence à se plaindre de la place que prend cette machine dans vos relations avec que du bruit et des désagréments qu'il se occasionne. Vous commencez à avoir des doutes... vous hésitez dans les priorités à suivre : votre santé ou votre couple ?

Comment avancer votre vie dans cette situation ?
Comment apaiser vos idées avec votre conjoint ?



L'APNÉE, C'EST OÙ ?



LA PPC : EFFET RECHERCHE

Comme **aucun ballon** qui gonfle, la pression de l'air étire les parties et ouvre la voie.



Les parties se tendent

Les parties se relâchent pour la diminution de la pression (comme l'air de l'air)

LA PPC, UNE ATOUTE PRÉVENTIVE OBTIE À LA PRISSION D'AIR

«Mots d'humeur»

Vous arrivez dans un groupe d'aide pour arrêter de fumer

Quel(s) mot(s) choisir qui qualifie(n)t le mieux votre humeur de l'instant :

> 1 perplexité

 désarroi

> 2 désillusion

 capable colère

> 3 méfiance

 important

> 4 dilemme

 impossible

> 5 faire plaisir

«Portrait»

Pourquoi fumer ?

> 1 rassurant

 se contrôler

 détente

> 2 tranquilité

 ennui

> 3 stress tenir bon

 festif

> 4 assurance

 convivial

> 5 nécessité

 plaisir

«Pourquoi arrêter ?»

«Pourquoi ne pas arrêter ?»

Arrêter ou ne pas arrêter, voilà la question!
Quelles sont pour vous les raisons d'arrêter de fumer ou de continuer.

Les raisons d'arrêter :

> 1

> 2

> 3

> 4

> 5

Les raisons de continuer :

> 1

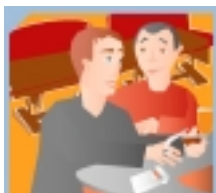
> 2

> 3

> 4

> 5

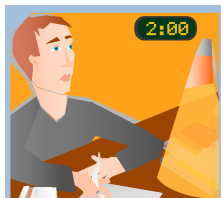
Portraits: Quel fumeur êtes-vous ?



Je fume,
avec mes amis,
mes proches



Je fume,
ça me détend



Je fume,
ça me permet
de tenir le coup, d'assurer



Je fume,
j'en ai besoin, je ne peux
rien faire contre

Dépasser l'ambivalence...



je ressens la convivialité



je ressens l'interdiction



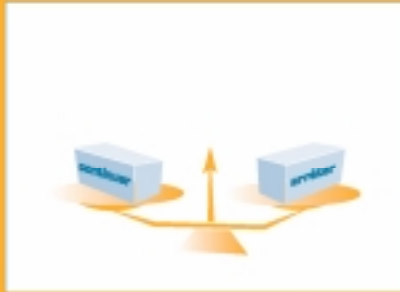
les complications,
ça n'arrive
qu'aux autres



j'ai peur de la maladie

La balance décisionnelle

A votre idée, parmi toutes ces raisons, qu'est-ce qui pèse le plus lourd dans la balance : continuer ou arrêter ?



- Je ne sais pas, ni l'un ni l'autre
- Continuer
- Arrêter

Exercice 1

Vos raisons de continuer et vos raisons d'arrêter rendent votre décision difficile à prendre. Vous pourriez écrire une carte à la cigarette votre amie, et à la cigarette votre ennemie, et leur dire à chacune tout ce que vous avez sur le cœur.

**Ôlle cigarette
mon amie**

Describez votre attachement à
votre amie la cigarette ...

**Ôlle cigarette
mon ennemie**

Describez votre haine de la
cigarette, votre ennemie ...



- « L'exercice... trop de contraintes pour le peu que cela apporte ! »
- « Je ne suis pas sûr que les médicaments servent à quelque chose... »
- « Kiné ou pas, je continue de manquer d'air... »
- « Je voudrais bien en faire de l'activité physique... si j'avais un peu de souffle »
- « Je suis plus malade quand je fais les vaccins que sans ! »
- « Tout est pollué... un peu plus, un peu moins... »
- « Avec tout ce que j'ai déjà fumé, le mal est déjà fait ! »
- « Même rajouté cette machine de ventilation, ça m'a rien changé ; et en plus j'étoffe avec ce masque »



- « Je revs depuis que j'ai l'oxygène »
- « Je me sens vraiment mieux depuis que je prends mes médicaments »
- « La kiné respiratoire me fait du bien »
- « Depuis que je fais un peu d'activité physique, j'ai retrouvé du souffle »
- « Je m'oblige pas à me faire vacciner chaque année »
- « Pour mon confort, j'évite vraiment les lieux enfumés ou pollués »
- « L'arrêt du tabac, ça a vraiment été décisif pour mon souffle »
- « Depuis que j'ai ma machine de ventilation, je vais mieux »



Le premier pas commence dans la tête

La motivation se construit à deux

Le patient est sans cesse dans l'expérience

La réflexion réduit les résistances

Il y a d'abord et toujours de bonnes raisons de
ne pas commencer une activité !!!



Clés de succès d'une démarche éducative



- Etablir un chemin d'évolution entre ce qui est directement **acceptable** et ce qui sera **optimal**
- Accorder une place importante à tous les éléments de **symbole** et **d'image de soi**
- Rechercher au maximum à développer un projet « **collectif** » au sein de la famille
- Se donner les moyens de ne garantir que des **succès**...mêmes infimes !



*L'homme du siècle demande des lois et
des institutions de convalescence qui le
brident sans le briser, qui le conduisent
sans l'écraser*

Marcel Camus

61



Prévention et éducation à la santé

- Un enjeu de santé
publique
- Un enjeu pour tous
les pharmaciens

I Adenot CNOP





Sommaire

- 4 tendances
- Prévention et éducation: les constats
- L'évolution dans les textes
- L'éducation
 - ▶ Contenu?
 - ▶ Manière?
 - ▶ Acteurs?

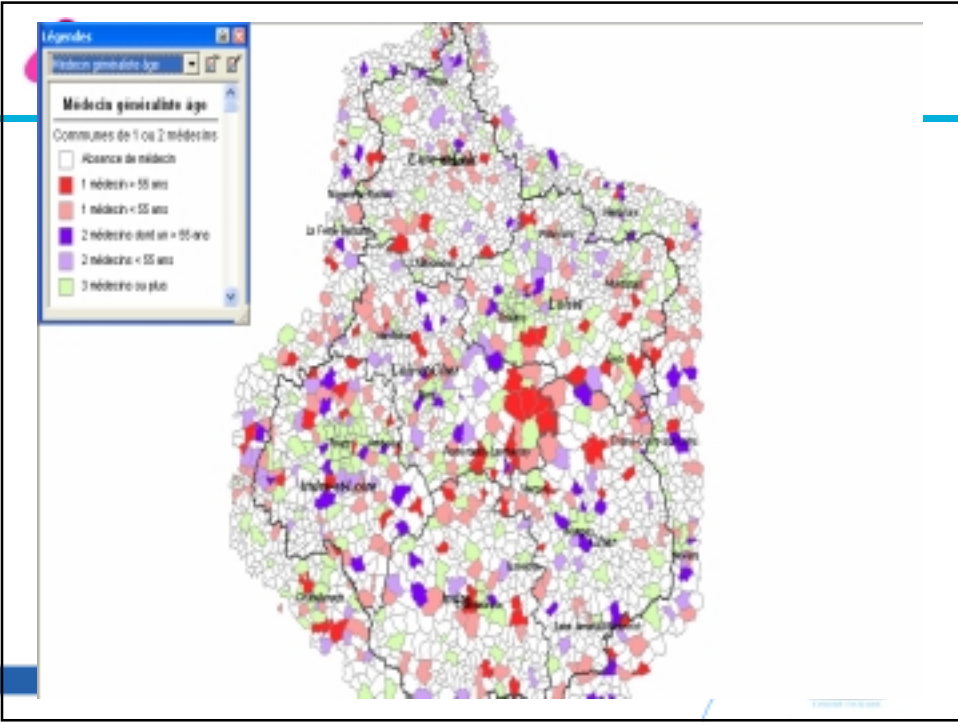
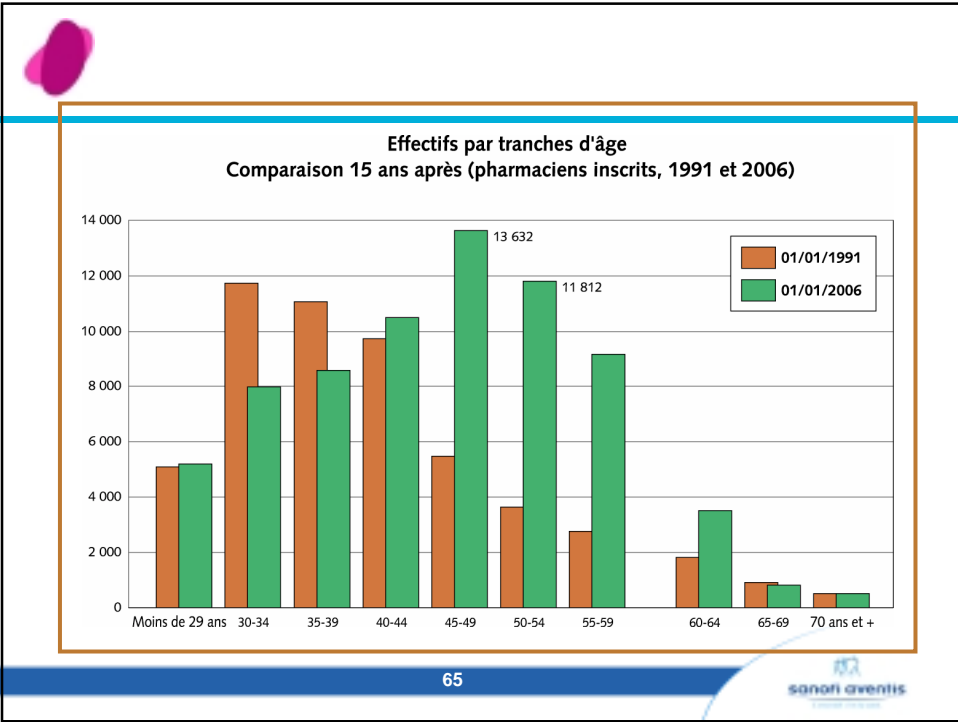
63



4 tendances

- Evolution sociétale, avec en toile de fond, des ressources limitées
 - ▶ La santé devient une valeur forte dans une société qui prône l'individu
 - ▶ Le principe républicain d' égal accès aux soins est en difficulté
- Vieillesse de la population
 - ▶ augmentation du poids des maladies chroniques
- Progrès médicaux: une certaine chronicité de pathologies « graves » et traitements ambulatoires
- Démographie des professionnels

64





Prévention et éducation : les constats

- **La formation initiale des professionnels de santé est toujours tournée vers le soin**
 - ▶ **Peu de prévention : retard dans la répartition des dépenses**
 - ┌ en 2006, la prévention représente un budget de 92 euros par habitant,
 - └ la CPAM y consacre que 2% de son budget. Les gestionnaires préfèrent le court terme
- **L'information a ses limites**
 - ▶ Les PS doivent la personnaliser et prendre en compte la représentation que se fait le patient de sa maladie
 - ▶ Elle ne permet pas d'acquérir un savoir faire: il faut viser un patient premier acteur de ses soins, avec changement de comportements
- **L'éducation à la santé est peu reconnue ,**
 - ▶ y compris quand il y a une visée thérapeutique pour éviter ou retarder l'apparition de complications
 - ▶ Les actions relèvent souvent du militantisme; sans reconnaissance financière (MIGAC, 66,6 millions d'euros en 2006); forte hétérogénéité; faible degré de structuration

67



L'évolution dans les textes...

- 1977 : laboratoire de recherche en pédagogie de la santé
- 1986: charte d'Ottawa
- 1987 : maisons du diabète (rôle croissant des associations de patients)
- 1994 : le haut comité de la santé publique déclare la prévention comme une priorité
- 1995 :
 - ▶ comité français d'éducation pour la santé, (CFES);
 - ▶ les conférences régionales de santé
- 1998: objectif prioritaire de la DGS.
 - ▶ groupe de travail multi disciplinaire sur l'ET pour les maladies chroniques avec la DSS et la Direction des hôpitaux
- 1999:
 - ▶ séminaire européen de Louvain et enquête sur les pratiques dans les établissements de santé
 - ▶ l'ANAES intègre l'ES à son référentiel organisation et prise en charge.
 - ▶ tous les 4 ans les établissements de santé doivent faire le point sur leurs ES
 - ▶ 4 mai: l'ET est inscrite dans un texte réglementaire.
- 2000: rencontres hospitalières en ET et prévention: « *ES est un élément structurant de notre politique de santé* »
- 2001: plan Kouchner présenté au conseil des ministres
- 2002:
 - ▶ Loi relative aux droits des malades : l'article L 1417-1 définit la prévention ; ES , ET sont cités
 - ▶ les réseaux de santé et L'INPES (remplace le CFES) sont créés
 - ▶ Une circulaire du Ministère de la santé lance un appel à projet pour l'asthme ,le diabète et les maladies cardio vasculaires.Premier texte qui définit l'ET et propose un cahier des charges.
 - ▶ Rapport du Pr BERLAND: « *ET est une priorité. elle doit être structurée, organisée , par PS formés et évalués* »
- 2004: les lois définissent le champ de la santé publique et valident la contribution de l'assurance maladie à la politique de prévention et de santé publique
- 2007: les Caisses d'assurance maladie proposent des programmes d'accompagnement pour les patients atteints de pathologies chroniques, visant à leur apporter ES

68



Education: Contenu

- ◆ **En amont: l'éducation à la santé, une partie de l'éducation générale**
 - ▶ Les facteurs endogènes: le corps, les facteurs de risques
 - ▶ Les facteurs exogènes:
 - ┌ ce que l'on boit, respire et mange, les facteurs de risques
 - └ l'environnement social

- ◆ **En aval: l'éducation thérapeutique**
 - ▶ Observance
 - ▶ Le mésusage
 - ▶ Prise des médicaments: moduler les prises si quelque chose d'anormal survient

- ◆ **Si les objectifs sont voisins, la démarche pédagogique est différente: c'est le rapport au temps qui change!**

69



L'éducation: Manière?

- ◆ **Le patient**
 - ▶ **Rendre autonome : Développement d'un savoir, un savoir faire, un savoir être**
 - Compétences d'auto observation, de raisonnement et de décisions, d'auto soins...
 - ▶ **Faire participer activement les « enseignés »**
 - ┌ le savoir d'un côté, l'obéissance de l'autre n'est pas le bon modèle

- ◆ **Les acteurs:**
 - ▶ Programmes de qualité, faisant appel à des professionnels formés, assurant un maillage territorial suffisant, privilégiant les prises en charge ambulatoires

70



L'Education: Acteurs?

- Les professionnels de santé? ils considèrent l'éducation comme un de leur rôle naturel. Pourtant il faut une prise de conscience: l'éducation nécessite des compétences particulières
- Les entreprises du médicament ?
 - Programme d'apprentissage ou programme dit d'observance
- Les « payeurs » ?
 - Programme d'accompagnement des patients
- La coordination est essentielle

71



En conclusion: Une profession ne vit pas par son passé, aussi prestigieux soit il , mais par les services qu'elle rend à ses concitoyens.

- Les pharmaciens ne peuvent être absents d'un tel enjeu de Santé Publique:
 - installer durablement l'éducation thérapeutique dans le système de soins pour que le « patient » devienne « partenaire »
- L'éducation Thérapeutique ne peut se faire à l'insu de la personne

**Si sans déontologie la Pharmacie est sans objet,
Sans innovation la Pharmacie est sans avenir**

72