

# L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers français

par Maryse Justumus (1), Rémi Gagnayre (2), Jean-François d'Ivernois (3), (4)

*Mots-clés : éducation du patient, éducation thérapeutique du patient, formation, formation du personnel de santé, évaluation, évaluation d'enseignement, France.*

*Une enquête a été menée, en 1999, auprès d'un échantillon représentatif de 100 (420) Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) français. Cette enquête portait sur la manière dont l'éducation thérapeutique du patient est enseignée aux futurs infirmier(e)s : les fondements théoriques et les stratégies pédagogiques utilisées. Pour ce faire, les directeurs de ces instituts ont reçu un questionnaire à questions de type préformé. Quarante sept IFSI ont répondu à l'enquête.*

*Les résultats, même s'ils ne concernent qu'environ 10% des IFSI français, apportent des informations qui peuvent contribuer à une réflexion sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique.*

*Les références d'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient pour ces IFSI dépendent largement, d'une part, du cadre conceptuel des soins infirmiers adopté par chaque IFSI et, d'autre part, des méthodes pédagogiques utilisées pour l'enseignement des étudiants en soins infirmiers et, d'une manière générale, en sciences de la santé.*

*Les difficultés relevées, la variété des expériences pédagogiques signalées s'expliquent par le fait que l'éducation thérapeutique dépasse largement les références théoriques des soins infirmiers pour tendre vers des approches qui modifient le rôle des soignants, en particulier des infirmier(e)s, et bouleversent donc l'ordonnancement des programmes de formation en soins infirmiers.*

*Au vu de ces résultats, il semble fondamental que les travaux de recherche théoriques soient poursuivis sur l'éducation thérapeutique du patient pour fournir aux formateurs des IFSI un cadre d'enseignement plus précis et davantage homogène.*

## Introduction

L'éducation thérapeutique du patient est reconnue comme une pratique indispensable dans la prise en charge des patients [1]. De nombreuses études portent sur les stratégies pédagogiques en formation continue permettant aux soignants d'acquies et d'améliorer leurs compétences d'éducateur [2,3,4]. Par contre, les études portant sur les problématiques pédagogiques d'acquisition des compétences d'éducateurs en formation initiale sont peu nombreuses [5,6,7]. Si la récente édition du rapport technique de l'OMS - Europe (1998) [8] propose des recommandations pour développer des dispositifs

de formations continues d'éducateurs de patients et de coordinateurs de programmes d'éducation des patients, l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les formations initiales fait encore trop rarement l'objet de propositions. Pourtant la formation initiale reste déterminante pour les futurs professionnels. C'est au cours de cette période qu'ils réalisent leurs premiers apprentissages dont on connaît l'importance dans la persistance des connaissances exactes ou erronées [9]. Nous nous sommes donc intéressés à l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) français. En effet, les infirmières participent de façon majoritaire à l'éducation

(1) Formatrice, IFSI du Gers, BP 382, route de Tarbes, F-32008 Auch cedex.

Tél : ++ 33 (0)5 62 61 31 51 - Fax : ++ 33 (0)5 62 61 37 13

(2) Médecin, Professeur de Sciences de l'Éducation, Université Paris-Nord.

(3) Médecin, Professeur de Sciences de l'Éducation,

Université Paris-Nord, Laboratoire de Pédagogie des Sciences de la Santé, UFR Bobigny, rue Marcel Cachin, 74, F- 93017 Bobigny.

Tél : ++ 33 (0)1 48 38 76 41 - Fax : ++ 33 (0)1 48 38 76 19

E-mail : [dps@smbh.univ-paris13.fr](mailto:dps@smbh.univ-paris13.fr)

(4) Cet article a été soumis au comité scientifique du Bulletin d'Éducation du Patient le 8 juin 2000, revu le 25 octobre 2000 et accepté le 10 novembre 2000.

Bulletin d'Éducation du Patient, Vol. 19 - n°3 - 2000.

thérapeutique dans les services hospitaliers. De plus, l'éducation est reconnue comme relevant de leurs compétences (Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).

## Méthode et population

Dans cette étude, nous avons tenté de répondre à deux questions :

- Quels sont les fondements théoriques auxquels les formateurs en soins infirmiers font appel pour dispenser leur enseignement ?
- Selon quelles stratégies pédagogiques, la compétence d'éducateur est développée dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers ?

Nous avons poursuivi 4 objectifs :

- identifier les modèles conceptuels de référence dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient;
- identifier les contenus, (c'est-à-dire les méthodes, les techniques propres à l'éducation du patient) enseignés aux étudiants pour pouvoir éduquer un patient;
- repérer si l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient fait l'objet de définition d'objectifs et s'il s'appuie sur un modèle de planification d'enseignement précis;
- identifier les méthodes pédagogiques, les techniques pédagogiques de référence en IFSI mais également dans le milieu professionnel (au cours des stages) pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique aux étudiants.

Le questionnaire était constitué de 38 questions principalement de type préformé : 6 portant sur l'identification du répondant,

Tableau 1 : Exemples de modèles de soins.

MODÈLE DE SOINS DE VIRGINIA HENDERSON	MODÈLE DE SOINS DE HILDEGARDE PEPLAU
<b>CONCEPTION DE L'HOMME</b>	
<p>L'homme est un être entier, complet et indépendant. Il présente 14 besoins fondamentaux. Ces besoins prennent en compte les dimensions biologique, psychologique, culturelle et sociale. Ils ont tous la même importance et sont reliés entre eux. Toute personne désire satisfaire ses besoins fondamentaux de façon indépendante et autonome.</p>	<p>«L'homme est un organisme vivant dans un état d'équilibre instable et qui lutte pour atteindre un état d'équilibre parfait qu'il n'atteindra qu'à la mort.» L'être humain s'efforce : - d'assurer sa sécurité; - de promouvoir son bien-être physique en satisfaisant ses besoins physiologiques; - de développer ses relations interpersonnelles.</p>
<b>BUTS DES SOINS INFIRMIERS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aider la personne soignée à conserver ou à rétablir son indépendance par l'accomplissement d'actes dont elle s'acquitterait elle-même, si elle avait assez de force, de volonté ou de savoir.</li> <li>- Accompagner la personne vers une mort paisible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir le développement de la personnalité vers une vie créative et constructive.</li> <li>- Le soin infirmier est un instrument éducatif et contribue au développement de la personne, par la relation.</li> </ul> <p>Sa théorie repose sur 2 hypothèses :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La personnalité de l'infirmière influence les apprentissages que le patient fait face à sa maladie.</li> <li>- La formation en soins infirmiers doit contribuer au développement d'une maturité personnelle et professionnelle de l'infirmier(e).</li> </ul>
<b>SOURCES DE DIFFICULTÉS DE LA PERSONNE SOIGNÉE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Origine physique.</li> <li>- Origine psychologique.</li> <li>- Origine sociologique (ex. famille, travail, culture,...).</li> <li>- Insuffisance de connaissances (de soi, de sa valeur, des autres, de la maladie, de l'environnement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non satisfaction des besoins physiologiques et psychosociaux.</li> <li>- Non satisfaction des besoins de réussite et de sécurité.</li> <li>- Individu en conflit (buts opposés).</li> </ul>
<b>INTERVENTIONS INFIRMIÈRES</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des actions complémentaires à celle de la personne soignée.</li> <li>- Suppléer à une dépendance physique, psychologique, sociale ou à un manque de connaissances.</li> <li>- Aider la personne à acquérir ou recouvrer son autonomie et, si possible, à vivre avec des handicaps et des maladies incurables.</li> <li>- Apporter des réponses spécifiques (information, enseignement).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observer, rechercher comment le patient voit sa situation, l'aider à changer ses perceptions, favoriser l'expression de ses émotions, de ses conflits.</li> <li>- Enseigner, aider le patient à tirer parti de l'expérience qu'il vit.</li> <li>- Être un conseiller, une personne ressource qui travaille à la promotion d'expériences favorisant la santé physique et mentale.</li> <li>- Donner des soins complexes, être un expert technique.</li> </ul>

15 portant sur les références et les contenus de l'éducation thérapeutique et 17 questions portant sur les objectifs et stratégies pédagogiques.

## La population

Il existe 420 IFSI en France (métropole et DOM-TOM). Considérant que l'enseignement de l'éducation thérapeutique constituait un enseignement relativement récent, nous avons enquêté auprès des 340 IFSI qui, par leur adhésion à une association ayant pour but de promouvoir l'innovation et la recherche pédagogiques au sein des IFSI, seraient les plus à même de répondre à notre questionnaire. De plus, les IFSI adhérents formaient, 82,32% des 52 938 étudiants inscrits en soins infirmiers au cours de l'année 1998.

Parmi les 340 IFSI adhérents, nous avons extrait un échantillon représentatif par région, statut et taille des IFSI adhérents. Puis nous avons ramené le nombre d'IFSI enquêtés à 100 selon une répartition homogène : 72 IFSI rattachés à des centres hospitaliers en soins généraux ou spécialisés en psychiatrie, 20 IFSI rattachés à des centres hospitalo-universitaires et 8

IFSI de statut privé.

Les 100 IFSI ont été sollicités une seule fois par courrier postal. Le traitement des données a fait l'objet d'un comptage en valeur absolue et en pourcentage.

## Résultats

Quarante sept IFSI sur cent (47/100) ont répondu à l'enquête. Quarante et un IFSI (57%) de centres hospitaliers généraux ont retourné le questionnaire, ainsi que 5 (soit 26%) IFSI de centres universitaires et 1 seul IFSI privé. Dix neuf régions ont été représentées sur vingt deux. Tous les questionnaires étaient interprétables.

Cinq directeurs d'établissement ont répondu seul au questionnaire, 24 directeurs ont délégué cette tâche à une seule personne (6) ou plusieurs personnes (18) et enfin 18 directeurs ont rempli ce questionnaire avec leur équipe. Au total, 3/4 des questionnaires ont été remplis par plusieurs personnes. Les IFSI répondants, au moment de l'étude, formaient 8199 étudiants soit 15,6% de l'ensemble des étudiants en soins infirmiers de France.

Tableau 2 : Modèles explicatifs de la compliance de type «uniciste»

Modèle biomédical	Modèle des Croyances de Santé : Health Belief Model (HBM) Becker M.H., 1974-75	Théorie de l'Action Raisonée (TAR) Fishbein M., Ajzen I., 1975	Théorie des Comportements Interpersonnels (TCI) Triandis H.C., 1977
<b>LES DÉTERMINANTS DE LA DÉCISION D'AGIR</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personnalité.</li> <li>- Les caractéristiques socio-démographiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perception d'une menace.</li> <li>- La croyance en l'efficacité de l'action (avantages et inconvénients de l'action, variables démographiques, socio-psychologiques,...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intention de comportement (cpt) (attitude face au cpt). Cette intention dépend des croyances concernant les conséquences de ce cpt et la valeur attribuée à ces conséquences.</li> <li>- L'importance accordée à l'opinion des gens (norme et désirabilité sociales).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intention de cpt.</li> <li>- La force de l'habitude, nécessitant apprentissages, habiletés, expériences acquises.</li> <li>- Quatre composantes facilitent ou nuisent à l'adoption du cpt : <b>Cognitive</b> (avantages et inconvénients du comportement); <b>Affective</b> (expériences antérieures positives ou négatives); <b>Sociale</b> (normes du groupe de référence, rôles sociaux,...); <b>Morale</b> (pertinence du cpt).</li> </ul>
<b>IMPLICATIONS PRATIQUES</b>			
<p>Rechercher les déterminants du cpt...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>liés à la maladie</b> : aiguë ou chronique, gravité des symptômes, chance d'amélioration;</li> <li>- <b>liés aux traitements</b> : les éléments objectifs (durée, posologie, coût, effets secondaires,...), les éléments subjectifs (couleurs, grandeur, goût).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expliquer la prise de décision préventive.</li> <li>- Clarifier les perceptions des individus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'intéresser à l'intention et à ses déterminants.</li> <li>- Insister sur les conséquences positives et négatives du cpt.</li> <li>- S'intéresser à la pression de l'entourage et aux motivations à s'y conformer.</li> <li>- Créer la motivation car elle est à la base de l'apprentissage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le cpt est nouveau, s'intéresser à l'intention et à ses déterminants (cfr. ci-dessus).</li> <li>- Si le cpt n'est pas nouveau, s'intéresser à la force de l'habitude et à ses déterminants.</li> </ul>

## Les modèles conceptuels

Tous les IFSI s'appuient sur des textes officiels pour justifier cet enseignement.

Pour 37 IFSI sur 47, les textes de référence sont : le décret n°81-539 du 21 mai 1981 et n° 93-345 du 15 mars 1993 relatifs aux actes professionnels des infirmiers et infirmières, le décret n°93-221 du 16 février 1993 relatifs aux règles professionnelles des infirmières et des infirmiers ainsi que le programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier du 23 mars 1992. Les recommandations de l'OMS sont citées par 24 IFSI pour ce qui concerne la déclaration d'Alma-Ata de 1978. Sept IFSI se réfèrent au texte de la Conférence de Vienne de 1988.

Le modèle de santé global (bio-psycho-socio-culturel) est cité en référence par 43 IFSI/47. Le modèle conceptuel en soins infirmiers de référence pour les 47 IFSI est celui de Virginia HENDERSON. Onze IFSI lui associent au moins un autre modèle dont le plus fréquemment cité est celui de Hildegarde PEPLAU (cfr. tableau 1, page précédente).

Trente quatre pour cent des IFSI (soit 16 IFSI/47) font référence aux modèles explicatifs de l'observance thérapeutique pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique. Lorsqu'ils précisent les modèles qu'ils rattachent à l'observance, ils citent en premier des modèles permettant d'agir auprès du patient (12/16 font référence à l'approche systémique) tandis que des modèles explicatifs de l'observance thérapeutique sont cités beaucoup plus rarement (4/16 citent le modèle des croyances de santé de BECKER M.H. (1975); quatre autres, la théorie des comportements de TRIANDIS H.C. (1977); et enfin 8 IFSI/16 se réfèrent aux théories de l'action raisonnée (FISHBEIN M., 1975) et du comportement planifié (AJZEN I., 1985) (cfr. tableau 2, page précédente).

L'éducation du patient concerne aussi bien la maladie chronique (citée 44 fois), le handicap (citée 40 fois) et la maladie aiguë (citée 38 fois).

### La démarche d'éducation thérapeutique

Quarante et un pour cent (17/47) des IFSI enseignent la démarche d'éducation thérapeutique du patient selon une démarche d'éducation pour la santé visant d'une manière générale une population dans une perspective de prévention primaire.

Lorsqu'ils précisent l'origine de cette démarche, on constate une très grande variété de référence à dominante pédagogique (modèles andragogique, sociocentrique, puérocentrique,...) ou à dominante santé publique (guide méthodologique du CFES, guide «*FACILE*» d'Alain ROCHON,...). Dans cette même liste de référence sont indiquées, une nouvelle fois, des références au modèle humaniste ou à celui de Virginia HENDERSON.

### Les dimensions privilégiées

Parmi les dimensions que mettent en valeur les IFSI dans l'enseignement de l'éducation du patient, la dimension pédagogique est la plus importante (47 IFSI) suivie de près par la dimension psychologique (45 IFSI) et la dimension biomédicale (43 IFSI). Lorsque les IFSI abordent la dimension psychologique de l'éducation du patient, ils le font pour 43 IFSI/45 en référence au modèle de deuil de KÜBLER-ROSS. Certains font référence au modèle d'OSGOOD sur la personnalité de base de l'individu et son mode de fonctionnement social (3 IFSI l'associent au modèle de KÜBLER-ROSS, 2 IFSI s'y réfèrent exclusivement).

## La relation soignant-soigné

Concernant la relation soignant-soigné, 37 IFSI n'utilisent pas de référence théorique.

Parmi les 10 IFSI qui font référence à une approche théorique, on constate autant de références théoriques qu'il y a de répondants. On peut citer les travaux de SZASZ et HOLLENDER, l'approche rogerienne, la relation d'aide, la théorie de AEIASSAN, la programmation neuro-linguistique, le modèle de Paolo FREIRE, la théorie de PARSONS, la théorie de l'apprentissage, la relation de type humaniste, etc.

## Les contenus d'enseignement

### La détermination des besoins et des objectifs

Dans 47 IFSI, la démarche de soins est enseignée pour déterminer les besoins en éducation du patient. Dans 89,36% (soit 41 IFSI /47), les étudiants font l'apprentissage de diagnostics infirmiers. Les plus fréquemment enseignés sont le manque de connaissances (26 fois), la non-observance (23 fois) et la prise en charge inefficace du programme thérapeutique (14 fois). Si parmi ces 41 IFSI, 24 IFSI enseignent la définition des objectifs éducationnels pour le patient, 20 IFSI se réfèrent uniquement à la taxonomie de BLOOM, tandis que 4 associent celle de BLOOM et de KRATHWOHL.

### Les méthodes et techniques d'éducation du patient

Dans 42 IFSI, les étudiants reçoivent un enseignement sur des méthodes et des techniques pédagogiques utiles pour éduquer un patient. Concernant les méthodes d'enseignement au malade, 15 IFSI privilégient la triade : pédagogie par transmission du savoir, apprentissage par imitation et apprentissage par la recherche et l'expérience. Les méthodes de type constructiviste sont enseignées dans 2 IFSI.

L'exposé théorique est une modalité d'éducation thérapeutique retrouvée dans tous les enseignements, suivie par des techniques telles l'étude de cas, la table ronde, la démonstration, l'enseignement pratique, la création d'affiches et de fiches techniques dans un intervalle de réponse de 33 à 28 IFSI.

### L'évaluation des apprentissages du patient

En ce qui concerne l'évaluation des apprentissages du patient, 30 IFSI enseignent l'usage d'instruments d'évaluation, comme les questions à choix multiple (dans 21 IFSI), les grilles d'observation gestuelle (dans 19 IFSI) et les grilles d'observation d'attitudes (14 IFSI).

Dans 7 IFSI, des enseignements portent sur la conception et l'emploi d'instruments d'évaluation de la décision du patient tandis que 5 IFSI enseignent les principes des évaluations séquentielles objectives, couramment utilisées dans la formation des étudiants en médecine.

## Les objectifs et le modèle de planification de l'enseignement

### A propos des objectifs

Vingt six IFSI sur quarante sept (55%) ont intégré un objectif concernant l'éducation thérapeutique dans leur projet pédagogique.

Selon la formulation, on distingue...

- des objectifs se rapportant à l'éducation thérapeutique;
- des objectifs visant simultanément une éducation thérapeutique et une éducation pour la santé;
- et enfin des objectifs décrivant des finalités peu précises.

OBJECTIFS	Nombre d'IFSI répondants n = 35	% n = 35	% sur nombre d'IFSI enquêtés n =47
- Pratiquer l'écoute active du patient et la reformulation	29	82,85%	61,70%
- Identifier les besoins en éducation du patient et formuler des diagnostics éducatifs dans les composantes pédagogiques, psycho-sociales et biomédicales	28	80%	59,57%
- Repérer les croyances et les représentations d'une personne concernant sa maladie, son traitement et sa santé	26	74,28%	55,31%
- Animer une séquence éducative auprès d'un groupe de patients	23	65,71%	48,93%
- Elaborer des contrats de soins incluant des objectifs spécifiques et de sécurité en lien avec ses besoins	22	62,85%	46,80%
- Repérer dans une situation de soin (malade-soignants-famille proche-institution de soin) les éléments qui vont favoriser ou freiner la compliance du malade	21	60%	44,68%
- Sélectionner des méthodes d'enseignement et des contenus respectant les principes de l'apprentissage, les besoins du malade, ses représentations, l'acceptation de sa maladie et de son traitement	20	57,14%	42,55%
- Sélectionner les stratégies et attitudes adéquates pour aider le patient à affronter les difficultés engendrées par son traitement et sa maladie chronique	16	45,71%	34,04%
- Analyser des documents éducatifs : brochures, film vidéo, plaquettes	16	45,71%	34,04%
- Identifier les stratégies qu'utilise une personne pour affronter son traitement et sa maladie chronique	15	42,85%	31,91%
- Choisir des méthodes pédagogiques adaptées à chacun des objectifs et à leur domaine taxonomique	13	37,14%	27,65%
- Formuler des objectifs de réajustement en lien avec les erreurs, les problèmes, les incidents vécus par le malade	13	37,14%	27,65%
- Inscrire dans le dossier d'éducation les données significatives de l'éducation d'un patient	13	37,14%	27,65%
- Créer un outil éducatif adapté à un objectif et à son domaine taxonomique	12	34,28%	25,53%
- Construire des outils d'évaluation de l'atteinte des objectifs éducatifs dans les trois domaines taxonomiques	11	31,42%	23,40%
- Expliquer à un malade une « notion clef » en utilisant plusieurs méthodes pédagogiques	9	25,71%	19,14%

Tableau 3 : Objectifs en lien avec l'Education Thérapeutique du Patient formulés par les équipes pédagogiques.

Trente cinq IFSI ont élaboré un projet d'enseignement pour l'éducation thérapeutique du patient. Douze IFSI n'en énoncent pas.

Parmi les 35 IFSI, les principaux objectifs définis pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique, sont par ordre décroissant (cfr. tableau 3, ci-dessus) :

- pratiquer l'écoute active du patient et la reformulation (29 IFSI/35);
- identifier les besoins en éducation du patient et formuler des diagnostics éducatifs dans les composantes pédagogiques, psychologiques sociales et biomédicales (28 IFSI/35);
- repérer les croyances et les représentations d'une personne concernant sa maladie, son traitement et sa santé (26 IFSI/35);
- animer une séquence éducative auprès d'un groupe de patients (26 IFSI/35).

Sur les 35 IFSI, 23 IFSI incluent leurs objectifs dans d'autres projets d'enseignement. En d'autres termes, les équipes pédagogiques s'appuient sur l'enseignement des soins infirmiers dans une discipline (endocrinologie, par exemple) ou pour une maladie comme le diabète pour aborder l'éducation thérapeutique.

Cinq IFSI regroupent leurs objectifs pédagogiques d'éducation thérapeutique dans un projet d'enseignement transversal : dans ce cas, les équipes pédagogiques conçoivent un enseignement spécifique sur l'éducation thérapeutique planifié sur plusieurs années.

Enfin, 7 IFSI répartissent leurs objectifs selon les deux types de projet.

Lorsque les répondants fournissent des exemples de modules dans lesquels sont enseignés les objectifs, on note des modules dits verticaux traitant de soins infirmiers aux personnes atteintes de pathologies (par ordre décroissant : endocrinologie, diabétologie, pneumologie, cardiologie, traumatologie,...). Les exemples fournis éclairent sur l'utilisation de l'éducation thérapeutique comme dans le cas de la prévention des chutes chez la personne âgée, l'alimentation équilibrée, le tabac, le sommeil de l'enfant, l'hygiène bucco-dentaire...

#### **Le temps consacré à l'éducation du patient**

Le volume horaire alloué à l'enseignement de l'éducation thérapeutique sur trois années de formation est difficile à évaluer pour 18 IFSI sur 47. Les répondants justifient cette difficulté par le fait que cet enseignement est intégré à d'autres enseignements.

Le volume horaire est compris entre 60 heures pour 9 IFSI jusqu'à 20 heures pour 9 autres IFSI.

L'éducation thérapeutique est enseignée tout au long des trois années. On note un pic en fin de première année, au cours du deuxième trimestre de la deuxième année et enfin au cours des deux premiers trimestres de la troisième année.

#### **Les pré-requis**

Trente six IFSI sur 47 déterminent un requis préalable à l'enseignement de l'éducation thérapeutique. Ce requis est décrit de façon très variable. Il porte sur des contenus de sciences humaines, d'éthique, de déontologie, de responsabilité, sur les connaissances de la démarche de soins et de la démarche relationnelle.

Est également mentionnée la nécessité que les étudiants aient eu des enseignements sur les démarches de diagnostics infirmiers (19 IFSI), les approches culturelles en santé (9 IFSI), le modèle global (8 IFSI), les concepts de santé, de maladie, de handicap (8 IFSI).

#### **Les méthodes pédagogiques de formation des soignants**

##### **A propos des techniques pédagogiques**

Les techniques pédagogiques auxquelles ont recours les IFSI pour enseigner l'éducation thérapeutique aux étudiants sont

par ordre décroissant :

- les stages (cités 36 fois);
  - les études de cas (citées 33 fois);
  - le cours magistral (cité 32 fois).
- Les jeux de rôle, les vidéos en tant que supports documentaires ou vidéo-simulation sont cités 6 fois.

Ces résultats sont constants, quelles que soient les compétences attendues chez les étudiants comme les pratiques d'analyse de besoins éducatifs, la formulation d'objectifs pour le patient, la programmation de la démarche éducative, le choix des techniques pédagogiques et d'évaluation.

#### **Les pathologies ou traitements concernés**

Les pathologies servant de support à l'enseignement de l'éducation du patient sont pour les 47 IFSI, par ordre décroissant :

- le diabète (cité 44 fois);
- l'asthme et la colostomie (cités 36 fois);
- la chirurgie prothétique de la hanche (citée 34 fois);
- la trachéotomie et les maladies cancéreuses (cités 30 fois);
- le SIDA (cité 28 fois);
- l'hypertension artérielle (citée 23 fois);
- l'autodialyse (citée 18 fois);
- les maladies d'Alzheimer et de Parkinson (cités 15 fois);
- et enfin, l'hémophilie (citée 11 fois).

Les thérapeutiques servent également de support d'enseignement :

- les traitements par anticoagulant (cités 42 fois);
- les antidépresseurs et les digitaliques (cités 28 fois);
- les anti-viraux (cités 18 fois).

#### **Les intervenants**

Les acteurs de l'enseignement sont en grande majorité des cadres infirmiers enseignants (cités 45 fois).

Puis interviennent dans une même proportion les infirmiers et les cadres infirmiers d'unité de soins, les représentants d'association de patients (cités 30 fois, comme l'Association Française des Diabétiques, l'Association des Stomisés, AIDES et la Ligue Française de Lutte contre le Cancer).

Dans une moindre mesure les diététiciens, les médecins spécialistes (principalement des diabétologues, pneumologues, et cardiologues) (28 fois cités).

Les psychologues et les médecins généralistes sont cités respectivement 18 et 9 fois.

#### **Les supports documentaires**

Quarante IFSI sur quarante sept (40/47) mettent à disposition des étudiants des supports documentaires, en particulier des revues (42 fois) mais qui ne sont pas spécialisées en éducation thérapeutique du patient (1 seul IFSI cite une revue spécialisée : *le bulletin d'éducation du patient*), des ouvrages (cités 37 fois) pour lesquels existent une grande différence de références, des documents audiovisuels fournis souvent par l'industrie pharmaceutique (cités également 37 fois).

#### **L'évaluation**

Concernant l'évaluation, 42 IFSI/47 évaluent l'enseignement de l'éducation du patient. Pour 35 IFSI, cette évaluation est formative et sommative.

Les principaux instruments d'évaluation sommative sont le cas concret (cité 37 fois), les mises en situation professionnelle (citées 33 fois), les comptes-rendus de stage (cités 19 fois). Pour l'évaluation de type formatif, les cas concrets et les mises en situation sont cités respectivement 34 et 23 fois.

## A propos des stages

Vingt sept IFSI élaborent des objectifs de stage pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique.

Dix huit IFSI sur vingt sept (18/27) citent des objectifs que l'on peut répartir en 7 objectifs d'analyse, 5 de mise en œuvre et de participation, 4 d'observation et 1 d'évaluation du processus éducatif.

Seuls 2 IFSI ajoutent des objectifs d'exploitation de stage en IFSI à l'intention des étudiants. Lors de séances de tutorat, les enseignants aident les étudiants à expliciter leur expérience d'éducateur.

Les terrains de stages dépendent de l'année de formation de l'étudiant.

En première année, il s'agit de lieux comme les crèches, les établissements d'enseignement scolaire.

Pendant la deuxième et la troisième année, les stages se diversifient dans des unités de soins spécialisés.

Trente IFSI sur quarante sept (30/47) réalisent des exploitations de stage selon des techniques très diverses (exposés, étude de cas, groupe de parole,...).

Enfin, 18 IFSI/47 proposent des stages temps plein à option, principalement en diabétologie et en pneumologie (7 fois cités). Concernant ces deux derniers terrains, on note la possibilité offerte aux étudiants de se rendre dans les colonies pour jeunes enfants diabétiques ou dans des centres climatiques.

## Discussion

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer la faible nombre de répondants à cette enquête. La première est de considérer que les 53 IFSI qui n'ont pas répondu n'enseignent pas l'éducation thérapeutique du patient. Cela reste peu probable. Par contre, le nombre important de questions et surtout le temps nécessaire pour remplir l'ensemble du questionnaire (de l'ordre de 3 à 4 heures) a certainement créé un obstacle à la réponse. Nous avons donc considéré que les résultats obtenus représentaient une tendance, largement influencée par les IFSI des centres hospitaliers généraux.

Comme le montre la première partie des résultats, la démarche d'éduquer un patient s'inscrit d'une manière générale dans une démarche de soins infirmiers. Cela explique peut-être que les textes de référence soient surtout des textes professionnels (décrets de loi). Même si des références d'organismes internationaux comme l'OMS sont citées, elles sont anciennes et peu ciblées. Il n'est jamais fait mention de prises de position des sociétés savantes dans différentes spécialités.

Si le modèle conceptuel utilisé par les IFSI pour l'enseignement de l'éducation thérapeutique est un modèle global qui va de pair avec la démarche de soins infirmiers, il existe, semble-t-il, une confusion entre des références paradigmatiques, des références théoriques posant un cadre explicatif à un processus comme l'observance thérapeutique et des références à des méthodologies d'action.

La variété des références ainsi que leur faible nombre signalent, selon nous, la difficulté qu'éprouvent les équipes pédagogiques à s'appuyer sur un cadre théorique précis en ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient.

Entre comprendre une situation et agir sur la situation, il semble que les réponses témoignent de la prédominance à recourir à une méthodologie de l'intervention. Dès lors, il n'est pas étonnant de constater que la dimension pédagogique

représente une part importante de l'enseignement de l'éducation thérapeutique, même si la dimension psychologique occupe une place non négligeable.

Si les maladies chroniques ont permis de développer et d'appliquer les principes de l'éducation thérapeutique du patient, on note que celle-ci est également enseignée en ce qui concerne les maladies aiguës et le handicap. Il existe pour ce dernier champ d'application un nombre important d'études en soins infirmiers justifiant son importance dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique [10]. De plus, l'emploi de l'éducation du patient dans ces trois contextes peut s'expliquer par le caractère transversal de la démarche de soins, quelle que soit la situation du patient.

La deuxième partie des résultats découle fort logiquement, selon nous, de la place accordée à la démarche de soins infirmiers et aux dimensions pédagogique et psychologique dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique.

Trois diagnostics infirmiers sont particulièrement enseignés. On peut noter celui portant sur la non-observance, alors que le modèle explicatif de l'observance n'est enseigné que dans 16 IFSI/47.

Les références à des courants pédagogiques semblent correspondre à celles utilisées pour la formation des étudiants en soins infirmiers. En d'autres termes, il y aurait transfert de méthodes pédagogiques utilisées pour la formation des étudiants vers les patients. On note le peu de références à des méthodes relevant de la psychologie cognitive alors que celles-ci peuvent faire l'objet de possibles applications auprès des patients [11, 12, 13]. Les étudiants en soins infirmiers sont donc essentiellement formés à des méthodes pédagogiques issues du «*behaviorisme*» avec les techniques et les instruments d'évaluation correspondants.

Concernant les stratégies pédagogiques utilisées pour la formation des infirmier(e)s (objectifs, modèle de planification, méthodes et techniques), les résultats obtenus sont de nouveau hétérogènes.

On constate qu'un peu plus de la moitié des 47 IFSI ont introduit dans leur projet pédagogique un objectif concernant l'éducation thérapeutique du patient.

Lorsque d'une manière plus précise, les objectifs sont cités, ils signalent de la part des IFSI l'intention de faire acquérir aux étudiants des compétences complexes. On peut s'interroger sur le réalisme de ces buts dans la mesure où, comme nous l'avons constaté précédemment, les références théoriques sont parfois insuffisantes.

Il s'agit également de s'interroger sur le caractère apparemment terminal de ces compétences. En effet, il semble que les compétences fixées aux étudiants relèvent plus d'une formation continue : l'atteinte de ces compétences nécessite une expérience que les étudiants ne possèdent pas encore.

Un travail serait probablement nécessaire pour poser les savoir-faire (intermédiaires) qu'il serait raisonnable de faire atteindre à des étudiants au terme de trois années d'étude. Ces apprentissages leur permettraient d'être mis en disposition de développer des compétences d'éducateur dans leur activité professionnelle.

Il est difficile de se faire une idée précise du modèle d'enseignement (traditionnel, systémique, puérocentrique, sociocentrique,...) utilisé pour l'atteinte de ces objectifs. Les questions posées n'ont peut-être pas facilité cette recherche. En raison de son caractère récent et de son application à des pathologies spécifiques, l'éducation thérapeutique du patient est enseignée principalement dans les modules de soins en lien avec une pathologie. Il n'est pas étonnant de retrouver

<b>Modèle de Prédiction des Comportements de Santé (M.P.C.S.)</b> Pender 1982 - Richard 1988	<b>Modèle intégratif</b> Deccache A. (1993)	<b>Modèle Systémique</b> d'Ivernois J.-F. - Gagnayre R. (1995)
<b>LES DÉTERMINANTS DE LA DÉCISION D'AGIR</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les perceptions individuelles relatives à la santé, à la maladie, aux bénéfices du traitement, au H.L.C.,....</li> <li>- Les facteurs de modification : les variables socio-démographiques (niveau d'instruction); les variables interpersonnelles (attitude des proches, soutien social, dynamique familiale, relation avec les personnels de santé,...); les variables conjoncturelles (normes du groupe social de référence, acceptabilité culturelle des cpts préventifs).</li> <li>- La perception des obstacles au cpt de santé : priorités personnelles, obstacles liés au traitement (complexité, durée, coût, effets secondaires, inadéquation au style de vie,...).</li> <li>- Signaux d'action, déclencheurs.</li> <li>- Possibilité d'adoption du cpt préventif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le contexte politique et social de la santé : choix et priorités de santé.</li> <li>- Le contexte institutionnel, organisationnel et éducatif : mode de fonctionnement de l'institution, de l'unité de soins, modèles de santé, d'éducation et d'explication de la compliance,....</li> <li>- Les facteurs liés aux patients préalables à la relation soignant-soigné, d'une part, et subséquents à la relation, d'autre part : personnalité, influences culturelles et sociales, H.L.C., anxiété, sentiment de maîtrise des événements et du traitement, réactions affectives, facteurs socio-démographiques, représentations sociales de la santé, de la maladie, des soignants, attentes de relation, de soins, expériences et mécanismes d'adaptation.</li> <li>- Les facteurs liés aux soignants, préalables à la relation, d'une part, et subséquents à la relation, d'autre part : cpts propres de santé et de compliance, perceptions du traitement (efficacité et effets sec.), perception de soi (rôle, relation, compétences,...), perception des patients, compétences éducatives, perception de l'E.P., désir et qualité de communication, modèle personnel de santé et d'éducation, personnalité.</li> <li>- Facteurs d'interaction entre soignants et patients : satisfaction, qualité, communication, relation,....</li> </ul>	<p>L'approche de système comporte cinq étapes dont l'ensemble réalise une boucle relançant le processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le diagnostic éducatif;</li> <li>- les objectifs d'apprentissage et les contrats d'éducation, la planification de l'évaluation des contrats;</li> <li>- la sélection des contenus à faire apprendre et le choix des méthodes;</li> <li>- la mise en oeuvre des contrats;</li> <li>- la mise en oeuvre des évaluations.</li> </ul> <p>La première étape permet l'identification des besoins du patient, à partir de 5 grandes questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est-ce qu'il (elle) a ?</li> <li>- Qu'est-ce qu'il (elle) fait ? Contexte professionnel et social, conditions de vie du patient au quotidien,....</li> <li>- Qu'est-ce qu'il (elle) sait ? Connaissances sur la maladie, sur les facteurs de risque.</li> <li>- Qui est-il (elle) ? Psychologie, acceptation de la maladie, vécu, perception de la gravité de la maladie, des avantages et inconvénients du cpt, de l'efficacité de ce cpt, importance de l'opinion de l'entourage,....</li> <li>- Quel est son projet ?</li> </ul>

Tableau 4 : Modèles explicatifs de la compliance de type «intégratif»

dans les modules correspondants les maladies qui ont servi et servent encore de modèle d'éducation thérapeutique : le diabète et l'asthme. Cependant, d'autres exemples nous montrent que cette éducation thérapeutique est enseignée comme un exemple d'éducation à la santé.

Le temps alloué à l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient reste difficile à chiffrer. L'intégration de l'éducation thérapeutique du patient à d'autres enseignements rend cette opération impossible. Cependant, le nombre d'heures que nous obtenons est inférieur à celui préconisé par le groupe de travail de l'OMS-Europe pour la formation continue des soignants [8]. Ce dernier recommande pour une formation de premier niveau un nombre avoisinant 80 à 100 heures.

Les techniques pédagogiques utilisées dans les IFSI pour enseigner l'éducation thérapeutique du patient ne diffèrent pas des techniques pédagogiques usuelles pour l'enseignement de toutes les autres matières : études de cas, cours magistraux, stage,... On constate que les techniques facilitant les échanges, la créativité que l'on retrouve dans l'éducation du patient semblent peu utilisées pour les étudiants. Comment peut-on, dès lors,

mettre en œuvre auprès du patient une technique d'éducation que l'on n'a pas expérimentée soi-même au cours de ses études ?

En dehors du diabète et de l'asthme, beaucoup d'autres situations pathologiques servent à enseigner l'éducation thérapeutique. Il est intéressant de constater que l'apprentissage des traitements eux-mêmes fait l'objet d'un enseignement sur l'éducation thérapeutique. Cependant alors que le handicap est une dimension reconnue, dans la première partie de l'enquête, comme nécessitant de l'éducation thérapeutique, on ne relève pas d'enseignement sur l'éducation thérapeutique du handicap, exception faite des cas de prothèse de hanche et du genou.

La place accordée à des personnels d'unité de soins et aux patients pour participer à cet enseignement est assez significative. Elle dénote la volonté dans les IFSI de faire appel à plusieurs lectures possibles de l'éducation thérapeutique, y compris celle des patients. Le faible nombre d'interventions de la part des psychologues peut s'expliquer par leur insuffisance quantitative dans les hôpitaux. Cependant, si l'on se rapporte aux premiers résultats de cette enquête, la composante psychologique est considérée comme importante



dans l'enseignement. De plus, on constate que le premier objectif énoncé pour l'apprentissage de l'éducation thérapeutique concerne l'écoute active et la reformulation. On peut donc se demander si, par manque de psychologues ou pour des raisons qui leur sont propres, les formateurs n'assurent pas tout ou en partie cet enseignement.

Enfin, si des documents sont fournis aux étudiants, ils ne semblent pas spécifiques de l'éducation thérapeutique.

Un grand nombre d'IFSI évalue les étudiants sur leur niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'instrument d'évaluation le plus utilisé est le cas concret. Il n'est pas précisé quel est le niveau de correspondance entre les instruments d'évaluation et les objectifs pédagogiques. On note dans les réponses une confusion entre des contextes d'évaluation et les instruments. C'est ainsi que les mises en situation professionnelles peuvent nécessiter l'utilisation de grilles d'observation critériées. Cependant, ces résultats ne sont pas propres à l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient. Ils dénotent les difficultés pédagogiques que rencontrent les IFSI dans la conception et l'organisation de la formation.

Enfin, on constate que les stages sont considérés comme une technique pédagogique. Cela explique peut-être qu'un tiers seulement des IFSI fixe des objectifs de stages spécifiques dont la plupart consistent en une analyse des situations rencontrées. La répartition des terrains de stage selon les années de formation signale à nouveau le lien étroit qu'établissent les IFSI entre l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. C'est au milieu et au terme de leurs études que les étudiants abordent réellement l'éducation thérapeutique dans les unités de soins. On constate que très peu d'étudiants se voient proposer la possibilité de réaliser, dans le cadre de stages optionnels, une expérience dans des structures qui développent également de l'éducation thérapeutique, comme les colonies de l'Association Aide aux Jeunes Diabétiques ou les centres climatiques.

L'analyse pédagogique des enseignements à l'éducation thérapeutique montre la difficulté qu'éprouvent les IFSI à les positionner dans un programme de soins infirmiers. Intégrée à d'autres enseignements, la formation à l'éducation thérapeutique s'articule avec celle concernant l'éducation pour la santé ou la promotion de la santé.

L'éducation thérapeutique semble parfois conçue comme le moyen de résoudre des problèmes relevant de démarches spécifiques à la promotion de la santé ou à l'éducation à la santé.

Il existe une contradiction apparente entre les intentions pédagogiques et l'insuffisance de référence à des contenus théoriques. C'est ainsi que l'on peut se poser la question de savoir comment est enseigné l'objectif qui consiste à repérer les croyances de santé lorsque des travaux comme ceux de BECKER M.H. (1975) ne sont cités que par 4 IFSI.

En l'absence de références à un cadre théorique permettant une lecture précise de la complémentarité et des spécificités des approches d'éducation dans le champ de la santé, les formateurs en IFSI organisent leur enseignement en fonction des curricula existants.

L'ensemble de ces résultats peut s'expliquer par le fait que l'éducation thérapeutique est un champ d'étude relativement récent. La mise en lien de diverses théories de santé pour constituer un cadre explicatif de ce que nous appellerons les comportements d'auto-soins reste difficile, malgré la tentative de certains auteurs de concevoir des modèles intégratifs [4, 14, 15, 16] (cfr. tableau 4). Par conséquent, les méthodologies d'intervention pour l'éducation du patient ne seraient pas encore suffisamment spécifiques.

Cette hypothèse expliquerait la variété des modèles théoriques visant une meilleure compréhension de la situation du patient, ainsi que le transfert de références méthodologiques

d'intervention non spécifiques à l'éducation thérapeutique du patient. Si ces résultats peuvent être imputables à un manque de données de la recherche et au faible nombre de travaux théoriques de synthèse, on ne peut pas pour autant exclure l'hypothèse d'un manque de références théoriques chez les équipes pédagogiques.

Néanmoins, depuis plusieurs années, les IFSI ont intégré l'éducation thérapeutique en tenant compte de leur modèle conceptuel habituel. Même s'il s'agit d'un processus d'intégration dans des programmes préétablis, les résultats de cette enquête sont révélateurs, selon nous, du changement qui s'opère dans la formalisation du contenu de l'éducation thérapeutique et de son enseignement. Il se pourrait que l'éducation thérapeutique (comme d'autres champs de pratique en santé qui se réfèrent à de multiples théories) soit le vecteur de modifications des programmes de formations des infirmières mais marque aussi une rupture dans les références conceptuelles en soins infirmiers.

## Conclusions

Il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives sur l'état de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les formations d'infirmier(e)s en France : les réponses fournies ne concernent qu'environ 10% de tous les IFSI français. De surcroît, une enquête par questionnaire n'apporte que des informations partielles sur une réalité d'enseignement. Nous savons que l'observation de l'acte pédagogique est une source d'informations beaucoup plus fiable.

Cependant, les résultats de cette enquête apportent des informations qui peuvent contribuer à une réflexion sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique.

Dans cette étude, il ressort que les références d'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient pour une population de 47 IFSI françaises dépendent largement, d'une part, du cadre conceptuel des soins infirmiers adopté par l'IFSI et, d'autre part, des méthodes pédagogiques utilisées pour l'enseignement des étudiants en soins infirmiers et, d'une manière générale, en sciences de la santé.

La variabilité, l'insuffisance voire parfois la confusion des références dans les réponses fournies signale la difficulté actuelle des soignants à se positionner dans un cadre conceptuel suffisamment complexe et opératoire pour tenir compte des données de la recherche sur les comportements de santé, les rapports du patient à sa maladie, les apprentissages du patient à ses auto-soins, la relation patient-soignant.

Dans la mesure où la compétence éducative est reconnue depuis longtemps dans la fonction infirmière, celle-ci fait l'objet d'un enseignement qui s'inscrit dans les cadres de références professionnelles en usage dans les IFSI. Ainsi, l'état de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient qui est décrit dans cette enquête résulte du processus par lequel les IFSI tentent d'intégrer les approches théoriques de l'éducation thérapeutique dans le cadre conceptuel infirmier.

Les difficultés relevées, la variété des expériences pédagogiques signalées s'expliquent par le fait que l'éducation thérapeutique dépasse largement les références théoriques des soins infirmiers pour tendre vers des approches théoriques qui modifient le rôle des soignants - en particulier les infirmier(e)s - et bouleversent donc l'ordonnement des programmes de formation en soins infirmiers.

Au vu de ces premiers résultats, il semble fondamental que les travaux de recherche théoriques soient poursuivis sur l'éducation thérapeutique du patient pour fournir aux formateurs des IFSI un cadre d'enseignement plus précis et davantage homogène. ■

## Bibliographie

- [1] ASSAL J.-Ph. (1999), *Revisiting the approach to treatment of long-term illness : from the acute to the chronic state - a need for educational and managerial skills for long-term follow-up*, dans *Patient Education and Counseling*, vol.37, n°2, pp.99-111.
- [2] JACQUEMET S., LACROIX A., et coll. (1998), *Qualitative evaluation of courses intended for patients suffering from chronic diseases. New observation method for the continuous training of the healthcare team*, dans *Patient Education and Counseling*, vol.34, n°3, pp.201-212.
- [3] LACROIX A. (1991), *La formation des médecins à enseigner aux malades : comparaison de deux expériences de formation pédagogique*, dans *La Formation Expérientielle des Adultes*, La documentation française, Paris, pp.131-139.
- [4] D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R. (1995), *Apprendre à éduquer le patient - Approche pédagogique*, Ed. Vigot, Paris.
- [5] TRESOLINI C.P., STRITTER F.T. (1994), *An analysis of learning experiences contributing to medical students' self-efficacy in conducting patient education for health promotion*, dans *Teaching and learning in medicine*, vol.6, n°4, pp.247-254.
- [6] MCCORD E.C., SMOROWSKI-GARCIA M.S., DOUGHTY A. (1997), *Assessment at one school of students' abilities and confidence in diabetic patients' education*, dans *Academic Medicine*, vol.72, n°12, pp.1116-1118.
- [7] HENDRY G.D., SCHREIBER L., BRYCE D. (1999), *Patients teach students : partners in arthritis education*, dans *Medical Education*, vol.33, n°9, pp.674-677.
- [8] World Health Organization - Regional Office for Europe (1998), *Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programmes For health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases*, Report of a WHO working group, 76p.
- [9] NOVAK J.D., MUSONDA D. (1991), *A twelve years longitudinal study of science concept learning*, dans *American Educational Research Journal*, vol.28, n°1, pp.117-153.
- [10] GETHING L. (1992), *Nurse practitioners' and students' attitude toward people with disabilities*, dans *The Australian Journal of Advanced Nursing*, vol.9, n°3, pp.25-30.
- [11] MARCHAND C. (1997), *L'intérêt des cartes sémantiques dans l'éducation du patient*, dans *Bulletin d'Education du Patient*, vol.16, n°4, pp.33-36.
- [12] SCHOONBROODT C., GÉLINAS A. (1998), *La relation éducative et l'intervention d'« empowerment ». Reflexion critique pour une transformation des pratiques*, dans *Bulletin d'Education du Patient*, vol.17, n°3, pp.90-96.
- [13] GIORDANA A., JACQUEMET S., GOLAY A. (1999), *A new approach for patient education : beyond constructivism*, dans *Patient Education and Counseling*, vol.38, n°1, pp.61-67.
- [14] PENDER N.J. (1982), *Health Promotion in nursing practice*, Appleton-Century-Crofts, Norwalk, Conn.
- [15] RICHARD M. (1988), *Etude de l'influence de différentes variables sur la fidélité du ponté coronarien au traitement prescrit, mémoire de maîtrise en sciences infirmières*, Université de Montréal, janvier 1988.
- [16] DECCACHE A. (1995), *Un cadre théorique pour comprendre et agir sur le problème de la non-compliance aux traitements*, dans *Bulletin d'Education du Patient*, vol.13, n°1, pp.6-12.
- [17] D'IVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R. (1995), *Apprendre à éduquer le patient - approche pédagogique*, Ed. Vigot, Paris.

---

## Bibliographie complémentaire concernant les modèles de soins infirmiers

- AMAR B., GUEGUEN J.P. (1997), *Concepts et théorie, Démarche de Soins*, Ed. Masson, Collection Nouveaux cahiers de l'infirmière, 174p.
- GASSE J.M., GUAY L. (1994), *Des modèles conceptuels en Soins Infirmiers*, Ed. Eska, Paris, 155p.
- PEPLAU H. (1995), *Relations inter-personnelles en Soins Infirmiers*, Ed. Inter Editions, Paris, 325p.
- POLETTI R. (1978), *les Soins Infirmiers : théories et concepts*, Ed. Le Centurion, Collection Infirmiers d'aujourd'hui, Paris, 176p.

---

## Bibliographie complémentaire sur les modèles explicatifs des comportements

- AJZEN I., FISHBEIN M. (1977), *Attitude - behavior relations : a theoretical analysis and review of Empirical Research*, dans *Psychological Bulletin*, n°84, pp.888-918.
- AJZEN I. (1985), *From intentions to actions : a therapy of planned behavior*, dans KUHL J., BECKMANN J. (Eds), *Action-Control from cognition to behavior*, Heidelberg, Spinger, pp.11-39.
- AJZEN I., MADDEN J.J. (1986), *Prediction of goal-directed behavior : attitudes, intentions, and perceived behavioral control*, dans *Journal of Experimental Social Psychology*, n°22, pp.453-474.
- BANDURA A. (1997), *Self-efficacy : toward a unifying theory of behavior change*, dans *Psychosocial Review*, n°84, pp.191-215.
- BANDURA A. (1986), *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice - Hall.
- BECKER M.H. (1974), *A new approach to explaining sick-role in low-income populations*, dans *American Journal of Public Health*, vol.64.
- BECKER M.H., MAIMAN L.A. (1975), *Sociobehavioral determinants of compliance with health and Medical care recommendations*, dans *Medical Care*, vol.13, n°1.
- DECCACHE A. (1994), *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques - Approche éducative globale*, Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université catholique de Louvain, Unité d'Education pour la Santé, Bruxelles, 323p.
- FISHBEIN M., AJZEN I. (1975), *Belief, Attitude, Intention and Behavior : an introduction to theory and research*, Don Mills, ont., Addison - Wesley, pp.4-77.
- GREEN L.W. (1980), *Health Education Planning : a diagnostic approach*, Mayfield Publishing Company, Palo Alto.
- MAIMAN L.A., BECKER M.H. (1974), *The health belief model : origins and correlates in psychological theory*, dans *Health education monographs*, vol.2, n°4, pp.336-353.
- ROTTER J.B. (1966), *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*, dans *Psychological Monographs*, n°80.
- TRIANDIS H.C. (1979), *Values, attitudes and interpersonal behavior*, Nebraska symposium on motivation, University of Nebraska Press, Lincoln, pp.195-260.
- WALLSTON K.A., WALLSTON B.S. (1978), *Health locus of control*, dans *Health Education Monographs*, vol.6, n°2.
- Un résumé de ces modèles a été réalisé dans un article de G. GODIN. Il doit être lu avec l'article de D. Couet qui en propose une critique.
- GODIN G. (1991), *L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs*, dans *Sciences Sociales et Santé*, n°1, pp.68-83.
- COUET D. (1999), *Le bouclage du sujet*, dans *Sciences Sociales et Santé*, vol.IX, mars 1999, pp.95-101.