

Résumé

Introduction

Une enquête qualitative a été menée auprès de structures proposant des programmes d'éducation aux patients diabétiques de type 2. Il s'agissait de décrire ces activités, d'évaluer leur qualité, d'identifier les modèles sous-jacents et de les comparer.

Méthode

Sept structures innovantes ont été sélectionnées, situées à l'hôpital, dans des réseaux, ou dans des structures paramédicales, en France métropolitaine et dans les DOM. Des entretiens et des observations de séances éducatives ont été menés entre 2000 et 2002. Une grille d'analyse a été construite à partir de modèles issus du champ de l'éducation pour la santé et l'éducation du patient.

Résultats

Cette enquête apporte une connaissance fine des activités éducatives proposées. Elle confirme la variabilité des pratiques, sous couvert de l'objectif partagé d'"augmenter l'autonomie des patients" : les différences d'organisation sont majeures; les modèles et les objectifs implicites sont parfois opposés, encourageant soit l'autonomie dans la gestion d'un traitement prescrit, soit au contraire une auto-détermination du patient. Ces différences n'apparaissent pas liées au type de structure, mais davantage au parcours personnel des intervenants et aux contraintes locales.

La qualité des programmes est élevée. Ils dénotent une vision positive de la santé, dans une démarche tournée vers la promotion de la santé. L'enquête pointe toutefois des limites partagées (implication des patients, diversité des compétences, interdisciplinarité).

Discussion

Les pratiques éducatives développées dans d'autres maladies chroniques devraient être étudiées de la même manière. Il apparaît également nécessaire d'évaluer les effets de telles pratiques éducatives en fonction du modèle utilisé.

Modèles sous-jacents à l'éducation des patients

Enquête dans différents types de structures accueillant des patients diabétiques de type 2

CÉCILE FOURNIER*, SANDRINE JULLIEN-NARBOUX‡, JULIE PÉLICAND§, ISABELLE VINCENT*

INTRODUCTION

Bien que l'éducation du patient soit une préoccupation croissante des autorités de santé, son développement souffre toujours d'un manque de visibilité, lié notamment à l'absence de critères communs de description et d'évaluation. Les publications d'évaluations portant sur l'efficacité de pratiques éducatives se multiplient, mais les pratiques elles-mêmes (leurs modalités, leurs intervenants, etc.) ne font qu'exceptionnellement l'objet d'une description. Il est donc rarement possible de relier les pratiques décrites avec leurs effets [1]. De plus, la question se pose de savoir s'il existe un ou plusieurs modèles-types d'éducation du patient en France.

L'enquête qualitative menée à la demande de la Cnamts par le CFES, puis l'Inpes, entre 2000 et 2002 visait à :

- décrire finement les pratiques d'éducation du patient diabétique de type 2 mises en œuvre dans diverses expériences innovantes en France ;
- évaluer la qualité des programmes éducatifs, au regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe [2] ;
- faire émerger les modèles (explicites et implicites) sur lesquels reposent ces pratiques, à l'aide d'une grille conçue à cet usage, juxtaposant plusieurs modèles issus du champ de l'éducation pour la santé et de l'éducation du patient ;
- comparer les pratiques et les modèles existant dans différents types de structures.

MÉTHODE ET POPULATION

Sept institutions, accueillant des patients diabétiques de type 2 et ayant mis en place des activités éducatives innovantes et structurées, ont été sélectionnées. Connues de professionnels du CFES et de la Cnamts, et reconnues dans le champ de la diabétologie, elles ont également été choisies pour leur appartenance à une diversité de secteurs et pour leur localisation dans différentes régions de France.

L'enquête a porté sur dix programmes éducatifs collectifs, situés dans sept institutions différentes (tableau 1) :

- cinq programmes appartenant à trois services hospitaliers de diabétologie ;
- deux programmes appartenant à deux réseaux de santé ;
- trois programmes appartenant à deux structures paramédicales d'aide à l'éducation.

Caractéristiques des lieux et des programmes éducatifs étudiés.

Tableau 1

	Type de structure	Nom et localisation de la structure	Nom du programme
Hôpital	Service de diabétologie en centre hospitalo-universitaire	Service de diabétologie du CHU Pitié-Salpêtrière, Paris	“Semaine d'éducation DNID”
	Service spécialisé dans l'éducation des diabétiques dans un centre hospitalier	Cetradimn (Centre d'éducation et de traitement du diabète et des maladies de la nutrition) du centre hospitalier de Roubaix	“Hôpital de semaine classique”
			“Hôpital de semaine diabète et alimentation”
			“Groupe diététique et cuisine”
Service de diabétologie en centre hospitalier “classique”	Service de diabétologie du centre hospitalier de Dole	“Cycle d'éducation pour personnes diabétiques”	
Réseau	Réseau d'éducation par des médecins libéraux et des infirmières	Asaved (Association des structures d'aide à la vie et à l'éducation des diabétiques) de Dole	“Programme d'éducation des patients”
	Réseau de coordination des soins et d'éducation des patients en pratique libérale	Resdiab (Réseau Diabète) de Nice	“Programme d'éducation initiale des patients”
Structure para-médicale	Lieu d'accueil et d'information pour les patients et les professionnels, créé par un patient	Maison du Diabète de Marcq-en-Barœul	“Cycle d'ateliers diabète”
			“Cycle d'ateliers pratiques de la nutrition”
	Structure d'aide à l'éducation, créée dans le cadre du programme régional de santé	Saed (Structure d'aide à l'éducation des diabétiques) de l'île de la Réunion	“Stage d'éducation pour diabétiques de type 2”

Les données recueillies concernaient l'organisation pratique des programmes. On s'est également intéressé au contexte (régional et local) et à l'histoire des activités d'éducation du patient dans chaque lieu.

Le recueil des données s'est appuyé sur quarante-huit entretiens semi-directifs (à partir d'un guide d'entretien) de professionnels décrivant les programmes et les cent-vingt séances éducatives qui y étaient mises en œuvre ; sur l'observation de neuf séances ou sessions d'éducation (permettant d'observer la cohérence entre les activités décrites et celles observées) ; et, enfin, sur la collecte des supports utilisés pour présenter le programme ou pour mener et suivre l'éducation.

Trois types d'analyse ont été menés : une description des activités et de leur contexte (validée par les équipes éducatives) ; une analyse normative à l'aide d'une grille d'analyse spécifique (tableau 2), construite à partir de modèles utilisés dans le champ de l'éducation du patient et de l'éducation pour la santé, adaptés si nécessaire ; une comparaison entre programmes et séances.

RÉSULTATS

Organisation des activités éducatives

Il existe autant d'organisations pratiques que de programmes.

L'éducation peut être proposée isolément, ou bien liée à des soins curatifs.

Elle peut être individuelle et collective, ou bien uniquement collective.

Elle peut s'adresser à des groupes de patients homogènes (c'est-à-dire réunis par un même type de diabète, ou par une situation commune telle que l'association d'un diabète et d'une obésité), ou bien s'adresser à des groupes de patients hétérogènes (composés de patients diabétiques de types 1 et 2).

Le nombre maximum de patients par groupe, généralement fixe dans chaque programme, varie de six à quinze personnes.

Il peut s'agir de programmes d'éducation comportant une session ponctuelle ou bien de programmes continus étalés sur plus d'un mois.

La durée du programme varie de six heures à quarante heures. Elle est laissée au choix du patient dans deux programmes qui comportent des séances indépendantes auxquelles les patients s'inscrivent selon leurs souhaits.

L'éducation peut être “basique”, abordant des notions simples, ou bien elle peut être “de haut niveau”.

Il peut s'agir d'une éducation spécialisée dans un domaine particulier (la pratique d'un exercice physique par exemple), ou bien d'une éducation diversifiée, abordant plusieurs notions.

Les différents types de structures présentent toutefois des traits caractéristiques.

À l'hôpital, toutes les formes d'organisation sont observées. Ce sont toutefois les seuls lieux où éducation et soins sont liés, où sont proposés des programmes de longue durée (vingt-cinq à quarante heures) et de haut niveau, s'adressant à des groupes de patients de petite taille (moins de huit personnes).

Dans les réseaux, les programmes étudiés sont plutôt courts, diversifiés, et proposés à des groupes de patients homogènes (diabétiques de type 2 uniquement).

Les structures paramédicales proposent les programmes les plus souples en termes d'accessibilité géographique pour l'un d'eux, et d'accessibilité liée à la souplesse d'organisation pour l'autre : dans cette dernière structure (la Maison du Diabète), les patients peuvent personnaliser le programme en termes de durée, d'éducation collective ou individuelle, et de choix des thèmes abordés.

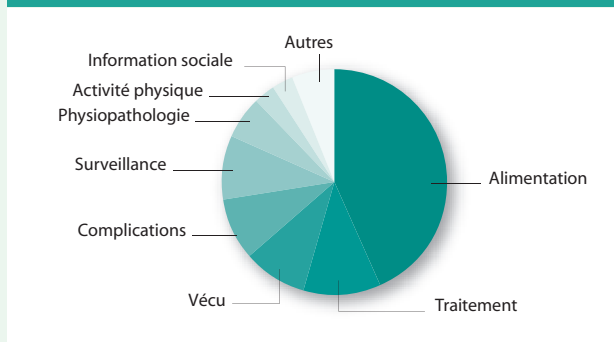
Modèles sous-jacents aux programmes éducatifs

■ Modèles de santé

La majorité des programmes est orientée vers la promotion de la santé. Six programmes (issus de structures hospitalières, paramédicales et de réseaux) ont une dimension de "santé positive" [3] (c'est-à-dire abordent les notions de loisirs, de projets personnels ou d'"équilibre alimentaire") dans toutes les séances éducatives qui les composent. Un seul programme considère la santé plutôt comme "absence de maladie" dans plus de la moitié des séances (il aborde majoritairement les questions du traitement, du "régime", etc.).

L'étude des thèmes des séances montre que l'éducation ne se limite pas à ce qui concerne les règles hygiéno-diététiques, le traitement et sa surveillance. Elle aborde des thèmes plus diversifiés et notamment la vie avec le diabète et son vécu [Figure 1].

Figure 1 - Thèmes abordés dans les cent-vingt séances éducatives des dix programmes étudiés (en pourcentage)



Pris individuellement, les programmes peuvent être centrés majoritairement sur un ou deux thèmes, ou bien être diversifiés :

- "alimentation" +/- "complications" et "physiopathologie" (pour tous les programmes hospitaliers et un programme paramédical) ;
- "vécu" + "surveillance" (un programme paramédical) ;
- une diversité de thèmes est abordée dans les réseaux ainsi que dans un programme paramédical.

Les programmes renvoient à un modèle de prise en charge "global" et non seulement "biomédical" [4].

Tous les programmes répondent au moins à cinq des huit critères caractérisant un modèle de prise en charge "global". En particulier, les intervenants sont généralement issus de disciplines différentes.

Le coordinateur peut être un diététicien, un médecin ou un infirmier, sans lien avec le type de structure.

Cependant, malgré la diversité des professionnels inter-

venant dans l'éducation (intervention de plus de trois éducateurs issus de professions différentes pour la moitié des programmes, notamment hospitaliers), les interventions sont le plus souvent juxtaposées et non interdisciplinaires. Trois programmes (un hospitalier et deux en réseaux) permettent une réelle collaboration autour d'un même patient.

■ Modèles pédagogiques

Les patients sont faiblement impliqués dans les programmes.

À l'exception des programmes mis en œuvre dans l'une des structures paramédicales, les patients ne participent pas à l'élaboration des programmes et l'incitation à s'inscrire à un programme éducatif provient le plus souvent des soignants.

Certaines caractéristiques sont recherchées chez les patients dans la plupart des programmes (leur vécu de la maladie, leurs représentations, leurs "stades d'acceptation de la maladie"), d'autres le sont moins souvent (le "locus de contrôle", des éléments de psychologie) ; toutefois ces caractéristiques sont rarement utilisées dans un objectif d'adaptation des méthodes éducatives mais dans un objectif de diagnostic éducatif et parfois d'évaluation des effets du programme.

Les démarches sont personnalisées dans trois programmes hospitaliers et un programme de réseau et elles sont relativement impersonnelles dans les six autres programmes.

Les programmes reposent sur une dynamique d'apprentissage plus que d'enseignement [5].

Les apprentissages dominent dans sept programmes (et notamment dans tous les programmes hospitaliers).

Apprentissages et enseignements sont représentés à parts égales dans deux programmes (l'un en réseau et l'autre paramédical). Un seul programme (paramédical) repose en majorité sur des enseignements.

Les savoirs et savoir-faire cognitifs sont privilégiés [6]. 43% des objectifs (des cent-vingt séances) concernent l'acquisition de savoirs, 28% des savoir-faire cognitifs, 15% des savoir-faire techniques et 14% des savoir-être. Seuls un programme hospitalier et un programme de réseau sont centrés sur les quatre types de savoirs à parts égales.

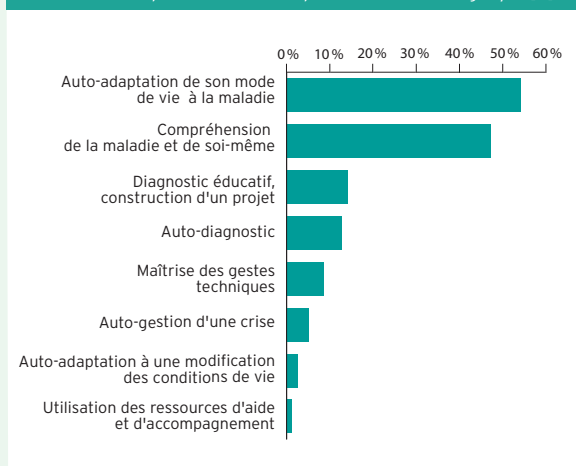
Les programmes visent le développement de certaines compétences [7] dont deux sont travaillées dans la moitié des séances de tous les programmes : l'"auto-adaptation de son mode de vie à la maladie" et la "compréhension de la maladie et de soi-même" [Figure 2].

Par ailleurs, chaque programme vise à développer plus particulièrement certaines compétences :

- les deux compétences principales +/- "gestes techniques" (ceci concerne tous les programmes hospitaliers, un programme de réseau et un paramédical) ;
- les deux compétences principales + "diagnostic éducatif, construction de projet" (dans un programme de réseau et un programme paramédical) ;
- toutes les compétences au même plan (dans un programme paramédical).

Les équipes utilisent des supports variés.

Cent cinquante supports ont été recensés, qui correspondent à treize thèmes principaux : l'alimentation occupe la première place (30% des supports), avec un ensemble de documents informatifs sur le fonctionnement de l'édu-

Figure 2 - Pourcentage de séances éducatives abordant les compétences décrites par d'Ivernois et Gagnayre [7]

cation (23%) ; les autres thèmes – “prise en charge globale”, “vécu”, complications”, “traitement”, “surveillance”, “physiopathologie”, etc. – représentent environ 10% chacun.

Il s'agit de supports d'animation (40%), d'information (38%) ou d'évaluation (21%). Un seul outil de “programmation individuelle” de l'éducation a été identifié.

Ces supports sont conçus par les équipes qui les utilisent. Il ne s'agit pas d'outils formalisés (c'est-à-dire associés à des objectifs précis et accompagnés d'un guide d'utilisation), qui seraient directement utilisables par d'autres équipes.

■ Modèles d'éducation du patient

En théorie, tous les programmes visent à “augmenter l'autonomie des patients”. Mais, en pratique, le modèle d'éducation du patient sous-jacent aux activités proposées peut varier entre deux modèles extrêmes [Figure 3].

Seul un des programmes hospitaliers (CHU Pitié) ne correspond pas à un modèle unique dominant et n'a donc pas été situé sur la figure 3 : un modèle y est choisi avec le patient au cours du processus éducatif et débouchera soit sur une “prescription” (modèle de compliance), soit sur un “conseil” (modèle d'auto-détermination), soit encore sur un “contrat” (modèle de responsabilité partagée).

Le modèle d'éducation du patient n'apparaît pas lié au type de structure qui accueille le programme, mais plutôt au parcours des professionnels et aux contraintes locales liées à la structure, à son histoire et à son insertion dans le paysage local.

Qualité des programmes

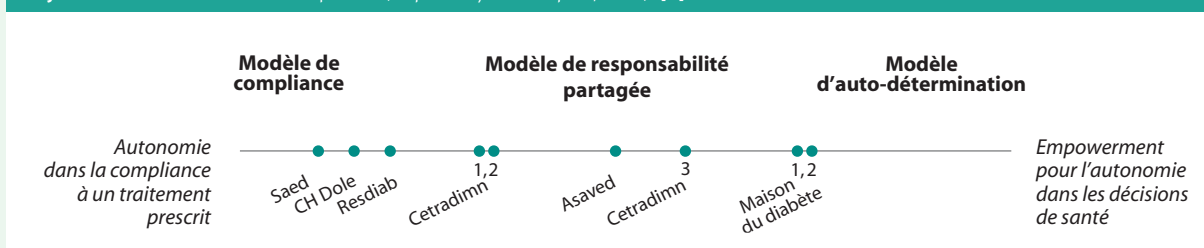
Il existe un bon niveau d'adéquation avec les recommandations de l'OMS [2].

Tous les programmes remplissent dix-huit à vingt et un critères sur les vingt-trois proposés par l'OMS.

Cependant, la plupart des programmes partagent les mêmes difficultés : l'absence d'évaluation de processus ; l'absence de continuité dans le processus éducatif pour un même patient ; un manque de prise en compte de l'environnement psychosocial des patients ; et un manque d'interdisciplinarité (une juxtaposition d'interventions de différents professionnels, sans réel lien).

Par ailleurs, un manque de cohérence interne des programmes est parfois constaté.

Les objectifs affichés sont parfois irréalistes au vu de la démarche éducative choisie : par exemple, des objectifs de changement de comportement sont visés à travers une information des patients. Cette situation concerne un programme hospitalier, un programme de réseau et un programme de structure paramédicale ; et, dans ce cas, les professionnels soulignent eux-mêmes les limites de leur démarche.

Figure 3 - Modèles d'éducation du patient (d'après Taylor et Kaplan, 1990) [8]

DISCUSSION

Cette étude apporte une connaissance fine de programmes d'éducation « à la pointe » dans différents secteurs d'exercice en 2001-2002. Le rapport complet (www.inpes.sante.fr/educationpatient/pdf/etudediab2.pdf) fournit des exemples de pratiques diversifiées.

Elle soulève plusieurs constats concernant les modèles sous-jacents aux pratiques éducatives :

- Un objectif de développement de l'“autonomie” du patient peut conduire à la mise en place d'activités reposant sur des modèles d'éducation du patient opposés, en ce qu'ils cherchent à favoriser des types d'autonomie différents.
- Il n'apparaît pas de lien entre les modèles éducatifs développés et le type de structure. Ce constat mériterait d'être réinterrogé au moyen d'études quantitatives auprès d'un grand nombre de structures.

Modèles et indicateurs choisis pour caractériser les programmes éducatifs

Tableau 2

Critères	Indicateurs
Modèle de santé	
<i>Est-ce un modèle intégrant une dimension de "santé positive" (santé vue comme une ressource pour la vie) dans la prise en charge de la maladie ? (Deccache, 1989) [3]</i>	Décompte des séances s'inscrivant soit plutôt dans une vision de "santé positive", soit, au contraire, dans une conception de la santé comme "absence de maladie", à travers l'étude des titres, des objectifs et des contenus attendus de chaque séance éducative (ainsi que des contenus observés lorsqu'une observation était disponible).
<i>Est-on dans un "modèle biomédical" ou un "modèle global" ? (Bury, 1979, 1988) [4]</i>	Indicateurs permettant de renseigner les huit critères caractérisant un modèle "global" de prise en charge : Le fait (dans le diagnostic éducatif et les activités proposées) de considérer que la maladie : - résulte de facteurs complexes (organiques, humains et sociaux) ; - affecte l'individu, sa famille et l'environnement ; - demande une approche continue (de la prévention et des soins à la réadaptation), qui tient compte des facteurs psychologiques et sociaux. L'approche est menée : - par des professionnels de santé de diverses formations ; - travaillant en collaboration ; - dans un système ouvert ; - et interdépendant avec la communauté.
Modèle d'éducation	
<i>Est-on dans une logique d'enseignement ou d'apprentissage ? (Paquay, 1996) [5]</i>	Décompte des séances s'inscrivant dans une logique d'enseignement, d'apprentissage, ou mixte, en fonction des méthodes et des supports d'animation et d'évaluation utilisés.
<i>Sur quels types de savoirs l'éducation porte-t-elle ? (de Ketele, 1991) [6]</i>	Décompte des différents types de savoirs mobilisés dans chaque séance (savoir, savoir-faire technique, savoir-faire cognitif, ou savoir-être), en fonction des objectifs, des méthodes et des supports d'animation utilisés.
<i>Quels types de supports sont utilisés ?</i>	Proportion de chaque type de support : supports d'information, d'évaluation, d'animation ou de programmation éducative.
<i>Quelles compétences cherche-t-on à permettre aux patients de développer ? (d'Ivernois et Gagnayre, 2001) [7]</i>	Décompte des différents types de compétences mobilisées dans chaque séance.
<i>Que prend-on en compte dans le diagnostic éducatif ?</i>	Quels sont le contenu et les modalités du diagnostic éducatif et notamment quelle est l'importance accordée à l'expression des savoirs et des représentations des patients ?
<i>Quel est le degré de personnalisation de la démarche et des contenus éducatifs ?</i>	Proportion d'éducation collective et individuelle. Taille des groupes permettant ou non une personnalisation. Existence ou non d'objectifs personnalisés. Contenu éducatif fixe ou adaptable. Constitution de groupes de patients homogènes ou hétérogènes.
<i>Quel est le degré de participation et d'implication des patients dans la démarche éducative ?</i>	Initiative de la demande d'éducation (patient ou professionnel). Participation (oui ou non) à l'élaboration du programme. Évaluation (oui ou non) de la satisfaction et prise en compte dans l'évolution des programmes. Utilisation (oui ou non) de "contrats".
<i>Sur qui et sur quoi porte l'évaluation mise en place ? (Demarteau, 2002) [9]</i>	Sur qui : les patients, les professionnels, le processus éducatif ? Sur quels types de critères : sanitaires, environnementaux, comportementaux, cognitifs, affectifs, psychomoteurs (techniques), d'autonomie, socioéconomiques, administratifs ?
Modèle d'éducation du patient	
<i>Comment se situe le programme, entre un objectif d'observance et d'autodétermination ? (Taylor et Kaplan, 1990) [8]</i>	Positionnement de chaque programme sur un continuum entre un objectif d'observance et d'auto-détermination, selon que le modèle de santé et le modèle d'éducation sous-jacent aux activités concrètes favorisent plus l'un ou l'autre objectif.
Qualité du programme	
<i>Critères de qualité de l'OMS Europe (1998) [2]</i>	Indicateurs définis pour les vingt-trois critères de qualité de l'OMS. Exemple : l'éducation du patient est : structurée / organisée / réalisée par divers moyens éducatifs / etc.

- **Tous les programmes examinés présentent des points positifs :**
 - un fort degré d'adéquation avec les recommandations de l'OMS ;
 - des modèles pédagogiques reposant sur des apprentissages actifs ;
 - des programmes orientés vers la promotion de la santé, dans un modèle "global" de prise en charge, plutôt que vers le soin dans un modèle "biomédical".
- **Des améliorations apparaissent nécessaires sur certains points :**
 - permettre l'implication des patients à toutes les étapes des programmes ;
 - diversifier les types de savoirs et de compétences travaillées ;
 - renforcer l'interdisciplinarité ;
 - réinterroger la cohérence entre les objectifs et les approches éducatives.

Perspectives

Étendre cette recherche à d'autres maladies chroniques permettrait d'identifier des points communs et des points spécifiques aux pratiques éducatives développées autour de maladies différentes.

Il serait nécessaire d'évaluer les effets (en termes de connaissances, attitudes, comportements et résultats de santé intégrant la qualité de vie) de différents modèles éducatifs, selon les catégories de patients auxquelles ils sont proposés et selon leurs besoins.

La grille d'analyse proposée peut servir de point de départ aux professionnels pour une réflexion sur leurs propres pratiques éducatives.

Un recensement et une caractérisation des programmes éducatifs existants à l'aide de la grille proposée permettraient une mise à disposition de ces informations pour les patients et les professionnels concernés. Sensibilisés aux modèles qui sous-tendent ces programmes, patients et professionnels pourraient ainsi choisir celui qui se trouve être le mieux adapté à leurs besoins et à leurs objectifs à un moment donné.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Albano MG, Jacquemet S, Assal J-Ph. Patient education and diabetes research: a failure. going beyond empirical approaches. *Acta diabetologia*, 1998; 35: 207-14.
- [2] WHO Europe. Therapeutic patient education - continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group, June 11-14 1997. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998: 73 p.
- [3] Deccache A. *Information et éducation du patient, des fondements aux méthodes*. Bruxelles : De Boeck université, coll. savoirs et santé, 1989 : 238 p.
- [4] Bury J.A. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck université, coll. savoirs et santé, 1988 : 232 p.
- [5] Paquay L. *Référentiel du module Méthodologie générale en éducation pour la santé*, Unité d'éducation pour la santé Reso, École de santé publique - santé communautaire, Faculté de médecine, Université Catholique de Louvain. Septembre 1996.
- [6] De Ketele J.M., Roegiers X. *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observation, d'interviews et d'étude de documents*. Bruxelles : De Boeck université, coll. Pédagogie en développement, 1991 : 216 p.
- [7] d'Ivernois J.F., Gagnayre R. *Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique. Actualité et dossiers en santé publique* 2001; 36 : 11-3.
- [8] Taylor and Kaplan, 1990, cité par Deccache A. *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques, approche éducative globale*. Thèse de doctorat en santé publique, Bruxelles, Université Catholique de Louvain, 1994.
- [9] Demarteau M. *Les pratiques d'action en éducation pour la santé et leurs modèles d'évaluation. Réflexions critiques et questions pour la recherche*. In : *Évaluer l'éducation pour la santé : concepts et méthodes*. Vanves : éditions Inpes coll. Séminaires, 2002 : p 35-50.



En 2005, l'Inpes a élaboré un outil d'aide à l'action à l'usage des équipes soignantes souhaitant mettre en œuvre et évaluer un programme d'éducation du patient diabétique de type 2. Le cédérom EdDiaS' met à disposition de nombreux supports d'information, d'animation et d'évaluation recueillis au cours de notre étude.
Lien internet : www.inpes.sante.fr/eddias

Abstract

Introduction

A qualitative study was conducted in several institutions proposing NIDDM patient education activities. It aimed at describing these activities, assessing their quality, identifying the underlying models and comparing them to each other.

Methods

Seven settings were chosen, located in hospitals, in health networks and in diabetes education centers, in metropolitan France and DOM.

Data collection was based on interviews and observation of patient education sessions. A frame was built from models used in the field of health education and patient education.

Results

This study brings a good knowledge about the patient education activities set up.

It confirms the variability of these activities, beyond a common strive towards "enhancing patient's autonomy": organizations are very different; models and implicit objectives are sometimes opposite, enhancing either compliance to a pre-set regimen, or empowerment for autonomy into care decision. These differences appear not to be linked to the type of institution, but more to the educators' path and to some local constraints.

There is a high level of quality of the programs. They deal with "positive health" and are oriented towards health promotion. However the study reveals some common limits to all programs (patients' possibility of implication, diversity of competences, corroboration amongst educators).

Discussion

Similar studies should be conducted about patient education activities concerning other chronic conditions. It seems also necessary to conduct evaluation of different types of patient education models, for different types of patients.