

Les formations en éducation thérapeutique du patient : une transformation des professionnels ou l'approfondissement d'une prédisposition ?

Florian Olivier^{1,*}, Morgane Bondier¹, Anne Letondal², Glori Euvrard², Aline Chassagne¹,
Hélène Trimaille¹, Elodie Cretin¹, Régis Aubry¹ et Cécile Zimmermann³

¹ CHU Minjoz, Centre d'Investigation Clinique, « Axe éthique et progrès » – INSERM CIC 1431, Besançon, France

² AFCET-COMET, Besançon, France

³ UTEP, CHU Minjoz, Besançon, France

Reçu le 3 mai 2019 / Accepté le 7 octobre 2019

Résumé – Introduction : Si les professionnels formés en éducation thérapeutique du soignant (ETP) n'ont fait l'objet que de peu d'études, un constat régulier invite à penser que ce processus de formation engendrerait une véritable transformation des professionnels, dans la manière dont ils envisagent leur pratique au quotidien. C'est ce que le travail relaté dans cet article explore. **Description :** À l'issue d'une enquête qualitative et longitudinale menée auprès de professionnels inscrits à des formations qualifiantes, il apparaît que la curiosité ou l'attrait pour l'ETP va de pair avec des dispositions préalables congruentes avec le cadre éthico-pratique transmis lors des formations. L'appropriation d'une posture explicitement tournée vers le respect et le développement de l'autonomie du patient constitue une continuité logique de la posture initiale des professionnels en formation moins qu'une rupture. Ce qui s'exprime par le passage d'une pratique vécue comme spontanée, intuitive, à une pratique nourrie par l'obtention d'outils spécifiques et de conseils divers. **Conclusion :** Moins qu'un processus de transformation identitaire, c'est celui d'une confirmation identitaire indissociable d'un processus de réassurance des soignants qui se met en place lors du suivi de formations en ETP. Répondant indubitablement à des besoins réels, c'est peut-être au final le manque régulier d'ETP dans les formations initiales des professionnels de santé qui est questionnée ici.

Mots clés : ETP / identité / soignants / transformation / formation

Abstract – Training in therapeutic patient education: a transformation of professionals or the deepening of a predisposition? Introduction: If the professionals trained in therapeutic patient education (TPE) have been the subject of only few studies, a regular report suggests that this training process would lead to a real transformation of professionals, in the way they consider their daily practice. However, a blur surrounds this result. **Description:** Based upon a longitudinal qualitative survey of professionals enrolled in training courses, it appears that the curiosity or the attraction for TPE goes hand in hand with prior arrangements that are congruent with the ethico-practical framework transmitted during training. The appropriation of a posture explicitly oriented toward the respect and development of the patient's autonomy constitutes a logical continuity of the initial posture of professionals, less than a rupture. This is expressed by the passage from a practice lived as spontaneous, intuitive, to a practice nurtured by specific tools and advices. **Conclusion:** Less than a process of identity transformation, it is an identity confirmation linked to a process of reassurance of caregivers that is set up during their training in TPE. Undoubtedly answering to real needs, it is perhaps in the end the regular lack of TPE in the initial training of caregivers that is questioned here.

Key words: TPE / identity / caregivers / transformation / training

*Auteur de correspondance : florian.olivier.pro@gmail.com

1 Introduction

Mise en avant par un rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1996 (1998 pour sa traduction française) pour le rôle qu'elle peut avoir à jouer dans la prise en charge des maladies chroniques et portée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 qui invitait les professionnels de santé à la proposer aux malades atteints de maladie chronique, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est progressivement diffusée dans l'ensemble du territoire français. Sans revenir ici sur l'ensemble des processus qui ont participé à cette institutionnalisation [1,2], ce sont aujourd'hui des centaines de programmes de formations autorisées par les agences régionales de santé (ARS) qui sont mis en place chaque année¹. Présentée de façon sommaire, ces formations à destination de patients visent 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'événements majeurs de la prise en charge* » [3]. Une formulation qui coïncide avec la définition de l'ETP relayée par l'HAS, précisant qu'elle : « *comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie [...] dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.* » [4].

Du côté des soignants, un arrêté du 2 août 2010 réactualisé en 2013, définit les conditions et compétences attendues pour dispenser l'ETP ; une formation spécifique d'un minimum de 40 h étant affirmée comme un minimum attendu [5]. L'impact des formations sur la pratique des professionnels a également été interrogé avec en toile de fond des questionnements sur la manière dont ceux-ci peuvent s'approprier une posture qui invite à « *abandonner la position de celui qui sait le bien de l'autre* » [6].

L'ETP, en effet, vient questionner la répartition traditionnelle des rôles de soignant et de patient, qui, schématiquement présentée, faisait du premier un prescripteur de soin soutenu par ses savoirs et du second un « *« bon observant », c'est-à-dire passif, bénéficiant de l'intervention, [qui] applique ou exécute les conseils ou recommandations formulés* » [7]. La nécessité pédagogique qui pouvait potentiellement être perçue comme étant à la marge de l'activité des soignants devient avec l'ETP une condition nécessaire à la bonne appropriation et au renforcement de savoir-être et savoir-faire par un patient dont on vise à renforcer le pouvoir d'agir.

Partant de l'idée que « *la combinaison d'activités à intention de soin avec des activités à intention éducative a pour conséquence de placer les acteurs dans une tension axiologique entre les valeurs qui fondent le soin et les valeurs*

au fondement de l'éducation (logique de réparation versus logique de développement) » [8], plusieurs études se sont interrogées sur les bouleversements qu'une formation en ETP peut produire sur les soignants et une même conclusion est souvent évoquée : se former en ETP engendrerait chez les soignants une transformation de leur identité professionnelle [9–12] – la notion désignant « *un ensemble de valeurs, de normes et procédures qui fondent les représentations collectives d'un groupe et guident la pratique professionnelle* » [9]. Ainsi définie, l'identité professionnelle renverrait donc à l'incorporation de l'ensemble des tâches et devoirs, ce que le sociologue interactionniste Hughes désignait sous le terme de mandat [13], qui contribue à la définition du rôle associé à un statut professionnel. Cette incorporation individuelle de l'identité professionnelle collective n'est toutefois jamais garantie : elle est toujours mise en tension entre la manière dont les individus se l'approprient (identité pour soi), la manière dont ils visent à la défendre et à la faire apparaître aux autres (identité revendiquée et pour autrui) et celle dont autrui la perçoit et en rend compte (identité perçue et attribuée) [14]. Plus simplement, l'identité est toujours susceptible d'évoluer en fonction des devoirs qu'elle implique pour soi et des attentes qu'elle engendre chez autrui. À ce titre, elle est une donnée se construisant et reconstruisant dans et par l'interaction.

À la suite d'une enquête menée auprès de soignants ayant obtenu un diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient et visant à observer ses incidences sur leur pratique, Lasserre-Moutet *et al.* [9] mettent en lumière un certain nombre de changements chez les soignants, synthétisés de la façon suivante : « *Amenés à repenser différemment leur propre rôle dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique, ils doivent alors réinventer une posture qui à la fois intègre la transformation de leurs valeurs professionnelles, et respecte la vision qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle de soignant (...) On ne peut, en effet, entreprendre d'éduquer sans accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation* ». Les auteurs ajoutent toutefois que l'entrée dans ce processus de transformation de l'identité professionnelle nécessite pour le soignant d'avoir « *expérimenté l'insuffisance de leurs compétences dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique ou vécu un décalage trop grand entre leur vision du soin et leurs pratiques effectives* », avec pour conséquence que « *les convictions qu'il a érigées en raisons d'être pour rendre compte de son expérience soient ébranlées* ». L'ETP participerait ainsi d'un processus de reconstruction d'une identité professionnelle ayant été mise à mal par la pratique et permettrait aux soignants de recouvrer un cadre éthico-pratique à même de stabiliser leur rapport à un rôle professionnel dont la définition a été renouvelée.

Un constat similaire, mais moins général, est fait par Obertelli *et al.* [10]. Ils évoquent le cas de deux médecins dont l'expérience renvoie à l'idée d'une reconstruction identitaire par l'ETP (dans la lignée des descriptions de l'enquête de Lasserre-Moutet), en étant toutefois plus brefs sur le cas d'une infirmière pour qui la posture ETP a moins directement remodelé ses pratiques – tout en maintenant pourtant le terme de « *transformation identitaire* ». Leur insistance est toutefois ailleurs : pour pouvoir s'établir durablement, la nouvelle identité des soignants doit pouvoir s'appuyer sur une

¹ À titre d'exemple, en 2017, l'agence régionale de santé de Nouvelle Aquitaine comptabilisait 445 programmes autorisés de formation en ETP pour sa seule région. Pour la région Grand Est, le même bilan pour l'année 2016 se montait à 303 formations. [en ligne] : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-09/ETP_Prog_Autorises_Nouvelle_Aquitaine_10_08_2017.pdf; https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-12/Rapport%20ETP%20GE_2016.pdf.

Tableau 1. Profession des soignants et pathologie des patients.*Table . Profession of caregivers and pathology of patients.*

Identification	Profession	Identification	Pathologie binôme patient
S1	Infirmière	P1	Cancer
S2	Professeur APA	P2	Diabète
S3	Psychologue	P3	Maladie neuro-dégénérative
S4	Kinésithérapeute	P4	Sclérose en plaques
S5	ASS	P5	Maladie neuro-dégénérative
S6	Médecin	P6	Épilepsie
S7	Kinésithérapeute	P7	Douleurs chroniques
S8	Infirmière	P8	Douleurs chroniques
S9	Médecin généraliste	P9	Maladie auto-immune
S10	Professeur APA	X	X
S11	Infirmière	X	X
S12	Infirmière	X	X
S13	Médecin	X	X
S14	Infirmière	X	X
S15	Médecin (binôme)	P15	Douleurs chroniques

reconnaissance par leur environnement professionnel, qui idéalement, se manifesterait par une culture de service dans laquelle l'ETP a toute sa place. Llambriech et Pouteau [12] notent à ce titre que « *l'intégration de l'ETP dans les services est un processus de transformation identitaire révélant un certain nombre de freins et de ressources personnelles de la part des acteurs* ». L'importance de cette transformation est mise en exergue par les titres structurant le travail des auteurs : « *S'autoriser à changer* », « *Changer sa conception du soin* », « *Faire face à la pression et conflit de valeur avec la culture de service* »... C'est d'une certaine manière la radicalité d'un changement d'une posture à s'approprier et à défendre qui est au final soulignée.

Un schéma global se dessine donc : l'ETP participerait à une transformation de l'identité professionnelle des soignants formés. L'objectif de cet article sera de questionner cette hypothèse, à partir de matériaux empiriques recueillis dans le cadre d'une enquête interrogeant de façon plus large l'impact des formations de 40 h en ETP sur la relation soignant-patient.

2 Méthode

Financée par l'Association franc-comtoise pour l'éducation thérapeutique-Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique (AFCET-COMET), l'enquête réalisée avait pour objectif premier d'interroger la manière dont une formation en ETP pouvait aboutir à modifier le vécu de la relation entre les soignants formés et leurs patients. L'objet de l'enquête étant d'ordre subjectif et représentationnel, le choix d'une méthode d'enquête qualitative s'est imposé. Des entretiens semi-directifs, qui permettent à partir de deux guides d'entretien définissant préalablement des thématiques à explorer avec chaque type d'enquêté (soignant ou patient) tout en laissant la possibilité de s'adapter à une discussion qui garde sa spontanéité et de recueillir des discours élaborés, ont ainsi été menés. Au total, 64 entretiens ont ainsi été conduits auprès 10 binômes de professionnels et patients, avant l'entrée en formation des premiers, à son issue, puis un minimum de six mois plus tard.

Le recrutement des soignants s'est fait sur la base d'une participation à une formation de 40 h réalisée au sein d'une des deux structures suivantes : AFCET-COMET et UTEP du CHU Minjoz de Besançon. Ce choix assure une homogénéité concernant les formations suivies puisque les deux structures ont collaboré à leur conception.

À l'initiative de la demande de formation ou non, tous les soignants étaient curieux et volontaires à la suivre. Ajoutons que seuls les deux professeurs APA ont bénéficié d'un enseignement théorique de l'ETP lors de leur formation initiale. Les autres enquêtés se sont inscrits aux formations de 40 h dans une optique de découverte. Leurs connaissances sur le sujet relevaient essentiellement de retours de collègues formés, voire d'une rapide prise d'information lorsque la formation leur a été proposée (le plus souvent afin de pouvoir participer ou mettre en place de l'ETP dans leur établissement). Les patients constitutifs des binômes ont de leur côté été tirés au sort à partir d'une liste de noms et contacts fournis par les soignants enquêtés, afin que ces derniers ne puissent savoir qui, *in fine*, a été sélectionné et ainsi ne puissent modifier consciemment ou non leur comportement. Un critère exigé était que les patients proposés soient pris en charge par les soignants dans le cadre d'une maladie chronique depuis un minimum de 6 mois, de sorte à ce que l'éventuel constat d'une évolution de la relation durant l'enquête ne puisse *a priori* être attribué à la simple construction d'une relation, puisque déjà installée. À noter que de par des difficultés de recrutement, et plus particulièrement pour des difficultés rencontrées par les soignants à remplir les conditions demandées concernant l'identification de patients, 5 soignants supplémentaires ont été recrutés sans binôme patient. Cette déviation au protocole a été admise puisqu'elle permettait de compléter l'analyse du sentiment d'évolution du côté soignant.

Nul impératif de profil professionnel des soignants (voir Tab. 1) n'a été établi puisque notre objectif était de tester l'influence des formations, par-delà les particularités professionnelles. Ce choix implique également une diversité des pathologies des patients, allant de problèmes de diabète à des maladies auto-immunes.

Les données discursives recueillies ont été retranscrites et analysées de façon à reconstituer des classifications thématiques synthétisant les discours de chaque enquêté et leurs points saillants. À partir de ces données a été constitué un tableau synoptique mobilisé pour deux modes de comparaison : des discours et ressentis entre les 3 temps de l'enquête par individu ou binôme afin de caractériser les évolutions vécues ; une analyse inter-individus (et inter-binômes) afin de dégager les tendances globales.

Rappelons que notre objectif ici étant de questionner l'hypothèse d'une transformation identitaire des soignants faisant suite à leur formation en ETP, c'est à ceux-ci que la présentation des résultats, divisée en deux temps, s'intéressera en premier lieu. Le premier temps, focalisé sur les analyses pré-formation, illustrera la manière dont l'hypothèse de similitudes fortes dans le profil des soignants enquêtés a émergé durant l'enquête ; le second réunira les analyses des temps 2 et 3 de l'enquête de façon à montrer comment le renforcement de cette hypothèse conduit à remodeler la proposition de transformations identitaires qui feraient suite aux formations.

3 Résultats

3.1 Avant la formation : des soignants aux dispositions communes ?

3.1.1 Conceptions de leur rôle par les soignants

Malgré la diversité des professions composant notre échantillon, nous avons pu constater que de façon initiale, les soignants définissaient leur rôle d'une façon similaire, s'organisant autour de trois dimensions complémentaires et indissociables.

Une première dimension de leur rôle (ou identité professionnelle pour soi) des soignants est « technique ». Elle est centrée sur la réalisation des objectifs les plus directement liés à une finalité de gestion de la pathologie (à défaut, dans le cadre de maladie chronique de pouvoir parler de finalité curative) dont la forme dépendra de la profession occupée : rééduquer, poser un diagnostic, traiter des symptômes...

Une seconde dimension, d'« explication-information-conseil (ou pédagogique) », vise en premier lieu à permettre au patient une bonne compréhension de sa pathologie mais aussi des traitements et autres actions entreprises. En second plan, cette bonne compréhension renvoie à des objectifs plus variés ; notamment « favoriser l'acceptation [par le patient] de sa maladie... » (S4), avec l'idée que c'est à partir du moment où une acceptation par le patient de sa maladie a lieu que les professionnels estiment pouvoir entrer pleinement dans le cheminement du soin : « *Le départ, c'est l'acceptation.* » (S1). Un lien direct est fait par les soignants entre la dimension d'information-explication et celle technique : en expliquant le fonctionnement de la maladie et en insistant sur les tenants et aboutissants de la prise en charge, les professionnels visent également la réalisation de leur objectif technique.

Expliquer-informer se concrétise également dans le fait de fournir des conseils qui permettront un développement de l'autonomie fonctionnelle du patient (ou capacité du patient à s'autogérer dans la prise en charge de sa pathologie) [15] : il s'agit de « *réussir à les amener à être actifs dans leur*

guérison » (S15) ou encore de faire qu'ils aient « *toutes les cartes en main pour savoir gérer s'il y a un problème* » (S4).

La dimension d'explication-information (et de conseil) est indissociable d'une « dimension relationnelle » du rôle revendiqué par les soignants, axée sur l'importance de l'écoute, sur la prise en compte des désirs et craintes des patients et sur un respect de leur autonomie décisionnelle (ou capacité à pouvoir exprimer et voir prise en compte leur opinion dans la détermination des soins) [15]. S'adapter au patient est ici le maître mot pour pouvoir transmettre l'information au patient « *en utilisant les mots qui vont être adaptés et en fonction de son niveau socioculturel. [...] Essayer de casser tous les mots médicaux pour les mettre à la portée de la personne en face* » (S8). Respecter l'autonomie décisionnelle du patient en s'adaptant à ses attentes tend à apparaître aux professionnels comme une nécessité pour avancer vers la réalisation de leur objectif technique : « *je pars du principe qu'on ne va pas faire faire quelque-chose à quelqu'un qui n'a pas envie de le faire* » (S10), « *on a beau proposer toutes les plus belles solutions du monde, si lui [ndr : le patient] n'est pas partie prenante, on n'aura aucun succès dans ce qu'on propose* » (S11). Ce respect de l'autonomie décisionnelle des patients peut conduire à ralentir le rythme des actions dans la prise en charge pour « *aller au rythme des patients* » (S6), à prendre le temps afin d'« *essayer de cerner un peu comment la personne fonctionne et essayer de voir quels mots il va falloir apporter* » (S8) ; de même qu'elle peut obliger à prendre sur soi lorsque le patient semble peu enclin à aller dans la direction souhaitée : « *je fais des efforts [...] c'est-à-dire que des fois, je dis "ok, vous ne voulez pas mais on en reparle la prochaine fois". Je ne lâche pas facilement le morceau* » (S15). Mais surtout, le respect de l'autonomie décisionnelle du patient participe à « *instaurer une espèce de relation de confiance* » (S6), or « *s'il n'y a pas l'adhésion thérapeutique, s'il n'y a pas la relation, s'il n'y a pas la confiance, on va à l'échec du traitement* » (S15). Cette idée, récurrente chez les professionnels interrogés, ne doit toutefois pas conduire à ne voir en la dimension relationnelle qu'un moyen, elle est également en elle-même une fin.

Les manières de l'exprimer varient, mais la dimension relationnelle de leur activité est évoquée par les professionnels comme primordiale : « *c'est le centre. C'est au cœur. C'est la base* » (S5) ; « *C'est vraiment au cœur de la consult' [...] c'est ce qui me motive vraiment* » (S8) ; « *La relation, c'est 80-90 %, voire 100 % [de la pratique]. C'est indispensable* » (S4) ; « *La dimension relationnelle représente 80 % de notre travail* » (S1).

L'importance de la relation dans l'activité quotidienne se concrétise par une nécessité d'écoute du patient : « *moi ce que j'essaie de faire au quotidien, c'est plutôt d'être à l'écoute des patients* » (S11), « *tout le monde entend les patients mais ne les écoute pas toujours* » (S12). Toutefois, « *faire preuve d'une grande écoute* » (S12) implique de devoir et pouvoir prendre le temps : « *on se rend disponible pour eux [...] si on sent que la personne a besoin d'un autre temps, c'est possible. On est disponible pour ça* » (S1) ; « *je pense que c'est essentiel quand je ressens qu'il y a besoin de prendre le temps, j'essaie de prendre le temps* » (S13) ; « *c'est pour ça que les consult' durent si longtemps et qu'on finit en retard !* » (S8) ; « *on passe beaucoup de temps à ça [ndr : à écouter]. Beaucoup.* » (S5).

Être à l'écoute du patient, c'est aussi tenter de prendre en compte sa singularité : *«chaque histoire, elle est vraiment singulière [...] Et... non, il n'y a pas de petits problèmes»* (S15). Le fait de considérer que *«chaque personne est unique en face»* (S8) conduit nécessairement à insister une fois encore sur une nécessaire adaptation au patient. Non seulement dans un but de bonne transmission de l'information, mais aussi afin de pouvoir être un *«soutien émotionnel»* (S5) du patient, que *«la consultation apporte aussi un bénéfice psychologique»* (S6). L'implication des professionnels de l'échantillon dans la relation est de façon à peu près systématique contrebalancée par la nécessité de trouver *«la bonne distance»* qui permettra de construire une relation de confiance jugée nécessaire pour une bonne prise charge et éviter *«trop de familiarité»* (S12).

Située au cœur de leur pratique, la dimension relationnelle du rôle que s'attribuent les professionnels du soin apparaît tout en même temps comme une contrainte avec laquelle il faut composer (bien que cela ne soit évoqué que de façon secondaire, lorsqu'un patient est perçu par le soignant comme peu investi dans la démarche de soin préconisée), comme un devoir moral de considération du patient, voire comme ce qui donne à certains professionnels l'intérêt principal qu'ils ont pour leur activité : *«je crois que c'est ce que j'adore le plus en médecine, c'est vraiment la relation avec le patient unique en face, j'adore le côté psychologique»* (S9).

3.1.2 Un biais de sélection des professionnels formés en ETP ?

À l'issue de l'exploration de la perception par les soignants de leur rôle, une impression persistante est d'avoir affaire à des professionnels du soin qui, avant même de commencer leur formation, sont dans une démarche dont la logique peut relever de l'ETP, et ce malgré des connaissances la plupart du temps floues de leur part sur le sujet. C'est l'esquisse d'une logique voulant que les soignants témoignent préalablement à leur formation de dispositions favorables à l'appropriation d'une posture relevant de l'ETP qui apparaît alors, nourrissant deux hypothèses possibles et non contradictoires : la première questionnant l'existence d'un phénomène d'autosélection des professionnels désireux de se former en ETP ; la seconde interrogeant une identité professionnelle des soignants peut-être moins éloignée de la posture de l'ETP que la littérature ne le laisse penser. Dans la lignée de cette dernière hypothèse, il faut considérer la possibilité que les trois dimensions du rôle des acteurs du soin dégagées relèvent non tant de particularités propres aux participants aux formations d'ETP qu'à un *ethos* global partagé – du moins discursivement – par l'essentiel des professionnels de la santé, ne serait-ce parce que ces trois dimensions engloberaient les différentes facettes des tâches qu'ils peuvent *de facto* être amenés à effectuer. En ce sens, une étude quantitative portant notamment sur les représentations des professionnels de santé (PS) et de non-professionnels de santé (NPS) sur la relation soignant/soigné a ainsi montré que *«les deux groupes font référence aux capacités relationnelles et techniques du médecin qui se doit d'établir une communication claire afin d'instaurer un climat de confiance basé sur son savoir-faire, avec un accent plus fortement porté sur la pédagogie côté PS, et sur le soutien et l'échange, chez les NPS, parfois insatisfaits par des contraintes temporelles trop fortes»* [16]. Néanmoins, contrairement au cas présent,

l'enquête se basait sur des idéaux déclarés et non des descriptions pouvant être confrontées aux discours de patients. Or, si l'on compare les propos des soignants de notre échantillon avec ceux de leurs patients, il apparaît une cohérence globale des discours. Les patients amenés à évoquer la pratique de leur binôme professionnel insistent sur la dimension d'écoute : *«je peux parler de ce que j'ai, de ce que je ressens»* (P1), *«je lui raconte tout»* (P4), *«pour moi, il y a une très bonne écoute»* (P5), *«très ouverte, très à l'écoute du patient»* (P9)... L'écoute a un impact clair sur la relation, faisant que les patients se sentent soutenus : *«ça me redonne le moral»* (P4), *«c'est réconfortant»* (P1), *«ces échanges me font oublier que j'ai mal»* (P8), *«ça déculpabilise un peu»* (P5).

Tout aussi présente est la dimension d'explication-information-conseil : *«il a la patience de nous expliquer ce qu'il faut faire»* (P2); *«tout ce qu'elle me fait faire, elle m'explique pourquoi [...] Je lui pose toutes les questions qui me viennent en tête»* (P8); *«elle dit le pourquoi, le contre, les effets qu'il peut y avoir»* (P15). Cette dimension explication-conseil peut être reliée à un sentiment d'inclusion du patient dans la dynamique de soin, marquant une proximité forte avec l'autonomie décisionnelle et se matérialisant parfois par l'emploi d'un «on» symbolisant une codécision : *«on ne fait pas les choses si je ne suis pas d'accord»* (P1); *«j'ai discuté avec elle et on a convenu que je resterais en période d'observation»* (P6); *«C'était un échange [...] on va travailler sur telle chose [...] on essaie toutes les pistes pour trouver la bonne»* (P9). Autonomie décisionnelle qui se retrouve également dans le fait que les patients ont le sentiment de toujours pouvoir avoir le dernier mot sur leur prise en charge : *«Elle n'impose jamais [...] la décision au final nous appartient toujours»* (P9).

Si les propos ici cités ont été sélectionnés, ils n'en sont pas moins représentatifs de l'expérience globale des patients interrogés. Ajoutons ici qu'une majorité de patients a spontanément mis en parallèle son expérience auprès des soignants échantillonnés avec des expériences personnelles de prise en charge mal vécues. Outre des remises en cause visant l'efficacité des prises en charge (dimension technique), c'est la dimension relationnelle qui a largement été évoquée, dirigée à l'encontre *«des soignants pressés»* (P1) et donc peu à l'écoute; des médecins perçus comme paternalistes, se donnant le statut de *«grands pontes»* (P6) installés dans une posture de *«moi je sais tout, toi tu ne sais rien, tu te tais»* (P9). Ces propos, sans préjuger de leur portée, poussent néanmoins à renforcer la crédibilité de l'hypothèse d'un phénomène d'autosélection des soignants inscrits aux formations en ETP. Hypothèse qui trouvera confirmation dans la manière dont les professionnels de notre échantillon ont pu rendre compte de leur expérience de formation, à la fois en termes d'acquis, à la fois en terme de dynamique de groupe.

3.1.3 La dynamique d'entrée en formation : nourrir les dimensions relationnelles et pédagogiques du rôle de soignant

En amont de leur formation, les professionnels interrogés accordent une importance aux dimensions relationnelles et pédagogiques de leur rôle. Cet investissement de leur rôle s'oppose toutefois à leur manque de formation ressentie et les

difficultés parfois rencontrées nourrissent des doutes liés à une approche spontanée, instinctive, de la relation et de la posture pédagogique. L'opportunité de se former en ETP apparaît dès lors comme une occasion de répondre aux doutes et interrogations exprimés, de maîtriser l'incertitude.

De façon unanime, les soignants échantillonnés étaient volontaires pour participer à leur formation et tous avaient en tête un projet de mise en place d'actions en ETP (notamment de groupe) – sans forcément en être à l'initiative. S'il s'agit là d'une cause essentielle à l'entrée en formation, des motivations sont à évoquer.

Un trait global qui caractérise les enquêtés est d'avoir exprimé lors des premiers entretiens réalisés, et chacun à sa manière, des difficultés propres à l'ensemble des dimensions de leur métier : manque de temps et/ou de disponibilité, difficultés de transmission des informations, d'adaptation du discours aux patients, ou encore à saisir les attentes de certains d'entre eux... Toutefois, pour aucun des enquêtés il ne serait adapté de parler d'expériences de ruptures professionnelles qui auraient engendré un désir de formation : l'initiation à l'ETP est essentiellement perçue comme une opportunité d'améliorer une pratique qui, de par des formations initiales centrées sur sa dimension technique, engendre des doutes sur la manière de s'approprier les dimensions relationnelles et pédagogiques de leur rôle. L'existence même de ce doute, qui conduit les soignants à adopter une démarche réflexive, renforce le constat fait de l'intérêt porté par les soignants aux trois dimensions de leur rôle : la saisie de l'opportunité de formation en ETP constituant une réification de cet intérêt. Les attentes exprimées par les soignants à l'encontre des formations qualifiantes suivies sont à ce titre évocatrices.

De façon quasiment unanime, ce sont les souhaits de se voir transmettre des outils, des « trucs et astuces » mobilisables au quotidien dans leurs prises en charge qui synthétisent une bonne part des attentes des soignants envers leur formation. Le discours d'un médecin en subsume beaucoup d'autres : « *au bout d'un moment c'est pas mal d'avoir une ouverture différente pour essayer de se donner d'autres idées [...] d'élargir notre manière de voir, je suis sûre qu'il y a plein de petits trucs, d'astuces, à côté desquels on passe et après coup on se dit "non mais en fait j'aurais bien mieux fait de lui expliquer comme ça, ça aurait été beaucoup plus clair", il y a plein de petites choses qu'on peut améliorer. [...] on essaie de faire avec notre feeling mais [j'aimerais pouvoir] essayer de cadrer un peu plus les choses* » (S9).

Améliorer sa pratique d'accompagnement en la rendant moins instinctive, palier les lacunes identifiées de leurs formations initiales sur les dimensions pédagogiques et relationnelles de leur rôle sont ainsi les objectifs principaux attribués à la formation. Pêle-mêle, sont citées la volonté d'« *accompagner plus facilement la prise de conscience de la pathologie* » (S12), d'obtenir « *des éléments de pédagogie, c'est-à-dire avoir des notions ou des outils clés justement pour faire passer des messages* » (S13), « *des choses pratiques* » (S6), dans tous les cas, il s'agit d'« *améliorer les compétences que l'on a déjà et puis développer des outils de travail qui vont être intéressants* » (S1).

La formation est également vue comme une occasion rare d'échanger avec d'autres professionnels pour confronter ses pratiques et difficultés. Nous allons voir à ce titre que l'expérience de formation a apporté satisfaction à ce sujet.

3.2 Après la formation : du « commun » en partage et une posture réaffirmée

3.2.1 Une adhésion à l'ETP facilitée par des dispositions partagées entre participants

L'hypothèse de dispositions favorables à une pratique de l'ETP chez les professionnels de notre échantillon trouve un écho net dans la manière dont ils ont pu rendre compte de leur expérience de formation.

À l'issue des diverses formations suivies par les professionnels, une constante est apparue : la diversité des professions représentées lors des formations était enrichissante. Parce que se confronter aux expériences d'autrui, « *ça apprend plein de choses* » (S11), parce qu'il « *y a de bonnes idées à prendre ailleurs* » (S6), ou encore cela a créé une forme de complémentarité des points de vue qui soulève le fait que, au quotidien, « *c'est justement avoir cette approche d'équipe pour essayer d'accompagner le patient dans sa maladie chronique. Ce n'est pas une relation seul à seul* » (S5).

Mais plus profondément, les échanges ont permis à une majorité de professionnels d'être confirmés dans le fait qu'au-delà de la diversité des statuts, « *on s'aperçoit qu'on a un peu les mêmes problématiques* » (S06). Les doutes issus d'une pratique spontanée trouvant dès lors déjà matière à être atténués : « *c'était très riche déjà de se sentir pas seul, de voir qu'on se pose un peu les mêmes questions* » (S09).

Ce premier signe d'une certaine homogénéité de posture parmi les participants est renforcé par un autre constat : lorsqu'interrogés sur le profil des individus présents à leur formation, le partage de « commun » a été à plusieurs reprises évoqué par les enquêtés.

C'est déjà un intérêt pour la dimension relationnelle du rôle qui a été mise en avant : « *tout le monde avait cette envie. Dans le relationnel en tout cas, je trouve que c'était un point commun* » (S12). Ce qui, pour certains enquêtés qui ne ressentent pas forcément cette idée de façon courante dans leurs quotidien professionnel a été vécu comme bénéfique : « *ça m'a rassuré comme j'ai senti que beaucoup de professionnels sont dans cette démarche-là et ont la même pensée et les mêmes valeurs* » (S02). Ce constat global est parfaitement synthétisé par une soignante : « *je pense que toutes les personnes qui étaient présentes à cette formation ont un peu la fibre éducation thérapeutique, c'est-à-dire que c'est quelque chose qui leur parle* » (S13). Une nuance est toutefois apportée par une autre enquêtée, qui souligne que si globalement, les participants avaient une approche assez commune de leur profession, « *il y en a toujours un ou deux un peu plus sceptiques, qui n'ont pas la même approche* ». Elle conclut son propos en nous expliquant que « *ceux-là, je ne pense pas qu'ils aient été satisfaits de la formation parce que ce n'était pas dans leur optique, ou ce n'était pas le bon moment* », ajoutant que sur le profil des participants et sa sélection, « *oui, il y a un biais* » (S6).

L'idée de dispositions partagées par les participants aux formations en ETP est soulignée de différentes façons par les enquêtés. Une soignante, qui évoquait le partage par les participants d'« *une trame de fond, [...] vouloir se sentir, oui, le plus proche possible du patient pour pouvoir l'aider au mieux. Mais tout en gardant une posture de professionnel, en se protégeant également* », conclut à la fois que « *c'est quelque chose d'universel finalement* » dans le soin, à la fois que « *les*

personnes qui faisaient cette éducation, il y avait un biais de recrutement, je pense. Et finalement, ce sont des gens qui sont très sensibilisés à cette relation médecin-patient » (S9). Un autre soignant sous-entend que cela se sent quand « *on est avec des qui [...] sont dans cette visée à l'éducation thérapeutique* » – par opposition aux comportements qu'il peut rencontrer au quotidien avec des professionnels qui « *n'ont pas trop de vues sur l'éducation thérapeutique ou des valeurs qui s'en rapprochent, on voit tout de suite que les questions qu'on nous pose ne sont pas du tout les mêmes, que les retours qu'on a ou qu'on nous demande ne sont pas les mêmes non plus* » (S2). Cette non-coïncidence entre le profil des personnes présentes durant la formation et le personnel du soin dans son ensemble est redondante dans les discours des soignants. Pour autant, son interprétation demeure incertaine. Une autre professionnelle, nous disant qu'il y avait parmi les participants « *un fond commun* », enchaîne en nous livrant qu'elle s'était spontanément dit « *c'est le fond commun des soignants, une humanité de base quand on fait un métier de relation, d'aide* ». Mais lorsqu'interrogée alors sur le fait de savoir si ce fond était représentatif du personnel hospitalier, sa réponse est claire : « *Alors là non, pas forcément. Là par contre, non.* » (S5).

Si l'idée d'un fond commun, de valeurs communes entre l'essentiel des participants a été confirmée par l'ensemble des d'enquêtés, son interprétation varie. L'idée d'un biais de sélection des participants est une évidence pour certains : « *globalement c'était quand même tous des gens qui... enfin voilà, c'est un peu trié avant d'arriver dans cette formation, les gens n'arrivent pas par hasard. On sent bien qu'il y a quand même beaucoup d'empathie malgré, en fait malgré la partie spécificité technique de chacun, si on laisse ce côté-là, si on en fait abstraction, on sent que ce sont des gens qui ont quand même globalement les mêmes valeurs, qui ont envie de bien faire, qui ont envie d'être en relation, qui ont envie d'améliorer le quotidien des gens, oui je pense que les objectifs sont les mêmes quand même* » (S15). Pour d'autres, dans la lignée des propos déjà cités, la spécificité des participants, bien que spontanément évoquée, est nuancée en mobilisant la nature même des professions représentées : « *après, je pense que de toute manière pour se lancer dans ce genre de métier, on est quand même très sensibilisé à ça [ndr : la relation] au début* ». La même soignante poursuit en expliquant que la charge de travail, l'ambiance de l'équipe peuvent inhiber cette sensibilité « *selon ce qu'on vit chacun, ce qu'on peut être amenés à rencontrer, selon le rythme qu'on a, si vous avez 50 patients à voir en une matinée, c'est extrême mais voilà il y a la dimension du temps, il y a plein de choses qui rentrent en ligne de compte, l'ambiance de l'équipe aussi qui font qu'on appréhendera les choses de manière différente* » (S9). Ces propos sont relativement proches d'un autre soignant qui, tout en reconnaissant des profils particuliers de participants à la formation suivie, met l'accent sur le fait que c'est peut-être surtout que les médecins étaient minoritaires dans la formation et que « *quand tu vois ce qu'est l'éducation thérapeutique, et la façon dont vont fonctionner, pas fonctionnent les médecins, mais où ils prescrivent des choses [...] il y a quand même ce côté c'est nous qui savons et il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça* » et, au final, que « *ce n'est pas qu'elle n'est pas représentative, c'est [...] que pour certains corps de métiers c'était peut-être plus compliqué d'intégrer ou de mettre en place l'éducation thérapeutique* » (S3). Le phénomène

d'autosélection serait dès lors selon ce soignant surtout dirigé vers une sous-représentation des médecins, à la fois moins disposés à un abandon de pouvoir en faveur du patient, à la fois plus contraints par leur mandat pour pouvoir se permettre de mettre en place de l'ETP.

Le sentiment d'un fond « commun » qui rassemble l'essentiel des participants aux différentes formations en ETP est un trait fort de l'expérience des enquêtés et si les interprétations qu'ils en font et donnent varient, ce constat tend à renforcer l'idée d'un biais de sélection des participants, réunis sous le cadre d'une vision commune de leur rôle – ou dispositions favorables à l'ETP. Est-ce là un trait susceptible de susciter des transformations identitaires suite aux formations ?

3.2.2 Un effet de confirmation identitaire

De façon nette, les professionnels ont trouvé en la formation un support leur permettant de diminuer la part de doute émaillant leur pratique. Outre cet effet de réassurance provoqué par le constat de soignants divers rencontrant les mêmes difficultés et se posant les mêmes questions, ils ont, d'une part, été confirmés dans la vision de leur rôle (notamment sur l'importance placée en la relation au patient) par l'ETP, d'autre part, leurs attentes d'outils ont été pour majeure partie satisfaites : les outils communicationnels tels que l'usage de reformulations et de questions ouvertes dans les échanges ont été plébiscités et largement mobilisés quotidiennement durant les mois suivant la formation.

Par ailleurs, les exemples pourraient être multipliés mais un même sentiment s'impose chez les soignants six mois après la fin des formations suivies, celui d'avoir été avant même la formation, dans une démarche d'ETP : « *On avait déjà cette approche, ça ne nous a pas retourné la tête* » (S03) ; « *j'étais déjà dans cette démarche [...] ça a confirmé des impressions [...] je pense que l'idée, je l'avais déjà plus ou moins, je ne l'appelais sans doute pas ETP à l'époque...* » (S6) ; « *Alors il se trouve que je faisais ça au feeling sans aucune formation et là ça a permis de donner un cadre, oui de structurer les choses, de donner des clés supplémentaires auxquelles on n'aurait pas forcément pensé et puis de mettre des mots sur les choses, sur les concepts. [...] Ça a conforté, conforté les choses, oui* » (S9) ; « *il se trouve que je faisais ça [ndr : avoir une posture pouvant relever de l'ETP] au feeling sans aucune formation et là ça a permis de donner un cadre, oui de structurer les choses, de donner des clés supplémentaires* » (S2).

Ainsi, parler de transformation identitaire des soignants apparaît inadapté tant l'idée de rupture que le concept implique est supplantée par celle d'une continuité, renvoyant à un processus de renforcement de dispositions initiales via l'acquisition d'un cadre éthico-pratique formalisé pouvant servir de référentiel. L'effet de réassurance constaté est d'ailleurs indissociable de ce processus de confirmation identitaire faisant que la formation, selon les attentes de chacun, a permis pêle-mêle aux soignants de se voir confirmés dans une approche tridimensionnelle de leur rôle, de relativiser des difficultés rencontrées qu'ils ont pu découvrir comme ne leur étant pas propres, de se voir dotés d'outils pour améliorer des pratiques jusqu'alors instinctives, mais aussi, par leur mise en pratique, de faire l'expérience de leur effectivité ou, tout du moins, d'en percevoir les signes.

Il faut ajouter que si la dimension relationnelle de leur rôle a été réaffirmée par la formation – entraînant les réajustements pratiques connexes – cette logique de renforcement de dispositions aboutit à des modifications trop subtiles pour avoir été perçues par leurs binômes patients.

4 Discussion

À l'issue de notre cheminement, l'idée de dispositions partagées par les soignants participant aux formations en ETP semble établie. Différents points méritent toutefois d'être rappelés.

L'échantillon mobilisé n'est composé que d'individus volontaires au suivi de formation et les résultats obtenus doivent être compris sur la base de cette limite. Quelques discussions informelles avec des formatrices en ETP laissent à penser que lorsque les formations ont été imposées, les participants peuvent se montrer récalcitrants et peu aptes à s'approprier une posture relevant de l'ETP. De plus, la valeur confirmatoire du discours des patients vis-à-vis de celui des soignants peut être interrogée. Bien que tirés au sort, il faut considérer le fait que ces patients ont été préalablement désignés par les soignants et l'on ne peut complètement exclure l'idée d'une pré-sélection (consciente ou non) d'individus avec lesquels ils entretiennent une relation satisfaisante.

Un second point est que le propre de notre méthodologie est d'aboutir à une mise en avant des similarités et régularités, au risque d'affaiblir le poids des particularités individuelles, notamment liées à l'exercice de professions différentes. Nous avons à ce titre pu observer lors de notre enquête une sous-représentation nette des médecins dans les formations et des participants masculins (dépassant nettement leur sous-représentation globale dans les professions de santé). Ce qui mériterait d'être exploré et pourrait participer à améliorer la compréhension des enjeux liés aux profils des participants et donc d'adaptation des formations. Il faut également considérer, comme le signalent Gagnayre et d'Ivernois, qu'au sein de la vaste offre de formation en ETP, « il existe une hétérogénéité du niveau de compétence des formateurs et par conséquent du contenu enseigné » [17]. Si dans notre enquête, les structures de formation sont homogènes dans leur approche et centrées sur des critères de qualité cohérents avec les recommandations énoncées par les auteurs susmentionnés suite à leur constat critique, on peut s'interroger sur la manière dont la diversité d'approches et d'expertise des formateurs peut conditionner l'émergence d'un effet de réassurance chez les formés.

Aussi la logique dispositionnelle mise en avant dans cet article ne peut être considérée que comme un cadre général d'interprétation qui ne permet pas de rejeter l'idée de transformations identitaires de professionnels par l'ETP dans ce que le terme peut avoir de plus expansif. Une hypothèse crédible qui permettrait de faire le lien entre nos résultats et ceux de Lasserre-Moutet *et al.*, mais non vérifiable avec nos données, serait de penser qu'une corrélation lie le poids des doutes sur la manière de gérer la relation à l'entrée en formation et l'intensité des modifications de l'identité des professionnels à sa sortie.

5 Conclusion

Le schéma dispositionnel qui se dégage de nos analyses invite à penser le processus de formation en ETP comme un processus de réassurance qui, sans bouleverser les pratiques, renvoie à l'appropriation d'un cadre éthico-pratique leur donnant une assise plus sûre. La confirmation identitaire observée est toutefois indissociablement une évolution identitaire reposant sur une place croissante attribuée à la dimension relationnelle (et donc pédagogique) du rôle de professionnel de santé. Quelque part, c'est la répartition traditionnelle des rôles entre soignants et patients marquée par une inégale distribution du savoir/pouvoir qui est questionnée ici : le saut identitaire à effectuer pour adopter une posture relevant de l'ETP étant pour les professionnels enquêtés restreint. Le changement sémantique de l'évolution vers la confirmation ne doit toutefois pas être compris comme dépréciatif, bien au contraire : l'effet de réassurance constaté chez les soignants enquêtés est indéniable. Ce résultat, couplé au succès de l'ETP et à la multiplication des formations – qui traduisent une demande de la part de professionnels dans un contexte de croissance des maladies chroniques – invitent à s'interroger sur une potentielle évolution en cours de l'identité de ceux-ci. De façon connexe, c'est la place de l'ETP dans les formations initiales des professionnels qui mériterait d'être questionnée. L'effet de réassurance des soignants faisant suite à leur formation signale des manques que les pratiques instinctives peinent à combler de façon sereinement vécue.

Conflits d'intérêts. Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Abréviations

AFCET-COMET	Association franc-comtoise pour l'éducation thérapeutique-Coordination multipartenariale pour l'éducation thérapeutique
ARS	Agence régionale de santé
ETP	Éducation thérapeutique du patient
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
OMS	Organisation mondiale de la santé
UTEF	Unité transversale pour l'éducation du patient

Références

- Grenier B, Bourdillon F, Gagnayre R. Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles. *Santé publique* 2007; 19:283–292.
- Baudier F, Prigent A, Leboube G. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises. *Santé publique* 2007; 19:303–311.
- Saout C, Charbonnel B, Bertrand D. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 2008.

4. OMS-Europe. Therapeutic patient education—Continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease, 2006, traduit en français en 1998.
5. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. *J Off Repub Fr* 2010; 0178:14397.
6. Lacroix A. Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique? *Santé publique* 2007; 19:271–282.
7. Giordan A. Éducation thérapeutique du patient: les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Med Mal Metab* 2004; 4:47–50
8. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient: champ de pratique et champ de recherche. *L'Harmattan* 2014; 35:9–48.
9. Lasserre-Moutet A, Dupuis J, Chamboule M, Lagger G, Golay A. Transformer son identité professionnelle: impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie médicale* 2008; 9:83–93.
10. Obertelli P, Pouteau C, Haberey-Knuessi V, Dancot J, Le Roux A, Llambrich C, *et al.* Évolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique. Doctoral dissertation, Centre de recherche sur la formation (CRF), CNAM; Chaire de l'Institut d'éducation thérapeutique, UPMC; CentraleSupélec, 2015.
11. Rachel Meier J. Se former afin d'éduquer et promouvoir la santé..., Mémoire DIFEP—Volée 16, Faculté de médecine—Université de Genève, 2015.
12. Llambrich C, Pouteau C. Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. *Éduc Social* 2017; 44. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/edso/2116>.
13. Hughes E. Le regard sociologique. Collection Recherches d'histoires sociales. Paris: Éditions EHESS; 1997, pp. 99–106.
14. Dubar C. La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles. Paris: Dunod; 1991, pp. 217–228.
15. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé: réflexions et perspectives. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2012; 4:401–408.
16. Jeoffrion C. Santé et représentations sociales: une étude « multi-objets » auprès de professionnels de santé et non-professionnels de santé. *Cah Int Psychol Soc* 2009; 82:73–115.
17. Gagnayre R, D'Ivernois J-F, *et al.* Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2014; 6(1):10401.

Citation de l'article : Olivier F, Bondier M, Letondal A, Euvrard G, Chassagne A, Trimaille H, Cretin E, Aubry R, Zimmermann C. Les formations en éducation thérapeutique du patient : une transformation des professionnels ou l'approfondissement d'une prédisposition? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019; 11:20203.