

## Apprentissage de l'autogestion du diabète non insulino-dépendant: étude de cas d'un patient de la ville de Lubumbashi

Christophe N. Kaswala <sup>1</sup>, Gauthier N. Sanda <sup>1</sup>, Lorient K. Mudisu <sup>1</sup>, Cathy K. Mutelo <sup>1</sup>, Michel M. Ilunga <sup>2</sup>, Françoise K. Malonga <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Objectif.** Dresser le portrait de l'éducation thérapeutique du patient comme pratique de soins, relation infirmier(ère) – patient de type didactique.

**Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive et qualitative de type « étude de cas à visée éducative » et à objet unique menée au domicile d'un patient à Lubumbashi, mettant en avant-garde les méthodes et techniques d'apprentissage faisant référence au courant socioconstructiviste.

**Résultats.** L'analyse succincte des entretiens avec le patient révèle que la prise en charge par le patient de ses soins, modifie radicalement la relation soignant-soigné. On passe aussi bien pour les patients que pour les soignants, d'un rapport relativement autoritaire à une relation de responsabilité mutuelle et de collaboration. Les attitudes affichées au cours de la relation avec le patient en occurrence, la spécificité, l'immédiateté et la confrontation permettent d'amener le patient à exprimer son vécu de manière directe, à reconnaître les effets de ses comportements et à montrer que la recherche de son mieux-être se fait à partir d'un choix raisonné des comportements en harmonie avec des valeurs préétablies face à sa maladie.

**Conclusion.** Cette recherche s'intéresse à montrer que l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies de longue durée constitue une pratique de santé à intégrer dans la prise en charge pour retarder les complications inhérentes à la maladie et réduire aussi la dépendance de ces derniers vis-à-vis de l'équipe soignante. Elle renforce l'idée d'octroi au malade des prérogatives de rester dans sa singularité de développement de ses compétences de vigilance sensorielle pour jouir de ses capacités de décision en tant que producteur de soins de santé.

**Mots-clés :** Diabète, Auto-soins, Apprentissage.

### Introduction

Eduquer un patient atteint d'une maladie de longue durée à la prise en charge par des soins réalisés par lui-même est une pratique de santé qui mérite une intégration effective dans les structures de soins des pays en développement comme la République Démocratique du Congo. Cette idée part du principe déjà énoncé par Molina que le premier agent de santé est l'individu lui-même [1]. Les patients se positionnent désormais comme des « producteurs de soins de

santé » opérant des choix thérapeutiques qu'ils estiment leur revenir.

Cette attitude est renforcée d'une part, par les progrès de la médecine qui permettent de vivre plus longtemps avec une maladie aidant en contrepartie de soins à réaliser par les patients eux-mêmes et de l'autre, par l'accroissement du nombre de patients porteurs d'une affection rendant impossible une prise en charge individuelle de tous les instants, exigeant une délégation de compétences.

### Correspondance:

Christophe N. Kaswala, Institut Supérieure des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, Rép. Dém. du Congo.

Téléphone: +243997109182 - Email: christophekaswala@gmail.com

Article reçu: 23-12-2017      Accepté: 22-01-2018

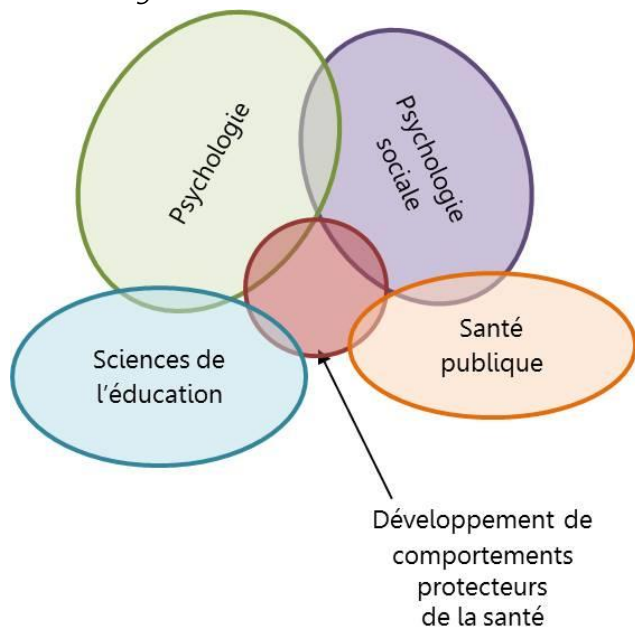
Publié: 20-02-2018



Copyright © 2018. Christophe N. Kaswala *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Kaswala CN, Sanda GN, Mudisu LK, Mutelo CK, Ilunga MM, *et al.* Apprentissage de l'autogestion du diabète non insulino-dépendant : étude de cas d'un patient de la ville de Lubumbashi. Revue de l'Infirmier Congolais. 2018 ; 2: 38-44.

Faisant sienne cette préoccupation, Foucaud [2] met en relief quatre facteurs qui sont à l'origine du développement de l'éducation thérapeutique notamment (1) les progrès de la médecine (qui mettent en place des traitements complexes et de longue durée nécessitant de la part du malade une participation active), (2) la philosophie existentialiste et son cortège de revendications de droit à l'égalité et à l'autodétermination, (3) le facteur économique du à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et à l'évolution technologique de la médecine générant l'augmentation des coûts de santé et, (4) le facteur épistémologique (qui tient aux théories développées dans le champ de la psychologie, de la psychologie sociale, de la santé publique et des sciences de l'éducation permettant la connaissance des variables en lien avec le développement de comportements protecteurs de la santé) [2]. Le facteur épistémologique peut être illustré de la manière suivante : *figure 1*.



**Figure 1 : Interaction des domaines dans le cadre de l'éducation thérapeutique [3]**

A l'inverse de l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique du patient s'adresse par définition à un malade chronique pour lequel l'apprentissage de compétences et de comportements de santé est nécessaire, ... Elle s'inscrit dans une perspective où la dépendance du malade fait progressivement place à sa responsabilisation et au partenariat avec l'équipe de soins [4]. Il s'agit, selon l'expression de Barrier, de la connaissance intime, cognitive, affective, émotionnelle et expérientielle qu'il a de la maladie [5].

Pour l'OMS, l'éducation thérapeutique implique les activités organisées de sensibilisation, d'information,

d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, etc. [6]. Elle cherche, selon l'orientation donnée par d'Ivernois et Gagnayre, à rendre le patient compétent et cette compétence concerne l'intelligibilité de soi, de sa maladie et de son traitement, les capacités d'auto-surveillance, d'auto-soin, d'adaptation et de réajustement de la thérapeutique à son mode de vie, d'intégration des nouveaux acquis de la technologie [4].

Que l'on parle de l'éducation pour la santé ou de l'éducation thérapeutique, Traynard place le but recherché comme : acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital-santé [7]. Mais, les pratiques de l'éducation thérapeutique s'inscrivent dans une perspective cognitivo-comportementale ou psycho-émotionnelle. Elles sont centrées sur le patient éduqué plutôt que sur le soignant qui éduque [8]. Ce sont ce type de relations entre les deux parties qui déterminent la capacité à prendre en charge son problème avec toutes les stratégies conscientes d'ajustement, de comportement à modifier.

L'éducation thérapeutique du patient participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et de ses proches. Elle se s'inscrit dans un long processus qui nécessite de nouvelles façons d'agir. Comme tout changement, l'acceptation d'une maladie chronique suit un processus de maturation psychologique plus ou moins lent avec parfois, des retours en arrière qui, loin d'être un échec, sont partie intégrante du processus de changement [9].

## Matériel et méthodes

### Participant

Le participant à l'étude est une personne adulte diabétique non insulino-dépendante, fonctionnaire de l'Etat congolais, âgé de 60 ans, marié et père de 5 enfants. Son bilan biologique s'est décliné au début du programme d'éducation thérapeutique comme suit: hémoglobine 14 g%, glycémie 256 mg%, urémie 27 mg%, créatininémie 1,17 mg%, uricémie 8,54 mg%, cholestérolémie 278mg/dL, triglycéridémie 118,19 mg/dL, albuminurie négative et glycosurie (++). Il était mis sous traitement per os de Glitisol 2 x 5 mg/j et de Glyformin 2 x 500 mg/j.

### Lieu d'étude

L'étude s'est déroulée en milieu familial du patient résidant dans la commune de Lubumbashi, dans la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo (RDC).

*Type d'étude*

La recherche est une étude descriptive et qualitative de type « étude de cas à visée éducative » et à objet unique. Outre l'interview avec le patient et l'observation, les méthodes et techniques d'apprentissage faisant référence au courant socioconstructiviste, c'est –à-dire à l'indissociabilité de trois éléments didactiques permettant le progrès notamment; la dimension constructive, la dimension socio et la dimension interactive [10] ont été favorisées parce qu'elles constituent le cadre de référence en pédagogie dans la formation initiale des professionnels de santé infirmiers en RDC.

Le modèle de Mac Gill a été retenu comme cadre théorique de la recherche. C'est un modèle, selon Birot [11], qui met en avant la valeur de promotion de la santé autour de quatre concepts du méta-paradigme infirmier à savoir; la personne, l'environnement, les soins infirmiers et la santé qui constituent un véritable cadre conceptuel dans la pratique infirmière.

Dans les échanges avec le patient, nous avons privilégié, la manifestation des attitudes telles la spécificité, l'immédiateté et la confrontation. En soins infirmiers, et ce, tout particulièrement au cours des dernières années, plusieurs auteurs soulignent l'importance que doit accorder l'infirmière à développer ces attitudes et à les manifester dans ces échanges avec le patient.

Quant au matériel, le corps du patient, sa maladie, son traitement et son rapport à sa vie ont été considérés comme les objets d'apprentissage. Le dictaphone pour les enregistrements, le guide d'entretien, l'appareil « One Touch Verio » conçu comme système de surveillance de la glycémie, le manuel sur le diabète, le carnet de surveillance, les images, les résultats biologiques, la grille d'évaluation ont été également de grand apport.

*Procédures*

Les visites de terrain au domicile du patient en raison de trois visites par semaine pendant le mois d'avril 2016, deux visites par semaine pendant le mois de mai 2016, une visite par semaine pendant le mois de juin 2016 et une visite par mois pendant les mois de juillet, août et septembre 2016 soit un total de vingt-sept (27) visites ont couvert le programme d'éducation thérapeutique. Ces séances n'accédaient guère au-delà de 30 minutes. Le diagnostic éducatif a ouvert la voie à l'identification des besoins à l'origine du programme d'éducation qui s'en ensuivit de la définition des compétences à faire

acquérir au patient au terme de son éducation et la sélection des contenus à faire apprendre.

Les questions orales ont permis de vérifier les connaissances ponctuelles chez le patient situant cette étape au *niveau de mémorisation*. Les documents simulés qui ont aidé de vérifier la capacité du patient à reconnaître les signes, interpréter les résultats biologiques et à déduire d'une situation les éléments favorables et défavorables ont été placés au *niveau d'interprétation*. Enfin, la simulation de situations théoriques extérieures au patient et tirées de son expérience de vie a servi de vérifier la capacité du patient à prendre des décisions et à les justifier. Cette étape a constitué, pour le patient, le *niveau de résolution de problème*.

Les données de verbalisations lors des rencontres avec le patient ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone et retranscrites en verbatim.

*Considérations éthiques*

Le patient connaît le thème précis de cette recherche et a accepté le protocole qui lui a été présenté. Au cours des entretiens, nous avons affiché notre orientation de conduite humaine par rapport au respect envers lui et toutes les informations issues de lui sont restées confidentielles.

**Résultats**

Au cours de cette étude avec le patient diabétique non insulino-dépendant dépisté, il a été possible de saisir la dynamique de son courage et de sa volonté pour continuer à perfectionner sa manière de se traiter et d'arriver à un bon contrôle de la maladie. Le patient a pu comprendre son corps, sa maladie ainsi que les répercussions socioprofessionnelles de la maladie sur son non engagement.

Son portrait de nouveau malade s'est positionné entre deux identités : il quitte sa peau de personne saine ou apparemment saine pour accepter celle d'un malade responsable de ses décisions.

Notre recherche place en évidence les attitudes affichées au cours des rencontres avec le patient en occurrence, la spécificité, l'immédiateté et la confrontation, les compétences à faire acquérir ainsi que le niveau atteint par celui-ci à la fin du programme d'éducation thérapeutique. Elle met aussi en avant différents types de gestes à poser pour une auto-surveillance rassurante et des compétences spécifiques visées. La présence de certains signes telles une soif intense, des urines abondantes ont contraint le patient à entrer en contact avec l'équipe soignante et à construire des compétences susceptibles à répondre à ses besoins.

Pour permettre au patient de gérer sa maladie et son traitement, une matrice de 6 compétences transversales de différents domaines taxonomiques en nous inspirant de celle d'Ivernois [12] a été établie.

Selon le même auteur [13], les compétences à faire acquérir au patient au terme du programme d'édu-

cation thérapeutique peuvent être classées en trois domaines techniques, relationnels et pédagogiques et organisationnels. Dans cette étude, nous les avons déclinées de la manière décrite dans le *tableau 1*.

**Tableau 1. Compétences à faire acquérir au patient au terme du programme d'éducation thérapeutique et le niveau atteint par celui-ci**

| Compétences à faire acquérir                               | Objectifs spécifiques                                                                                          | Repérage du niveau atteint par le patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Score attribué |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Comprendre son corps, sa maladie                           | Expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales de la maladie                                | « ...Je sais qu'il s'agit de la sécrétion en quantité insuffisante de l'insuline au niveau du pancréas ..... » et les conséquences sont nombreuses, par exemple l'amputation d'un membre inférieur à la suite d'une plaie au niveau du pied qui ne guérit pas... » ce qui peut empêcher d'exercer de l'activité professionnelle.... Et ça c'est terrible, vous savez ?                  | 2              |
| Repérer à temps les signes d'alerte                        | Rechercher le sucre et l'acétone dans les urines et Interpréter les résultats.                                 | « ...je peux détecter la présence du sucre de mon organisme à partir de mon lecteur de glycémie..., j'examine aussi chaque jour mes pieds, je surveille aussi ma TA qui nage entre 12/8 et 13/9 cmHg ...<br>....Une soif intense, les urines abondantes me font penser à une augmentation du sucre dans mon organisme et je dois vite contrôler ma glycémie et en aviser l'infirmier... | 2              |
| Faire face à une crise                                     | Appliquer la conduite à tenir en cas d'hypoglycémie, hyperglycémie                                             | -sait quoi prendre en cas d'hypoglycémie et quoi éviter en cas d'hyperglycémie                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2              |
| Résoudre un problème de gestion de sa vie et de sa maladie | Aménager un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress...)                         | -pratique la marche à pied pendant au moins 30 minutes et au moins trois fois la semaine ;<br>-tenue correcte et à jour du carnet de surveillance                                                                                                                                                                                                                                       | 1              |
| Adapter une diététique                                     | Mettre en pratique les règles d'une alimentation équilibrée;<br>Pallier une hypoglycémie grave chez le patient | -s'abstient de toute boisson alcoolisée, des aliments sucrés et les graisses ;<br>-favorise la consommation des légumes<br>-respecte les heures de prise des repas et des médicaments<br>-l'entourage familial met en œuvre les règles d'une alimentation équilibrée                                                                                                                    | 1              |
| Utiliser les ressources du système de soins                | Savoir qui appeler                                                                                             | -a des coordonnées d'appel de l'équipe soignante qu'il partage avec sa femme                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2              |
| Total sur 12 points                                        |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 10points       |

2 : compétence acquise totalement ; 1 : compétence acquise partiellement ; 0 : compétence non acquise.

Son bilan biologique au terme du programme d'éducation thérapeutique se présentait comme suit: hémoglobémie 14 g%, glycémie 126 mg%, urémie 27 mg%, créatininémie 1,17 mg%, uricémie 8,54 mg%, cholestérolémie 178 mg/dL, triglycéridémie 118,19 mg/dL albuminurie négative et glycosurie (-).

### Discussion

L'analyse succincte des entretiens avec le patient révèle, comme le soulignent Lacroix et Assal [14], que la prise en charge par le patient de ses soins modifie radicalement la relation soignant-soigné. On passe, non sans difficulté pour les patients, et même pour les

soignants, d'un rapport relativement autoritaire à une relation de responsabilité mutuelle et de collaboration. Ce portrait a mis l'accent, à partir du modèle socioconstructiviste, sur le patient qui construit ses connaissances par son action propre et confronte ses représentations à celles des autres. Ce qui a permis au malade qui ne tenait pas, au départ, de parler de sa maladie (... *Je préfère n'en parler à personne...*) de sortir de la clandestinité pour faire l'objet d'une valorisation et d'une mise en confiance permanentes sur le plan de l'apprentissage. Les situations et l'objet de l'éducation thérapeutique sont restés organisés à l'intérieur des rencontres avec le milieu de vie qui s'est révélé comme

un des facteurs de renforcement dans l'application de ce qui a été enseigné.

Le fait de prendre en considération ces trois dimensions (le malade qui apprend seul, la médiation de l'autre et la confrontation aux situations) en relation entre elles dans sa vie de patient diabétique est un processus participant au développement des compétences à acquérir au cours du programme d'éducation thérapeutique.

La connaissance par le patient des facteurs de risque, de la gravité, des conséquences de la maladie sur la vie sociale et professionnelle (... *les conséquences sont nombreuses, par exemple l'amputation d'un membre inférieur à la suite d'une plaie au niveau du pied qui ne guérit pas...*) et l'importance accordée à l'opinion de son entourage familial et social (... *je crains que vous ne puissiez trouver ça comme un drôle de comportement...*) ont facilité, à leur tour, l'application du programme d'éducation thérapeutique.

La spécificité qui désigne le fait pour le patient de reconnaître ses émotions et de les communiquer de manière précise a été encouragée pour le faire comprendre que nous étions intéressés à lui et qu'une communication assez vague et floue devrait nous empêcher de comprendre ce qu'il voulait dire. Pour y arriver, nous avons amené le patient à parler en des termes spécifiques de la manière suivante :

-Patient : «... je me vois très gêné... ». Nous : « Vous êtes gêné au sujet de quoi ? »

-Patient : « Cette maladie me fait peur... ». Nous : « Elle vous fait peur pourquoi ? »

-Patient : « Je préfère n'en parler à personne.. ». Nous : « Quelle personne ? »

Cette forme d'attitude a été motivée par le souci d'amener le patient à exprimer son vécu de manière directe, en évitant de recourir à des aspects intermédiaires et à se rapprocher de son expérience.

L'immédiateté permet de saisir le présent dans la mesure où les échanges avec le patient se sont déroulés dans le présent. Auger [15] définit l'immédiateté comme une attitude de l'aidant par laquelle ce dernier vit intensément le moment présent de sa relation avec son aidé et n'hésite pas à reformuler en clair la part des communications de son aidé qui semblent être dirigées plus ou moins directement vers lui et vers leur relation réciproque. La présence d'immédiateté dans l'éducation thérapeutique avec le patient a été encouragée, par moment, en lui demandant de :

-Faire le point sur les moments clefs de la séance d'éducation thérapeutique qui venait de se dérouler;

-Reprendre une ou deux fois certaines de ses phrases : « je pourrai vous confier ce qui m'est arrivé de

*faire, mais je crains que vous ne puissiez trouver ça comme un drôle de comportement... »*

Le recours à cette attitude s'est fait comme le suggère Egan [16] quand nous constatons que la séance était en train de piétiner. Cette attitude vise avant tout à encourager le patient à se placer dans une condition qui lui facilite l'accès à lui-même dans sa façon d'être en relation, et qui l'aide à reconnaître les effets de ses comportements sur une autre personne [17].

La confrontation renvoie pour beaucoup d'auteurs à un ensemble d'interventions actives de l'aidant visant à la réduction des distorsions ou de contradictions observables dans la conduite de l'aidé et dans la communication avec lui ; ces distorsions sont reliées aux perceptions que l'aidé se fait de lui-même, de son monde intérieur et extérieur, de même qu'aux perceptions qu'il a de l'aidant et de la relation qu'il vit avec lui.

Les aspects de la confrontation avec le patient ont été mis en relief par les valeurs qu'il était en train de prôner et le comportement qu'il affichait :

-«... Vous me dites que votre santé est ce qu'il y a de plus précieux ; mais vous ne vous êtes pas empêché de siroter un verre de bière avec les amis au courant de la semaine... » ;

-«... Vous tenez à stabiliser coûte que coûte le taux de votre glycémie, mais il me semble que le rythme de la marche à pied choisi comme exercice physique ne suit pas... ».

Cette confrontation s'est orientée dans le but de montrer au patient que nous travaillions avec lui à la recherche de son mieux être à partir d'un choix raisonné des comportements en harmonie avec des valeurs préétablies face à sa maladie.

Les visites à domicile ont été des moments forts pour le patient de rendre compte de la démarche réflexive sur les soins auto administrés et de confrontation pour lui permettre de s'approprier une culture d'auto prise en charge. Il était question par-là de mettre en évidence, comme le suggère Phaneuf [18], la dissonance cognitive (contradiction) entre ses aspirations, ses valeurs et son agir par une confrontation douce qui relève de l'irréalisme de la conduite. Cette approche éclectique qui, en plus des bases de non-directivité, de non-jugement, d'empathie et de considération positive a permis de focaliser l'attention sur la capacité du patient à résoudre les problèmes.

Les rencontres de « face à face » telles qu'elles ont été développées par Goffman [19] ont été entièrement tournées vers l'analyse des interactions sociales ayant permis de suivre la façon dont le comportement du patient faisait évoluer le nôtre. Elles se sont révélées aussi comme des moments propices pour apprécier les

potentialités de fonctionnalité du soutien familial (...l'entourage familial met en œuvre les règles d'une alimentation équilibrée...) et de l'inciter à plus de vigilance sur certaines tendances à libérer, par occasion, des comportements en inadéquation avec le régime de vie (...Vous me dites que votre santé est ce qu'il ya de plus précieux ; mais vous ne vous êtes pas empêché de siroter un verre de bière avec les amis au courant de la semaine... ).

L'accent est également placé sur les valeurs à observer par le malade. Comme le souligne Barrier [20], la vie est ce mouvement polarisé, c'est-à-dire orienté vers des valeurs positives : celles qui vont dans le sens de son maintien et de son développement pris pour normes.

Le programme d'éducation thérapeutique du patient tel qu'il a été mené ne pouvait s'en empêcher de tirer parti des perceptions de celui-ci des avantages et inconvénients du comportement à adopter, de la recherche de façon continue des informations sur la maladie, de la capacité à résoudre les problèmes et de l'interaction avec le tissu familial et social.

Pour paraphraser Traynard [21], ce diagnostic éducatif n'a pas été exhaustif, par le principe de l'impossibilité de tout comprendre de la complexité d'une personne humaine.

### Conclusion

Cette recherche a permis de développer des mécanismes pour pourvoir au patient des moyens cognitifs et techniques d'une cogestion de sa maladie. Il n'était donc pas question dans une approche comme celle-ci de nous comporter comme « référent », modèle qui détermine, de nos jours, la philosophie de la formation des professionnels de santé; mais de situer l'action dans une perspective humaniste centrée sur le malade qui a sa perception face aux facteurs prédisposant à la maladie, ses connaissances sur les facteurs de risque, son adhésion au programme d'éducation thérapeutique et ; partant des facteurs socioculturels, professionnels et économiques, participe à la compréhension des prestations de soins orientées vers lui.

L'important fait ici est donc d'accorder un primat au malade qui, face à l'impossibilité d'une prise en charge individuelle de tous les instants, doit changer son mode d'exercice en bénéficiant d'une large délégation de compétences.

Cette étude se situe juste au niveau des tentatives de soutien de l'idée d'octroi au malade des prérogatives de rester dans sa singularité de développement de ses compétences de vigilance sensorielle pour qu'il jouisse de ses capacités de décision en tant que producteur de soins de santé. Il serait intéressant, dans une perspective

de recherche qui met en avant-garde les représentations sociales du malade, son savoir expérientiel, son système de valeurs et ses habitudes de vie, d'investiguer les liens qui s'établissent entre ses croyances et ses connaissances. ■

---

Conflits d'intérêt: Aucun.

### Références

1. Molina N. L'automédication. Paris : PUF ; 1988.
2. Foucaud J. L'éducation thérapeutique du patient. In : Foucaud J, Balcou-Debussche M. Former à l'éducation du patient : Quelles Compétences ? Saint-Denis: INPES; 2008, p18-22.
3. Coughlan P, Brady E. Understanding performance limiting practices in product development. 2nd International EurOMA Conference on Management and New Production Systems, University of Twente (The Netherlands); 1995.
4. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. 5e édition. Paris: Maloine ; 2016.
5. Barrier P, De la compétence du professionnel de santé et la compétence du patient : quelles rencontres possibles. In : Foucaud J, Balcou-Debussche M. Former à l'éducation du patient : Quelles Compétences ? Saint-Denis: INPES; 2008, p37-44.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient - Recommandations d'un groupe de travail du bureau régional pour l'Europe. Copenhague : OMS ; 1998.
7. Traynard T-Y, Gagnayre R. Education thérapeutique du patient atteint des maladies chroniques. In : Simon D, Traynard T-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013.
8. Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Saint-Denis: HAS/INPES; 2007.
9. Thiam Y, Gerbaud L, Grondin M-A, Blanquet M, Marty L, Pruilhere VS. Éducation thérapeutique en court séjour: quelles limites ? Cas de patients cardiovasculaires. Santé Publique 2012 ; 24 : 291-302.
10. Kozanitis A. Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage: un point de vue historique. Montréal : Ecole de Polytechnique ; 2005.

11. Birot P, Dervaux MP, Pegon M. Le modèle de Mc Gill. *Recherche en soins infirmiers* 2005 ; 80 : 28-38.
12. d'Ivernois, JF, Gagnayre R. Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. *AdSP* 2001 : 36 : 11-13.
13. d'Ivernois JF, Gagnayre R. Compétences d'adaptation à la maladie du patient: une proposition. *Educ Ther Patient* 2011 ; 3(2): S201-S205.
14. Lacroix A, Assal J. L'éducation thérapeutique des patients - Accompagner les patients avec une maladie chronique: Nouvelles approches. 3e édition. Paris : Maloine ; 2011.
15. Auger L. Communication et épanouissement personnel. Montréal : Les Editions du CIM ; 1972.
16. Egan G. Communication dans la relation d'aide. Montréal : Les Editions HRW Itée ; 1987.
17. Chalifour J. La relation d'aide en soins infirmiers - Une perspective holistique-humaniste. Québec : Lamarre ; 1989.
18. Phaneuf M. L'entretien motivationnel - un moyen pour les soins infirmiers. Montréal : Chenelière ; 2013.
19. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 2 : Les relations en public. Paris : Editions de Minuit ; 1973.
20. Barrier P. L'observance. In : Simon D, Traynard T-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. 3e édition. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013.
21. Traynard T-Y. Le diagnostic éducatif : une bonne idée pour évoluer. *Médecine des maladies métaboliques* 2010 ; 4(1) : 31-37.