

Motivation et compétences

Sommaire

Les étapes du changement	3
L'entretien motivationnel.....	8
Le recueil des besoins	10
Les savoirs	14

Les étapes du changement

Préalablement à la détermination des objectifs d'apprentissage, il est nécessaire de rechercher un accord du patient de vouloir changer, par exemple, un comportement de santé. Pour ce faire, il existe alors des conditions de réussite qu'il convient de visiter avec le patient :

- son niveau de connaissances sur la maladie et le traitement
- ses croyances et ses représentations sur la maladie et le traitement, mais aussi sur le sens qu'il donne à ce qui lui arrive...
- son niveau d'acceptation de sa maladie (étapes du deuil de Kübler-Ross) et sa disposition au changement (Prochaska)

L'acceptation de la maladie

Le processus d'acceptation suit le modèle du deuil proposé par Freud puis E. Kübler-Ross. Les six stades du deuil sont le choc initial, la dénégation, la révolte, le marchandage, la tristesse et l'acceptation. La succession de ces étapes n'est pas linéaire et stricte, l'évolution se fait par strates et la personne peut revenir à un stade antérieur ou restée bloquée à une étape.

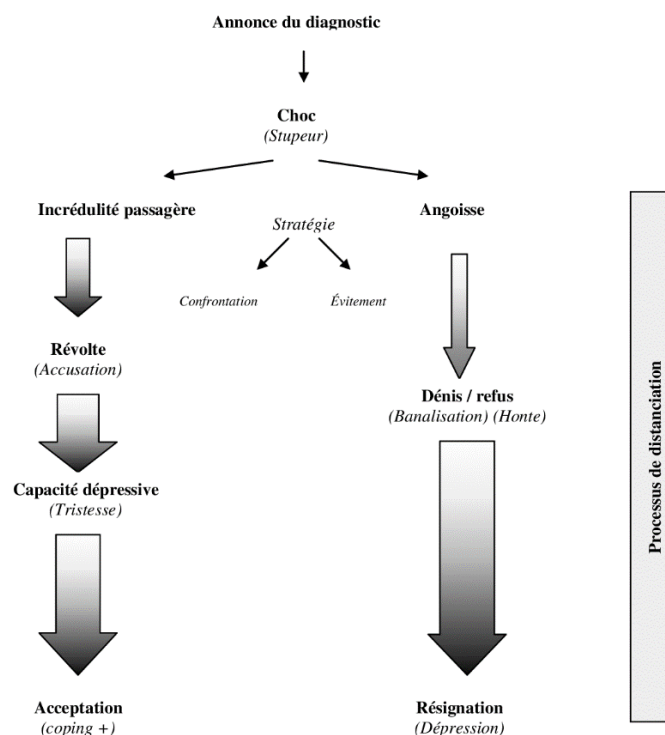
Appliqué à la maladie chronique, le cheminement psychologique du patient passe par une succession de pertes : pertes de l'image de soi, de ses projets, de son rapport antérieur aux autres et au monde, d'une partie de son corps, de son sentiment de normalité, de l'illusion de son immortalité. Le travail de deuil s'accomplit par l'élaboration et l'acceptation de la perte. Pour dépasser ces différentes étapes, il faut du temps.

Le professionnel doit alors adapter son attitude à l'état dans lequel se trouve le patient. A. Lacroix et J. PH. Assal propose un exemple de comportement à adopter :

Stade	Patient	Ex. propos patient	Attitude adéquate du soignant	Attitude à éviter
Choc	Surprise, angoisse	<ul style="list-style-type: none"> • « Je ne réalise pas très bien ce qu'il m'arrive » • « ce n'est pas vrai » • « ce n'est pas possible » 	Ecoute <ul style="list-style-type: none"> • Attention à l'état émotionnel du patient • Reformulation • Soutien • Dédramatisation si l'idée qu'il se fait de la maladie est éloignée de sa réalité à lui 	Fuite <ul style="list-style-type: none"> • Minimiser le problème, banaliser • Eviter le sujet • « il faut que j'aie vu le patient suivant je n'ai pas le temps »
Dénégation	Mécanisme inconscient de défense qui permet de faire face à l'angoisse. La personne aura tendance à se comporter de manière détachée et à banaliser ce qui lui arrive	<ul style="list-style-type: none"> • « Ce n'est pas possible » • « Il y a sûrement une erreur du laboratoire » 	<ul style="list-style-type: none"> • Amener à s'exprimer sur cette attitude de détachement • Amener à parler de sa perception de la maladie, de ses expériences antérieures • Echanges avec d'autres patients Importance 	<ul style="list-style-type: none"> • Soit il ne le détecte pas et se sent rassuré par l'attitude non dédramatisante du patient • Soit notre inquiétude va nous pousser à expliquer sa maladie ses complications

Révolte	Le patient manifeste que la maladie est devenue pour lui une réalité. Il peut être agressif, revendicateur.	« C'est la faute de... », « C'est ma faute », « C'est injuste... »	<ul style="list-style-type: none"> Prendre conscience que l'agressivité ne s'adresse pas à nous mais elle est contre la maladie Avoir une attitude positive par rapport à cette révolte Laisser le patient s'exprimer Retracer avec le patient les événements qui l'amènent à être agressif 	<ul style="list-style-type: none"> Etre directif Répondre à l'agressivité par l'agressivité Vous ferez comme on vous dit Je ne peux rien faire pour vous si vous vous comportez pour vous Vous ne voulez rien comprendre
Marchandage	Tentatives d'échapper aux exigences du traitement. Cette propension à négocier traduit un désir de s'en tirer à meilleur compte.	« Je n'accepterai de nouveaux traitements que si ... »	<ul style="list-style-type: none"> Cohérence de l'équipe soignante importante dans un projet de soin Accepter une implication du patient à certaines prises de décision 	<ul style="list-style-type: none"> Se sentir attaqué Juger le patient caractériel
Dépression	Le patient reste replié sur lui-même mais il ne s'agit pas d'une vraie dépression clinique	<ul style="list-style-type: none"> « Je réalise que je me suis servi de ma maladie pour... » « je ne vau rien... » 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer l'écoute active Susciter un projet d'avenir 	<ul style="list-style-type: none"> Secouer ou minimiser le problème Les soignants peuvent ne pas repérer que le patient est dans cette phase
Acceptation	Le patient est tranquille et collaborant	« Je vis avec et non pas malgré ma maladie »	<ul style="list-style-type: none"> Valoriser son autonomie Accompagner par l'ETP 	

Suite à une annonce de diagnostic, le patient pourra cheminer de deux façons, aboutissant à une situation d'acceptation ou de résignation.



La trajectoire de gauche allant vers l'acceptation correspond à un processus d'intégration de la perte et montre les étapes d'un déroulement normal du travail de deuil. Celle de droite allant vers la résignation représente un risque d'échec de ce travail, car elle décrit un processus de mise à distance de la perte de l'état de santé antérieur. La réalité est un peu plus complexe, et on observe des patients qui oscillent volontiers entre les deux alternatives, indiquant qu'une alliance thérapeutique doit s'instaurer afin de les soutenir et de les aider à cheminer.

Disposition au changement

Un changement de comportement de santé est difficile à opérer pour le patient. Il demande avant tout du temps mais également des prises de conscience de la réalité du problème et souvent des aides et des impulsions extérieures. La temporalité de l'un n'est pas la temporalité de l'autre, mais celle du patient doit être le métronome.

A la fin des années 1970, deux psychologues, James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente, ont construit un modèle permettant de mieux comprendre les étapes du changement chez l'individu. Il s'agit du modèle transthéorique du changement. Ce modèle a été depuis expérimenté et validé dans d'autres situations de changement de comportements en santé et s'avère bien utile dans la pratique de l'ETP.

Les stades de changement y sont décrits comme suit :

CERCLE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE étapes du changement de comportement



1) Pré-contemplation

Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.

Attitude du professionnel : transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques. Cela peut être abordé sous forme de questions : « comment faites-vous pour réduire les risques de bad trip ? les risques de dépendance ? pour limiter les effets nocifs comme les troubles de la mémoire par exemple ? »

2) Contemplation

À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.

Attitude du professionnel :

- réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (enfants, travail, famille, études, santé mentale...)
- évaluer les risques et les avantages de la consommation
- reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer

3) Préparation/détermination

À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.

Attitude du professionnel :

- valoriser toute décision de changement
- aider à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies

4) Action

Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.

Attitude du professionnel : soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.

5) Maintien

À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.

Attitude du professionnel :

- faire une liste des situations à risque de « rechute »
- préparer un système d'alarme en cas de rechute
- valoriser les efforts

6) Rechute

La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

Attitude du professionnel :

- dédramatiser

- être tolérant avec le patient
- réunir les réseaux de soutien

7) Sortie permanente

Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.

La motivation

La motivation est un élément essentiel à prendre en compte en ETP qui :

- Repose sur l'action des forces (consciente ou non) qui déterminent le comportement
- Est une question de relation préférentielle, d'un individu par rapport à son environnement
- Permet de comprendre le déclenchement et le maintien d'un comportement
- Va rendre compte de choix ou d'orientations spécifiques pour des objectifs, mais aussi expliquer des modifications et/ou l'arrêt de certains comportements

La motivation doit être soutenue tout au long de la démarche éducative. Elle repose sur des facteurs :

- Internes :
 - Les besoins fondamentaux dont chaque individu peut juger de la réponse ou non. Il dispose d'une capacité d'analyse des situations et surtout des possibilités d'agir, mais aussi d'en tirer des leçons sur les réussites et les échecs.
 - L'estime de soi ou le regard que le patient a de lui-même. De ce regard, naît la considération et le respect que le patient va se porter, donc l'idée qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne
 - Le sentiment d'autonomie ou la capacité du patient à réfléchir sur ses préférences et ses désirs. Exercer cette capacité va permettre de donner du sens et une cohérence à sa vie, et d'assurer également sa responsabilité et sa propre identité
 - Les projets qui permettent de soutenir la motivation dans la mesure où ils sont une mise en perspective des désirs du patient
 - Le sens de l'action : l'engagement dans des changements, dans des actions impliquent pour le patient des objectifs et des buts qui doivent donner du sens à l'action
 - Le plaisir qui est à la fois un élément déclencheur et de maintien de la motivation
- Externes :
 - La société qui peut être source de motivation et de démotivation par les messages qu'elle véhicule en termes de norme et de standard. Ces messages impactent l'image que le patient a de lui-même
 - L'environnement humain (famille, professionnels, amis, ...) sont des supports de motivation. Les autres personnes constituent pour leurs part une variable d'ajustement et de comparaison.
 - Les soignants qui peuvent être une ressource d'aide et de soutien
 - L'environnement d'apprentissage qui, s'il est adapté est favorable à la motivation.

L'entretien motivationnel

Dans son ouvrage « Pratiquer l'éducation thérapeutique », Xavier De La Tribonnière en identifie 6: la psychanalyse, les thérapies cognitivo-comportementales, l'entretien motivationnel, la psychoéducation, la technique de la « pleine conscience » ou mindfulness et la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Entretien motivationnel

Décrit pour la première fois en 1983 par WR. Miller et S. Rollnick, l'entretien motivationnel a d'abord été une approche d'intervention en addictologie.

C'est une méthode de communication à la fois directive et centrée sur la personne, ayant pour objectif d'aider aux changements de comportement en renforçant les motivations intrinsèques de la personne par l'exploration et la résolution de ses ambivalences. Cette méthode est intentionnellement directive, dirigée vers la résolution de l'ambivalence, dans le but d'aider au changement. Son but est de créer et d'amplifier, dans la manière de voir du patient, une divergence entre son comportement actuel et ses valeurs de références ou ses objectifs plus généraux. L'entretien motivationnel honore et respecte l'autonomie des individus, et leur liberté de choix. Il est construit pour résoudre des questions ayant trait à la motivation, lorsqu'elle empêche le changement de comportement. Toutefois, la démarche est possible si le changement est voulu par le patient et que celui-ci demande de l'aide pour y parvenir.

Dans beaucoup d'autres champs que l'addictologie, la technique de l'entretien motivationnel est utilisée, notamment en ETP. Cela dit, la pratique de l'ETP n'oblige pas ce type d'approche. Il s'agit juste d'un possible.

Motiver le patient doit faire partie intégrante des séances éducatives. Utiliser l'entretien motivationnel permet d'augmenter la motivation du patient en faveur du changement, et donc en faveur de l'adhésion à l'ETP, d'une activité physique, d'un régime alimentaire, ...

La démarche motivationnelle privilégie la collaboration entre les soignants et le patient vers un objectif réaliste. Le professionnel renonce ainsi à la prescription du changement qui induit chez le patient des réactions de résistance fortement prédictives du maintien du comportement problématique. Il s'appuie bien davantage sur la responsabilisation du patient dans son cheminement. Devant toute perspective de changement, l'ambivalence est naturelle. En la respectant, en l'explorant, le professionnel vise à diminuer les peurs et les résistances du patient et à augmenter sa motivation au changement. Le patient formule les arguments en faveur du changement. Ses préoccupations prennent le pas sur celles du soignant.

Catherine Tourette-Turgis dresse une liste de situations pouvant être rencontrés en ETP, où l'entretien motivationnel paraît particulièrement adapté :

- Lorsque le patient est résistant,
- Lorsque le patient est ambivalent par rapport à un objectif,
- Lorsque le patient rencontre des difficultés pour reconnaître la gravité d'une situation,
- Lorsque le changement, pourtant nécessaire, est difficile à mettre en œuvre et prend du temps,
- Lorsque les méthodes habituelles n'ont pas permis d'obtenir les résultats escomptés.

Au-delà de cet intérêt dans les situations nécessitant des changements de comportements, les principes et les outils de l'entretien motivationnel peuvent être mis à profit pour accomplir les missions de l'ETP, que sont la construction d'un plan de prise en soins négocié, et la transmission des connaissances et compétences nécessaires à l'autonomie du patient.

Selon Xavier De La Tribonnière, cette technique demande de la part du soignant-éducateur les attitudes et actions suivantes :

- « exprimer de l'empathie, qui est différente de la sympathie où il y a partage de la détresse. Elle diffère également de « l'apathie », qui se définit par une distance émotionnelle aboutissant à minimiser la souffrance de l'autre ;
- développer les divergences, c'est-à-dire le sentiment de discordance entre ce que le patient vit et fait et ses valeurs personnelles. L'ambivalence est soulignée. Il convient de faire émerger dans la parole du patient ses soucis et les raisons qu'il aurait de changer, sans exprimer d'accord ou de désaccord ;
- rouler avec la résistance du patient, c'est-à-dire l'accepter et faire avec. Il convient alors d'approfondir les raisons de cette résistance, en évitant la confrontation, la persuasion et le jugement. Le patient est le premier générateur de réponses et de solutions. Un autre regard est posé donnant un autre sens, une autre perspective ;
- développer le sentiment d'efficacité personnelle ».

Pour mener son entretien motivationnel, le soignant-éducateur mobilisera des outils similaires à ceux évoqués dans la posture éducative en ETP : pratiquer l'écoute active et réflexive, valoriser, reformuler et résumer.

L'utilisation de la balance décisionnelle consiste à peser les avantages et les désavantages du statu quo ou du changement. La décision revient entièrement au patient.

Le recueil des besoins

Pour construire le programme d'ETP, il faut d'abord recueillir les besoins les plus fréquemment rencontrés par la population qui va être bénéficiaire de votre programme, à partir des publications et de l'expression des patients. Investigués par l'équipe en charge d'élaborer le programme, ces besoins seront d'ordre médicaux ou sociaux.

- Les publications :

Il est possible que ce recueil ait préalablement été fait et publié par une autre équipe en charge d'un projet similaire. Vous pourrez alors vous saisir de leur travail et le transposer à votre contexte, ce qui vous permettra de gagner un temps précieux. Attention toutefois à veiller à ce que les patients concernés dans cette publication soient suffisamment ressemblant aux patients à qui vous allez proposer votre programme. Assurez-vous également de la qualité et de la pertinence de vos informations ainsi recueillis (ancienneté de la source, légitimité des auteurs, ...)

Parfois, des besoins sont publiés par des sociétés savantes, ce qui vous limite le travail de vérification.

- En l'absence de publications :

L'équipe en charge du programme va devoir en faire elle-même la liste et la croiser avec une autre liste établie à partir d'un échantillonnage de patients (le plus souvent, les soignants sont plus attachés aux aspects du soin et aux besoins sécuritaires, les patients évoquant eux la vie avec la maladie) pour en faire une synthèse. Vous pouvez effectuer ce recueil par des entretiens individuels semi-dirigés et/ou le renseignement de questionnaires auto-administrés et/ou la technique du brainstorming ou focus group. Selon Xavier De La Tribonnière, 3 champs de besoins des patients seront à explorer :

Attentes et représentations : <ul style="list-style-type: none">• Représentations des patients sur la maladie, les traitements, les soignants• Perception des attentes des patients vis-à-vis de la relation avec les soignants
Désirs d'intervention éducatives sur : <ul style="list-style-type: none">• La maladie, les comorbidités, les traitements, les règles d'hygiène, les précautions à prendre, la prévention, ...• Les personnes et structures ressources à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, les associations de patients, ...• Ses droits juridiques et d'assuré social• Ses possibilités d'adaptation professionnelle• L'implication des proches pour l'aider à se prendre en soin• Des échanges avec un psychologue ou psychiatre pour l'aider à parler du vécu de la maladie
Modalités d'expression : <ul style="list-style-type: none">• Types d'entretiens éducatifs : individuels ou collectifs• Lieux et durées préférentiels de ces activités• Rencontres avec d'autres patients, quels sujets Implication des patients intervenants ou des associations de patients

Le référentiel des besoins les plus fréquemment rencontrés par le patient est une liste la plus exhaustive d'un point de vue médical, social, psychologique et sécuritaire de ce qui est nécessaire pour le patient. Sa co-construction avec un ou des patients permettra de vérifier l'adéquation des besoins identifiés au contexte local. Vous pouvez également y associer les besoins de l'entourage si vous envisagez d'ouvrir votre programme aux aidants.

Cette démarche de recueil des besoins des patients se clôture par une synthèse des résultats répartis en 2 domaines et constituera **un référentiel de compétences** à acquérir par le patient sur le plan **biomédical et psychosociales** (ou d'adaptation), afin que le patient et son entourage puisse bien gérer sa maladie et vivre avec.

Exemples de compétences à acquérir par un patient au terme d'un programme d'éducation thérapeutique (matrice de compétences développées en 2001 par JF d'Ivernois et R Gagnayre).

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

*Les compétences comprennent des compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient.

Ces compétences répondent aux besoins du patient de savoir, de pouvoir et de vouloir. Celles-ci se répartissent en compétences d'autosoins et d'adaptation :

- les compétences d'autosoins regroupent celles ayant trait aux soins médicaux. Elles représentent des actions que le patient met en œuvre avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé. Elles consistent à soulager les symptômes, à prendre en compte les résultats d'une autosurveillance ou d'une automesure, à suivre un traitement au long cours... Elles incluent les compétences dites de sécurité, qui

correspondent à celles que les soignants jugent nécessaires que le patient acquiert afin de gérer au mieux sa maladie en toute sécurité

- les compétences d'adaptation sont essentiellement d'ordre psychosocial, c'est-à-dire reliées au champ du « vivre avec ». Ces compétences sont personnelles et interpersonnelles, cognitives et psychiques. Elles permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité de vivre dans leur environnement et de le modifier. Elles peuvent se décliner ainsi : se connaître soi-même et avoir confiance en soi ; savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ; développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ; prendre des décisions et résoudre des problèmes ; se fixer des buts à atteindre et faire des choix ; s'observer, s'évaluer et se renforcer.

J.-F. d'Ivernois et R. Gagnayre proposent la classification ci-dessous :

Compétences d'adaptation	Exemples d'objectifs spécifiques
Informer, éduquer son entourage	Expliquer sa maladie et les contraintes qui en découlent ; former l'entourage aux conduites à tenir en cas d'urgence
Exprimer ses besoins, solliciter l'aide de son entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Exprimer ses valeurs, ses projets, ses connaissances, ses attentes, ses émotions • Associer son entourage à son traitement, y compris diététique, et à ses soins • Associer son entourage aux modifications de l'environnement de vie rendues nécessaires par la maladie
Utiliser les ressources du système de soins Faire valoir ses droits	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir où et quand consulter, qui appeler • Faire valoir ses droits au travail, à l'école, vis-à-vis des assurances, etc. • Participer à la vie des associations de patients
Analyser les informations reçues sur sa maladie et son traitement	Savoir rechercher l'information utile et spécifique ; confronter différentes sources d'information ; vérifier leur véracité
Faire valoir ses choix de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Justifier ses propres choix et ses priorités dans la conduite du traitement ; expliquer ses motifs d'adhésion ou de non-adhésion au traitement • Exprimer les limites de son consentement
Exprimer ses sentiments relatifs à la maladie et mettre en œuvre des conduites d'ajustement	<ul style="list-style-type: none"> • Verbaliser des émotions ; se dire ; rapporter ses sentiments de vécu de sa maladie • Exprimer sa fatigue de l'effort quotidien de prendre soin de soi • Mobiliser ses ressources personnelles, ajuster sa réponse face aux problèmes posés par la maladie • S'adapter au regard des autres • Gérer le sentiment d'incertitude vis-à-vis de l'évolution de la maladie et des résultats des actions mises en œuvre
Établir des liens entre sa maladie et son histoire de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Donner du sens ; s'expliquer la survenue de la maladie dans son histoire de vie • Décrire ce que la maladie a fait apprendre sur soi-même et sur la vie

Formuler un projet, le mettre en œuvre	<ul style="list-style-type: none">• Identifier un projet réalisable, conciliant les exigences du traitement• Rassembler les ressources pour le mettre en œuvre• Évoquer des projets d'avenir
--	--

Pour chaque patient, ***l'équipe d'ETP choisira avec lui*** dans la liste des objectifs référents du programme éducatif, ceux qui lui conviennent. On y ajoutera des objectifs spécifiques qui ne sont pas considérés dans le référentiel, définis en fonction de ses besoins et désirs, de sa situation propre, de son vécu de la maladie et de ses projets. Cet ensemble formera les objectifs d'apprentissage du patient dont les contenus seront élaborés dans les différents domaines de savoirs : savoir-faire et savoir-être.

Les savoirs

L'acquisition ou le maintien des compétences du patient implique l'acquisition de savoirs de 3 natures au gré des activités éducatives. L'ensemble de ces savoirs et des compétences à acquérir par le patient est répertorié par l'équipe et fait l'objet d'un consensus. Par ailleurs, ces 3 formes de savoirs sont plus ou moins intriqués lors d'une situation d'apprentissage nécessaire au développement d'une compétence.

Les « savoirs » (biomédicaux, psychosociaux) :

Connaissances sur la maladie, les traitements, le suivi et l'évolution, la reconnaissance des signes d'alerte, les droits par rapport à cette maladie... Ces contenus font appel à un consensus d'équipe. Ils sont scientifiquement fondés et approuvés par elle.

Les « savoir-faire » :

Ils regroupent :

- des gestes techniques (injections, inhalation, auto-examens, application de médication, etc.). Ces gestes seront décrits selon les règles de bonnes pratiques. Ils peuvent justifier l'écriture de fiches descriptives spécifiques validées par l'équipe. Celles-ci aideront à l'évaluation homogène par différents soignants
- des situations de réajustement, d'adaptation (traitement, diététiques, etc.) en fonction du contexte de vie (voyage, situation professionnelle, sports, etc.)
- des situations de crise qui nécessitent des décisions à prendre en cas de survenue de signes d'alerte

Toutes ces situations peuvent être rédigées sous forme de situations problèmes, imaginées avec le patient. Elles permettront de déterminer des « situations types » qui mobilisent particulièrement la réflexion et le sens de l'adaptation. Par exemple, un oubli de traitement peut ainsi être abordé, avec analyse avec le patient des avantages et des inconvénients de cette situation, de ses ressources et de ses difficultés en rapport et des décisions en termes d'actions qu'il souhaite prendre.

Les « savoir-être » :

Ils concernent la capacité du patient à :

- exprimer son ressenti ou ses émotions sur la maladie vis-à-vis de son entourage et du monde médical
- exprimer ses attentes, son projet de vie, ses priorités
- exprimer ses valeurs, ses représentations, ses craintes
- développer sa motivation
- trouver du sens à ses comportements...

Par exemple, si l'on prend le cas de l'alimentation d'une personne diabétique, la déclinaison suivante est possible : connaître la teneur en sucre des principaux aliments (savoir), établir un menu adapté et le réaliser (savoir-faire), gérer la frustration par rapport à certains aliments déconseillés (savoir-être).