

L'ETP : un outil au service du rétablissement des patients souffrant de troubles psychiques

*Auteurs : Adrien Paris, Cédric Mabilais, Marie-Claire, Infirmiers spécialisés en ETP.
Unité Alizé, Hôpital psychiatrique de Belle Idée, Genève, Suisse.*

Depuis quelques années, le modèle du rétablissement, porté par des valeurs d'autonomie, d'espoir et d'autodétermination s'est imposé dans les soins en santé mentale. Ce dernier répond aux besoins exprimés des patients et au ressenti intuitif des soignants de les replacer au centre du dispositif de soins. L'approche issue de l'éducation thérapeutique (ETP) s'inscrit dans cette perspective. Elle encourage la mise en place d'un partenariat gagnant-gagnant permettant à chacun d'apprendre du vécu expérientiel des uns et des autres, favorisant ainsi la construction et l'intégration d'un socle commun de connaissances. L'éducation thérapeutique conduit le patient à une intégration progressive de compétences centrées, non pas sur ses difficultés, mais sur ses forces et intérêts, l'aidant ainsi à réaliser ses objectifs personnels et à retrouver à terme une vie épanouie et pleine de sens. L'histoire de Benjamin, 18 ans, en décompensation psychotique, illustre les bénéfices d'une telle démarche.

À Genève, au sein de l'hôpital psychiatrique Belle Idée, l'unité hospitalière Alizé fait partie d'un service spécialisé pour le dépistage et le traitement des troubles psychiques du jeune adulte. La moyenne d'âge du public accueilli se situe entre 18 et 25 ans, période charnière d'émancipation de tout individu. La philosophie de soins de l'Alizé prend son ancrage dans le modèle du rétablissement, défini comme un cheminement personnel du patient pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société (Shepherd et al., 2008). Pour accompagner le patient dans ce processus, l'équipe s'attache quotidiennement à développer une relation de confiance, d'engagement réciproque favorisant l'espoir et l'autodétermination du patient. La démarche de soins tend à répondre de façon précise aux besoins du patient. Elle intègre des référentiels conceptuels allant des thérapies cognitives comportementales aux approches analytiques, aux procédés issus de la systémique familiale et à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

L'ETP offre une réponse pragmatique aux problématiques thérapeutiques, économiques, mais aussi éthiques induites par l'augmentation croissante des maladies chroniques (OMS, 1998). Elle est définie comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge, mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui » (Saout, 2008). Afin de parvenir à ses objectifs, le champ de l'ETP s'est nourri d'influences vastes et hétéroclites au fil du temps. Néanmoins, malgré ses ancrages théoriques solides et ses résultats éprouvés, l'ETP peine parfois à s'implanter dans le parcours de soins des patients en santé mentale. Il n'est pas toujours évident pour le personnel médico-soignant d'identifier ses fondements, son intérêt, son champ d'action et ses modalités opératoires.

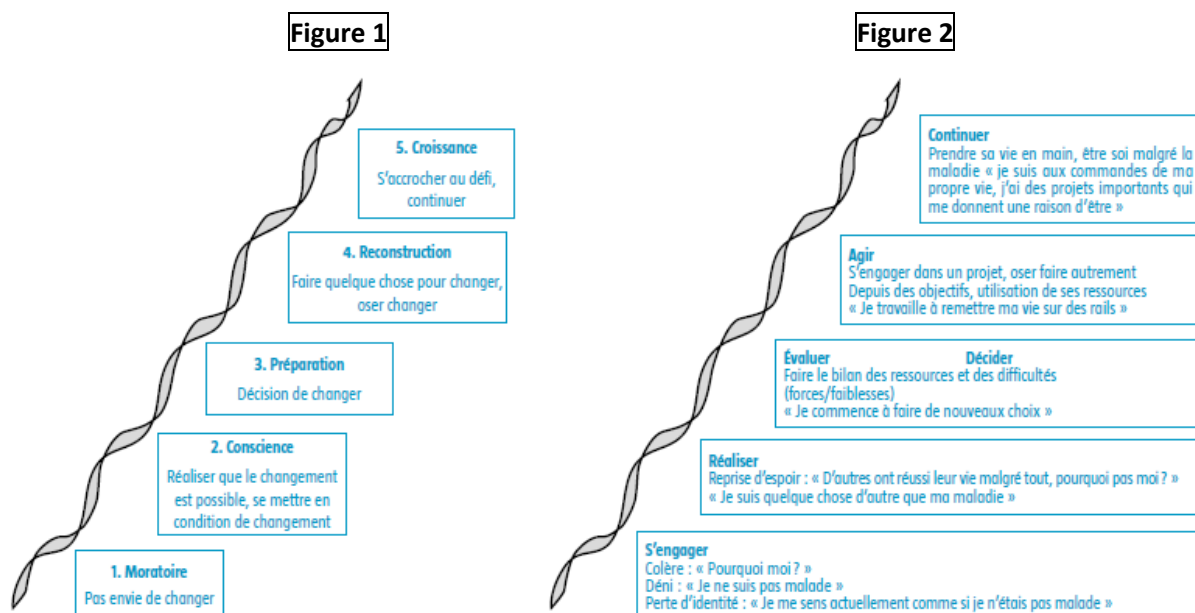
Les enjeux du rétablissement et de l'ETP se rejoignent : permettre au patient de vivre une vie de qualité tout en ayant une maladie chronique. Afin d'améliorer l'offre de soins proposés au patient, nous avons intégré cette approche, convaincus que l'ETP favorisait le rétablissement de patients souffrants de troubles psychiques chroniques. Nous allons illustrer la pertinence de cette intervention avec le cas de Benjamin.

Benjamin, un patient en colère...

Benjamin, 18 ans, a été adressé à l'Alizé suite à une première hospitalisation sous contrainte, en raison d'une décompensation psychotique avec désorganisation, bizarreries, idées délirantes et troubles du comportement à type d'agressivité avec risque de mise en danger pour soi-même et pour les autres. Il est également connu pour une dépendance au cannabis de longue date. Il évoque un parcours de vie difficile, dont il ne souhaite pas parler de prime abord. Il nous informe être en rupture scolaire depuis trois ans avec le sentiment de ne pas trouver sa place dans cette société. Il explique ne plus avoir d'amis et le sentiment d'être souvent déçu par les gens. Les relations avec ses parents sont conflictuelles, raison pour laquelle il a été amené à quitter le domicile familial. Resté sans domicile fixe pendant six mois, il a finalement trouvé refuge dans un foyer et réussi à obtenir une aide financière grâce à l'assurance invalidité. Mais, rapidement, des troubles du comportement à type d'agressivité et de persécution sont relatés par le personnel du foyer. Inquiets, ces derniers conduisent Benjamin à l'hôpital pour être évalué. Face à la symptomatologie importante du jeune homme, le psychiatre décide de l'hospitaliser.

À son arrivée, Benjamin est peu loquace, il ne comprend pas ce qu'il fait là, exprimant avant tout une problématique sociale, un besoin d'aide financière pour conquérir son autonomie et un soutien pour trouver un logement. Il exprime une tristesse, un manque de motivation et une fatigue qu'il met en lien avec sa vie difficile. Il justifie son hétéro agressivité comme un moyen de se défendre face au regard et au comportement provocateur des gens qui l'entourent. Sur le plan toxique, Benjamin dit avoir arrêté ses consommations de cannabis depuis un mois pour cause financière mais ses analyses sanguines démontrent le contraire.

Afin d'apprécier l'évolution de la situation clinique de Benjamin, nous prendrons comme repères les étapes du rétablissement décrites par G.Rouvenaz (Rouvenaz & Rexhaj, 2016) décrivant un processus en cinq étapes : moratoire, conscience, préparation, reconstruction et croissance (**figure 1**). Benjamin se trouve à la première étape du moratoire. Il est en colère, ne se sent pas malade et ne souhaite opérer aucun changement dans sa vie, car ce sont les autres qui présentent un problème à ses yeux (**figure 2**).



(Rouvenaz & Rexhaj, 2016)

À ce stade, Benjamin ne souhaite pas collaborer. Nous sommes obligés de définir à sa place les objectifs de l'hospitalisation qui lui ont été néanmoins signifiés : mise à l'abri des conséquences d'une décompensation psychotique aiguë, évaluation de sa symptomatologie, adaptation du traitement et mise en place d'un projet de vie adapté.

Pour y parvenir, il lui est proposé un programme de soins contenant des entretiens infirmiers et médico-infirmiers réguliers ainsi que des activités thérapeutiques individuels et groupales (cuisine, art thérapie, musicothérapie, relaxation, sports, groupes de paroles autour du vécu de la crise et sur la gestion du quotidien dans l'unité).

Benjamin s'insurge régulièrement de son hospitalisation et demande à ce qu'on l'autorise à quitter l'hôpital. Il exprime un sentiment d'injustice et de privation de liberté. Dans un souci de faire respecter ses droits et de créer une alliance avec ce dernier, nous l'aidons à effectuer un recours auprès de l'administration judiciaire afin de contester son hospitalisation. Dans un souci de diminuer le sentiment de restriction de liberté, des autorisations de sortie dans le parc de l'hôpital lui sont autorisées. En contrepartie, il s'engage à ne pas consommer de cannabis. Dans un premier temps, il se montre respectueux du programme défini. Il se présente aux entretiens infirmiers et médico-infirmiers programmés. Peu loquace au début, il accepte au fur et à mesure des entretiens de se dévoiler et d'échanger sur sa vie et ses problématiques.

Il confie que l'hospitalisation est difficile pour lui, que rien n'avance, qu'il voudrait trouver un logement pour se reposer et ne veut pas retourner chez ses parents. La cohabitation y est trop difficile et l'amène à consommer beaucoup de cannabis, seul moyen pour apaiser ses tensions. Les entretiens sont orientés de sorte à favoriser la compréhension de ses troubles psychiques, à encourager les initiatives et les projets de Benjamin, à soutenir une image positive de lui-même malgré la maladie et à faire du lien avec les soins qui lui sont proposés au sein de l'unité. Un lien de confiance s'instaure doucement.

Puis progressivement, Benjamin se remet à consommer du cannabis lors de ses sorties, son comportement en est radicalement impacté. Il critique le travail des soignants : « *tout ce que vous savez faire c'est garder enfermés les gens et les gaver de traitements* », essayant de les culpabiliser « *vous n'avez pas honte de gâcher la vie des gens* », dénigrant le cadre de leurs fonctions « *est-ce que je pourrais parler à quelqu'un qui m'aide parce qu'ici vous ne servez à rien* ». Il refuse dorénavant la majorité des activités thérapeutiques proposées, exprimant leur inefficacité à répondre à son besoin réel sans pour autant être en mesure de préciser ce dernier.

Puis, une altercation physique violente éclate avec un autre patient et l'équipe soignante intervient. En rage, Benjamin n'est pas accessible au dialogue. Il est conduit en chambre d'isolement pour assurer la sécurité des autres patients et la sienne. Un traitement sous contrainte par neuroleptique sédatif per os lui est administré. Dès le lendemain, Benjamin retrouve une forme de stabilité, il est plus calme, moins désorganisé et persécuté. Nous reprenons avec lui les raisons qui, selon nous, l'ont conduit à un tel débordement, et évoquons sa pathologie et la consommation excessive de cannabis. Benjamin n'est pas de notre avis, pour lui c'est l'hospitalisation qui le rend agressif. Nous lui proposons de profiter de ce moment de recentrage pour expérimenter un sevrage cannabis et la mise en place d'un traitement neuroleptique dans le but de voir comment ces changements pourraient impacter sa stabilité psychique. Nous l'invitons également à profiter de ce temps pour élaborer un projet de vie qui aurait du sens pour lui.

La démarche d'ETP

Une prise en charge en éducation thérapeutique lui est proposée. Nous lui signifions qu'il s'agit pour nous de faire avant tout un point d'étape, un bilan de la période écoulée, de prendre le temps de réexplorer sa situation de vie afin de lui proposer une approche qui soit plus proche de ses besoins, mais qui puisse prendre en compte les limites de notre champ d'action.

La démarche éducative type se compose de quatre étapes (Ivernois & Gagnayre, 2011).

- Le « un diagnostic éducatif » permet d'appréhender la réalité et le quotidien du patient ; ses connaissances, représentations et attitudes face à de la maladie, la nature de son entourage familial et professionnel, sa culture, mais aussi et surtout d'identifier la présence d'un projet personnel et des besoins qui en découlent.
- Le contrat éducatif définit des objectifs éducatifs personnalisés, priorisés ainsi que les compétences à acquérir et à maîtriser à la suite des séances d'éducation.
- Différentes séances sont ensuite planifiées, en mettant en œuvre des méthodes et techniques pédagogiques. Elles seront sélectionnées selon leur pertinence, leur capacité à respecter les principes d'apprentissage de la personne de sorte qu'elles puissent répondre à la stratégie pédagogique souhaitée.
- L'évaluation de l'éducation thérapeutique a pour but de mesurer les modifications intervenues chez le patient ainsi que la qualité de la prestation proposée (méthode et technique employées, vécu, etc.)

Le diagnostic éducatif

Nous entamons donc la première étape de la démarche d'éducation thérapeutique et réalisons du diagnostic éducatif.

– Dans un premier temps nous utilisons l'outil d'auto-évaluation Eladeb « Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins » dans le but d'explorer les problématiques et besoins de Benjamin.

– Dans un deuxième temps, nous utilisons l'entretien motivationnel afin de chercher et d'élaborer ensemble des objectifs en termes de compétences à acquérir pour lui permettre de mieux gérer sa vie et sa maladie. Cette technique permet de travailler sur les ambivalences et la résistance du patient, elle favorise l'expression de soi, le sentiment d'être entendu dans sa singularité et lui permet d'exprimer ses craintes, ses besoins et son ressenti (Pomini et al., 2008). Nous mettons en exergue les différentes problématiques et besoins suivants.

Problème	Besoin	Priorisation
Il souhaite quitter l'hôpital, mais n'a pas de logement. Il ne peut retourner chez ses parents, il se sent en insécurité dans les foyers.	Accéder à un logement stable dans lequel il puisse se sentir en sécurité.	1
Il est en désaccord avec le diagnostic de schizophrénie et le traitement proposé. Il considère les éléments avancés par le médecin comme des traits normaux de sa personnalité (agressivité, isolement, fatigue, baisse de motivation).	Comprendre diagnostic posé par le médecin, les termes médicaux associés et le traitement proposé.	2

Il n'est pas autonome financièrement, il n'a pas d'argent et pas de travail.	Réintégrer une formation professionnalisante. Accéder à un travail prenant en compte ses difficultés.	3
Absence d'amis et de réseau social	Acquérir des compétences sociales. Se recréer un réseau social.	4

Concernant sa demande première, nous convenons que des démarches sont déjà en cours avec l'assistante sociale et qu'il est préférable d'axer notre énergie sur la seconde problématique qui est celle du désaccord du diagnostic de schizophrénie.

Un programme personnalisé

Nous rentrons ensuite dans la deuxième étape, qui consiste à définir et planifier un programme personnalisé d'ETP de 4 séances à hauteur d'une séance par semaine. Benjamin est informé qu'il peut stopper le programme à tout moment et cela le rassure. Au cours de cette étape Benjamin parvient à conscientiser et à décrire ses ressources, le bien-fondé de son savoir, de ses actions, et à identifier une partie de ses erreurs et mettre en mots ses attentes en termes d'accompagnement et d'éducation thérapeutique. Il exprime le sentiment d'avoir été entendu dans sa singularité, ce qui lui a permis d'aborder certaines thématiques qu'il n'avait pas osé aborder précédemment. Voici le descriptif du programme validé avec Benjamin :

Objectif : Permettre à Benjamin de comprendre ce qu'est la schizophrénie, d'en comprendre l'origine, d'identifier et de mettre du sens sur les manifestations produites par la maladie au quotidien et ainsi être en mesure de comprendre la singularité de son diagnostic.		
Objectif des séances	Approche pédagogique	Séances
Lutter contre les idées reçues en questionnant les différentes représentations/croyances personnelles et sociales en lien avec la pathologie schizophrénique (folie, maladie mentale, origine, épidémiologie, évolution de la maladie, rétablissement, etc.) en les confrontant au savoir scientifique actuel.	Faire émerger les représentations concernant la pathologie schizophrénique. Identifier les différentes dimensions de la pathologie à travers le témoignage filmé d'un patient rétabli (<i>Luc Vigneault. Tout le monde en parle, 2013</i>). Mise en lien avec son vécu et son tableau clinique.	1

<p>Identifier et comprendre la singularité de sa schizophrénie en termes de symptomatologie positive, négative, dissociative et cognitive</p>	<p>Faire émerger les concepts de symptômes positifs, négatifs, dissociatifs et cognitifs à travers le visionnage d'une vidéo courte par thématique</p> <p>Identifier l'expression de sa pathologie à travers le remplissage d'un tableau de synthèse personnel.</p>	<p>2</p>
<p>Favoriser l'observance thérapeutique en améliorant la compréhension de l'offre de soins actuel, des traitements (médicamenteux et non médicamenteux), de ses effets sur la maladie (cours, moyen, long terme), mais aussi d'identifier et de solutionner (de façon conjointe) les obstacles qui l'empêchent de bien se prendre en charge au quotidien.</p>	<p>Identifier les différents types de traitements actuels permettant d'agir sur la schizophrénie (psychopharmacologiques, psychothérapeutique, éducatifs, etc.) à travers un support de bande dessinée.</p> <p>Identifier les avantages et les inconvénients propres à chaque thérapeutique</p> <p>Identifier ses besoins actuels en termes de thérapeutique</p>	<p>3</p>
<p>Comprendre la singularité de son diagnostic</p>	<p>Analyse de la pose d'un diagnostic à travers une étude de cas fictive.</p> <p>Mise en lien avec son propre tableau clinique à travers le tableau de synthèse rempli lors de la séance 2</p>	<p>4</p>

Les séances d'ETP

Deux jours plus tard, nous démarrons la troisième étape de la démarche d'éducation thérapeutique, se traduisant par la réalisation de la première séance d'ETP. Je l'invite à exprimer son état du moment. Il dit être soucieux, car il a effectué à une seconde reprise un recours contre son hospitalisation et il attend avec hâte l'avis du juge. Il m'informe que si le juge décide de lever son hospitalisation sous contrainte, il sera enclin à rester hospitalisé n'ayant pas de logement actuellement. On constate ici que Benjamin vit une forme d'ambivalence. Il souhaite quitter l'hôpital, mais n'est pas prêt à le faire à n'importe quel prix. On peut supposer qu'il y trouve un cadre rassurant. Au cours de la séance, Benjamin est détendu, souriant, il intervient de façon adaptée. Comme évoqué précédemment, la séance est structurée autour du visionnage d'un témoignage de Luc Vigneault. Il est interpellé par la personnalité de ce dernier qu'il trouve inspirante. Cet homme atteint d'un diagnostic de schizophrénie nous relate son parcours. Il a été en capacité de se rétablir et de mener une vie de qualité, mais surtout d'être conférencier et de former des médecins à l'université. Bien qu'il exprime être en désaccord avec le diagnostic de schizophrénie Benjamin m'informe être rassuré que cette maladie ne soit pas une fatalité et qu'un espoir de vie de qualité est possible pour les malades qui en sont atteints. Au terme de cette séance, Benjamin m'informe avoir pris du plaisir, avoir appris des choses et est prêt à venir à la seconde séance la semaine prochaine. Il me demande si je peux lui conseiller d'autres vidéos

similaires à celle-ci. Je constate que Benjamin rentre doucement à l'étape 2 du rétablissement (**figure 1**), il prend conscience qu'un problème existe et il réalise qu'il peut agir dessus.

Le lendemain matin, Benjamin m'informe qu'il a fait des recherches et regardé d'autres vidéos de Luc Vigneault en me disant « *il est pas mal ce gars* ». Nous pouvons constater ici un élément essentiel, Benjamin semble rentrer dans un processus « d'empowerment ». Il commence à agir pour sa santé et pour lui et à projeter une forme d'espoir dans l'avenir. Néanmoins, deux heures plus tard la réponse tant attendue du juge arrive. Ce dernier a décidé de ne pas lever l'hospitalisation sous contrainte. Au contraire, il invite Benjamin à rester hospitalisé et être compliant aux soins et à intégrer une unité de moyen séjour orienté rétablissement pour l'aider à travailler sur sa maladie et sur les compétences pragmatiques du quotidien qui lui seront nécessaires à l'extérieur pour intégrer un foyer. Benjamin m'informe qu'il arrête tout et qu'il ne prendra que le traitement, seul sésame pour intégrer l'unité complémentaire qui lui permettra peut-être à terme d'intégrer un foyer. Benjamin a alors réalisé ses promesses. Pendant les deux mois qui ont suivi l'attente de la place en moyen séjour, il resta fermé au contact des soignants, n'acceptant que de façon aléatoire son traitement. Néanmoins, le jour de son départ, Benjamin me remerciera de la prise en charge que nous lui avons apportée et pour cette journée singulière où nous avons regardé cette vidéo sur Luc Vigneault.

Les changements identitaires induits par la maladie chronique

La survenue d'une maladie chronique à l'évolution imprévisible n'a été ni choisie ni anticipée par Benjamin et pourtant elle va entraîner des conséquences majeures sur son état de santé physique, psychologique, son environnement social, professionnel, son degré d'indépendance et par conséquent sur sa qualité de vie (Bauman & Briançon, 2010). L'individu est souvent amené à vivre un tournant dans son existence « turning point » et à effectuer des adaptations et des ajustements qui l'amènent à modifier et à réorienter de façon plus ou moins rapide, conséquente et profonde sa trajectoire de vie (Abbott, 2009). Il est souvent difficile de faire face à cette nouvelle situation. La personne peut alors être amenée à passer par des phases d'instabilité, telles que déni, inquiétude liée aux symptômes, choc, dénégation de la maladie chronique, anxiété, voire de dépression. Un travail d'appropriation de la maladie est alors primordial. Le patient confronté à sa nouvelle réalité est amené à effectuer un travail sur soi qui lui permet progressivement d'ajuster ses comportements tout en se forgeant une nouvelle identité (Ninot & Prefaut, 2009).

Une construction identitaire réussie passe inévitablement par un processus « d'empowerment ». Il s'agit d'un processus de développement personnel visant à renforcer les capacités du malade à prendre soin de lui-même et de sa santé. Il représente à la fois le processus, c'est-à-dire les dynamiques internes vécues par le patient, mais aussi un accomplissement, une finalité, un but à atteindre. L'intérêt de ce dernier ne se limite pas à l'observance thérapeutique et à la stabilisation de la clinique, mais vise un intérêt bien plus large, le bien-être de la personne (Aujoulat, 2007). Ce changement de paradigme invite le patient à rejeter sa situation actuelle et l'encourage à chercher des solutions favorables à l'amélioration de son état de santé. Ce processus de « salutogénèse » se fonde sur la maîtrise de trois dimensions : la « compréhension » des événements internes et externes, la « maîtrise » de son environnement et des situations problématiques ainsi que la capacité à pouvoir donner un « sens » à sa vie, source de motivation au quotidien (Antonovsky, 1996). Une part essentielle du travail mené par le malade consiste à rester le sujet de son histoire.

Approche et posture éducative

Lorsqu'une crise survient chez le patient, son discernement peut être aboli. Il prend alors le risque de mettre sa vie ou celle des autres en danger. Il est bien souvent nécessaire dans un premier temps de traiter et de stabiliser sa situation clinique, et ce parfois sans son consentement. Il convient dans un second temps de lui permettre le plus rapidement possible de reprendre le contrôle de sa vie. Ce n'est qu'à ce prix que le patient sera en capacité d'entrer dans un processus d'empowerment, favorisant l'alliance thérapeutique, l'observance du traitement et l'adoption de nouvelles conduites de vie favorables à sa qualité de vie. Une prise en charge en éducation thérapeutique peut alors être proposée au patient pour l'aider en ce sens et favoriser un processus de rétablissement.

Néanmoins, le meilleur outil qui plus est à la mode ne peut à lui seul être le gage d'une éducation thérapeutique de qualité. Elle ne peut se substituer au rôle pédagogique et à la posture du professionnel. La posture éducative caractérise avant tout le positionnement de l'esprit du professionnel et de son attitude à l'égard du patient afin de lui donner accès à son plein potentiel de développement. Souvent, les professionnels préfèrent privilégier une posture éducative de type classique basée sur l'inculcation de comportements de santé issues de recommandations médicales et de savoirs expérientiels, focalisant la priorité sur le contrôle de l'observance et de la compliance du patient au traitement. Or, cette posture semble à ce jour de plus en plus limitée pour faire face aux questionnements et aux réels besoins des patients atteints de maladies chroniques. Elle peut entraîner un risque d'épuisement pour les professionnels confrontés aux rechutes répétées des patients. Une posture favorable à l'adoption de nouvelles conduites de vie ne nie pas l'importance de l'observance, mais elle s'inscrit davantage dans un rapport d'écoute, de partenariat, d'autonomie et de responsabilisation du patient (Coupât et al., 2008). Ce changement de paradigme postural dans les soins est complexe et nécessite de la part du soignant d'opérer un travail sur lui-même l'amenant à questionner ses représentations, ses convictions soignantes et à faire corrélérer sa pensée et ses actions de façon durable dans le temps (Pétre et al., 2019). Une posture éducative s'apprend. Elle se construit et s'éprouve au fil du temps. Elle nécessite une certaine forme d'éthique : une éthique de la parole, savoir se taire, écouter, une éthique du renoncement, savoir lâcher prise sur la situation, accepter de perdre le contrôle pour mieux s'ouvrir à la rencontre du sujet qui nous fait face et enfin, une éthique de l'implication, être en capacité de s'engager, de sortir des sentiers battus et de s'investir dans la relation (Bouchereau, 2016).

Depuis quelques années, le modèle du rétablissement, porté par des valeurs d'autonomie, d'espoir et d'autodétermination s'est imposé dans les soins en santé mentale. Ce dernier répond aux besoins exprimés des patients et au ressenti intuitif des soignants de les replacer au centre du dispositif de soins. L'approche issue de l'éducation thérapeutique s'inscrit dans cette perspective. Elle encourage la mise en place d'un partenariat gagnant-gagnant permettant à chacun d'apprendre du vécu expérientiel des uns et des autres, favorisant ainsi la construction et l'intégration d'un socle commun de connaissances. L'éducation thérapeutique conduit le patient à une intégration progressive de compétences centrées non pas sur ses difficultés mais sur ses forces et intérêts, l'aidant ainsi à réaliser ses objectifs personnels et à retrouver à terme une vie épanouie et pleine de sens.

Bibliographie

- Abbott, A. (2009). À propos du concept de Turning Point. In *Bifurcation : Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. La Découverte.
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide healthpromotion*. Oxford University Press, Vol. 11, No. 1.
- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. Des processus multiples : Auto-détermination, auto-efficacité. Sécurité et cohérence identitaire*. Université catholique de Louvain.
- Bauman, C., & Briançon, S. (2010). *Les maladies chroniques*. ADSP, 72.
- Bouchereau, X. (2016). *La posture éducative : Une pratique de soi*. ERES.
- Coupat, P., Leroux, F., & Ponet, F. (2008). *Quelles postures professionnelles dans l'éducation à l'observance thérapeutique ? « Deux expériences de terrain »*. *Recherche en soins infirmiers*, N° 92(1).
- Ivernois, J.-F. d', & Gagnayre, R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique (4e édition)*. Maloine.
- Luc Vigneault. *Tout le monde en parle*. (2013).
https://www.youtube.com/watch?v=Lpdm9ITAR_I
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel - 2e éd. - Aider la personne à engager le changement : Aider la personne à engager le changement (2e édition)*. InterEditions.
- Ninot, G., & Prefaut, C. (2009). *La réhabilitation du malade respiratoire chronique—Préfaut, Christian, Ninot, Grégory*. Masson.
- OMS. (1998). *Education thérapeutique du patient : Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'OMS*.
- Pétré, B., Peignot, A., Gagnayre, R., Bertin, E., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2019). *La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! Education thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 11.
- Rouvenaz, G., & Rexhaj, S. (2016). *Retablissement : Nous nous sommes fait confiance*. 209, 14-19.
- Saout, C. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Faire du rétablissement une réalité*. Sainsbury Centre for Mental Health.