HAL
open science

Approche curriculaire de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en institut de formation en soins infirmiers

Céline Bocquet

To cite this version:

Céline Bocquet. Approche curriculaire de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en institut de formation en soins infirmiers. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03160564

HAL Id: dumas-03160564

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03160564v1

Submitted on 5 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Master 2 Sciences, Technologies, Santé mention Santé Publique parcours Promotion de la Santé orientation Education Thérapeutique du Patient
2019 - 2020

Approche curriculaire de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en institut de formation en soins infirmiers

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Master 2 de SANTE PUBLIQUE et PROMOTION DE LA SANTE
Orientation EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

Soutenance le 28 SEPTEMBRE 2020

Par

Céline BOCQUET
N° étudiant 21906570

Directeur de mémoire : Reda SALAMON

REMERCIEMENTS

L'écriture de ce mémoire est le fruit d'un investissement professionnel et personnel. Le résultat d'un travail approfondi, de remise en question, d'échanges, de rencontres, de réflexions avec des émotions, positives et négatives, de la frustration mais aussi une grande satisfaction.
Aurais-je pu arriver au travail parfait ? Et quel est-il ? Non je ne crois pas car chaque nouvelle facette étudiée sur le sujet de l'enseignement de l'Education Thérapeutique, m'amène vers de nouvelles connaissances, de nouvelles pistes à explorer, vers de nouveaux possibles. Il m'a fallu faire des choix, prendre des directions que j'assume pleinement mais il y a toujours pour moi une incorrigible exigence personnelle qui me dit que je peux aller plus loin.

Bien évidemment je ressors enrichi de ce travail de recherche, professionnellement dans mes acquis, mes connaissances, mes compétences, et personnellement dans mon sentiment d'auto-efficacité, dans le renforcement de mes capacités.

Mais tout ce travail, bien que portant mon nom, n'aurait pas été possible sans le soutien et l'aide de nombreuses personnes.

Avant tout je tiens à remercier mon mari, Manu, et mes enfants, Ethan et Zoé, qui croient en moi et en mon projet. Sans leur patience, leurs encouragements, leur compréhension, il m'aurait été impossible de mener à bien ce projet, ils sont une source essentielle pour moi. Et bien entendu ce projet a été réfléchi, investi et mené ensemble. Sincèrement et affectueusement, merci à vous.

Je remercie également mon établissement, le Centre Hospitalier de Saintonge, qui m'a offert la possibilité de mener à bien mon projet et plus particulièrement la directrice de l'IFSI du CH de Saintonge, Madame Catherine Cheveux-Dagoret, pour sa mobilisation dans mon projet, son soutien et son implication dans mon parcours. S'il est bien d'avoir des projets, il est encore mieux de pouvoir les partager, de pouvoir se sentir épauler et de percevoir que l'on croit en vous, cela véhicule une force et renforce les possibles, merci à vous Catherine.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude à mes collègues de l'IFSI du CH de Saintonge, pour leur aide tout au long de cette année charnière entre mes fonctions de cadre de santé formateur et mon statut d'étudiante de master 2. Là aussi, ce projet a pu être réalisable et mené à bien grâce à leur appui, leur bienveillance et leur collaboration. Merci à vous la Team.

Je porte aussi toute ma reconnaissance à Reda Salamon et Isabelle Raymond, pour leur accompagnement et leur suivi tout au long de ce travail de recherche et plus globalement cette année, ce qui, au vu du contexte sanitaire, a demandé beaucoup d'adaptation.

Merci également à mon amie Stéphanie Coudonneau, novice dans le domaine de la santé et de l'ETP, pour avoir pris le temps de corriger mon mémoire ; à Mesdames Chambouleyron et Joly, professionnelles de l'ETP et de la formation des Hôpitaux universitaires de Genève et de l'Université, pour avoir relu mon travail et m'avoir amené des pistes d'amélioration.

Enfin je remercie tous ceux, étudiants, professionnels, collègues, intervenants, amis, pairs … qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et qui m'ont donné la possibilité d'élargir mon regard et ma réflexivité.

LISTE ALPHABETIQUE DES SIGLES et ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Cadre De Santé

CDSF : Cadre De Santé Formateur

CH : Centre Hospitalier

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

DE : Diplôme d'Etat

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECTS : European Credit Transfer and accumulation System

ESI : Étudiant en Soins Infirmiers

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FC : Formation Continue

FI : Formation Initiale

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFAS : Institut de Formation Aide-Soignant

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

LMD : Licence, Master, Doctorat

NA : Nouvelle Aquitaine

NANPA : Ni d'Accord, Ni Pas d'Accord

NSP : Ne Sais Pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PROMS : Promotion de la Santé

SI : Soins Infirmiers

TD : Travaux Dirigés

TP : Travaux Pratiques

TPG : Travail Personnel Guidé

TSD : Théorie des situations didactiques

UE : Unité d'Enseignement

UTEP : Unité transversale d'Education Thérapeutique du patient

ZPD : Zone Proximale de Développement

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Tutelles pédagogiques et financières

Annexe 2 : Organigramme de l'IFSI du CH de Saintonge

Annexe 3 : Fiche de l'Unité d'Enseignement 4.6 « Soins éducatifs et préventifs » du semestre 3 du référentiel de formation en soins infirmiers

Annexe 4 : Fiche de l'Unité d'Enseignement 4.6 « Soins éducatifs et préventifs » du semestre 4 du référentiel de formation en soins infirmiers

Annexe 5 : Modélisation de l'enseignement ETP de l'IFSI du CH de Saintonge

Annexe 6 : Les trois dimensions de la compétence de Guy Leboterf

Annexe 7 : Triangle pédagogique de Jean Houssaye 1988

Annexe 8 : Tableau des caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage de Jean Jouquan et Philippe Bail

Annexe 9 : Extrait du « modèle type de certification des compétences des ESI pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme » (16 pages sur 44)

Annexe 10 : Cartographie des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 11 : Guide des entretiens semi-directif de l'ARS et d'une UTEP Nouvelle-Aquitaine

Annexe 12 : Questionnaire d'enquête à destination des cadres de santé formateurs des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 13 : Questionnaire d'enquête à destination des étudiants en 2ème et 3ème année de formation en soins infirmiers des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 14 : Rétroplanning de diffusion des questionnaires

Annexe 15 : Retranscription de l'entretien semi-directif par téléphone avec un acteur stratégique de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 16 : Retranscription de l'entretien semi-directif par téléphone avec un acteur stratégique d'une UTEP de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 17 : Résultats du Questionnaire d'enquête à destination des Cadres de Santé Formateurs des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 18 : Résultats du Questionnaire d'enquête à destination des étudiants en 2ème et 3ème année de formation en soins infirmiers des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

Annexe 19 : Tableau synthétique des résultats des entretiens des professionnels ARS et UTEP de N.A

Annexe 20 : Carte conceptuelle résumant la vision prospective sur l'enseignement de l'ETP des CDSF

Annexe 21 : Carte conceptuelle résumant la vision prospective sur l'apprentissage de l'ETP des ESI2 et ESI3

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

LISTE ALPHABETIQUE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES ANNEXES

PREAMBULE 1

PARTIE PRÉLIMINAIRE DESCRIPTIVE DE L'EXPÉRIENCE DE STAGE 2

PARTIE INTRODUCTIVE 6

1 L'APPROCHE CONTEXTUELLE DU SUJET DE RECHERCHE 8

1.1 LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS 8
1.1.1 Une formation légiférée 8
1.1.2 L'universitarisation de la formation en soins infirmiers 9
1.1.3 Les théories et concepts fondateurs des soins infirmiers 9
1.2 LES ACTEURS DE LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS 10
1.2.1 La figure d'apprenant 10
1.2.2 La figure de de cadre de santé formateur 11
1.3 L'EDUCATION THERAPEUTIQUE QUE PATIENT 12
1.3.1 Le contexte règlementaire 12
1.3.2 Le contexte transdisciplinaire 14
1.3.3 Le contexte didactique 15
1.3.3.1 L'enseignement de l'ETP en formation continue un appui pour la formation initiale ? 15
1.3.3.2 L'enseignement de l'ETP en formation initiale 17

2 L'APPROCHE CONCEPTUELLE DU SUJET DE RECHERCHE 19

2.1 LA PHASE CONCEPTUELLE DE L'ENSEIGNEMENT 19
2.1.1 Le contexte de compétence 19
2.1.2 Le contexte didactique 21
2.1.2.1 La théorie des situations didactiques 22
2.1.2.2 Les modèles pédagogiques 22
2.2 LA PHASE CONCEPTUELLE DE L'APPRENTISSAGE 24
2.2.1 Le processus enseignement-apprentissage 24
2.2.2 L'accompagnement dans l'apprentissage des soins infirmiers 25

3 L'APPROCHE EXPLORATOIRE DE LA PROBLEMATIQUE 26

3.1 ETAT DES LIEUX DE LA RECHERCHE 26
3.2 FORMULATION DE L'OBJET DE RECHERCHE 29

PARTIE MÉTHODOLOGIQUE....29

4 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'ENQUÊTE 29

4.1 LE MODELE DE L'ETUDE....30
4.1.1 Schématisation du modèle d'étude....30
4.1.2 Explications du modèle d'étude 30
4.2 LE PUBLIC....30
4.2.1 Acteurs du pôle stratégique 30
4.2.2 Acteurs du pôle opérationnel 31
4.2.3 Acteurs du pôle apprenant (ou bénéficiaires) 31
4.3 LES OUTILS 32
4.3.1 L'entretien semi-directif....32
4.3.2 Le questionnaire d'enquête 32
4.3.3 L'évaluation de programme 33
4.4 LES VARIABLES 34
4.5 ORGANISATION DE L'ANALYSE DES RESULTATS 34

PARTIE RÉSULTATS....35

5 L'APPROCHE ANALYTIQUE DE LA RECHERCHE 35

5.1 PRESENTATION DES RESULTATS 35
5.1.1 Résultats des entretiens 35
5.1.2 Résultats des questionnaires....35
5.2 ANALYSE DES RESULTATS 43

6 L'APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RECHERCHE 55

6.1 LE CONTEXTE D'ENQUETE 55
6.2 LIMITES ET BIAIS....55
6.3 PROPOSITIONS OU PRECONISATIONS....56

CONCLUSION 57

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAPHIE 59

ANNEXES 64

RESUME - ABSTRACT

PREAMBULE

Cadre de Santé de filière Infirmière j'ai orienté mon projet professionnel dans la formation, avec une volonté de partager, de guider, d'accompagner les Etudiants en Soins Infirmiers dans la construction, le vécu de leur projet professionnel et par là même d'apprendre.
En effet, le CDS a une formation lui permettant d'exercer des fonctions d'encadrement et de formation alliant conduite de projet et ingénierie pédagogique, ce qui lui confère une posture, que je qualifierais, selon le concept emprunté aux sociologues Michel Crozier et Erhard Friedberg, de « marginal sécant », oscillant entre manager et ingénieur de formation, formateur et partenaire, référent et responsable. Et c'est bien cet attrait si particulier qui rend ce métier si réflexif et évolutif.

Mon parcours professionnel varié est très empreint du domaine de la médecine physique et réadaptation, ce qui a marqué ma carrière professionnelle d'infirmière. Cette activité me permettait de conjuguer raisonnement clinique systémique, technicité, dimension relationnelle, décision partagée, prise en soins intégrée et globale. Cette spécialité exige de savoir travailler en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire, le patient et son entourage. Elle induit également un travail en co-construction, systémique dans son approche du patient et de son environnement, et humain dans la dynamique relationnelle exigée au travers d'un prendre soin qui se veut authentique et bienveillant. Si la conduite de l'Education Thérapeutique du Patient n'était pas encore définie telle qu'elle existe aujourd'hui, la direction thérapeutique véhiculée dans ses valeurs fondamentales s'en rapprochait fortement. Je remplis aujourd'hui mes missions de Cadre de Santé Formateur en gardant cette vision du soin.

Le choix de suivre un master 2 PROMS, orientation ETP, venant compléter ma première année de master Droit, économie et gestion, s'inscrit dans une double volonté :

- celle de progresser et d'obtenir un titre universitaire de niveau I, en lien avec la pédagogie et la santé, pour gagner en compétences et m'amener un regard plus affiné ;
- celle de développer un domaine de connaissances en lien avec mes missions d'enseignement actuelles, la santé publique et les soins éducatifs et préventifs, notamment, pouvant ainsi faire l'objet d'une transférabilité immédiate avec un bénéfice pour les étudiants, l'institut et moi-même.

Dans ce contexte je rédige un mémoire et j'ai choisi comme thématique **l'enseignement de l'Education Thérapeutique du Patient en formation initiale de soins infirmiers**. En effet, les Instituts de formation en soins infirmiers peuvent obtenir depuis quelques années une « labellisation » ETP permettant aux étudiants d'obtenir une attestation de formation en ETP au moment de la diplômation. Mon questionnement porte sur l'organisation et la qualité de l'enseignement ETP en formation initiale de soins infirmiers.

Le suivi de ce master et la rédaction de ce mémoire ont été pour moi une réelle source de réflexion, d'évolution tant sur le plan des connaissances que sur mon regard sur l'ETP et l'enseignement. Combiner mon activité professionnelle avec le suivi du master a été complexe. Toutefois, cette formation a été une réelle plus-value pour moi en terme de compétences, d'autonomie, de renforcement de mon autodétermination et de mes capacités. Une expérience constructive, tant professionnellement que personnellement, et sur laquelle je vais pouvoir d'ores et déjà fonder de nouveaux projets.

PARTIE PRÉLIMINAIRE DESCRIPTIVE DE L'EXPÉRIENCE DE STAGE

Je suis actuellement cadre de santé formateur[1], de filière infirmière, en Institut de Formation en Soins Infirmiers, je réalise mon stage de master 2 Promotion de la Santé orientation ETP, en formation continue, au sein même de mon établissement d'exercice professionnel, l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de Saintonge à Saintes en Charente Maritime.

Avant de vous exposer mes missions de stage et les activités réalisées, je vais vous présenter synthétiquement le lieu de stage.

- **Le contexte environnemental :**

L'IFSI du CH de Saintonge appartient à la région Nouvelle-Aquitaine, qui comptabilise 28 instituts, soit 2500 étudiants en soins infirmiers accueillis dans la région.
L'IFSI de Saintes est situé dans le sud du département de la Charente-Maritime avec une capacité d'accueil de 65 places et un taux de réussite chaque année qui dépasse les 90%.

L'IFSI, ainsi que l'Institut de Formation d'Aide-Soignant, sous la même direction, de Saintes est rattaché au Centre Hospitalier de Saintonge qui est le pôle de recours d'un vaste territoire de plus de 300 000 habitants regroupant la Saintonge intérieure, la Saintonge Littorale et la Haute Saintonge.
Les CH de Saintes et de Saint Jean d'Angely, direction commune, s'inscrivent dans un Groupement Hospitalier de Territoire avec les CH de Jonzac, de Boscamnant et de Royan, ainsi que l'Etablissement public départemental des Deux Monts.
Ces coopérations multiples portent sur les activités médicales et chirurgicales ainsi que sur les activités transversales (soins palliatifs, hygiène hospitalière, infectiologie etc…) et contribuent à attirer et fixer sur le territoire des personnels infirmiers et aides-soignants qui y trouvent des débouchés de carrière en sortie de formation.
Pour faire face à une population vieillissante et à une évolution de l'offre de service (chirurgie ambulatoire, nouvelles structures…), cet ensemble hospitalier est appelé à développer des filières de soins et à amplifier ses activités notamment en hospitalisation à domicile, en gériatrie et soins de suite, créatrices d'emplois soignants.

L'institut dispense :

- Les formations initiales aux diplômes d'état infirmier et d'aide-soignant.
- La formation continue des professionnels incluant la formation d'adaptation à l'emploi.

- **Le contexte règlementaire :**

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier(e) toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription médicale ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.
En outre, la loi du 31 mai 1978 légifère que « l'infirmier(e) participe à différentes actions en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement » (Article L4311-1 modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 art.25 du code de la santé publique).

[1] Afin de limiter l'utilisation des sigles et rendre la lecture plus fluide, l'usage du terme « cadre de santé formateur », propre aux instituts de formation en soins infirmiers, sera remplacé par « formateur ».

La profession infirmière s'est dotée depuis le 25 novembre 2016 d'un code de déontologie paru au journal officiel sous le décret n°2016-1605.
Véritable plus-value pour la profession infirmière, ce code fixe les règles professionnelles, et garantit l'autorégulation de la profession par ses pairs. Il participe à la construction de l'identité professionnelle et représente un élément fédérateur pour la profession infirmière.
Au-delà des règles professionnelles dont l'enseignement est intégré au contenu pédagogique des instituts, le code de déontologie intègre les évolutions liées au système de santé et aux évolutions sociétales. Ainsi, il renforce les principes éthiques et contribue à la qualité des soins prodigués aux usagers.

L'IFSI a pour mission d'assurer la formation des étudiants en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier et d'un grade licence. La formation est dispensée conformément à la législation en vigueur (Art. D.4311-16 à D.4311-23 du code de santé publique, fixant une durée des études sur trois ans avec des enseignements théoriques, pratiques et des stages).

Cette formation professionnelle par alternance de périodes théoriques et de périodes de stage a pour but d'assurer une formation de qualité mettant en adéquation : « formation-compétences-emploi » dans le secteur hospitalier, extra hospitalier ou libéral.
L'objectif des études en soins infirmiers est de faire émerger un profil professionnel polyvalent, apte à construire, à travers différents savoirs acquis en formation et sur les terrains de stage, des compétences professionnelles : l'adaptation et la gestion de l'environnement et des personnes, ainsi que la responsabilité par le développement de l'autonomie.

Dans leur contexte législatif, inscrit au code de santé publique sous les articles L.4383-1 à L.4383-6, les IFSI dépendent d'une triple tutelle[2]. Pour l'IFSI du CH de Saintonge, il s'agit de : l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine et le Centre Hospitalier de Saintonge.
Les conditions de fonctionnement des instituts sont également légiférées par l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 17 avril 2018. Dans chaque IFSI sont constituées une instance compétente pour les orientations générales de l'institut, et trois sections assurant le fonctionnement des instituts et coordonnées par le directeur de l'IFSI :

- Une section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles des étudiants ;
- Une section compétente pour le traitement des situations disciplinaires ;
- Une section relative à la vie étudiante.

- **<u>Le contexte structurel :</u>**

L'organigramme[3] de l'institut comprend :

- La directrice de l'institut
- L'équipe administrative/logistique composée de deux secrétaires, une responsable du centre de documentation et un agent des services hospitaliers.
- L'équipe pédagogique composée d'un cadre de santé supérieur coordonnateur, de huit cadres de santé formateur pour l'IFSI et de trois infirmières pour l'IFAS., assurant de la formation initiale et continue.

L'institut développe de nombreux partenariats qu'ils soient pour la formation théorique avec du personnel vacataire (infirmier(ère)s, médecins, ergothérapeutes, psychologues, kinésithérapeutes, pharmaciens…) et pour la formation clinique avec des terrains de stage agréés.

[2] Cf. Annexe 1
[3] Cf. Annexe 2

De même, dans le cadre du processus Licence Master Doctorat instauré depuis 2009, l'IFSI est rattaché à l'université et dispose d'une plateforme numérique pour les enseignements universitaires notamment.

Architecturalement, l'institut se situe à côté du CH de Saintonge et comprend : 5 salles de cours, 4 salles de travaux pratiques, 1 laboratoire de simulation, 1 salle de réalité virtuelle, 2 salles de détente, 1 amphithéâtre et 1 bibliothèque.

- **Contexte pédagogique :**

La formation s'appuie sur un règlement intérieur, un projet pédagogique, le projet de formation et sur le référentiel de formation en soins infirmiers regroupant les textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession.

L'équipe pédagogique a élaboré un projet pédagogique qui détermine la mission finale de la formation : former des professionnels autonomes, responsables et réflexifs.
Les trois années de formation étant porteuses d'éléments fondateurs y contribuant :

- **Comprendre** pour agir.
- **Agir** et comprendre.
- Agir et comprendre pour **Transférer**.

Le projet pédagogique s'appuie sur des valeurs, communes et partagées avec le CH de Saintonge : le respect, la disponibilité et la responsabilité. Il résulte d'un travail collectif et est révisé chaque année.
La philosophie des soins infirmiers est fondée sur des valeurs humanistes, une approche globale de l'homme, de la société et de la santé.
Elle représente le cadre de référence et le socle de la conception du soin infirmier.(1)

Le programme et l'ingénierie pédagogique de l'IFSI se fondent sur l'arrêté du 31 juillet 2009(2) relatif au diplôme d'Etat Infirmier qui organise la formation sur trois ans avec :

- Un référentiel de dix compétences,
- Un référentiel de neuf activités,
- Un partenariat avec l'université répondant ainsi aux accords de Bologne (validation de 180 European Credits Transfer System) pour l'enseignement théorique,
- Le modèle socioconstructiviste : les interactions sociales jouant un rôle majeur pour que l'activité de construction des connaissances ait lieu,
- Une alternance intégrative : notion fondamentale du processus de professionnalisation,
- Un parcours de stage répondant à une obligation du référentiel et personnalisé selon chaque étudiant. Il est coordonné par un coordonnateur de stage.
- Le suivi pédagogique : partie intégrante de la formation, il a pour but d'optimiser les ressources de l'étudiant, de lever ses difficultés, d'encourager ses efforts, ses progrès, ainsi que de lui permettre d'être acteur et d'engager sa responsabilité. Il assure aussi à l'étudiant d'évoluer à son rythme, à partir d'une meilleure connaissance de lui-même, de ses méthodes d'apprentissages, tout en le restituant dans le cadre des exigences institutionnelles et professionnelles ; de guider l'étudiant pour qu'il trouve du sens à son apprentissage.
- Le projet professionnel : outil de construction de l'identité professionnelle
- La réflexivité : méthode d'apprentissage par l'action et par la réflexion sur l'action.

- **Missions de stage :**

Dans le cadre de mon stage, des activités spécifiques me sont confiées en sus de mon exercice professionnel quotidien :

- ✓ L'ingénierie et l'enseignement de l'unité d'enseignement 4.6[4], sur le semestre 3 et 4, et notamment l'apprentissage de l'Education Thérapeutique du Patient ;
- ✓ La mise à jour du contenu de la certification (ou labellisation) ETP obtenu en 2018 ;
- ✓ La modélisation d'une certification « Education Thérapeutique du Patient », permettant aux étudiants en soins infirmiers de l'institut de formation du CH de Saintonge d'être diplômés d'Etat avec pour complément la formation initiale à l'ETP.

Les tâches opérationnelles à réaliser sont :

- ✓ Travailler l'ingénierie de l'unité d'enseignement 4.6 pour l'année universitaire 2020/2021 ;
- ✓ Modéliser la certification ETP ;
- ✓ « Revisiter » les outils pédagogiques utilisés dans l'enseignement de l'UE 4.6 ;
- ✓ Créer et mener un « groupe projet ETP » ;
- ✓ Diffuser l'information auprès de l'équipe pédagogique ;
- ✓ Amender la veille réglementaire.

Les compétences spécifiques à acquérir ou à développer au cours du stage sont :

- ✓ L'ingénierie de l'unité d'enseignement ;
- ✓ Le pilotage et la conduite de projet avec la communication et la coordination en équipe ;
- ✓ La démarche qualité avec identification des axes d'amélioration ;
- ✓ La pédagogie et les situations didactiques à développer ;
- ✓ La posture de recherche avec prise en compte des évolutions législatives et réglementaires.

A l'issue du stage, j'ai pu remplir les missions confiées avec l'élaboration d'une réflexion stratégique sur l'enseignement des unités d'enseignement 4.6 et plus particulièrement de l'ETP.

En appui et en collaboration avec un groupe de travail que j'ai constitué et piloté, nous avons pu construire une modélisation de l'enseignement de l'ETP[5] sur les trois années de formation en soins infirmiers et réviser la formation ETP en partant du référentiel de formation et du programme ETP existant. Cette modélisation a permis de faire converger les différentes unités d'enseignement se rapportant à l'ETP, de structurer les apports, d'avoir une visibilité d'ensemble plus importante et plus claire et de développer une approche commune de l'ETP Afin de légitimer notre projet, nous nous sommes appuyés sur le référentiel de compétences de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, qui à l'époque de la construction initiale du programme n'existait pas. Nous sommes également en cours d'élaboration d'un partenariat avec l'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient de Saintonge, faisant ainsi converger nos ressources, nos compétences pour enrichir la formation ETP élaborée en formation initiale de soins infirmiers. Enfin, une réflexion a pu être mené sur la problématique de l'offre de stage proposée aux étudiants dans le domaine de l'ETP, le partenariat avec les acteurs de terrain et l'UTEP contribuent à l'améliorer, favorisant ainsi l'expérientiel de terrain pour les étudiants. En ce sens, une nouvelle perspective est également apparue pour développer l'expérientiel et la démarche réflexive sur les pratiques, par la simulation en santé. En effet, l'IFSI est doté d'un laboratoire de simulation en santé mais jusqu'alors son usage ne comprenait pas de scénarii sur l'ETP. La continuité du travail consiste donc à travailler sur la pratique de l'ETP en laboratoire de simulation en santé et de l'inscrire à la certification ETP.

[4] Cf. Annexes 3 et 4

[5] Cf. Annexe 5

PARTIE INTRODUCTIVE

La formation en Soins Infirmiers est une formation professionnalisante par alternance. Elle permet d'accompagner l'étudiant à devenir un professionnel de santé réflexif, humaniste, collaboratif, technicien, connaisseur par un processus de socialisation, de construction identitaire, de connaissance de soi, d'apprentissage de savoirs, savoir-faire et savoir-être.

La professionnalisation du métier infirmier[6] s'inscrit dans un contexte socio-historique. La genèse du métier permet de comprendre son histoire, ses racines, les fondements d'aujourd'hui. Comme le précise Fernand Braudel, 1972, « *pour espérer, pour aller de l'avant, il faut savoir aussi d'où l'on vient* »(3). Il est donc important de s'autoriser à regarder sous un angle évolutif le métier infirmier, de dépasser les visions ancrées dans des stéréotypes, et au-delà de la vision de la « femme à cornette », de cerner les appuis psychologiques, sociologiques, anthropologiques et théologiques qui ont contribué au métier infirmier d'aujourd'hui exercé par des « praticiens responsables, autonomes et réflexifs »(2). L'essence même du métier infirmier est son évolution ; elle est grande, ainsi que sa portée, le passage d'un état à l'autre ne s'est pas fait sans transition, sans progression, sans adaptation au contexte. En effet, ce métier a su évoluer au gré des besoins sociétaux et se construire une identité professionnelle autonome. Comme le précise Pierrette Lhez, « *si l'identité professionnelle doit venir du dehors et non du dedans, le rôle de l'infirmière serait dans ce cas à construire à partir du besoin que nous appellerons sociétal, c'est-à-dire venant de l'étude des besoins de la population* ».(4)

C'est donc un métier en mouvance mais sur des fondements humains toujours prégnants qui ont marqué la progression des paradigmes de la catégorisation à la transformation, laissant ainsi une place à part entière au patient, comme partenaire, s'inscrivant non plus dans une logique de « faire pour » mais de « faire avec », délaissant une pratique de soins prescriptifs pour une pratique fondée sur des modèles conceptuels, des théories de soins infirmiers et une démarche scientifique, s'engageant dans un raisonnement clinique partagé. Cette évolution marque donc l'infirmier mais également de façon systémique ses collaborateurs, professionnels et patients. Elle se fait en parallèle d'une évolution plus globale, sociétale où le patient aussi évolue, du passif à l'actif, de la prise en soins subie à co-construite.
Aussi, aujourd'hui, le besoin sociétal émerge de la transition épidémiologique, qui laisse une place prépondérante à la maladie chronique et à une espérance de vie augmentée mais avec des incapacités, autrement dit une espérance de vie en bonne santé diminuée.
Une manière de répondre à ce besoin est, comme le souligne le professeur Grimaldi(5), de passer à une « *troisième médecine* », c'est-à-dire à celle « *où, pour se soigner, le patient doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements* ».
C'est ainsi que l'ETP apparait comme une réponse essentielle aux besoins des patients atteints de maladies chroniques. Et nous comprenons bien, par les éléments mis en avant, la place essentielle qu'occupe le métier infirmier dans la pratique collaborative de l'ETP.

C'est dans ce contexte d'ailleurs que Michel Chassang et Anne Gautier, ont présenté au nom de la Section des affaires sociales et de la santé, une préconisation en juin 2019, stipulant :

> ***Renforcer*** *les formations initiales et continues des professionnels et professionnelles de la santé et de l'accompagnement social et médico-social sur :*
> *- les maladies chroniques, leur prévention, leur annonce, leur accompagnement ; […]*
> *- l'éducation thérapeutique et la place du patient ou de la patiente dans le traitement des maladies chroniques.*

Toutefois si aujourd'hui la place de l'ETP est affirmée, comme le précise notamment la Haute Autorité de Santé(6) « *elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient* », sa mise en place dans une logique de soin n'est pas si aisée, de même que dans la formation initiale. En effet, même si sa reconnaissance n'est pas inopinée -elle s'est dessinée progressivement par le contexte sanitaire et grâce aux mouvements associatifs de patient, la mise en pratique n'est pas inclusive.

[6] Lire partout de manière indifférenciée infirmier/infirmière.

Preuve en est, l'Organisation Mondiale de la Santé Europe dès 1998(7), élabore des recommandations aux institutions d'enseignement et de formation de soignants, à savoir :

- d'introduire l'ETP dans la formation des médecins, des infirmiers et des autres soignants
- de déterminer, par une analyse de leurs objectifs dans quelle mesure ils favorisent la formation de leurs étudiants à l'ETP ;
- d'examiner, et de réviser si nécessaire, les objectifs pédagogiques, les méthodes d'enseignement / d'apprentissage et les procédés d'évaluation des programmes de formation pour soignants afin d'accorder à *l'ETP l'importance qui lui est due ;*
- de s'assurer, par des programmes de formation de formateurs, que leur personnel enseignant possède les compétences pédagogiques requises pour ETP ;
- de promouvoir l'éducation centrée sur le patient, par une amélioration de la coordination et de la coopération avec les institutions de soins ;
- de faciliter la constitution d'équipes multiprofessionnelles […].

Or, en 2020, la formalisation de l'enseignement de l'ETP dans la formation initiale de soins infirmiers n'en est qu'à ses prémices. Mais au regard du programme de formation en soins infirmiers, s'agit-il d'une nouveauté à développer ou d'un potentiel existant à mettre en exergue ? Et comment enseigner l'ETP ?
L'investigation serait donc d'évaluer aujourd'hui comment les IFSI se sont saisis de ces recommandations ? Comment la formalisation de l'enseignement ETP s'est construite ? Que signifie la labellisation ETP des IFSI ? Sur quels critères de qualité repose-t-elle ? Et comment le formateur accompagne cet enseignement ?

Partant d'une formation ETP de 40 heures jusqu'alors réservée à la formation continue, donc à des professionnels volontaires, l'enjeu de ce travail de recherche est donc double : ontogénique et pragmatique. En effet sur le plan ontogénique, l'enjeu est de comprendre la mise en œuvre possible de cette formation ETP en cursus initial de soins infirmiers, d'en expliciter le contexte et de donner sens à cette labellisation ETP des IFSI. Sur le plan pragmatique il s'agira de questionner l'ingénierie de formation à développer, d'analyser le contenu de la formation à proposer, de dévoiler l'opérationnalité exigée pour les formateurs et de percevoir les réponses apportées aux besoins des principaux bénéficiaires, les étudiants.
Par ces enjeux, ce mémoire a une double visée descriptive et compréhensive : décliner l'existant, les contenus, les attendus et comprendre comment, par l'ingénierie pédagogique de l'ETP, le formateur, va mailler cet ensemble.
Notre recherche a pour objectif de comprendre et d'identifier quel processus d'enseignement-apprentissage concevoir pour permettre aux étudiants en soins infirmiers d'acquérir des compétences en ETP.

Ce qui nous amène à la question de recherche suivante : « **En quoi, l'élaboration d'un processus d'apprentissage intégré, hiérarchisé et formalisé de l'Education Thérapeutique du Patient, inscrira l'enseignement de l'ETP au programme de formation initiale de soins infirmiers dans une logique intégrative, cohérente et pragmatique ?** ».

L'organisation de ce travail de recherche s'élaborera en quatre parties : une partie introductive qui se fera en appui d'approches contextuelle, conceptuelle et exploratoire. Cette partie nous servant à cadrer le sujet, en présentant la formation en soins infirmiers dans son actualité et ses contours. Mais aussi en ciblant les acteurs centraux qui y gravitent –étudiants et formateurs– et en explicitant les origines et les principes de l'ETP. Cet ensemble permettant de comprendre ce qui lie ce triptyque étudiant-formateur-ETP.
Ensuite, l'approche conceptuelle de notre sujet, nous aidera à expliciter et comprendre les fondements pédagogiques et éducatifs qu'implique l'enseignement de l'ETP, imbriqué aux fondements de l'apprentissage des soins infirmiers. Ceci nous permettant ainsi d'aboutir à la problématisation.
Une approche exploratoire, nous permettra de percevoir où en est l'état de la recherche sur le sujet, de nourrir notre cheminement, d'asseoir notre problématique et de formuler nos hypothèses.
La partie méthodologie explicitera les modèles et outils d'enquête utilisés pour confronter nos hypothèses, suivie d'une partie « résultats » exposant les données recueillies par l'enquête de terrain.
Enfin, une partie discussion permettra d'explorer les éléments constitutifs du travail de recherche, d'en dégager les éléments significatifs afin de pouvoir établir des recommandations concrètes à tous les formateurs souhaitant développer l'enseignement de l'ETP dans l'ingénierie de formation en soins infirmiers.

1 L'APPROCHE CONTEXTUELLE DU SUJET DE RECHERCHE

1.1 La formation en soins infirmiers

1.1.1 Une formation légiférée

La formation en soins infirmiers est légiférée par l'Arrêté du 31 juillet 2009(2) relatif au Diplôme d'Etat infirmier, qui permet l'exercice du métier infirmier. Elle se déroule sur trois ans par alternance.

Le référentiel(2) de formation définit le métier d'infirmier comme suit :

« *Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes* ***dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie****. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.* »

La formation se base sur :

- Un référentiel de 9 activités(2) précisant que « *l'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers* ***sur prescription*** *ou conseil médical, ou en application du* ***rôle propre*** *qui lui est dévolu. L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment* ***en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement****.* » Art. L. 4311-1 du CSP.

Nous mettons en avant dans le cadre de ce travail plus spécifiquement **l'activité 3 « Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes »**.

- Un référentiel de 10 compétences(2) dont la compétence 5 « **Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs** ». En effet, au regard du sujet traité il est important d'exposer plus particulièrement cette compétence, même si les autres seront indirectement liées.

- Un référentiel de formation(2) qui :

  « A pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.
  L'étudiant est amené à devenir un ***praticien autonome, responsable et réflexif****, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.* ***L'étudiant développe*** *des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.*
  L'étudiant apprend à ***reconnaître ses émotions*** *et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.*
  L'étudiant développe une éthique *professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction. Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. »*

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles. La mobilisation de ces connaissances et savoir-faire se réalise dans des situations de soins mais aussi par la pratique régulière d'analyses de situations professionnelles en s'appuyant sur la maîtrise des concepts. L'ensemble faisant appel à la réflexivité et permettant une démarche réflexive sur ces situations de soins singulières rencontrées. La formation est ainsi structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

– ***« comprendre »*** *: l'ESI acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations ;*
– ***« agir »*** *: l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action ;*
– ***« transférer »*** *: l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.*

De plus, « l'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence ». Le développement d'une posture réflexive est donc un incontournable dans la formation et est initié tant dans la formation théorique que clinique.

Enfin, la formation théorique comprend 59 unités d'enseignement qui couvrent 6 champs, à savoir :

1. *Sciences humaines, sociales et droit ;*
2. *Sciences biologiques et médicales ;*
3. *Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ;*
4. *Sciences et techniques infirmières, interventions ;*
5. *Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ;*
6. *Méthodes de travail.*

A noter que chaque unité d'enseignement contribue à la validation de compétences.

1.1.2 L'universitarisation de la formation en soins infirmiers

La formation en soins infirmiers a fait l'objet de nombreux remaniements tant dans son contenu que dans sa structure. Le dernier grand remaniement datant de 2009(2), en appui des *Accords de Bologne(8)*, visant l'harmonisation de l'enseignement supérieur européen. Ainsi, par cette réforme la formation devient universitaire, entre dans le système « LMD » **délivrant aux infirmiers le grade de licence**, répartissant de façon proportionnel le temps de formations théorique et clinique et passant d'un modèle d'enseignement professionnel à un enseignement universitaire.

Les nouveaux défis amenés par **l'universitarisation de la formation** ont été de trois ordres :

- **Le double partenariat** induit : un partenariat IFSI-Université et un partenariat IFSI-Terrain de stage
- **La double logique d'apprentissage** : une logique universitaire et une logique professionnalisante(8)
- **Une double approche** : une approche par compétences(9) et une approche par unités d'enseignements avec des « situations apprenantes »(10) (et non plus par modules basées sur les disciplines médicales) et reliées aux compétences.

Dans ce contexte nous voyons se profiler déjà les changements induits dans l'ingénierie et la pédagogie pour les formateurs.

Plus récemment, 2019, la suppression des épreuves de concours d'entrée, statuant de l'admission en IFSI remplacées par l'inscription Parcoursup(11), plateforme nationale d'admission en première année de l'enseignement supérieur, vient ainsi renforcer l'ancrage universitaire de la formation en soins infirmiers et l'inscrit dans un processus d'orientation organisé dans la durée, dès le lycée et en impliquant de manière plus prégnante les professeurs de lycée.

Cette évolution significative accompagne et prépare plus globalement les futurs professionnels à une évolution des missions de l'infirmier et à l'adaptation continue qu'elles requièrent. Evolution en lien avec les évolutions de la société par la transition épidémiologique et une redéfinition de la place du patient dans le système de santé. La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 31 juillet 2009, en est un marqueur important, notamment par l'inscription de la reconnaissance de l'ETP et la définition du cadre législatif qu'elle lui octroie.

1.1.3 Les théories et concepts fondateurs des soins infirmiers

Pour bien comprendre la profession infirmière telle qu'elle existe aujourd'hui et qu'elle est enseignée, il est important de percevoir comment elle a évolué au fil des années. L'utilité de ce chapitre n'est pas de refaire tout l'historique de la profession, ce qui nous détournerait de notre objectif principal, mais d'identifier et de définir les concepts prévalents autour desquels gravite la profession et qui en délimite sa philosophie.

En effet, épistémologiquement les sciences infirmières comprennent plusieurs courants de pensées et théories de soins(12) qui ont évolué au gré des évolutions de la société, toujours dans un souci d'être au plus près du patient et plus globalement de la population.

Les théories dans le domaine des sciences infirmières s'élaborent initialement sur une réflexion sur les besoins des patients, et sur les activités de l'infirmier s'inscrivant dans un **paradigme dit de « catégorisation »**, né sous l'influence de Abraham Maslow et théorisé notamment par Virginia Henderson. Puis elles s'attachent à décrire le processus d'interaction qui se met en place entre le patient et l'infirmier, introduisant l'influence de facteurs psychosociaux d'adaptation qui vont questionner les résultats des soins infirmiers mis en œuvre et introduire la notion d'apprentissage en santé. Cet ensemble faisant appel aux théories de l'adaptation et du développement et de l'apprentissage social d'Albert Bandura, qui inspireront notamment le modèle théorique infirmier de Callista Roy, et placeront les sciences IDE dans le **paradigme de « l'intégration »**. Enfin, le **paradigme de la « transformation »**, introduit notamment par Jean Watson, sous l'influence de l'approche existentielle phénoménologique de Carl Rogers, va amener les théories en soins infirmiers vers la vision du « caring » ou d'un **prendre soin qui tient compte de la globalité de la personne, de son expérience à un moment donné et de la conception que c'est la personne elle-même, inscrite dans son environnement –qu'il soit familial, social, professionnel-, qui est à l'origine de ses propres changements**.

Ces trois paradigmes sont complémentaires et fondent leur réflexion autour de quatre grands concepts fondateurs : l'Homme, la santé, l'environnement et les soins.
Provencher & Fawcett(12), les ont définis dans la perspective du paradigme de la « transformation », comme suit :

> *-La personne est un **être unique**, **indissociable** de son univers **en interaction** avec ses environnements, plus grand que la somme de ses parties. Le sujet est considéré comme étant **acteur mais aussi décideur de sa santé**, prenant en compte sa fragilité et sa responsabilité. Ou, tout bénéficiaire de soins infirmiers, qu'il s'agisse d'un individu, d'une famille ou d'une communauté tout entière.*
>
> *-La santé **est un état**. La norme de cet état est relative : **il n'y a pas de frontière entre le normal et le pathologique**, la santé et la maladie ne pouvant se concevoir l'une sans l'autre.*
> *La santé, à ce titre, est une expérience, un bien être, une valeur (différent d'une possession), une manière d'être ou un état de bien-être caractérisant tout aussi bien une personne en état optimal de santé qu'un malade en phase terminale.*
>
> *-L'environnement c'est **un tout qui coexiste avec la personne**. Il correspond aux milieux physiques et sociaux de la personne, il se rapporte tout autant au lieu de résidence de celle-ci qu'aux établissements spécialisés qui lui offrent des soins infirmiers.*
>
> *-Les soins, se rapportent **aux actions précises de l'infirmière** et à **l'évaluation de la démarche de soin**.*

Ce chapitre expose donc l'évolution paradigmatique(13) de la profession IDE inscrite dans un contexte historique où les théories de soins infirmiers se sont structurées et ont évoluées : du paradigme de catégorisation avec un soignant qui « fait pour » le soigné, en passant par le paradigme de l'intégration avec un soignant qui « agit avec » le patient pour arriver au paradigme de transformation avec **une posture du soignant d'« être avec » le patient**.
L'objectif ici étant de démontrer que la vision du patient et du soin dans les sciences infirmières, au travers de ce paradigme de la transformation et par les concepts fondateurs, est très empreint de la vision du patient en ETP. Il y a donc, en ce sens, déjà une approche élaborée de la place du patient (éléments enseignés dans le cadre de l'unité d'enseignement 3.1 « Raisonnement et démarche clinique infirmière »). Il convient ensuite de faire lien et sens avec l'ETP et de rendre opérationnel ces concepts dans l'exercice professionnel.

1.2 Les acteurs de la formation en soins infirmiers

1.2.1 La figure d'apprenant

Comme précisé précédemment, une importante réforme sur l'universitarisation des formations en santé a été menée, supprimant en 2019 le concours d'entrée en IFSI au profit d'une inscription à la formation IDE via ParcourSup(14). Toutefois, une voie d'accès spécifique a été conservé pour les candidats relevant de la formation professionnelle continue.

Cette réforme souhaite simplifier l'accès aux IFSI et valoriser la construction du parcours d'orientation dans la durée des candidats.
Aujourd'hui nous n'avons pas de recul sur cette réforme et surtout sur son impact sur les profils des candidats entrant en comparaison de ceux entrant précédemment par concours.

Toutefois, considérant la jeunesse de la réforme et le fait qu'elle concerne aujourd'hui une seule entrée en IFSI, celle de 2019, nous avons voulu cibler un peu plus précisément le profil des apprenants en nous appuyant sur une enquête de la DRESS(15) publiée en novembre 2016. L'enquête révèle une attraction pour le métier qui reste entière avec une **augmentation des inscriptions**. Avec même un étudiant sur cinq qui change de région pour suivre la formation. Majoritairement c'est une formation qui attire un public **plutôt féminin**, même s'il est observé une légère augmentation de la part des hommes. Les candidats à la formation en soins infirmiers ont des **origines sociales diversifiées**. **Un tiers des étudiants de première année est issu d'une formation préparatoire** et **un autre tiers exerçait déjà une activité professionnelle avant** d'entrer en institut. Ce qui suppose pour ces étudiants une visibilité du métier avec pour certains un appui expérientiel de stage ou une réorientation questionnée et réfléchie. Si aujourd'hui cette étape préparatoire n'existe plus en tant que telle, elle doit être retravaillée à travers l'accompagnement du parcours d'orientation. Les candidats des IFSI sont **majoritairement titulaires du baccalauréat scientifique** (33 %), puis du baccalauréat sciences et technologies de la santé et du social (26 %).

Les apprenants en IFSI sont donc des étudiants amenés à devenir des « praticiens autonomes, responsables et réflexifs » comme le précise le référentiel de formation. Mais ce postulat ne s'acquière pas instinctivement, il demande à être accompagné, guidé via l'élaboration d'un parcours personnalisé et la construction d'un projet professionnel. Et c'est bien cet accompagnement qui permettra à l'étudiant de progresser dans sa formation et le guidera vers les perspectives de « l'autoformation professionnalisante ». Pour Patricia Jubin(16), l'autoformation professionnalisante est :

> « *La prise de conscience par soi de ses transformations, qui se réalise au travers d'interactions sociales et qui valorise une culture de développement de compétence et de professionnalisation (ou de professionnalité) avec une intention de transformation continue de soi et de ses activités issues de ses expériences. Cette question de l'autoformation sous ses aspects théoriques est éclairée […] par une approche tripolaire qui valorise l'autoformation par soi-même, par autrui (hétéroformation), et l'environnement (écoformation)* ».

Cette autoformation professionnalisante prendra donc vie par l'étudiant lui-même en tant que sujet apprenant, par les interactions à son environnement social et aux situations d'apprentissage rencontrées et par les interactions à autrui, qui dans le contexte de la formation sera surtout incarné par les formateurs mais aussi les professionnels lors des stages, les pairs et les patients. Les formateurs vont donc occuper une place primordiale dans la formation et dans ce processus de professionnalisation. Processus qui certes s'appuie sur l'autoformation comme nous venons de l'évoquer mais qui se déroule au travers de l'enseignement et l'apprentissage ou « processus enseignement-apprentissage », élaboré par le formateur.
Mais qui est-il ce formateur ?

1.2.2 La figure de de cadre de santé formateur

Le terme de cadre de santé formateur n'est pas l'entité première. En effet historiquement la qualification de cadre de santé fait suite à de nombreuses appellations issues de plusieurs évolutions législatives.

Initialement, c'est en 1942(17) qu'est instauré le diplôme d'Etat de monitrice ou de moniteur après une formation spécifique de trois mois. Ce titre sera abrogé en 1958(18) au profit d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur et instaure un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant. La durée de formation passe à huit mois. Un certificat unique de cadre infirmier(19) unifiant ces deux certificats sera légiféré en 1975. Le programme pédagogique et le programme d'administration hospitalière représentent le même temps de formation. Enfin c'est par le décret du 18 août 1995(20), qui vient remplacer l'ensemble des décrets

précédents, qu'est portée création d'un diplôme de cadre de santé ouvert à 14 professions[7] avec une entrée par concours en formation en Institut de Formation des Cadres de Santé pour une durée de 12 mois[8]. Il est requis au préalable une expérience professionnelle de 5 ans à temps plein au minimum et être titulaire de l'un des diplômes visés par les 14 professions.

L'unification du diplôme de cadre de santé a pour but « *l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations* ». A ce jour la réingénierie de la formation cadre est encore en réflexion. Débutée dans les années 2010 elle a pour finalité souhaitée, dans un processus d'universitarisation, d'harmoniser les diplômes dans un système européen LMD. A ce jour, cette réingénierie n'est pas achevée. Ainsi, les IFCS conjointement aux attendus pédagogiques du diplôme cadre de santé y associe, en partenariat avec l'université, une première année de master ou M1.

Durant la formation le cadre de santé est formé conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, il peut donc exercer ses fonctions de manager auprès d'une équipe de soins ou ses fonctions de formateurs en IFSI. En effet, selon l'article 10 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif notamment aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier(2) :

> *« **Les formateurs permanents des instituts** […] **doivent être titulaires** :*
> *1. D'un **titre permettant l'exercice des professions pour lesquelles l'institut est autorisé** ;*
> *2. Du **diplôme de cadre de santé** ou d'un des certificats de cadre auxquels ce diplôme s'est substitué ou d'un diplôme reconnu équivalent ;*
> *Un **titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé est recommandé** ».*

Le choix d'exercice du cadre de santé se construit autour du projet professionnel de celui-ci et peut aller de l'un vers l'autre.
Donc **le cadre de santé formateur exerçant auprès des étudiants infirmiers, est issu de la filière infirmière et a une expérience de terrain.** Il a une formation lui permettant d'exercer des fonctions d'encadrement et de formation avec de la conduite de projet et de l'ingénierie pédagogique.

1.3 L'Education Thérapeutique que Patient

1.3.1 Le contexte règlementaire

L'ETP selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1998(7), reprise par HAS :

> *« Elle a pour but d'**aider** les patients, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. […] L'ETP est un **processus continu**, dont le but est d'aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences** dont ils ont besoin pour **gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique**. Elle **fait partie intégrante et de façon permanente** de la prise en charge du patient. »*

L'ETP est une discipline récente, car si l'OMS dès 1998 mettait en avant les bénéfices tant en terme de santé qu'en terme financier, elle s'imposera réellement en France qu'à partir de 2007. En effet, c'est à cette époque que l'HAS, en travail partenarial avec l'INPES, va définir les contours de l'ETP en publiant des recommandations et un guide méthodologique de l'ETP(21). La loi HPST de 2009(22) viendra elle inscrire l'ETP dans un dispositif règlementaire afin de légiférer sa pratique autour de trois modalités de mise en œuvre de l'ETP en France :

- *Les programmes d'ETP*
- *Les actions d'accompagnement*
- *Les programmes d'apprentissage*

[7] Professions d'audioprothésiste, de diététicien, d'ergothérapeute, d'infirmier, d'infirmier de secteur psychiatrique, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, d'opticien-lunetier, d'orthophoniste, d'orthoptiste, de pédicure-podologue, de préparateur en pharmacie, de psychomotricien, de technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

[8] 1470 heures avec une formation théorique de 720 à 780 heures et une formation clinique de 13 à 15 semaines de stage.

De plus, comme l'affirme le Dr Pierre Yves Traynard(23) « *l'ETP est une porte d'entrée vers la découverte d'autres sciences sociales (anthropologie, sociologie, épidémiologie, philosophie…), composantes essentielles d'une culture pluridisciplinaire ETP* ».

Donc, au-delà, d'être une pratique jeune en France, **l'ETP s'élabore sur un domaine scientifique unique qui se situe à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales**. Ceci tant pour les compétences qu'elles requièrent des professionnels pour son exercice que par les compétences qu'elles visent pour les patients.

En effet, l'OMS précise que les finalités spécifiques de l'ETP sont « l*'acquisition et le maintien par le patient de* ***compétences d'auto soins*** *; la mobilisation ou l'acquisition de* ***compétences d'adaptation****. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales »*.
L'OMS précisant que les auto-soins(24) « *représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé comme, réaliser des gestes techniques et des soins ; faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ».*
Parmi ces compétences d'auto-soins, des compétences dites de sécurité visent à sauvegarder la vie du patient. Ces compétences sont considérées par les professionnels de santé comme indispensables et prioritaires à acquérir par le patient ou ses proches, selon les besoins spécifiques de chaque patient.
Pour les compétences d'adaptation(24), l'OMS précise « *qu'elles recouvrent les dimensions telles que se connaître soi-même, avoir confiance en soi ; savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ou prendre des décisions et résoudre un problème (qui font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales)* ». Les compétences d'adaptation reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient. Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'auto-soins.

Le développement de telles compétences exigera une démarche éducative qui, comme nous l'avons vu, reposera sur la croisée des sciences de la santé et des sciences humaines et sociales, mais aussi de manière fondamentale, sur la relation de soin qui bouleverse les rôles de chacun, autorisant le patient à être acteur de sa santé. L'OMS dans son rapport initial précisait bien que « *ceux qui apprennent doivent progressivement devenir les architectes de leur propre éducation* ».(7)

Catherine Tourette-Turgis(25), viendra appuyer cette évolution des rôles de chacun en déclarant que :

> *« L'ETP entraîne des transformations dans les configurations du soin : transformations des rôles et statuts des uns par rapport aux autres, des identités des acteurs et des relations entre eux. Pour les professionnels : il s'agit de* ***penser différemment la manière de dispenser des soins en partenariat avec les patients et leurs proches*** *».*

Rémi Gagnayre(26) allant plus loin et précisant qu'au travers de l'ETP, les soignants deviennent des « ***soignants-éducateurs*** ». Mettant ainsi l'accent sur l'élargissement de la conception du rôle de l'infirmier notamment, non plus vu uniquement comme un professionnel qui dispense des soins, mais aussi qui conduit à la formation des patients et leurs proches. L'appellation est importante car elle inscrit le professionnel dans un champ c'action représentatif.

S'il est reconnue une définition de l'ETP, plusieurs auteurs s'autorisent une réflexion critique à son égard et évoque une nécessité d'évolution de celle-ci. En effet, les auteurs R.Gagnayre et Pierre Lombrail(26), se sont penchés sur le sujet et observent aujourd'hui **des limites à la définition proposée par l'OMS** et validée par l'HAS et au cadre définit par la loi HPST, notamment dans son applicabilité. En effet, les auteurs soulignent que cette définition a :

> « *Une visée trop exclusivement éducative, qui méconnaîtrait d'autres besoins d'accompagnement des patients (dont les buts et les méthodes restent à définir), perception renforcée par la mise en place par la loi HPST d'un dispositif d'autorisation de programmes d'ETP jugé lourd et rigide […] et par l'adoption d'une « posture éducative » dont une définition fait cependant défaut* ».

En effet, l'HAS(21) explicite qu'« *indépendamment de la maladie chronique et des compétences à développer, une ETP structurée doit être mise en œuvre à partir d'un programme et d'une planification par étapes* ».
De plus, conformément à l'article L.1161-2 du code de la santé publique, tout programme d'ETP doit être conforme à « *un cahier des charges national* » et ne peut être mis en œuvre, au niveau local, qu'après autorisation des ARS.
Et pour venir asseoir l'aspect réglementaire et l'exercice professionnel spécifique que requière l'ETP, l'arrêté du 31 mai 2013 définit « *un référentiel de compétences pour dispenser l'ETP* » dans le cadre d'un programme(27) qui décrit les situations clés, les buts, les activités et les compétences (individuelles et collectives) réparties dans trois domaines : technique, relationnel et pédagogique, socio-organisationnel.

Ainsi nous percevons bien l'effet contre intuitif possible d'un cadre d'application exclusif légiféré, laissant l'appréciation de la posture et de la définition de la compétence à ses lecteurs. Cette complexité émergente démontre bien le chemin à parcourir pour réaliser avec compétence de l'ETP et ceci dans un paradigme nouveau qui redessine la relation soignant-soigné et les statuts de chacun.
Nous comprenons plus aisément ce qui explique cette mise en œuvre timide et surtout cela démontre l'enseignement très spécifique que l'ETP va exiger. La formation en soins infirmiers peut-elle offrir cette approche scientifique spécifique qui allie science de la médecine, sciences de la pédagogie, sciences humaines et sociales et ceci conjugué aux sciences infirmières ? La formation peut-elle permettre au futur professionnel de développer une posture de soignant-éducateur ? La formation peut-elle assumer une formation qui jusqu'alors relevait de la formation continue ?

1.3.2 Le contexte transdisciplinaire

Dans la revue de littérature sur la thématique de la pratique ETP, les termes de pluridisciplinaire, interdisciplinaire et même transdisciplinaire apparaissent comme une évidence, une nécessité et en même temps semblent simples et complexes. Expliquons ce qui peut sembler « simple » d'apparence.
Les différents préfixes éclairant la subtilité qui définit chaque terme qui, bien que de la même famille, vont induire une différence dans la façon de penser, de partager et d'agir.
« Pluri-» disciplinaire se rapportant à plusieurs disciplines, qui vont se mettre en scène les unes à côté des autres (équipe pluridisciplinaire). Le préfixe « Inter-» vient ajouter la notion de « relation » qui pourrait se jouer entres les disciplines, induisant une coopération de ses disciplines, des échanges. Ainsi, transposé dans une analyse, il s'agit d'une vision plus organique où se mettent en lien les disciplines, tout en respectant les fonctions et compétences de chacune. La « trans-» disciplinarité vise elle à rompre ces frontières de fonctions et de compétences, en les « traversant », les disciplines s'unifiant.
La complexité ne réside donc pas dans la sémantique, qui éthymologiquement se clarifie mais dans la dynamique de mise en œuvre.

Le philosophe et sociologue Edgar Morin(28), a déclaré qu'il faut « *mettre ensemble les connaissances acquises* », parce qu' « *un savoir n'est pertinent que s'il est capable de se situer dans un contexte et que la connaissance la plus sophistiquée, si elle est totalement isolée, cesse d'être pertinente* ».
Alors pourquoi évoquer cela, quel lien à l'ETP ?

C. Tourette-Turgis nous aide à replacer l'ETP dans ce contexte transdisciplinaire. En effet, pour Mme Tourette-Turgis(29) l'ETP est « *au carrefour de la médecine, du soin et de l'éducation* », empruntant donc des théories de différents champs scientifiques. Autorisant une transgression des frontières scientifiques et disciplinaires, et induisant les pratiques en ETP. Elle précise que « ***le concept de « transdisciplinarité** » prend ici toute sa dimension dans la mesure où les acteurs convoquent des modèles théoriques qui ne font pas partie d'un même ensemble disciplinaire, voire épistémologique* ».
Delà, C. Tourette-Turgis identifie les influences transdisciplinaires émergeant de l'ETP, certaines que nous serons amenés à développer dans notre recherche pour en comprendre les contours. Nous retrouvons ainsi :

-**L'influence des théories de l'apprentissage et du développement** : les théories de l'apprentissage et les modèles pédagogiques aident à comprendre comment apprendre mais aussi quel environnement

d'apprentissage est favorable. Ainsi elles permettent de comprendre par quel processus et fondement théorique le patient peut parvenir à développer ses compétences.

-**L'influence de l'anthropologie de la santé** : C. Tourette-Turgis explique que « *les malades ont des préoccupations de savoirs qui ne relèvent pas du modèle biomédical, mais d'un processus d'interprétation* ». L'auteur Maryvette Balcou-Debussche précisant que : « *une approche ethnosociologique de l'éducation thérapeutique trouve ses fondements dans une dialectique constructive entre les outils théoriques disponibles et la pratique, une analyse des faits sociaux qui se produisent dans les situations éducatives elles-mêmes et des expérimentations réalisées dans des contextes socioculturels différents* ». Il s'agit donc pour les acteurs de l'ETP d'ouvrir le regard sur le patient, sur son histoire, sur les situations éducatives qui se jouent, sur le vécu pour mieux guider le patient, mieux l'accompagner.

-**L'influence des approches cliniques d'inspiration psychanalytique** : pour comprendre ce qui est en jeu pour le patient et ce qui induit sur sa vie, ses perceptions, ses conceptions, son « soi ». En effet, les apports théorico-cliniques de la psychanalyse à l'accompagnement des malades permettent de percevoir l'impact psychologique des différents évènements vécus par celui-ci (annonce de la maladie, protocoles de soins, phases de rémission, rechute).

-**L'influence des théories du « care »** : il désigne tout ce qui est en relation avec les activités requérant une attention à autrui, un souci d'autrui et pour autrui, une manière de considérer cet autrui. L'éthique du care (Joan Tronto), induit un prendre soin qui unit la médecine, la sociologie et la philosophie.

-**L'influence des théories de « l'empowerment »** : le professeur Isabelle Ajoulat(30) définit l'empowerment comme un processus par lequel les personnes malades renforcent leur pouvoir d'agir. Dans cette perspective, le prendre soin de soi implique bien plus que l'adaptation à la maladie et l'apprentissage de gestes de soins. Le pouvoir d'agir est intrinsèquement lié au pouvoir d'être, autrement dit au travail identitaire qui est à l'œuvre chez tout un chacun tout au long de la vie mais qui est particulièrement mis au défi dans les situations de vulnérabilité, telles que celles induites par la maladie chronique.

Cette approche transdisciplinaire ouverte sur les différentes disciplines complexifie l'apprentissage de l'ETP et induit une exigence de compréhension, d'ouverture et de connaissances pour le soignant-éducateur.
Le programme de formation infirmier revêt de cette transdisciplinarité mise en éveil par les différentes unités d'enseignement contribuant à la formation en soins infirmiers. La difficulté sera donc l'appropriation de ces différentes théories, leur enseignement et leur maillage pour amener les étudiants à la compréhension de l'ETP. Le formateur devant lui-même avoir conscience et connaissance de ces différentes influences, afin de les faire percevoir aux étudiants, qui eux-mêmes devront les utiliser dans leur posture de soignant-éducateur.

1.3.3 Le contexte didactique

1.3.3.1 L'enseignement de l'ETP en formation continue un appui pour la formation initiale ?

Questionner l'enseignement ETP en formation initiale impose de s'intéresser au seul modèle de formation existant qui est la formation continue. Après une recherche exploratoire, il s'avère qu'il existe plusieurs cahiers des charges de formation continue ETP élaborés par diverses organismes de formation en appui du guide méthodologique établi par l'HAS-INPES(21).
Cette offre diversifiée démontre l'intérêt porté au sujet de l'ETP mais rend également difficile le recensement du nombre de formations proposées et leur contenu.

Pour mieux comprendre les attendus d'une formation continue en ETP, nous nous sommes arrêtés plus particulièrement sur le cahier des charges du Centre Régional de Ressources et de Compétences en ETP de la région Nord-Pas-de-Calais(31) de 2013 qui invite à « *transformer les pratiques* » en « *privilégiant des méthodes pédagogiques actives, coopératives et interactives* ». Précisant ensuite que « *ces méthodes actives sont des leviers pour déstabiliser des représentations et construire des pratiques plus conscientes, plus lucides, plus efficaces et également innovantes* ». Le but étant « *de construire chez les soignants une véritable posture*

éducative ». De plus, les auteurs mettent en avant que ces formations en ETP doivent impérativement souligner la différence entre une éducation centrée essentiellement sur l'enseignement (perspective soignante) et une éducation centrée sur l'apprentissage (perspective patient).
Effectivement la formation continue s'adressant à des professionnels, nous comprenons aisément la nécessité de travailler sur les représentations, de s'appuyer sur leur expérience professionnelle pour aider à conscientiser les pratiques et développer la posture éducative.
Mais pour les étudiants en soins infirmiers, l'acquisition de la vision de l'ETP et de la posture éducative va devoir s'opérer directement dans le processus de professionnalisation.
En cela, les formations ETP proposées aux étudiants vont devoir se différencier de celles proposées aux professionnels. Le formateur en construisant son ingénierie de formation ETP devra prendre en compte cette perspective.

Le cahier des charges, en respect du référentiel de compétences INPES, a relevé notre attention sur quelques points de contenus que nous souhaitons mettre en avant :

> *« La **notion de projet et méthode projet** ; **l'autoévaluation en situation de travail** mentionnant les changements comportementaux ou les intentions de changements ; le principe avéré en **pédagogie de « contextualisation – décontextualisation – recontextualisation »**, les formateurs devant pouvoir articuler des apports directement reliés aux pratiques d'ETP avec des illustrations relevant de contextes éducatifs cousins de l'ETP ; et enfin il est attendu des formateurs qu'ils proposent aux participants des scénarii pédagogiques où **l'exemplarité éducative associée à l'expérience didactique** soit une valeur essentielle de leurs prestations ».*

Ces éléments de contenus permettent là encore d'orienter et de renforcer les attendus et conduites pédagogiques du formateur pour la formation des étudiants en soins infirmiers à l'ETP et nous voyons bien les compétences et connaissances en sciences de l'éducation qui sont essentielles, maillées à la connaissance du métier infirmier, à l'analyse des situations professionnelles et à la notion de projet, fondamentale aujourd'hui. Si nous retrouvons bien ces éléments dans le programme de formation en soins infirmiers, il conviendra surtout pour le formateur d'y faire lien à l'ETP.
Ce qui relève aussi notre attention est le principe pédagogique évoqué de « contextualisation – décontextualisation – recontextualisation », issu des sciences de l'éducation, nous nous y attarderons plus longuement ultérieurement afin d'explorer ses fondements et de comprendre en quoi sa compréhension et son usage par le formateur favorise la formation initiale à l'ETP des étudiants en soins infirmiers ?

En complément de ces apports, les auteurs R. Gagnayre, et Jean François d'Ivernois, proposent des critères de qualité(32) pour les formations dites niveau 1 ou appelées « formation 40h » à l'ETP. Les auteurs précisent que l'un des premiers critères qualité repose sur l'organisme de formation et les formateurs. En effet, pour les auteurs il faut :

> *« Démontrer que **ses formateurs possèdent une expertise dans le secteur de l'ETP** […] Cette expertise résultera d'une pratique éprouvée des formateurs et/ou d'une activité de recherche dans le champ de l'ETP […] d'exemples concrets mettant en évidence les liens entre l'ETP et la prise en charge médicale des patients pour des affections chroniques ou temporaires. **Une formation continue des formateurs** […]. L'organisme de formation devrait pouvoir témoigner des liens qu'il tisse avec des organismes de recherche ».*

Ce qui induit au sein des IFSI que l'enseignement de l'ETP soit balisé par ce principe de formation, de recherche et d'expérience en ETP pour les formateurs.

De plus, les auteurs soulèvent que la conception des programmes de formation devrait notamment se fonder sur **« *les données les plus récentes de la recherche dans le champ de l'ETP*** » et « *énoncer les références aux modèles théoriques sous-jacents aux pratiques d'ETP, en remettant notamment aux participants une bibliographie actualisée et une documentation pertinente sur le sujet* ». De même, ils ajoutent qu'ils devraient […] renforcer la place de l'ETP dans l'organisation des soins et le parcours de soin du patient. Précisant également que la formation devrait « *prendre appui sur l'expérience des participants, favoriser leur créativité, tout en leur mettant à disposition des outils et supports d'éducation thérapeutique, utilisables avec les patients* ». Enfin, pour les auteurs, il faudrait que « *les programmes de formation ETP soumettent aux participants des problèmes concrets de développement d'actions d'ETP de façon à les préparer à y répondre et de façon à*

favoriser le transfert des acquis de formation par des activités dédiées ». L'élaboration, par les concepteurs de programme de formation ETP, au sein même de celui-ci, de modalités d'évaluation et de suivi de la formation venant renforcer et soutenir cet ensemble de recommandations.

Ainsi, nous pouvons présupposer que les critères qualité proposées par les auteurs pour la formation niveau 1 en formation continue puisse tout à fait être un guide également vers quoi les formateurs doivent tendre. Nous retrouvons de nouveau **l'importance soulignée de la formation et de l'expérience propres des formateurs** formant à l'ETP, point incontournable qui d'ailleurs à fait l'œuvre d'une mesure d'aide à la formation au sein de certaines régions pour favoriser la formation 40h des formateurs en charge de l'ETP au sein des IFSI.
De plus, en nous retournant une fois de plus vers le processus de professionnalisation infirmier, nous retrouvons dans le programme de formation **le principe de données probantes**, soulevé par les auteurs. Principe fondateur et préalable de toutes études de domaines scientifiques et de toutes recherches, avec le souci de l'associer avec une mise à jour actualisée en constituant une veille documentaire.
Le « défaut majeur », non transposable de la formation continue à la formation initiale sera de nouveau l'expérience des participants, d'où l'importance de celle des formateurs et de la création de situations cliniques d'étude fondées sur des situations prévalentes co-construites avec les terrains. De même il conviendra pour le formateur, dans les analyses de situations professionnelles, de repérer celles se rapportant à la pratique de l'ETP pour les explorer avec les apprenants. Enfin, nous pourrions présupposer que la pratique en laboratoire de simulation pourrait induire une situation expérientielle d'apprentissage à partir d'une situation réelle de prise en soins dans le cadre d'un programme ETP et permettre de mesurer la mise en œuvre des comportements en situation de travail de soignant-éducateur.

En conclusion de ce sous-chapitre, la formation continue en ETP s'appuyant sur le référentiel HAS/INPES, peut être un appui pour la construction du programme de formation ETP en formation initiale. Toutefois il ne dédouane pas d'une veille documentaire plus large comme nous venons de le démontrer et il demande une adaptation au regard du profil d'apprenant qui est différent, les professionnels ont une expérience professionnelle mobilisable et exploitable pour l'apprentissage de l'ETP et aussi ils viennent pour la plupart sur leur volonté de se former à l'ETP. Pour les étudiants, l'enjeu pour le formateur sera d'initier cette appétence à l'ETP et de convoquer et provoquer l'expérience.

1.3.3.2 L'enseignement de l'ETP en formation initiale

Pour aborder ce chapitre, nous allons nous appuyer sur l'auteur M. Balcou-Debussche(33), qui a beaucoup étudié les interventions éducatives et les situations d'apprentissage proposées en ETP, dans différents pays, lui permettant de nourrir le questionnement scientifique sur les liens entre l'apprentissage et le contexte dans lequel il s'exerce et interrogeant par là-même la formation des professionnels de santé en ETP. Sa réflexion s'inscrit « *à la croisée de plusieurs mondes de vie : les soignants et les patients, le contexte de la situation d'apprentissage et le contexte "ordinaire", mais aussi les sciences biomédicales et les sciences humaines et sociales* ». De là, en 2012, elle émet plusieurs constats sur le sujet, **amenant la complexité de l'acquisition en ETP « *entre des savoirs complexes, des formateurs, des apprenants hétérogènes et des contextes pluriels* ».** Ces apports font tout à fait lien à notre sujet et peuvent être une base à notre recherche.

Ainsi, l'auteur met en avant une donnée déjà évoquée mais qui de nouveau arrive comme un fondement à prendre en compte dans l'enseignement de l'ETP :

> *« **Les actions éducatives oscillent** ainsi entre un **modèle biopsychosocial de la santé** qui tient compte des facteurs sociaux, contextuels et personnels influant sur la santé, et un **modèle biomédical de la santé** qui travaille les connaissances à construire sur les organes, la santé et la maladie sans nécessairement prendre en compte les spécificités des individus et de leurs environnements ».*

Effectivement, dans la formation initiale, l'enseignement de l'ETP, s'inclut dans les trois années d'apprentissage des étudiants, où nous retrouvons bien ce balancement à travers les unités d'enseignement comme celles du champ 2 « Sciences biologiques et médicales » plus ancrées sur le modèle biomédical et celles des champs « Sciences humaines sociales et droit » et 4 « Sciences et techniques infirmières, interventions » par exemple

plus empreintes du modèle biopsychosocial. Nécessitant pour le formateur la prise en compte de cette fluctuation qui va amener un regard pour l'étudiant différent et la nécessité de la ramener in-fine, après les indispensables savoirs issus plus du modèle biomédical, sur le modèle biopsychosocial.

De même, M. Balcou-Debussche invite le formateur à percevoir le fait que « ***la maladie reste le plus souvent appréhendée sur un versant anatomo-physiologique par les professionnels de santé*** » et de préciser en reprenant la pensée de Herzlich, 1986, que « *pour la personne malade, il s'agit avant tout d'un événement psychologique et social* ». Et que « *la personne malade ne peut pas être considérée comme étant uniquement porteuse d'une pathologie : c'est avant tout un être social, en dynamique et en interaction perpétuelle avec d'autres individus de la famille, du monde du travail ou du voisinage, dans des environnements géographique, culturel et économique spécifiques* ».

Pour le formateur, dans l'enseignement en soins infirmiers, il faut donc osciller à la fois entre un apprentissage pour comprendre la maladie d'un point de vue anatomo-physiologique et amener la vision plus systémique de celle-ci pour le patient, qui de par son expérience individuelle et existentielle ne vit pas la maladie que comme une défaillance anatomo-physiologique**.** Réel enjeu pour le formateur qui va amener dans son enseignement du paradoxe pour les étudiants, qui sera à accompagner.

L'auteur aborde également dans ses propositions la **rencontre éducative qui selon elle, « *s'effectue presque toujours dans un contexte qui n'est pas celui de l'individu comme l'hôpital*,** *ou le cabinet du médecin* » et qui « *permet aussi de regarder la situation éducative comme une configuration sociale particulière qui n'a pas beaucoup à voir avec les configurations ordinaires dans lesquelles la santé de l'individu est mise en jeu* ». Autrement dit, **le formateur devra amener les étudiants à prendre conscience que le contexte de rencontre proposé aux patients est construit dans un milieu professionnel**, par des professionnels pour que des patients apprennent à vivre leur maladie dans leur contexte de vie. Là aussi, il faudra beaucoup de prudence et d'accompagnement dans l'approche du formateur, pour que l'étudiant perçoive l'enjeu de décontexualisation.

Partant de là, l'auteur questionne « *la transmission des savoirs à leur construction » précisant que « le professionnel se situe surtout dans la relation enseignant-savoir avec une dominante d'enseignement sur un mode transmissif, voire prescriptif* ». Or, comme le précise A. Giordan, « *le formateur et les apprenants doivent avoir à peu près la même façon de produire du sens, de se poser les questions, de pratiquer le langage et de produire du raisonnement* ». Donc, pour M. Balcou-Debussche « *le passage de la transmission à la construction des savoirs impose un changement de paradigme qui oblige dès lors à prendre en compte plusieurs dimensions : les représentations individuelles, la conception et l'agencement de dispositifs d'apprentissage, la dimension contextuelle de l'apprentissage et la perception que le malade peut avoir des atouts ou des contraintes de son environnement* ». Ajoutant, en appui des propos de Gravois Lee et Garvin, 2003, que les soignants « *se retrouvent confrontés à deux logiques différentes : la logique de transmission des savoirs à travers laquelle ils ont été formés et la logique d'appropriation par la construction qu'ils devraient pouvoir développer afin de permettre aux apprenants de s'approprier des connaissances complexes* ».

Il s'agira donc pour le formateur de théoriser les modèles pédagogiques tout en prenant en compte la dimension holistique du patient. Il conviendra donc de **s'attacher à la manière dont le formateur va transmettre les savoirs** qui seront une base de référence pour l'étudiant et à la manière dont l'étudiant va s'approprier ses savoirs dans la pratique. Ainsi que comment le formateur veille à la transmission de savoirs contextualisés au domaine de l'ETP, s'assurer de la transférabilité de ses acquis théoriques en situation, sans détournements par un soin curatif trop prégnant, et révélant aux étudiants comment apprendre pour faire apprendre aux patients.

Plus loin l'auteur nous met sur une piste de réflexion sur le sujet en stipulant que « ***la seule maîtrise de savoirs procéduraux appris comme des règles ne suffit pas pour être efficace car la compétence met en jeu plusieurs dimensions*** *: les savoirs (connaissances intellectuelles, représentations), l'agir (capacités à mettre en œuvre) et des formes de reconnaissance sociale validées et partagées par différents acteurs* ». Ajoutant que « *l'apprentissage doit à la fois s'exercer grâce à l'accompagnement du professionnel éducateur et indépendamment de lui puisque l'individu est amené à développer ses conduites de façon singulière, au quotidien, dans le contexte qui est le sien* ». Ainsi le formateur devra amener les étudiants en soins infirmiers

au développement de compétences par un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Il devra s'attacher à accompagner, guider l'étudiant dans l'acquisition de ses compétences mais aussi et surtout le laisser s'approprier ses compétences en se mettant lui-même en situation d'apprentissage.

En conclusion nous pouvons postuler que l'enseignement de l'ETP en formation initiale de soins infirmiers met en jeu pour le formateur la cohabitation d'un modèle biomédical et biopsychosocial, la création de situations d'apprentissage contextualisées permettant aux étudiants de s'approprier les savoirs tout en lui permettant de décontexualiser ceux-ci pour les recontextualiser en situations de soins et bâtir des relations pédagogique, d'apprentissage et didactique favorables à une dynamique d'apprendre pour permettre ensuite aux étudiants eux-mêmes de faire apprendre aux patients.
Cet ensemble réflexif nous amène donc sur plusieurs idées principales sur l'enseignement de l'ETP en en formation initiale de soins infirmiers qu'il convient de conceptualiser pour mieux en comprendre le sens, pour théoriser les pratiques empiriques afin de pouvoir les expliquer, les étudier et les rendre compréhensives, pour mieux les faire mettre en application par les étudiants auprès des patients.

2 L'APPROCHE CONCEPTUELLE DU SUJET DE RECHERCHE

Comme nous venons de le voir, l'enseignement de l'ETP nécessite un contenu spécifique pour le développement de compétences techniques, relationnelles et mais également une approche pédagogique adaptée au contexte ETP.
Dans cette continuité, pour comprendre comment le formateur va pouvoir guider les étudiants en soins infirmiers dans l'approche de l'ETP, ce chapitre s'emploiera donc à expliciter la théorie des situations didactiques en lien avec les situations apprenantes à développer pour les étudiants dans le contexte de l'ETP, mais aussi les modèles pédagogiques à mettre en œuvre.
De même, il viendra apporter des éléments de compréhension à la motivation des apprenants à l'apprentissage de l'ETP en formation initiale, qui comme nous l'avons vu précédemment ne sont pas dans une posture de demande et d'appétence comme pour les professionnels en formation continue.
Pour finir, nous expliquerons par quel processus d'enseignement-apprentissage le formateur peut accompagner les étudiants en soins infirmiers dans le développement de compétences en ETP.

2.1 La phase conceptuelle de l'enseignement

2.1.1 Le contexte de compétence

Le langage de compétences et plus précisément de l'approche par compétences devient un langage commun que nous retrouvons dans la formation en soins infirmiers, le référentiel de formation étant bâti sur dix compétences à acquérir pour l'obtention du D.E. En ETP, nous retrouvons aussi cette approche par compétences, par le Décret du 31 mai 2013(34) déclinant les compétences techniques, relationnelles-pédagogiques et organisationnelles nécessaires pour dispenser l'ETP. Concernant le patient, l'HAS évoque, les finalités spécifiques de l'ETP devant mener au développement de compétences d'auto-soins et d'adaptation du patient.

Mais qu'est-ce-que réellement cette approche par compétence ?

Guy Leboterf(35) a écrit de nombreux ouvrages sur le sujet des compétences individuelles et collectives, incluant la notion de compétence au processus de professionnalisation.
Avec l'expérience sur le sujet, l'auteur distingue « *être compétent ou être capable d'agir et de réussir dans les diverses situations professionnelles qui peuvent se présenter dans un métier. Cela suppose que le professionnel concerné sache* ***choisir et mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes et efficaces*** ». Et la notion d' « *avoir des compétences ou avoir des ressources pour agir avec compétences* ». Ainsi, pour l'auteur il n'est pas suffisant qu'une personne possède des compétences pour « être » compétente, tout comme la compétence ne peut-être « *la somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir être, il faut qu'elle soit capable de les organiser et de les mobiliser en combinatoires pertinentes pour gérer des situations professionnelles* ».

Les situations professionnelles en formation en soins infirmiers sont mises en œuvre par l'alternance, la formation clinique offrant la rencontre avec les situations de soins et la formation théorique proposant l'analyse de situations dites prévalentes. Les situations prévalentes(36) étant pour Guy Leboterf « *le reflet de l'activité professionnelle répétée des soignants* ».
Les ressources à mobiliser et à combiner par le professionnel pour agir avec compétence comportent des ressources personnelles, par exemple les savoir-faire relationnels, mais aussi des ressources externes situées dans son environnement, comme les protocoles de soins.

G. Leboterf met en avant également l'idée de « **schème opératoire** », signifiant la manière d'agir en situation. Ce schème opératoire devra être **conscientisé et explicité** pour prendre conscience de l'action, des processus mentaux en jeu, de la manière d'agir, de la compétence en situation et y donner sens. Ce travail sera possible par un processus réflexif mettant en éveil la métacognition. Les analyses de situations professionnelles réalisées dans la formation en soins infirmiers y contribuent fortement, et amènent les étudiants à développer cette posture réflexive.
Nous pouvons retrouver l'illustration[9] des trois dimensions de la compétence de G. Leboterf en annexe 6.

Si le parallèle entre formation en soins infirmiers et la notion de compétence est clair, qu'en est-il dans le contexte de l'ETP ?
Quand nous reprenons le référentiel de compétences de l'INPES(37) pour dispenser l'ETP, nous y retrouvons six « **situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP** ».

Les auteurs Marc Nagels et Aline Lasserre Moutet(38) ont mené une réflexion critique sur la conception du référentiel de compétences en ETP. Ils débutent par définir la notion de « situations significatives » en didactique professionnelle pour bien percevoir ce qu'elles induisent, expliquant que « *c'est un ensemble homogène de* ***situations rencontrées par les praticiens et définies par des circonstances et un problème à résoudre*** ». Sachant que chaque situation est mise en lien avec une liste de deux à huit « activités ». La notion d'activité, au sens de l'INPES, est explicitée comme « *l'ensemble des actions d'une personne ou d'une équipe, organisées selon un processus logique, pour remplir les missions d'ETP confiées* ». Par exemple la première situation s'intitule « Créer un climat favorable à l'ETP » avec pour activité « Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique » tout en étant mise en lien avec les trois niveaux de compétences requis.
Ces éclaircissements apportés par les auteurs permettent de comprendre que les situations significatives seraient des situations prévalentes à développer dans la formation en soins infirmiers et démontrent l'imbrication entre situations, compétences et activités souhaitée par l'INPES.

Toutefois **la limite observée dans ce référentiel est que la notion de compétence n'y est pas définie**, laissant les acteurs libres de compréhension et d'interprétation. La définition aurait permis de délimiter les contours attendus des compétences exposées pour ne pas tomber dans une vision restrictive qui servirait, comme le précise M. Nagels et A. Lasserre Moutet, qu'à professionnaliser l'exercice de l'ETP, au risque de détourner l'ETP du patient et d'ériger « *une démarche centrée sur le professionnel du soin et de l'accompagnement, ou sur la coordination d'actions* ».
De même nous ne retrouvons pas la notion de posture réflexive, distinguée par G. Leboterf dans sa définition de la compétence, et, comme le soulignent les auteurs, « *ce référentiel de compétences tient plus du paradigme enseigner que du paradigme apprendre* » et au danger de « *négliger la dynamique du sujet apprenant* ».
Donc il s'avère essentiel de décrypter les attentes des référentiels de compétences élaborés et d'y adjoindre la posture réflexive de manière globale mais aussi plus spécifiquement dans le domaine de l'ETP, afin de ne pas en détourner le sens premier qui reste en faveur du patient, et non dirigé vers le soignant. Certes c'est le soignant ou l'apprenant qui va développer des compétences mais dans le but de les mettre à profit pour le patient afin que lui-même acquiert ou renforce des compétences.

D'ailleurs nous relevons, par les analyses menées par les auteurs JF. d'Ivernois et R. Gagnayre(39), que **le développement des compétences en ETP est complexe** car cela exige le « ***transfert de compétences du***

[9] Cf. Annexe 6

soignant vers le soigné et que le patient est un apprenant particulier. Pour ces raisons, l'ETP nécessite une pédagogie spécifique ».
Et oui, l'objectif final est bien de permettre au patient de développer des compétences dites d'auto-soins et d'adaptation. Il convient donc dans l'apprentissage même des étudiants en soins infirmiers de viser ce transfert alors même qu'ils sont eux-mêmes en posture d'apprendre, tout en ouvrant le transfert vers un apprenant particulier qu'est le patient malade chronique.
Il s'agit d'une transformation radicale de la posture du soignant telle que souvent pensée en entrant en formation, mais également par de nombreux professionnels de santé. Comme le précisent les auteurs suisses Aline Lasserre-Moutet., Monique Chambouleyron et Vincent Barthassat(38), cela vient souligner, « *la nécessité de s'être préalablement accordé sur les intentions poursuivies* ».
Ceci reprenant bien l'idée de la nécessaire recontextualisation du développement des compétences, de la pratique, des finalités d'action dans les fondements d'une ETP pour et par le patient, modifiant le rapport patient-soignant. Les auteurs nous invitent d'ailleurs à marquer davantage cette thématique dans le cursus de formation à l'ETP, en l'inscrivant dans les référentiels de compétences permettant ainsi d'approfondir cette posture de soignant-éducateur abordée du bout des doigts et pourtant si fondamentale.

L'enjeu restant comment mettre ce processus d'apprentissage en place pour le formateur, quelle didactique développée pour donner accès aux étudiants en soins infirmiers aux compétences requises en ETP ?

2.1.2 Le contexte didactique

La didactique étudie les processus d'élaboration d'un savoir à connaître, sa transmission (par le professeur[10]) et son acquisition (par les apprenants[11]) pour une discipline donnée. Elle étudie donc les interactions qui vont se jouer dans ce **triptyque enseignant-savoir-élève**, par le biais de situations d'enseignement-apprentissage, dirons-nous, prenant ainsi en compte le rôle actif de l'enseignant et de l'élève.
Ce triptyque s'appelle le triangle didactique ou **triangle pédagogique** développé par Jean Houssaye(40). Le triangle didactique n'est pas un concept mais un dessin symbolique[12]. Il précise les liens unissant les pôles en terme de relation au regard de situation d'apprentissage et en définit implicitement les tâches de chaque pôle. La dénomination de tétraèdre est parfois évoquée, avec la prise en compte d'un quatrième élément que serait l'environnement social.
Il est à souligner que le modèle de J. Houssaye fonctionne selon le principe du tiers exclus : lorsque deux pôles existent de façon privilégiée, le troisième est mis en veille et doit accepter de « faire le mort ». Pour l'auteur, le risque étant de voir le mort « jouer au fou ».
Ainsi, si les pôles enseignant et savoir sont mis en exergue, c'est le processus Enseigner qui est exacerbé, la relation didactique est privilégiée et l'apprenant est mis en recul. Si les pôles enseignant et apprenant se distinguent, alors le processus Former est intensifié, la relation pédagogique est favorisée et le savoir fait le mort. Enfin, si les pôles savoir et apprenant sont mis en avant, c'est le processus Apprendre qui s'anime, la relation d'apprentissage prime et la place du mort correspond à l'enseignant.
Tout déséquilibre induit par une intensité trop forte ou faible d'un des pôles entraîne une défaillance des processus et relations en jeu.

Si ce modèle nous dessine les éléments clés prédominant dans une situation formelle d'enseignement-apprentissage, il ne décrit pas comment s'établit la transmission des savoirs.

C'est ce que Yves Chevallard(41) dans sa réflexion fait émerger par **le concept de transposition didactique**, qui **transforme les savoirs savants en savoirs enseignés**. L'auteur explicite comment l'usage des savoirs savants, décontextualisés et dépersonnalisés, vont converger vers le processus des savoirs à enseigner. En effet, l'enseignant en recontextualisant et repersonnalisant les savoirs savants pour une situation d'enseignement précise, recréé ainsi le savoir par une situation et pour les étudiants, c'est la transposition

[10] De manière indifférencier nous associeront dans ce chapitre les termes de professeurs, enseignants et CDSF
[11] Pour nous le terme d'apprenant se rapportant aux ESI, qui pourront aussi s'apparenter dans ce chapitre aux élèves
[12] Cf. Annexe 7

didactique externe. Ensuite vient le savoir enseigné c'est-à-dire le savoir acquis par l'étudiant, qui va le décontextualiser et le dépersonnaliser pour transférer le savoir dans une situation nouvelle, il s'agira là de la transposition didactique interne.
Donc la transmission des savoirs n'est pas mécanique et ne s'élabore pas par une transmission « dans l'autre » mais « à travers l'autre », par la situation créée, afin que l'élève remobilise le savoir dans une nouvelle situation, garantissant ainsi que le savoir est acquis.

Bernard Sarrazy(42), a étudié cette problématique à travers sa thèse sur « l'indicibilité dans la relation didactique ». Il met en avant plusieurs paradoxes qu'il semble intéressant de dévoiler et sur lesquels il conviendra que le formateur soit vigilant : dans l'enseignement il y a « un impossible à dire qui voudrait être dit », c'est-à-dire que l'enseignant voudrait donner le savoir mais il ne peut pas le faire car c'est la responsabilité de l'élève. **Il faut donc que l'enseignant transmette tout en laissant l'élève apprendre**. De même, B. Sarrazy met en avant que « plus le maître dit, plus il empêche l'élève d'apprendre », recoupant le paradoxe précédent. **L'enseignant ne peut donc pas enseigner si simplement**, d'autant plus que celui-ci attend de l'élève qu'il mette en exercice ses connaissances et non pas qu'il exécute un ordre dicté. Mais pour cela il faut que l'enseigné accepte de ne plus être enseigné et de **prendre ses responsabilités**. Enfin, l'auteur nous amène en troisième postulat sur le fait que **la capacité d'action de l'enseignant réside dans la situation** qu'il créé et qui permet à l'enseigné et au savoir de se rencontrer, son rôle étant d'organiser cette rencontre.

Ce troisième postulat découle de la théorie des situations didactiques et nous amène donc à l'explorer.

2.1.2.1 La théorie des situations didactiques

C'est le modèle théorique de l'enseignement, du processus enseignement-apprentissage.
Guy Brousseau(43), didacticien des mathématiques, attribue quatre éléments fondateurs à **la théorie des situations didactiques : la situation, le concept de dévolution, le milieu et l'institutionnalisation.**
La situation étant la relation établie entre l'élève et le milieu. Il existe aussi des situations a-didactiques, correspondant au moment où l'enseignant s'efface, l'élève accepte de ne plus être enseigné et reste avec le milieu.
Le concept de dévolution, c'est le transfert de responsabilité entre l'enseignant et l'élève, c'est-à-dire le moment où l'enseignant accepte de ne plus enseigner et que l'enseigné prend la responsabilité. La dévolution se joue dans les situations a-didactiques. Pour autant l'enseignant ne disparaît pas mais organise la prise de responsabilité. C'est un processus long.
Le milieu lui, dans la situation, est le partenaire ou l'antagoniste de l'élève, tout ce qui agit sur l'élève ou ce sur quoi agit l'élève. Cela induit des rétroactions pour signifier les erreurs, les rendre assimilables et pouvoir provoquer de la remédiation. De même, cela impose que le milieu soit à la portée de l'élève, c'est-à-dire ni trop aisé, ni trop complexe mais induisant tout de même un obstacle pour élever le niveau de connaissances de l'élève, c'est ce que Brousseau appelle le répertoire conceptuel de l'élève.
L'institutionnalisation enfin, c'est nommer la production qu'a faite l'élève à un moment donné, c'est donner la valeur à certaines actions, c'est identifier une connaissance acquise car l'élève ne l'aura pas forcément perçu. Ces explicitations de ce qui a été produit par l'élève dans une situation, permet ensuite d'accéder à la décontextualisation.

Ainsi, **cette théorie identifie comment doit intervenir le formateur dans l'enseignement-apprentissage de l'étudiant et balise son rôle du formateur**. De même, elle permettra à l'étudiant de comprendre comment aborder l'apprentissage avec le patient. Là encore apparaît l'enjeu de la transférabilité des compétences de l'étudiant apprenant dans une projection de futur soignant-éducateur vers le patient. Donc par quel modèle pédagogique le formateur va-t-il pouvoir y parvenir ?

2.1.2.2 Les modèles pédagogiques

Il existe différents modèles pédagogiques, qui induisent une pédagogie différente selon que nous nous situons sur un modèle plus traditionnel transmissif ou plus novateur. Nous allons brièvement retracer les modèles principaux afin de bien percevoir ceux à mettre en jeu.

Historiquement **le modèle transmissif**(44) induit une relation linéaire entre l'enseignant et l'élève, réduisant la pédagogie à un simple processus de transmission. Bien que parfois utile, nous voyons bien que la situation didactique ne rendra pas l'apprenant acteur, ne lui permettra pas d'être en dynamique d'apprentissage, car comme le rappelle souvent A. Giordan(45), « *l'enseignement n'implique pas l'apprentissage et l'apprentissage ne découle pas nécessairement de l'enseignement, ou nécessitera une forte motivation pour se saisir des savoirs et se les approprier* ».

La pédagogie dite « béhavoriste »(40) est centrée sur la réponse émise par l'apprenant en situation d'apprentissage, elle-même créée dans le but d'obtenir un résultat précis. Plus empreint d'un modèle relevant du conditionnement, exploré par les auteurs Ivan Pavlov et Burrhus Frederic Skinner. Si ce modèle peut être utile pour l'apprentissage d'habiletés sensitivomotrices, de savoir-faire, la limite en sera l'exploration de l'acquisition procédurale au profit d'une compréhension de sens en situation nouvelle.

Quant à l'école cognitiviste(44), elle engagera **trois modèles pédagogiques : cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste**. Le modèle cognitiviste reposant plus sur la psychologie cognitive et au traitement de l'information. Le modèle constructiviste s'intéresse lui davantage à la construction du savoir, où comprendre comment l'élève apprend est essentiel pour guider l'apprentissage. Les auteurs Jean Piaget et Lev Vygotski précisent dans ces modèles la place nécessaire des expériences directes de l'apprenant et des interactions sociales avec les pairs dans l'apprentissage et la place de l'adulte médiateur. En effet, L. Vygotski développe le concept de « médiation pédagogique », repris par les enseignantes Lucie Arpin et Louise Capra, précisant que c'est « *un dialogue pédagogique établi par l'enseignant avec l'élève pour l'aider à porter un regard réflexif sur sa façon d'apprendre et de comprendre et sur la manière dont il interagit avec les autres et avec son environnemen*t ».

Enfin, le modèle socioconstructiviste, largement prôné aujourd'hui et explicité par l'auteur Philippe Jonnaert(46) stipule que :

> « *Dans la dimension socioconstructiviste le processus de connaissances présente un triple ancrage : celui des interactions sociales qui provoquent des conflits sociocognitifs, celui de l'inscription de l'école et des savoirs codifiés dans un environnement social finalisé et celui éthique, c'est-à-dire de la responsabilité de l'apprenant face aux connaissances qu'il construit, qui sont nécessairement les siennes* ».

Par ces apports nous comprenons l'importance de comprendre ces différents modèles existants. Il faut non seulement en comprendre le sens, savoir les mettre en scène et surtout avoir conscience pour le formateur des modèles d'empreints de son propre enseignement. En effet, **l'usage d'un modèle n'est pas restrictif, c'est-à-dire que l'enseignement se nourrit des différents modèles**. Globalement toutefois, **le formateur doit conscientiser son appétence et l'usage des modèles car en fonction de ceux-ci l'apprenant ne sera pas positionné dans le même statut** (actif ou passif), et les attendus seront différents (changement de comportement, motivation, la mémorisation, le geste technique…). Toutefois l'intérêt accordé au socioconstructivisme tant dans l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers que celui du patient, est soulevé par P. Jonnaert, car comme il l'explique « ***les programmes de formation construits sur une logique de compétence s'inscrivent dans la perspective socioconstructiviste qui valorise la co-construction en contexte des connaissances et des compétences plutôt que la transmission de savoirs, décontextualisés et désincarnés*** ». Ainsi il montre la compatibilité de ces deux concepts que sont la compétence et le socioconstructivisme, eux-mêmes fondateurs de la réforme de la formation infirmière de 2009. Sachant qu'il est différent d'apprendre à apprendre avec un modèle différent, **nous pourrions supposer que si les étudiants apprennent dans une logique de compétences, selon le modèle du socioconstructivisme, ils devraient pouvoir véhiculer ces concepts prédominants dans l'ETP**. En effet, comme précisé par A. Giordan(47), il est difficile de se dégager d'un modèle pédagogique et de lutter contre. Si tout son apprentissage est vécu sous le modèle transmissif, il est difficile d'aller contre nature et d'évoluer vers le socioconstructivisme. Un atout semble-t-il ici pour les futurs soignants éducateurs que sont les étudiants.

Si nous percevons l'intérêt des différents modèles, la compréhension de la transmission des savoirs, il faut maintenant questionner quel processus permet de mettre en scène cette dynamique didactique ?

2.2 La phase conceptuelle de l'apprentissage

2.2.1 Le processus enseignement-apprentissage

Avec l'évolution constatée de la formation en soins infirmiers passant d'un statut d'élève à un statut d'étudiant, d'un référentiel d'activités à un référentiel de compétences, favorisant un modèle d'apprentissage socioconstructiviste avec pour objectif de former des « praticiens autonomes, réflexifs et responsables », la manière de former les étudiants change, impliquant de fait une évolution dans la façon d'enseigner. Ainsi**, le passage du paradigme d'enseignement au paradigme d'apprentissage devient essentiel**. Celui-ci va induire non seulement un changement pour l'apprenant puisque la pédagogie est « centrée sur l'étudiant » et aussi un changement pour les formateurs tant dans leur posture que leur approche, favorisant ainsi le paradigme « apprendre » plutôt que le paradigme « enseigner ».

L. Vygotski(48) définit l'apprentissage comme « ***une activité intentionnelle*** *de traitement de l'information et de* ***construction de sens*** », permettant aux étudiants de « *construire graduellement leurs connaissances à partir de ce qu'ils savent déjà* », « ***les contextes d'enseignement et d'apprentissage****, au sein desquels les* ***interactions sociales jouent un rôle essentiel****,* ***conditionnant la transférabilité*** *des connaissances* ».

Pour Raymond Vienneau(44), **l'apprentissage est un continuum** se définissant par un « *apprentissage-processus, constitué d'une série de phases ou étapes organisées dans le temps* » amenant à « *l'apprentissage-produit, c'est-à-dire au résultat intériorisé de ce processus chez l'apprenant* ». Sachant que pour l'auteur enseigner c'est « *créer, animer et gérer des situations propices à l'apprentissage* ».
De là, R. Vienneau précise, « *qu'en milieu* scolaire (ou dans le domaine de la formation)*, ce processus d'apprentissage de l'élève* (ou étudiant) *est guidé et soutenu par un enseignant* (ou formateur)*, au moyen de ce qu'on désigne comme* ***processus enseignement-apprentissage*** ».

Ainsi dans le monde scientifique de la pédagogie, le paradigme de l'apprentissage prend le pas sur le paradigme de l'enseignement. Les auteurs Jean Jouquan et Philippe Bail(48), selon une adaptation de ME Huba et JE Freed(48), ont mis en avant les caractéristiques comparatives[13] des paradigmes d'enseignement et d'apprentissage, les démarquant l'un de l'autre et privilégiant, notamment, dans l'abord de l'apprentissage, la participation active de l'apprenant, la place centrale des interactions, qu'elles aient lieu avec des pairs ou les enseignants, la nécessité d'un contexte authentique et apprenant, le rôle fondamental de l'enseignant facilitateur, guidant et apprenant lui-même des situations.
Pour mettre en valeur ces caractéristiques, il convient pour l'enseignant d'adopter une approche pédagogique qui soit centrée sur l'apprenant et qui en respecte les principes.
L'Association des psychologues américains(49) dans une grande étude visant la réforme des écoles américaines, a identifié quatorze principes psychologiques fondateurs à prendre en compte dans une approche pédagogique centrée sur l'apprenant. Ces principes sont classifiés selon quatre facteurs auxquels ils sont reliés :

-<u>les principes liés aux facteurs cognitifs et métacognitifs</u> comprenant le processus intentionnel de construction de sens à partir d'expériences et d'informations nouvelles ;
-<u>les principes liés aux facteurs affectifs et motivationnels</u> faisant lien à Alfred Bandura et la théorie du sentiment d'efficacité personnelle désignant les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières, constituant le facteur clé de l'action humaine ;
-<u>les principes liés au développement et aux facteurs sociaux</u> comprenant les interactions sociales et interpersonnelles de l'apprenant ;
-<u>les principes liés aux différences individuelles</u> incluant la culture, les aptitudes et la réflexivité face au processus d'apprentissage et aux résultats.

A l'instar de ce processus enseignement-apprentissage, il conviendra pour le formateur de comprendre ces éléments fondateurs d'un enseignement au profit de l'apprentissage, de faire preuve de réflexivité sur sa posture et sa manière d'envisager l'enseignement afin de se saisir des pré-requis fondamentaux à la construction et la conduite d'une ingénierie propice à l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers.

[13] Cf. annexe 8

La question restante est, une fois ce processus enseignement-apprentissage conscientisé, conceptualisé, favorisé par la compréhension des théories sociocognitives et la mobilisation de la théorie des situations didactiques, **comment la dynamique apprenante est-elle perdurée ?**
C'est tout l'enjeu de la formation par alternance, entre formation clinique et théorique. Pour Philippe Perrenoud :

> « ***L'alternance*** *désigne le va et vient d'un futur professionnel entre deux lieux de formation, d'une part un institut de formation initial, d'autre part, un ou plusieurs lieux de stage* ». Précisant que « *par ailleurs, s'il n'existe pas dans l'institut de formation initiale, une conception explicite et cohérente de l'articulation théorie-pratique et du processus de construction des compétences professionnelles, l'alternance peut rester un dispositif vide de sens. Cette cohérence n'est pas acquise du seul fait qu'un texte d'orientation définit des principes. Dans les faits, elle se borne à les juxtaposer* ».

Cette **alternance apprenante** demandera une articulation théorie-pratique pensée, organisée, propice à l'apprentissage, qui prendra sens par l'accompagnement du formateur.

2.2.2 L'accompagnement dans l'apprentissage des soins infirmiers

Il conviendra donc **pour le formateur d'évoluer dans le processus enseignement-apprentissage avec pour partenaire les étudiants en soins infirmiers**. Cette évolution sera notamment possible par la formation par alternance et **demandera un accompagnement spécifique**.

Selon Francine Perrier(50), ancienne directrice pédagogique en IFSI, « *pour construire de nouvelles connaissances, l'apprenant va devoir accepter la remise en question de ses certitudes et faire évoluer ses représentations* ». C'est dans ces périodes, déstabilisantes, que l'accompagnement mis en place par le formateur prend toute sa valeur.
Ainsi nous pouvons présupposer que c'est par l'accompagnement que le formateur contribuera au processus d'enseignement-apprentissage, en **prenant en compte les transformations que l'apprenant va vivre** à son rythme, dans la durée, selon une certaine progression.
La qualité de l'accompagnement que vit l'étudiant en formation lui permet d'intégrer une **qualité de relation professionnelle transposable dans des situations de soin** qu'il aura à gérer en tant qu'infirmier. **L'accompagnement rejoint alors la notion d'art**. Un art dans le **sens de la subtilité** de l'accompagnement pour amener l'étudiant à faire son apprentissage. Carl Rogers précisant que « *le seul apprentissage qui influence le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie* ».
Un art dans le **sens de « la mise en scène »** de l'accompagnement par le formateur et vécu par l'étudiant, qui le prendra pour modèle et le transposera à sa propre manière dans sa pratique. Et un art habile aidant les étudiants à conceptualiser leurs actions afin de pouvoir à leur tour accompagner avec connaissance le patient dans le cadre de l'ETP notamment, rejoignant le concept d'institutionnalisation de la TSD.

L'accompagnement se veut être un dispositif formatif au service d'une progression. Accompagner les étudiants en formation s'avère être une mission difficile qui nécessite donc, en tant que formateur, de s'interroger sur sa posture et sur ses pratiques.
Pour Louise Lafortune(51) « *plutôt que de se limiter à la transmission ou à l'acquisition de connaissances […] les démarches de formation doivent s'inscrire dans un accompagnement socioconstructiviste qui suppose des réflexions-interactions qui confrontent les pratiques, les croyances (conceptions et convictions) et suscite des conflits sociocognitifs* », permettant ainsi le développement de compétences.

L'auteur Maëla Paul(52) explique que l'a**ccompagnement « *est un processus dynamisant qui sous-tend trois logiques*** *: une logique relationnelle entre deux personnes d'inégales puissances ; une logique de déplacement du rapport à soi, aux autres, au monde ; une logique de synchronicité entre éléments qui relèvent d'une même aventure, d'un même proje*t ».
Par ces trois logiques l'accompagnement serait soumis au respect de trois principes : « *le principe de similitude (l'autre est semblable à moi) ; le principe dynamique (l'autre, comme moi peut changer) ; le principe d'altérité ou d'opposition (l'autre est radicalement différent)* ».

Ces différents postulats permettent à M. Paul de valider **dans l'accompagnement la notion de « *reliance* »,** et ce, dû principalement à la place attribuée à l'individu, « *qui n'est plus conçu comme objet (à réparer), problème (à résoudre), dossier (à traiter) mais comme un sujet actif, autonome et responsable* ».

Dans la formation en soins infirmiers, il en va bien de même, le référentiel de formation amenant bien la vision finale de l'étudiant comme « un praticien autonome, réflexif et responsable ». Le qualificatif actif n'étant pas ici retrouvé mais se déclinant de manière logique et en transparence. Ainsi, le formateur en prônant un accompagnement tel que défini par M. Paul, développe cette reliance et amène l'étudiant à être sujet, induisant une dynamique à part entière et favorable au processus enseignement-apprentissage.

M. Paul précise toutefois qu' **« accompagner » n'est pas un métier, mais qu'il est une posture s'inscrivant dans une logique de compétence**, portant sur les individus, et soulignant l'implication personnelle et l'initiative individuelle, engageant la personne au-delà de son statut professionnel. Posture qu'il conviendra d'identifier pour le formateur mais aussi pour l'étudiant en tant que futur soignant-éducateur, la posture d'accompagnement se mêlant à la posture éducative, empathique, formant un tout pour une posture adaptée, propice et encourageante à l'ETP. Ainsi la philosophie développée par une vision d'accompagner comme, « *se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui* », selon M. Paul, permettra à l'étudiant la transposition de celui-ci vers le patient en ETP, qui s'inscrit pleinement dans la vision théorisée de ce qu'est l'ETP.

Ainsi, ce chapitre nous démontre l'importance pour le formateur de questionner sa posture, sa manière de percevoir son enseignement, sa manière de faire, ses paradigmes d'inscription influençant directement sa pratique et calquant un modèle d'emprunt potentiel pour les étudiants en soins infirmiers, qui eux-mêmes dans leur pratique auprès du patient, adopteront les principes paradigmatiques véhiculés lors de la formation.
Il ne s'agit pas de faire porter sur le formateur la responsabilité entière de ce que seront les futurs soignants, mais de mesurer l'impact de leur posture et de leur enseignement dans la professionnalisation, révélant la nécessité d'une réflexion étayée, constructive et remaniée tant sur le contenu (allant des origines à aujourd'hui) que dans l'approche didactique.

3 L'APPROCHE EXPLORATOIRE DE LA PROBLEMATIQUE

3.1 Etat des lieux de la recherche

Depuis 1999, quatre enquêtes nationales sur l'enseignement thérapeutique dans les instituts de formation en soins infirmiers ont eu lieu, une en 1999, 2005, 2012 et 2016.
Ces « études ont pour but de constituer une photographie réaliste de cette formation, en mettant en évidence ses points forts et ses points faibles, en dégageant des perspectives pédagogiques, et en établissant des parallèles entre formation initiale et continue à l'ETP. » Elles balayent donc un constat général sur la mise en place de la formation ETP. Toutefois le but ici n'est pas de comparer ces enquêtes car la méthodologie n'est pas similaire mais de recueillir ce constat pour venir appuyer et enrichir notre recherche.

Par l'enquête de 1999(53) menées auprès de 100 IFSI, les auteurs Maryse Justumus, JF. d'Ivernois et R. Gagnayre, relèvent le « *constat que la formation initiale est déterminante pour l'acquisition de connaissances, et* ***c'est au moment des premiers apprentissages, période charnière, que l'on connaît l'importance dans la persistance des connaissances****, exactes ou erronées d'ailleurs* ». Donc L'ETP est tout aussi concerné et la formation initiale pourrait être perçue comme le socle de base, qui devrait mener à une philosophie de soins, une culture de prise en charge, une projection professionnelle. C'est à ce moment qu'il faut faire percevoir aux étudiants le sens de l'ETP, le travail partenarial avec le patient et en faire une pratique intégrée à la prise en soins.
De plus, les auteurs mettent en avant que **l'enseignement de l'ETP est transversal** avec des pré-requis tels que les sciences humaines, l'éthique, la déontologie, la responsabilité, les connaissances de la démarche clinique et démarche relationnelle, des concepts de santé-maladie-handicap, du modèle global et de l'approche culturelle … Donc **l'ETP ne peut être que la référence d'une unité d'enseignement**, elle se forge sur une base de pré-requis. Mais comment faire du lien, combiner cet enseignement transversal pour que les étudiants

y donnent sens et développent une vision de l'ETP plus élargie. **Comment enseigner l'ETP pour que l'approche méthodologique de celle-ci, au-delà d'être applicable, soit intégrée au sens systémique de ce qu'elle engage et avec discernement de l'importance des notions théoriques, qu'elles soient du domaine croisé de l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la pédagogie, la science infirmière**. La vigilance sera aussi de ne pas faire focus sur un versant, inhibant les autres et limitant le développement et la perception de l'ETP, par exemple privilégier la dimension pédagogique à la dimension psychologique.

Si les auteurs nous amènent sur la piste de **la complexité de l'enseignement de l'ETP en formation initiale** de soins infirmiers, ils soulèvent aussi par cette enquête les problématiques suivantes :

- *La problématique du stage, avec un manque de terrain pour favoriser l'apprentissage clinique de l'ETP dans le parcours d'alternance des étudiants ;*
- *La difficulté dans l'enseignement pour les formateurs à s'appuyer sur un cadre théorique précis en ETP ;*
- *D'une priorisation de la dimension pédagogique, qui se révèle plus prégnante que la dimension psychologique dans l'enseignement de l'ETP ;*
- *S'il y a bien un transfert des méthodes pédagogiques utilisées en formation des étudiants vers les patients, il y a toutefois peu de références dans l'enseignement aux méthodes relevant de la psychologie cognitive alors que celles-ci peuvent faire l'objet aussi de possibles applications auprès des patients ;*
- *Les compétences à acquérir sont complexes et relèvent plus d'une formation continue car l'atteinte de ces compétences nécessite une expérience que les étudiants ne possèdent pas encore ;*
- *L'importance de rapprocher les modèles théoriques de l'ETP dans le cadre conceptuel infirmier, afin de montrer la convergence possible et l'évolution des approches théoriques qui modifient le rôle de soignants.*

Volontiers nous pourrions nous dire que cette enquête datant de 1999, (ajouté au fait qu'en 2009 il y a eu création d'un nouveau référentiel de formation en soins infirmiers) les états de faits et les problématiques soulevés doivent se révéler caduques aujourd'hui.
En 2016, une nouvelle enquête nationale sur l'enseignement de l'ETP auprès de 331 IFSI par Anne Delahaut, JF. d'Ivernois, et Maria Grazia Albano(39), va cependant confirmer certaines réalités de l'enquête de 1999 encore existantes. En effet, les auteurs soulignent :

- *Un manque de terrains de stage offrant aux étudiants la possibilité de voir en pratique l'ETP ;*
- *L'ETP demande des appuis référencés, or, pour le référentiel de formation, l'ETP rentre dans le champ de la compétence 5 « soins éducatifs et préventifs », qui n'est pas gérée par l'université. En effet, elle fait partie des unités d'enseignement dites : « cœur de métier », pour lesquelles la formation est organisée et planifiée […], offrant ainsi une variabilité de mise en œuvre selon l'institut ;*
- *L'ETP demande des capacités d'attitudes et de posture sur le soigné comme apprenant particulier. Le transfert de compétences, la pédagogie spécifique qu'il requiert, le recours à la théorie d'apprentissage et psycho-sociale demandent des références théoriques et un appui expérientiel à mobiliser ;*
- *Une formation qui se révèle plutôt théorique et préparatoire à une formation continue.*

Ces enquêtes se révèlent très riches d'informations et de postulats entrant encore aujourd'hui dans le débat de la formation ETP en formation initiale de soins infirmiers. **La qualité, la transversalité et la complexité de l'enseignement exigé par l'ETP fait lien, non seulement au contenu de cet enseignement mais aussi à sa transmission et sa conduite**. La transmission de cet enseignement **vient questionner la formation des formateurs** qui se révèlent par les enquêtes très diverses. La posture éducative se révèle un élément central tout aussi complexe à définir qu'à acquérir comme soulevé dans l'analyse critique constructive de la définition de l'ETP évoquée plus haut.

Enfin, une étude de cas(54) réalisée en 2018 viendra compléter les résultats de ces enquêtes car en s'appuyant dessus, elle viendra questionner l'équivalence de la formation dite « niveau 1 » proposée en formation continue et celle réalisée en IFSI. Une étude auprès de deux IFSI afin de décrire et d'explorer leur expérience de formation de niveau 1 aux étudiants en soins infirmiers, démontre que les projets pédagogiques construits pour cette formation vont au-delà des 40 heures, ils sont « *innovants, réfléchis en équipe et tentent de pallier au manque d'expérience des étudiants* ». **La formation et la motivation des porteurs de projet sont une base fondamentale**, de même que celle de l'ensemble des intervenants pluridisciplinaires. De plus

cette étude de cas rapporte que « *l'objectif principal déclaré dans les deux formations étudiées est de développer la posture ou l'attitude éducative, selon la proposition de Benoit Pétré.* ***L'attitude éducative, qui doit encore faire l'objet d'une caractérisation approfondie****, est considérée comme une ressource importante à mobiliser dans les compétences en ETP* ».

Pour élargir cet état des lieux, il nous a semblé opportun de questionner d'autres points de vue étrangers au système de formation en soins infirmiers français. Même si la formation en soins infirmiers au Canada est différente de la France et que la comparaison n'est donc pas possible, nous avons pu relever au travers d'un article de 2017 portant sur les « perceptions des étudiants en SI quant à la préparation à s'engager auprès des patients en éducation »(55) des pistes de réflexion communes et complémentaires à celles que nous avons pu voir jusqu'ici, et ce même si l'éducation est discutée en terme de soins éducatifs et pas d'ETP à proprement parlé. En effet, si les bénéfices de l'éducation sont clairement signifiés dans cet article, et l'enseignement certain, la question se pose de comment et quoi enseigner. Cela recoupe le questionnement vu précédemment sur la variabilité des programmes de formation. De plus, il fait constat que **les soins éducatifs se font principalement sur l'apport de connaissances et sur les objectifs du soignant**, en effet, ceux-ci ne sont pas forcément discutés avec le patient. Là nous percevons tout l'intérêt dans l'enseignement de questionner le but de l'ETP qui doit bien se différencier d'une transmission d'information ou du simple conseil, comme cela s'observe et se confond avec ce qui serait possible en prévention primaire, et la place centrale à accorder au patient. Il s'agit là d'une posture éducative essentielle à développer. Pour l'auteur, l'éducation engage les infirmiers dans une **responsabilité éthique** au sens où toute information donnée doit être **« Evidence based medicine »** et dans l'optique de « défendre » le patient acteur et le rôle d'éducateur des infirmiers. Ce qui vient renforcer l'ETP et reconnaître ce soin comme un **soin relevant** de sources scientifiques, de **pratiques probantes** et faisant appel à des compétences identifiées. Cet accès scientifique nous semble primordial, car il est essentiel que le fondement par les preuves et les recherches dans le domaine de l'ETP soit considéré et reconnu.

Des auteurs italienne et américaine, Giulia Lamiani et Ann Furey, dans leur article de 2008(56) traduit « apprendre aux infirmières à enseigner : l'évaluation d'un atelier sur l'éducation des patients », dont les objectifs étaient le développement des compétences en matière de communication et la connaissance du modèle centré sur le patient, concluent que l'approche centrée sur le patient a amélioré les compétences et les connaissances des infirmiers en matière de communication avec le patient. En effet, **l'éducation du patient a souvent été axé sur la maladie plutôt que le patient, avec une dominante de communication tournée vers les questions médicales et thérapeutiques**. Cette étude démontre qu'après l'atelier, les IDE accordent plus de temps de parole au patient, avec l'abord de questions plus à versant psychosociales. De mêmes elles ont plus vérifié la compréhension du point de vue du patient et de sa situation, faisant lien à la **littératie en santé**.
Cet article vient **conforter l'importance du changement de paradigme** passant d'un modèle biomédical classique, centré sur la maladie avec une visée curative à un modèle biopsychosocial de santé, centré donc sur le patient, son bien-être, sa qualité de vie avec une vision plus élargie, systémique et positive, à développer dès la formation initiale.

En conclusion de ce chapitre nous pouvons postuler que la formation en soins infirmiers permettant la professionnalisation des futurs infirmiers, contribuant à la construction identitaire des futurs professionnels, est un socle de base pour développer chez les apprenants les fondamentaux du métier. Métier qui a évolué au gré de la reconnaissance du patient, de la société plus que jamais dans une dynamique de transition épidémiologique et de réflexion sur une prise en charge reconnaissante d'un patient partenaire de soins. En ce sens l'ETP occupant aujourd'hui une place centrale dans le système de soins, la formation en soins infirmiers doit le prendre en compte et faire évoluer son enseignement.
Pour aider les IFSI et appuyer une dynamique sanitaire nationale, les ARS proposent leur soutien dans la conduite d'un projet de formation initiale en ETP au sein même de la formation en SI. En effet, le rapport national « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » de septembre 2008(57), qui a servi de base à la loi HPST de 2009, suggère l'acquisition d'une compétence « *d'éducateur de santé* » au sein des équipes multidisciplinaires d'ETP dont font partie les infirmiers. Il semble donc essentiel que les nouveaux professionnels diplômés s'inscrivent pleinement dans cette dynamique et soient formés. Ainsi, il convient donc

de travailler l'ingénierie de la formation en soins infirmiers pour inclure la formation à l'ETP en référence aux compétences requises par la loi.

Donc le lien entre la formation en soins infirmiers et l'ETP devient évident, la place charnière de l'ETP en formation initiale incontournable. Maintenant, et en appui des constats émis précédemment, la question fondamentale est **comment enseigner l'ETP ?**
Au carrefour d'un modèle centré sur le patient, d'une relation soignant/patient-partenaire, d'un statut soignant-éducateur avec une posture éducative et d'une démarche scientifique fondée, **comment transmettre cette ETP transversale dans les enseignements, complexe dans les compétences requises ?**

3.2 Formulation de l'objet de recherche

Le référentiel de formation en soins infirmiers délimite pour chaque unité d'enseignement les heures, les objectifs pédagogiques, les contenus, les semestres dédiés et propose des prérequis. Par cette organisation nous pouvons penser qu'il cloisonne en partie les unités d'enseignement.
Considérant que L'ETP est enseignée via une unité d'enseignement, l'UE 4.6, mais qu'elle fait donc appel à plusieurs autres unités d'enseignement, le rôle du formateur sera d'accompagner l'étudiant vers cet apprentissage que nous nommerons transversal et de mettre en lien les différentes unités d'enseignement.

De là nous nous sommes questionnés sur ces enseignements à la fois spécifiques dans leur discipline et transversaux pour l'enseignement de l'ETP. Mais aussi sur la manière dont le formateur aborde cet enseignement spécifique qu'est l'ETP ? Comment il l'intègre aux divers enseignements ? Quelle implication du processus enseignement-apprentissage ?
Au regard de ces approches contextuelle, conceptuelle et exploratoire du sujet nous pouvons problématiser notre réflexion sur l'enseignement de l'ETP de la manière suivante :

En quoi, l'élaboration d'un processus d'apprentissage intégré, hiérarchisé et formalisé de l'Education Thérapeutique du Patient, inscrira l'enseignement de l'ETP au programme de formation initiale de soins infirmiers dans une logique intégrative, cohérente et pragmatique ?

A partir de nos recherches, nous postulons que l'enseignement de **l'ETP doit s'inscrire dans le référentiel de formation en soins infirmiers légiféré, s'appuyer sur le référentiel de base établi par l'INPES et répondre à certains critères qualité de contenu.** Il s'agira donc pour le formateur de construire une ingénierie tenant compte de cet ensemble, avec cohérence, tout en développant une posture que nous pourrons appeler « formateur-éducateur ».
Alors comment faire converger cet ensemble ? Comment élaborer une ingénierie pédagogique pouvant répondre aux exigences de formation en soins infirmiers et en ETP, tout en tenant compte du contexte particulier de l'apprenant infirmier en cours de professionnalisation, avec peu de références expérientielles.
Dans cette partie de travail, il s'agira donc d'identifier, d'analyser et de formaliser comment le formateur peut construire et animer une ingénierie de formation ETP en répondant aux différentes exigences des référentiels et en s'inscrivant dans une logique d'accompagnement des étudiants dans leur apprentissage de l'ETP.

PARTIE MÉTHODOLOGIQUE

4 L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE D'ENQUÊTE

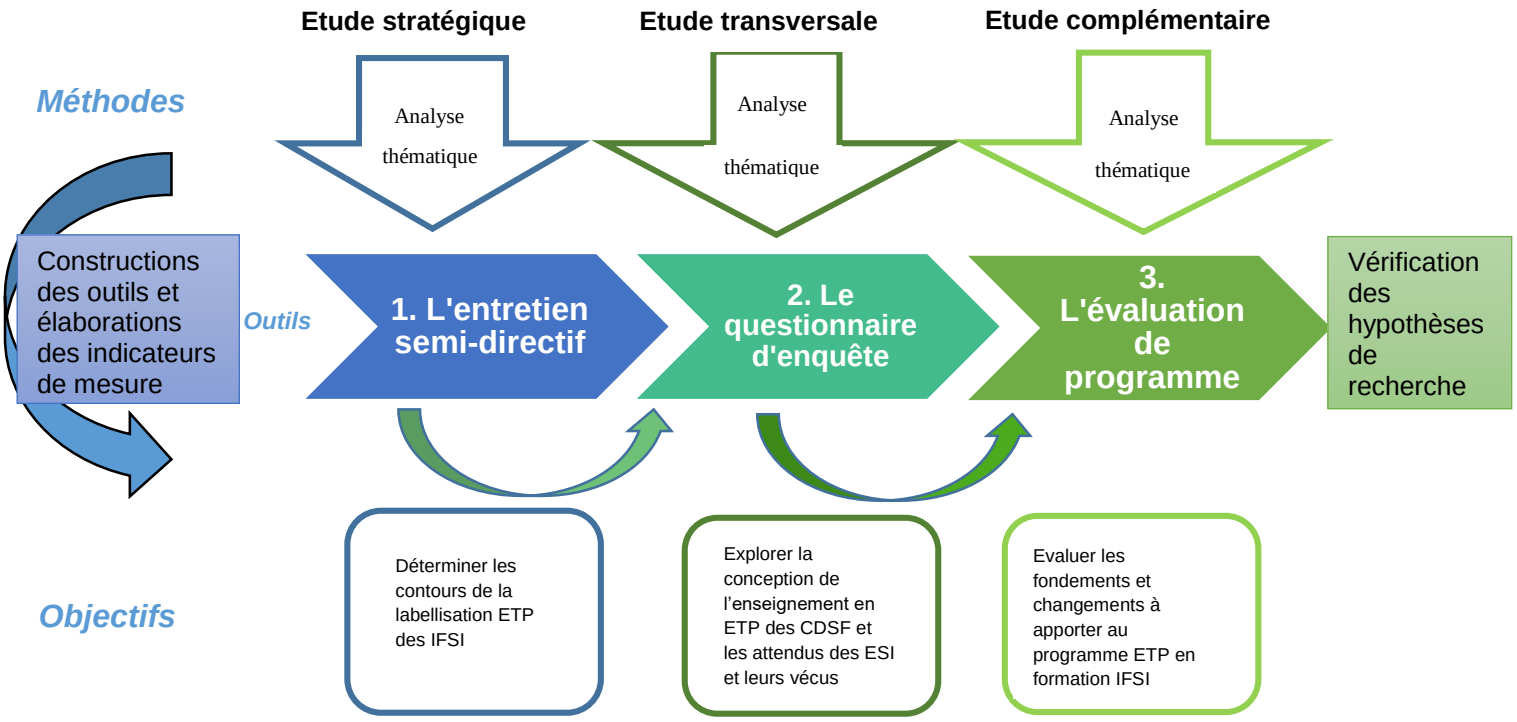
Notre projet de recherche s'inscrit dans le champ des recherches sur les pratiques professionnelles, et plus spécifiquement sur les pratiques des formateurs dans l'enseignement de l'ETP. Notre travail vise à rendre compte de l'ingénierie possible à mettre en place dans la pratique de l'enseignement de l'ETP. L'une des hypothèses de cette recherche est que l'élaboration d'un processus d'apprentissage intégré, hiérarchisé et formalisé dans le cadre du programme de formation en soins infirmiers permet de répondre aux exigences de chaque référentiel concerné tout en lui donnant une visibilité et une cohérence. Au cours de ce travail une

deuxième hypothèse a émergé, sur l'importance pour le formateur d'accompagner cet apprentissage qui se trouve à la croisée des sciences humaines et sociales et des sciences de la santé et de le rendre pragmatique.

Il convient donc de vérifier ces hypothèses en enquêtant sur le terrain. Pour cela un modèle d'étude a été élaborer, avec un choix de public.

4.1 Le modèle de l'étude

4.1.1 Schématisation du modèle d'étude



4.1.2 Explications du modèle d'étude

Notre allons ici expliciter le déroulement de l'étude de terrain, représentée schématiquement ci-dessous. Celle-ci s'est axée sur **trois objectifs opérationnels** et s'est déroulée en trois temps avec pour finalité la vérification de nos hypothèses de recherche(58) :

-Déterminer les contours de la labellisation ETP des IFSI ;
-Explorer la conception de l'enseignement en ETP des formateurs et les attendus des étudiants et leurs vécus ;
-Evaluer les fondements et les changements à apporter au programme ETP en formation de soins infirmiers.

Chacun correspondant à un versant identifié de l'étude, chacun faisant référence à un outil d'enquête adapté et chacun concernant une catégorie d'acteur centrale dans le sujet traité. Ces versants ne se veulent surtout pas cloisonnés, bien au contraire le pré-requis est de les mettre en lien, afin de garantir une vision globale et collective à notre étude et au sujet.

4.2 Le public

4.2.1 Acteurs du pôle stratégique

Il s'agit ici des **professionnels qui accordent la labellisation ETP des instituts** de formation en soins infirmiers par la validation des projets de certification ETP qu'ils proposent.
Ce sont donc des acteurs centraux de décision et d'organisation, incontournables à enquêter pour comprendre la genèse des labellisations ETP.
Ce pôle stratégique est constitué de professionnels de l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour notre étude et d'une Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient du territoire. **Le choix de l'échantillon se porte sur des**

professionnels ayant collaborer à l'élaboration d'un modèle type de « certification des compétences des étudiants pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme »[14]. Ce critère nous permet ainsi de présupposé que le modèle de référence, le langage et la vision de l'enseignement de l'ETP au sein des IFSI sont partagés par ces acteurs stratégiques et en limite le biais de recherche.
Au niveau ARS un seul acteur évalue les programmes, de fait pour permettre le parallèle nous avons choisi un seul professionnel d'une UTEP N.A, ayant évalué le même type de programme. **Ce qui comptabilise pour ce pôle stratégique un échantillon de deux acteurs.**

4.2.2 Acteurs du pôle opérationnel

Le pôle opérationnel est délimité par **les formateurs dans les IFSI**, ayant pour mission ou non l'enseignement de l'ETP. En effet, ce qui est retenu c'est avant tout leur rôle dans l'ingénierie de formation et la vision globale perçue de l'enseignement ETP. De plus, nous décidons d'intégrer l'ensemble des formateurs dans l'échantillon car leurs missions évoluent et leur expérience passée, actuelle ou à venir à travers leur projet professionnel est intéressante pour percevoir leur conception de l'enseignement de l'ETP auprès des étudiants.
L'échantillon retenu concerne la région N.A où de nombreuses certifications ont été validées. Il aurait été intéressant d'enquêter aussi auprès de régions n'ayant pas de politique régionale portant sur la labellisation ETP des IFSI, à titre de comparaison et pour objectif de comprendre la portée d'une politique régionale dans un tel projet. Toutefois, pour des raisons de faisabilité nous n'avons pas pu mettre en application cette optique de recherche comparative.
Les équipes des IFSI comportent un nombre variable de formateurs, ceux-ci étant fonction de la capacité d'accueil fixée par les tutelles. Nous espérons obtenir un nombre représentatif de professionnels. Après recherche auprès de la Direction des Formations sanitaires et sociales, les IFSI de N.A disposent de 408 personnels enseignants (en équivalent temps plein). Toutefois les formateurs de l'IFSI ayant contribué au questionnaire exploratoire et au groupe de travail, représentant 9 ETP, n'ont pas participé à l'enquête. Soit, sur les 28 IFSI[15] de N.A, 27 sollicités pour l'enquête et nous enlèveront donc les 9 ETP au 408 répertoriés, soit **399 formateurs, représentant donc la taille totale de notre population « formateurs » d'étude**.

4.2.3 Acteurs du pôle apprenant (ou bénéficiaires)

Il s'agit des étudiants en soins infirmiers eux-mêmes. Comme pour l'ETP qui se centre sur les besoins des patients -principal acteur de leur vie avec leur maladie chronique-, les étudiants sont les principaux concernés par le sujet puisque c'est à eux que s'adresse l'enseignement ETP et il n'est pas concevable de ne pas recueillir leurs besoins et leurs vécus sur le sujet.
Pour limiter les biais, il nous a semblé pertinent de questionner les étudiants des IFSI de N.A.
L'échantillon portera sur **les étudiants ayant reçu tout ou partie de l'enseignement ETP**, celui-ci ayant lieu principalement en 2ème année, **les étudiants de 2ème et 3ème année de formation en soins infirmiers seront inclus à l'enquête**. **Le critère d'exclusion sera donc le statut de 1ère année**.
Là encore, le nombre d'étudiants est variable et fonction de la capacité d'accueil de l'institut, mais l'échantillon devra être assez représentatif sur l'ensemble de la région. Nous avons pu de manière approximative délimiter le nombre d'étudiants à qui le questionnaire sera proposé. En effet, le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au D.E est légiféré. Ainsi, pour la rentrée 2020, en N.A il est de 2656 étudiants (quota identique aux rentrées de 2017 et 2018, correspondant aux étudiants de 2ème et 3ème année enquêtés). Sachant que le nombre d'étudiants d'une promotion à l'entrée en formation est la plupart du temps inférieur au moment de la diplômation (interruption de formation, redoublement) et ce, en prenant en compte les reprises de formation et les mutations. Donc pour calculer la base de référence de nos questionnaires nous partirons du chiffre de 2656 estimant être au plus haut, pour **deux promotions d'étudiants en soins infirmiers, soit 5312 étant la taille totale de notre population d'étude.**

[14] Cf annexe 9
[15] Cf. Annexe 10

4.3 Les outils

4.3.1 L'entretien semi-directif

L'utilisation des entretiens semi-directif en appui d'un **guide d'entretien[16] composé 16 questions regroupés en 9 thématiques**, préalablement construit, a été privilégié pour recueillir des informations auprès des acteurs stratégiques et mener une recherche qualitative. Le critère de sélection de ces acteurs était la connaissance de la certification ETP des IFSI, la contribution à l'élaboration du modèle type et la participation à l'étude des projets de certification ETP déposés par les IFSI. Ainsi, ont été organisé deux entretiens, un auprès d'un professionnel de l'ARS N.A et un auprès d'un professionnel d'une UTEP de Nouvelle-Aquitaine.
Ces entretiens ont été réalisés en respect des considérations éthiques.
Les entretiens ont dû avoir lieu **par téléphone au vu du contexte sanitaire** et en respect des règles de confinement.
Toutefois les chercheurs Struges et Hanrahan(59), ont comparé en 2004 les méthodes d'entretien et ils en ont conclu que les résultats étaient similaires entre entretien téléphonique et rencontre face-à-face, sans diminuer la qualité des résultats. La limite dans l'entretien téléphonique est que nous n'avons donc pas pu observer la communication non-verbale, mais au regard de la recherche cet élément n'était pas significatif.
Les entretiens ont été retranscrit intégralement avec une difficulté de parasites d'enregistrement sur l'un.
Afin de garantir une objectivité **les entretiens retranscrits ont été relu par un formateur externe à la recherche** afin de s'assurer que les axes d'analyse dégagés étaient similaires et limiter le biais d'interprétation.

4.3.2 Le questionnaire d'enquête

Deux questionnaires ont été élaboré, un s'adressant aux formateurs[17] travaillant auprès des étudiants en IFSI et un **autre à l'intention des étudiants**[18], bénéficiaires directs de l'enseignement de l'ETP.
Le type de questions proposées était à la fois des **questions à choix multiples, avec une échelle de Likert** et quelques **questions à réponses ouvertes courtes**.
Les questionnaires ont été réalisés avec l'outil Google Forms®, comprenant **31 questions pour les formateurs** et **20 pour les étudiants** (certaines étant à réponse obligatoire), organisées en 4 rubriques pour les formateurs et 5 pour les étudiants, portant sur le profil des répondants, l'enseignement ou l'apprentissage de l'ETP, l'évaluation, la projection professionnelle et la vision prospective.

La diffusion[19] des questionnaires a été réalisé via les réseaux sociaux professionnels pour les formateurs ainsi que via les directeurs des IFSI et la Conseillère pédagogique et Technique Médico-Sociale Régionale. Pour les étudiants, la diffusion s'est faite essentiellement par les directeurs.
Les questionnaires ont été au préalable testés auprès de professionnels et étudiants ne contribuant pas à l'enquête.

Pour celui des formateurs, neuf formateurs l'ont testé sur la base du volontariat, issus de l'équipe pédagogique avec laquelle nous travaillons pour des raisons pratiques dans la faisabilité et la rapidité. En conclusion de cette phase exploratoire du questionnaire il est proposé dans les échelles de Likert d'ajouter une case « ne sais pas » pour ne pas obtenir de réponses erronées qui biaiserait l'enquête quand la personne n'a pas de positionnement possible. Une question portant sur l'utilisation des différents modèles pédagogiques a mis en difficulté les professionnels testant le questionnaire dans la sémantique et la précision attendue, après étude, il s'est avéré que le choix de la supprimer.
Pour celui des étudiants, six étudiants de 3ème année de formation en soins infirmiers l'ont testé sur la base du volontariat. Ces étudiants étaient issus d'un groupe de référence mémoire de fin d'études en soins infirmiers, ce choix d'échantillon s'est porté car les étudiants ont la connaissance de la méthodologie d'enquête et la

[16] Cf Annexe 11
[17] Cf. annexe 12
[18] Cf. annexe 13
[19] Cf. annexe 14

confiance établie permettait d'obtenir une critique constructive. Il en ressort que : le temps est adapté ; la question sur le nombre d'étudiants dans la promotion a posée difficulté, un ajustement de la question a été réalisé précisant « à l'entrée en formation » ; il a été précisé qu'il était dommage de ne pas pouvoir expliquer en quoi ils pouvaient être d'accord ou non, à cet effet certaines zones « commentaires libres » ont été ajoutées ; pour la question « SI…Alors » deux étudiants l'ont trouvé complexe quand un autre la trouve très intéressant en précisant « qu'elle permet de réfléchir à notre exercice d'une autre manière ; dans la formulation des questions, le terme « exige » a été évalué selon les verbatims des étudiants « fort comme terme », il a donc été par « nécessite ». Enfin, la réponse « développer votre sentiment à être capable de réaliser l'ETP », a été évaluée « lourde dans la formulation », elle a été retravaillé avec pour proposition « développer votre sentiment de compétence dans le domaine de l'ETP ».

Ce travail préalable exploratoire a permis de tester les questionnaires, le temps dédié et de procéder à quelques ajustements de formulation afin de faciliter la compréhension des questions et de limiter les non-réponses. Ainsi nous obtiendront par les biais des questionnaires des données à la fois quantitatives et qualitatives.

De plus, les informations recherchées portant sur les attitudes, les croyances, les comportements et attributs, l'échelle de Likert a été principalement utilisé comme choix de réponse pour les enquêtés. Le choix s'est porté sur **une pondération à 6 degrés**[20], permettant le recueil d'informations plus authentiques et fiables. La pondération incluant un degré « je ne sais pas », celui-ci permettant un positionnement qui indique positivement l'incapacité de l'enquêté à fournir une réponse à une question posée, différent du « ni d'accord, ni pas d'accord » qui plutôt neutre. **Les pondérations seront additionnées[21] afin d'en faciliter l'analyse**. Pour la présentation des résultats une colonne « sans réponse » a été introduite.
Les questions à choix multiples sont directives et permettent d'évaluer statistiquement des items précis.
Beaucoup de questions sont suivies d'un espace de **commentaires libres**, permettant aux enquêtés d'étayer leurs réponses et pour la recherche permettant d'explorer de nouvelles données plus explicatives.

4.3.3 L'évaluation de programme

Le Joint Comittee on Standards for Educational Evaluation(59) propose une définition de l'évaluation de programme qui est la plus répandue : « ***un jugement systématique sur la valeur ou le mérite d'un objet*** ». Cette définition sera explicitée par Scriven(59) de la manière suivante : « *la valeur d'un objet faisant référence à son excellence et à sa capacité à répondre à un réel besoin dans un contexte particulier alors que le mérite d'un objet est évalué en fonction de sa capacité à produire un effet, à atteindre un objet* ». Ainsi, « u*n objet peut présenter un haut niveau de mérite mais n'avoir aucune valeur particulière* ». A ce mérite et cette valeur, les auteurs, Stufflebeam et Shinkfield(59), y ajoutent d'autres qualités d'évaluation à analyser telle que « *la faisabilité* », et la reconnaissance des *« bases théoriques* » par les participants au programme, qui influencera « *l'adhésion* » au programme et induira un « *rapport d'acceptabilité et de facilité de réalisation du programme* ». Les auteurs relèvent **trois fonctions à l'évaluation d'un programme**, une **évaluation formative** permettant d'identifier les points forts du programme et les obstacles à son implantation principalement par une étude de cas ; **une évaluation pour soutenir la diffusion de programme** reconnu comme pertinent et efficace et enfin, celle qui semble la plus adaptée à notre recherche **l'évaluation sommative**, plus axée sur la capacité du programme à répondre aux besoins des apprenants, elle se réalise en fin de programme et permet de vérifier la réussite ou l'échec de celui-ci.

Dans le contexte de recherche ce qui nous intéresse particulièrement est le jugement de la valeur d'un programme de formation ETP en formation initiale de soins infirmiers mais aussi le mérite.
Concernant les trois fonctions à l'évaluation d'un programme, nous n'avons pas étudié directement les programmes existants des 28 IFSI de la région N.A, même si cela pourrait être très intéressant, cela constituerait un autre travail. Toutefois dans le cadre de nos missions de stage, donc **à titre plus singulier au sein même de notre IFSI d'exercice professionnel, nous avons pu mettre à profit ce travail évaluatif de programme selon ces trois fonctions.**

[20] Pas du tout d'accord ; Plutôt en désaccord ; Ni d'accord Ni pas d'accord ; Plutôt d'accord ; Tout à fait d'accord ; Ne sais pas
[21] Plutôt d'accord additionné à tout-à-fait d'accord et plutôt en désaccord additionné aux résultats de pas du tout d'accord

4.4 Les variables

L'identification de trois variables viennent caractériser notre phénomène d'étude :
-en lien aux apprenants : l'année de formation, le parcours de stage et le cursus de formation.
-en lien au formateur : la formation, l'expérience professionnelle, les pratiques pédagogiques
-en lien à la formation ETP des IFSI : la validation de la certification ETP, le programme spécifique à la formation ETP, la modélisation des enseignements en lien à l'ETP.
-en lien à l'environnement : région Nouvelle-Aquitaine.

4.5 Organisation de l'analyse des résultats

Les entretiens ont été réalisé en mai 2020, les questionnaires ont été diffusé du 04 juin au 24 juillet 2020. Un entretien non formalisé a pu être réalisé avec R. Gagnayre, venant étayer notre réflexion au moment de l'analyse des données.

Pour les questionnaires des **étudiants** nous avons recueilli **380 réponses** et pour celui des **formateurs 66**. Nous avons pu ainsi calculer notre marge d'erreur statistique qui est l'écart le plus grand possible entre les résultats de l'enquête auprès de l'échantillon et les résultats si nous avions interrogé l'ensemble de la population concernée.
Pour cela nous avons eu besoin de la taille de nos échantillons et du niveau ou intervalle de confiance des résultats souhaité, correspondant au degré de fiabilité même de la marge d'erreur, que nous avons fixé à 95%, pourcentage couramment déterminé lors d'enquêtes.

Par des **outils de sondage** gratuits, SurveyMonkey® et CkeckMarket®, pour une population totale de 399 formateurs et 66 répondants nous avons obtenus **une marge d'erreur** de 11,03% arrondi à **11%** et pour une population en fourchette maximale de 5312 ESI2 et 3, 380 questionnaires ont été recueillis, donnant une marge d'erreur de 4,84% arrondi à **5%**. A noter que pour les étudiants nous avons à peu près un **équilibre de réponses, avec 47,9% d'ESI2 ayant répondu et 52,1% d'ESI3**. Ainsi, si nous refaisons l'enquête nous aurons sur 95% les mêmes résultats à +/- 11 points pour les formateurs et +/- 5 points pour les étudiants. Une fiabilité plus accrue pour l'échantillon des étudiants mais qui ne discrédite pas pour autant les résultats des formateurs.

Nous avons fait le choix de ne pas retirer de l'enquête les trois questionnaires des étudiants annotés hors département, deux Pays de Loire et un issu de l'Occitanie, des départements et régions frontalières. En effet, est-ce des étudiants issus de N.A mais dont le département d'origine est extérieur ? Est-ce des étudiants ayant muté d'IFSI en cours de formation ? Si nous retirons les trois questionnaires la marge d'erreur passe à 4,87 soit elle reste par excès à 5% en excès. Pour les formateurs nous notons 4 répondants hors département (Bretagne, Guadeloupe, Auvergne Rhône Alpes et Ile de France) et restons dans la même dynamique que pour les étudiants, la marge d'erreur passant de 11,03 à 11,45 soit elle reste par défaut à 11%.

Afin de pouvoir analyser les résultats[22] de notre enquête, nous avons dans un premier temps dégager **pour chaque entretien les axes principaux des recueils d'informations retranscrits.** Ensuite nous avons **mis en forme les résultats des questionnaires obtenus** par le logiciel Google Form® en format document Word®. Ainsi nous avons pu copier les diagrammes disponibles, de même que les graphiques en barres des questions à choix multiples. Toutefois un tableau récapitulatif pour les résultats des questions avec des échelles de Likert a été réalisé associé à une présentation sous forme d'histogramme, les résultats sur Google Form® n'étant pas lisible en une vue d'ensemble. Les verbatims eux ont été copié ainsi que les réponses à la question « SI…ALORS ». Enfin nous avons synthétisé, pour chaque question, les résultats observés.

La dernière étape consistant à croiser les résultats des entretiens avec ceux des questionnaires, de **les analyser** en appui des approches contextuelles, conceptuelles et exploratoires préalablement réalisées.

[22]Cf. annexes 15, 16, 17, 18

PARTIE RÉSULTATS

5 L'APPROCHE ANALYTIQUE DE LA RECHERCHE

5.1 Présentation des résultats

5.1.1 Résultats des entretiens

Nous avons extrait des entretiens différents axes de réflexions que nous avons présentés sous forme de **tableau synthétique**[23], avec quatre thématiques de classification : les exigences proposées par les acteurs interrogés pour la formation ETP en formation initiale, les objectifs établis pour cette formation ETP, le contexte politique de la formation ETP en formation initiale et les différences soulevées entre formation ETP en formation initiale et en formation continue. **Ces différents axes de réflexion seront repris dans l'analyse des résultats.**

5.1.2 Résultats des questionnaires

D'un point de vue sociodémographique, pour les étudiants, le département de **la Gironde est majoritairement représenté** avec 83 répondants sur 380, en lien probablement avec le nombre d'IFSI sur le département le plus important. La Charente-Maritime arrive en second avec 81 répondants, viennent ensuite la Corrèze avec 47 et la Haute-Vienne avec 36. Les départements des Landes et des Pyrénées-Atlantiques ne sont pas représentés. Pour les formateurs, complémentairement aux étudiants, la Gironde arrive en premier avec 19 répondants et la Dordogne en second avec 9. À noter que la Dordogne comprend un seul IFSI comparée à la Gironde qui en compte 6. Viennent ensuite la Charente-Maritime et le Lot et Garonne avec 6 répondants, comprenant 3 IFSI chacun. Pour les formateurs, le département de la Corrèze n'est pas représenté. Comme précisez dans la partie méthodologique, nous avons obtenu 3 réponses hors département pour les étudiants et 4 pour les formateurs.

Sur les 380 étudiants répondants, nous recueillons **182 réponses ESI2 et 198 d'ESI3, soit un équilibre approximatif.** Du côté formateur, un total de 66 répondants avec 62 formateurs et 4 autres répondants étant des intervenants non permanents ou des cadres de santé supérieur, des directeurs. Les professionnels ayant répondu au questionnaire expriment à **51,5% contribuer à l'enseignement de la certification ETP mais ne sont pas forcément référents des enseignements en lien avec l'ETP** (63,3% « non ») ou des unités d'enseignements pré-requis (63,6% « non »), ou du programme de certification ETP (66,7% « non »). Donc dans l'échantillon, nous constatons que **les formateurs sont soit référents d'unités d'enseignement en lien à l'ETP, soit non référents, avec une homogénéité présente mais non proportionnelle**.

Au regard de la labellisation ETP des IFSI, de l'attestation et du programme de formation ETP, **81,8% des étudiants ont répondu « oui »** à la question obligatoire **« votre institut vous propose-t-il obtenir une attestation de formation ETP ?»**. Toutefois sur les 81,8%, **seul 41,7% identifient un « programme de formation ETP pour l'obtention de l'attestation annexe au programme de formation globale de soins infirmiers »**, soit 58,3 % ne sachant pas ou ne bénéficiant pas d'un programme identifié pour la formation ETP. Parallèlement, **pour 62,1 % des formateurs enquêtés**, **les IFSI où ils exercent ont une labellisation ETP,** pour 6,1% c'est un projet en cours et 18,2% ne savent pas. De plus, **77,3% disposent d'un programme spécifique de formation ETP** et pour 7,5% il s'agit d'un projet en cours ou à venir.
A **53,1% les programmes de formation** ETP en formation initiale de soins infirmiers **ont été élaborés par les référents de l'UE 4.6** et à 51,6%, par des professionnels responsables de l'ingénierie ETP ou travaillant sur les UE en lien (ici question mal formulée car quelles sont ces UE ?). Globalement, **les personnes parties prenante de la construction de programme sont formées à l'ETP** mais l'ensemble de l'équipe n'est jamais mobilisé (0%), ce qui semble logique, un manager ne mobilise pas une équipe entière sur un tel projet ingénierique et cela ne veut pas dire que du partage sur le sujet n'est pas réalisé (en réunion pédagogique notamment).

[23]Cf annexe 19

Les formateurs précisent que pour la construction des programmes de formation, **60% se sont appuyés sur le programme de formation continue 40h et pour 57,4%** de l'échantillon**, sur le référentiel de base de l'INPES**. Toutefois une proportion de 36,1% NSP et 6,6% ne s'appuie pas dessus. Il aurait été intéressant de savoir s'il y a eu d'autres documents de référence mais le format de la question ne le permettait pas.

De plus, pour **85% des étudiants l'attestation ETP représente une plus-value** contre 6,6% « non » et 10,3% NSP, précisant notamment que : *« l'ETP est en grand développement, les établissements tendent à cette pratique, il s'agit donc d'une plus-value d'être déjà formée et d'en avoir une première expérience » ; « on a des clefs pour commencer plus sereinement » ; « ça rajoute une compétence à notre diplôme » ; « car cela montre que nous avons pu bénéficier d'une formation nous permettant d'avoir les bases de l'ETP » ; « c'est une reconnaissance dans le diplôme supplémentaire » ; « avoir une formation ETP est vraiment un plus dans notre exercice».*

A noter que pour **63,8%** des formateurs, **la formation ETP figure dans le projet pédagogique** de l'IFSI.

Comment l'ETP est-elle identifiée par les acteurs enquêtés ? Globalement, les étudiants ont une vision de l'ETP comme **intégrée aux soins**, qui **fait partie des missions** de l'infirmier, qui **demande une formation spécifique** et qui **permet un meilleur soin**. Majoritairement ils identifient également l'ETP comme une **spécialité**, même si nous notons que cette proposition divise plus les étudiants. De même, le **modèle de santé bio-psycho-social, de par les résultats interrogent les étudiants**. De plus, **les étudiants différencient l'ETP de l'éducation pour la santé**, mais une proportion non négligeable n'a pas d'avis ou évaluent les deux notions identiques. Enfin, les réponses sont plus mitigées sur l'idée que l'ETP fait priorité à la maladie.
Parallèlement, pour les formateurs, l'ETP est **intégrée aux soins**, **fait partie des missions** de l'infirmier et **permet un meilleur soin**. Majoritairement ils identifient également le fait que l'ETP **demande une formation spécifique**. De même, ils sont en accord avec le fait que « l'ETP s'appuie sur le modèle de santé bio-psycho-social », toutefois les résultats **interrogent la connaissance du modèle comme pour les étudiants**. La proposition sur **l'ETP vue comme une spécialité, les avis sont plus partagés**, comme pour les étudiants. De plus, comme pour les étudiants, les formateurs **différencient l'ETP de l'éducation pour la santé**, mais une proportion ne donne pas d'avis et une autre assimile les deux notions. Enfin, sur la proposition **« l'ETP fait priorité à la maladie », les réponses sont plus mitigées**.

Synthèse des résultats de « L'ETP pour vous » versus 380 ESI et 66 CDSF										
	ESI	*CDSF*	*ESI*	*CDSF*	*ESI*	*CDSF*	*ESI*	*CDSF*	*ESI*	*CDSF*
	Total de Pas du tout d'accord Et Plutôt en désaccord		*Ni d'accord Ni pas d'accord*		*Total de Plutôt d'accord Et Tout à fait d'accord*		*NSP*		*Sans réponse*	
1/ Est une spécialité	61	21	56	12	**256**	**32**	5	0	2	1
2/ Est intégrée aux soins	16	4	13	5	**350**	**54**	1	0	/	3
3/ Sa pratique demande une formation spécifique	20	6	30	4	**329**	**54**	1	0	/	2
4/ Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)	12	2	15	1	**345**	**60**	6	0	2	3
5/ S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial	11	2	47	3	**241**	**52**	77	4	4	5
6/ C'est la même chose que l'éducation pour la santé	**196**	**44**	93	10	83	8	8	0	/	4
7/ Permet un meilleur soin	12	3	28	6	**128**	**53**	11	0	1	4
8/ Fait priorité à la maladie	130	**32**	103	12	**131**	13	15	4	1	5

Les commentaires permettent de mettre en avant des **éclaircissements sur la vision des étudiants sur l'ETP** : l'ETP « *demande des connaissances sur la pathologie* », voire de « *l'expertise* », de la « *maîtrise* et de *l'expérience* ».
De même, les commentaires mettent en avant la place de l'IDE, du patient et de l'ETP dans la prise en soin : « *l'ETP ne doit pas être imposé aux professionnels », « l'ETP demande un engagement face aux patients et donc il faut que le professionnel soit "passionné "par cette pratique », « certaines personnes "formées" à l'ETP ne partagent rien d'intéressant, et restent dans une approche revendicatrice* ».Nous soulevons aussi un verbatim qui synthétise le propos de la manière suivante : « *Ayant réalisé mon mémoire en partie sur ce sujet et ayant eu la chance de rencontrer des professionnels dans ce domaine, je me suis rendue compte au cours de nos échanges et de ce que j'avais pu observer en stage que l'ETP est trop souvent mis en arrière-plan de la maladie à cause d'une approche très biomédicale de la part des professionnels. En effet, leur manque de formation à ce sujet fait qu'ils partent plus souvent de la pathologie, que des besoins du patient. Ainsi l'ETP et les soins sont dissociés alors qu'ils devraient être complémentaires. Cela pouvant être dû à un manque de formation ou bien à une pratique trop centrée sur la pathologie* ».

Alors que les étudiants amènent par leurs commentaires une vision de l'ETP plus portée sur les connaissances requises et le positionnement de l'infirmier dans l'ETP, les quinze commentaires des formateurs permettent de mettre en avant des éclaircissements sur la place de l'ETP dans les missions infirmières « *les soins éducatifs ont toujours existé … […] », « l'ETP fait partie intégrante du rôle infirmier* ». De même, un commentaire met en avant « *il y a une différence entre l'idéal et la pratique* », vers quoi doit tendre le formateur dans son enseignement ? La pratique doit-elle faire fi d'un idéal et inversement ? L'incompatibilité est-elle de mise ?

Concernant <u>les modalités d'apprentissage et l'enseignement de l'ETP</u> : dans la **pratique**, pour les étudiants, **63,7% ont réalisé un stage leur permettant de pratiquer de l'ETP**. Toutefois pour 56,2% cela était hors programme ETP, 39% dans la cadre d 'un programme, 4,9% NSP et 29,7% d'étudiants n'ont pas répondu. De plus, **20,8% ont pu participé à une séance en laboratoire de simulation** mettant en avant un scénario portant sur l'ETP alors que 74,5% non et 4,7% NSP. De même **47,4% ont réalisé un sérious game sur l'ETP** contre 46,3% qui n'en ont pas bénéficié et 6,3% NSP.
Parallèlement, **69,7% des formateurs enquêtés n'ont pas d'expérience en ETP** contre 30,3% et **57,6% ont un niveau de formation ETP minimum de niveau 1** quand 40,90% ont une formation « autre ». Il nous manque ici des informations sur le type de formation suivi. La formation collective en équipe pédagogique étant signifiée pour 19,7% et étant en projet pour 6,1%, soit une petite proportion sur l'échantillon.

L'exploration de <u>la dispensation de l'enseignement ETP</u>, nous démontre que pour les étudiants celui-ci est produit à **90,8% par les formateurs**, quand les patients experts sont impliqués à 46,1 % et les professionnels de terrains à hauteur de 67,6 %. Le partenariat avec les UTEP étant identifié pour 11,1% des étudiants.

<u>L'organisation des enseignements ETP</u>, pour les étudiants s'élabore à **80,5% en cours magistraux**, puis viennent les ateliers pratiques, 64,7%, les interventions de professionnels de terrain pratiquant l'ETP pour 59,5%, les études de cas cliniques pour 58,9%, les jeux de rôle, 55,8% et les interventions de patient expert/ressource pour 50,5%. Les séances en laboratoire de simulation étant identifiées à 13,4% et le E-Learning à 17,4%. La limite des réponses est la représentativité sur un total d'heures des différents formats d'enseignement possibles. De même, quelle définition ont les étudiants des cours magistraux ?
Il en est de même pour les formateurs, les réponses se complétant de façon similaire**, les cours magistraux restent majoritairement représentatifs de l'enseignement ETP avec 74,2 %,** l'étude de cas cliniques également avec 71 %, ainsi que les ateliers en co-animation à 64,5 %. Les patients experts intervenant à 58,1 % ainsi que des professionnels de terrain pratiquant l'ETP pour 80,6 %. Le travail partenarial est donc un axe fort de l'enseignement ETP. L'enseignement via une séance en laboratoire de simulation représente 38,7 %, ce qui peut être dû à la limite de la ressource matérielle. Les jeux de rôle sont exploités à 54,8 %, c'est une demande des étudiants pour travailler la posture notamment. Enfin le E-Learning est exploité à 24,2 % selon les formateurs avec l'existence des dispositifs de sérious game.

<u>L'apprentissage de l'ETP en formation initiale</u> pour les étudiants **demande majoritairement une formation complémentaire après le diplôme** (216/380 en accord, même si 73 sont NANPA et 79 en désaccord), il fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes unités d'enseignement (355/380), nécessite une progression de l'enseignement et de l'apprentissage répartie sur les trois années de formation (270/380, avec 54 NANPA et 46 en désaccord).
Pour la plupart des étudiants **l'apprentissage de l'ETP doit se réaliser de manière ludique** (344/380 en accord), en petits groupes (341/380), avec des ateliers pratiques (340/380) et inclure un stage ou de la simulation pour 349 étudiants. Nous relevons également que cela reste un apprentissage complexe pour 294 étudiants (contre et 63 NANPA et 31 en désaccord), même s'ils le visualisent comme nécessaire à la professionnalisation pour (294/380 contre 53 NANPA et 22 en désaccord).
Les étudiants statuant finalement, pour **264/380**, que **l'apprentissage de l'ETP en formation initiale est une « sensibilisation »**, contre 62 NANPA et 37 en désaccord. Les commentaires venant renforcer les résultats sur la vision de l'ETP comme une sensibilisation et du besoin de formation complémentaire après le diplôme : *« connaissances pratiques poussées », « l'expérience entre énormément en ligne de compte », « elle (en parlant de la formation ETP) reste une base mais demanderait un apport supplémentaire si je devais en réaliser », « une formation supplémentaire peut être nécessaire pour se spécialiser dans l'orientation de notre choix », « devrait être rajouté dans la*

formation de base car essentiel dans notre métier ». Le besoin de stage est soulevé lui comme « *dommage de ne pas avoir un stage réservé à cet apprentissage* ». Soulignant que « ***c'est un réel plus pour notre future pratique professionnelle*** ».

Pour favoriser la transférabilité des enseignements dans le processus de professionnalisation, les étudiants évaluent avoir besoin de (d') : cas cliniques travaillés en groupe (323/380 en accord), un stage avec de la pratique ETP (345/380), retours d'expérience des formateurs sur l'ETP (322/380) et de celui des professionnels de terrain (346/380), témoignages de patients (342/380), séances en laboratoire de simulation sur l'ETP (252/380 avec 73 NANPA et 32 NSP ou sans réponse, dû peut être au fait que tous les IFSI n'ont pas de laboratoire de simulation ou de scénario sur le sujet), jeux de rôle (286/380 avec 51 NANPA) et d'apports théoriques (324/380).
Ces éléments recueillis donnent des pistes en matière d'orientation de la méthode pédagogique à déployer, mais il convient également de favoriser un environnement d'apprentissage où les étudiants se sentent en confiance (354/380 en accord), avec des conditions d'apprentissage permettant l'entraide, l'écoute, la participation de tous (344/380), favorisant le développement de leur sentiment de compétence dans le domaine de l'ETP (331/380, 30 NANPA et 20 sans réponse ou NSP, verbatim relevé «*je n'ai pas compris la question "développer votre sentiment de compétence"* »).
Les commentaires viennent étayer le positionnement des étudiants tant sur la méthodologie d'apprentissage que sur l'environnement favorisant celui-ci : « *des cours théoriques courts car pour l'ETP la mise en pratique en petits groupes est plus efficace pour comprendre et apprendre », « plus nous avons de retours de patients experts, plus nous enrichissons notre savoir en ETP » ou « le retour de patient expert est très pertinent », « l'utilisation de la salle de simulation qui serait je pense vraiment adaptée pour réaliser une séance d'ETP », « l'apprentissage sur le terrain après les apports théoriques et les jeux de rôle permettent d'avoir un regard et une approche au plus près de la réalité », avec « de la bienveillance et sans jugements* ».

L'enseignement de l'ETP en formation initiale de soins infirmiers pour les formateurs **requiert : une formation complémentaire pour les formateurs** (55 en accord/66), il implique pour 51 formateurs diverses unités d'enseignement des 6 champs (les autres réponses tendant plutôt vers du non réponse 4, ne sais pas 3 ou NANPA 5), les étudiants confirmant cette tendance en signifiant que l'apprentissage de l'ETP fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes unités d'enseignement. **La transversalité requise de l'ETP que ce soit dans l'enseignement ou l'apprentissage est donc majoritairement visible**.
Si les étudiants sont plutôt **en accord avec une progression de l'enseignement et l'apprentissage répartie sur les trois années de formation**, pour les formateurs il en va de même pour l'enseignement qui se structure et se décrit sur les trois années de formation (49/66 en accord et 5 sans réponse). D'ailleurs pour 55 enquêtés l'enseignement ETP s'organise avec une progression dans les apprentissages. Une question plus spécifique interrogeait la continuité de la formation jusqu'en 3ème année de formation, en demandant notamment si une intervention sur la thématique de l'ETP était proposée en 3ème année de formation, 55,4% des formateurs ont répondu « non ». Ce qui démontre **une limite d'enseignement à la 2ème année de formation** et dans le processus enseignement-apprentissage, en limite, par là même, l'accompagnement de l'apprentissage de l'ETP qui relèvera plus d'une demande spécifique d'apprentissage de l'étudiant que d'une continuité d'enseignement.
Les commentaires libres faisant état de cette réflexion : « *sur volontariat dans le cadre de l'UE 5.7», « à la demande des étudiants, les pathologies diabétique et rénale comme fil rouge », « la demande des étudiants de faire un stage de 7 h dans un programme autorisé de S3 à S6* ».
Pour **55 formateurs** également, l'enseignement de l'ETP **impose l'utilisation de différents outils pédagogiques**, le choix du verbe est important dans cette proposition car il voulait mettre l'accent sur la variabilité induite des outils pédagogiques par l'ETP et mis en lien avec les réponses des étudiants nous pourrons dire que cette variabilité doit aller dans le sens d'un apprentissage ludique, en petits-groupes (57 formateurs y sont favorables) avec des ateliers pratiques et inclure un stage ou de la simulation (54 des formateurs en accord). Sur la proposition que l'enseignement de l'ETP « est une adaptation de la formation continue 40h », les réponses sont mitigées avec 37 en accord, 12 NANPA, 8 en désaccord, 4 sans réponse et 5 NSP. Toutes les pondérations ont été sollicités. Si majoritairement pour les é l'apprentissage de l'ETP reste complexe, dans la perception de l'enseignement de l'ETP par les formateurs nous retrouvons la même

tendance, avec une évaluation de la complexité pour 41/66, 15 en désaccord et 5 sans réponse. Mais en quoi est-ce complexe ?
Enfin, comme pour les étudiants, pour la majorité, 60 formateurs, l'enseignement de l'ETP relève d'un travail d'équipe, mais comment mettre ce travail collaboratif en œuvre ? Les commentaires des formateurs venant renforcer les résultats : « *se réalise en équipe pluridisciplinaire à partir des besoins de la personne en lien avec son vécu de la maladie », « méthodes à varier, outils à utiliser différents, interventions de professionnels dans les apprentissages des étudiants sont un plus », « un programme avec des professionnels ETP, des patients le must quand c'est possible », « complexe ++, sans formation et sans expérience professionnelle de l'ETP* ».

A propos du contenu de l'enseignement de l'ETP, pour les formateurs celui-ci **ne se limite pas à l'unité d'enseignement 4.6 et fait appel à différentes unités d'enseignement**, telles que la sociologie-anthropologie et psychologie, les soins relationnels, l'encadrement des professionnels, la santé publique et économie de la santé. Certains enquêtés vont plus loin et évoquent des UE telles que la qualité et gestion des risques, l'unité optionnelle, le travail de fin d'études, le raisonnement clinique et le projet de soins, les méthodes de travail, l'interprofessionnalité, le champ 2 des processus, l'éthique, législation et déontologie, la recherche, etc. …
Un professionnel a précisé : « *il faut donc les leur rendre lisibles afin qu'ils fassent les liens* ». D'autres restent plus vagues « *beaucoup d'UE peuvent être raccrochées à l'enseignement de l'ETP » ou « toutes les UE car nécessité de commencer par actualiser ses connaissances concernant la pathologie du patient » ou encore « toutes les UE peuvent être concernées » ou « toutes y contribuent pour les savoirs, savoir-être et savoir-faire à mettre en application » ou « beaucoup tout est lié* » ou « *toutes les UE dans lesquelles on aborde les pathologies chroniques* ». Toutefois, sur 62 réponses, 48,4% des formateurs identifient réellement des UE proposant des situations d'apprentissage faisant appel à l'ETP contre 24,2% « non » et 27,4% NSP. Il y a donc une nuance entre la vision globale de l'enseignement de l'ETP avec des unités d'enseignement contributives et l'identification réelle des situations d'apprentissage.

De plus, **concernant le contenu de l'ingénierie de formation en ETP à proprement parler**, les réponses attendues aux propositions faites étaient plus restreintes en pondération avec un oui, non ou NSP, l'objectif étant de recueillir les éléments qui se pratiquent. De là nous observons une proportion de réponse NSP entre 8 et 23 pour chaque proposition sur les 66 répondants, ce qui restent un chiffre à prendre en compte surtout si nous l'associons au « sans réponse ».

Dans votre ingénierie de formation ETP, vous *(66 CDSF)*				
	OUI	*NON*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Resituez le paradigme de transformation des soins infirmiers	**28**	11	23	4
2/ Formalisez le lien aux théories de soins infirmiers	**33**	13	16	4
3/ Evoquez les théories sociocognitives	**48**	2	12	4
4/ Abordez les théories de changement de comportement	**43**	4	15	4
5/ Prenez en compte la théorie des situations didactiques	**30**	9	23	4
6/ Favorisez le travail sur les représentations	**51**	2	10	3
7/ Travaillez sur une vision systémique du patient	**47**	4	10	5
8/ Privilégiez la compréhension de la maladie chronique	**48**	4	11	3
9/ Développez la recherche de données probantes en ETP	**25**	14	22	5
10/ Explorez les programmes ETP (législation, construction, évaluation…)	**39**	5	16	6
11/ Travaillez la posture éducative	**49**	2	10	5
12/ Traitez de la démarche ETP	**52**	2	8	4
13/ Faites lien à la démarche qualité	**23**	16	21	6
14/ Explorez les étapes du deuil	**37**	9	15	5
15/ Explorez les mécanismes de défense	**41**	6	12	7
16/ Abordez les soins relationnels	**46**	5	8	7
17/ Explicitez le travail interdisciplinaire	**49**	1	9	7
18/ Evoquez les notions d'adhésion et de négociation	**49**	1	8	8

Ainsi, sur l'ingénierie de formation en ETP l'hétérogénéité des réponses démontrent un défaut d'association du **paradigme de transformation des soins infirmiers** à l'ETP, une méconnaissance peut-être du modèle de santé biopsychosocial. De même, nous obtenons une tendance identique sur la formalisation du lien aux théories de soins infirmiers. **Les réponses aux** propositions sur les **théories sociocognitives et de changement de comportement sont plus marquées**. **La prise en compte de la théorie des situations didactiques est plus mitigée**. **Le travail sur les représentations est largement représenté** ainsi que la **vision systémique du patient** et la **compréhension de la maladie chronique**. Des essentiels pris en compte et entrant dans le référentiel de l'INPES, de même que **la posture éducative** qui est majoritairement abordée

ainsi que la **démarche ETP**. L'abord des **soins relationnels** et des **notions d'adhésion et de négociation**, ainsi que l'explicitation du **travail interdisciplinaire** obtiennent aussi des **scores significatifs**. **L'approche de la recherche de données probantes en ETP est plus partagée**, de même que **le lien à la démarche qualité. L'exploration des programmes ETP est minoritairement effectif** pourtant cela représente une grande demande des étudiants. **L'étude des étapes du deuil est majoritaire**, comme pour l'exploration des **mécanismes de défense**. La limite de cette question est qu'il faut connaitre l'ingénierie de formation proposée et comme les enquêtés de sont pas forcément référents, ils n'ont pas obligatoirement la connaissance de tous les éléments alors qu'ils sont peut-être existants.

La pratique de l'ETP : quelles conditions et projection ? Majoritairement pour les étudiants **l'ETP n'est pas destinée qu'aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d'ETP**, tout en identifiant qu'elle **nécessite une certaine maturité professionnelle**. De même, beaucoup de sont pas d'accord avec la proposition suivante : la pratique de l'ETP **est facultative**. Cela rejoignant l'idée que l'ETP est intégrée aux soins et qu'elle est une mission de l'IDE. De plus, concernant la posture, **354** étudiants **sont d'accord sur le fait que « la pratique de l'ETP demande le développement d'une posture éducative »**, ainsi que **sur le fait que l'ETP « implique le développement d'une posture empathique »**. Cette dernière proposition émet toutefois des résultats mitigés laissant supposer que la proposition a dû susciter de l'interrogation. A noter aussi que pour les étudiants **la pratique de l'ETP nécessite la connaissance de la démarche éducative** et **de comprendre ce qu'est une maladie chronique**. Toutefois, cela dépend peut-être d'où le curseur de la connaissance est fixé. Nous remarquons également que les étudiants **pensent que la pratique de l'ETP demande de comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient** et **ils sont en accord avec le fait que l'ETP exige de comprendre le processus de changement de comportement**. De plus, globalement ils sont **en accord avec la proposition suivante l'ETP est avant tout un travail d'équipe** mais identifiant **qu'elle exige des compétences particulières, donc une formation**. Là encore tout dépend de la formation initiale reçue et du complément attendu et de comment l'étudiant se sent par rapport à la pratique de l'ETP. Sachant que pour une grande proportion le lien est fait sur le fait que la pratique de **l'ETP nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle**.

Pour vous ESI la pratique de l'ETP ? *(380 ESI)*					
	Total de Pas du tout d'accord Plutôt en désaccord	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Total de Plutôt d'accord Tout à fait d'accord*	*NSP*	*Sans réponse*
1/ Est destinée qu'aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d'ETP	**259**	55	63	0	3
2/ Nécessite une certaine maturité professionnelle	47	48	**281**	2	2
3/ Demande le développement d'une posture éducative	9	11	**327**	3	3
4/ Nécessite la connaissance de la démarche éducative	5	10	**359**	4	2
5/ Implique le développement d'une posture empathique	11	36	**322**	2	9
6/ Est facultative	**229**	68	71	9	3
7/ Nécessite de comprendre ce qu'est une maladie chronique	7	10	**358**	3	2
8/ Exige de comprendre le processus de changement de comportement	7	21	**341**	9	2
9/ Est avant tout un travail d'équipe	16	20	**340**	2	2
10/ Demande de comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient	5	15	**352**	5	3
11/ Exige des compétences particulières, donc une formation	17	32	**326**	2	3
12/ Nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle	44	74	**256**	1	5

Les commentaires des étudiants viennent compléter ces données en soulignant que « *l'ETP me semble être la pierre angulaire de la prise en soin d'un patient » et que « ce doit être un engagement professionnel dans la pratique courante de notre métier, que L'ETP n'est pas une obligation, il faut en avoir envie pour apporter au patient une ETP de qualité* ». Un étudiant précise « *J'ai été en difficulté pour remplir certains points, pour moi la posture empathique et la nécessité de comprendre une malade chronique sont des points primordiaux »*, effectivement sur les résultats de la proposition sur la posture empathique nous sentions que la tendance des réponses n'était pas tranchée et qu'elle avait dû susciter des interrogations. Exprimant que « *J'ai eu beaucoup de mal à comprendre ce que signifiait ETP car il me semble que nous manquons vraiment d'expérience professionnelle »* et que *« en tant que jeune professionnel il est possible de pratiquer l'ETP mais l'expérience favorise l'acquisition de savoirs par la rencontre de patients experts de leurs maladies et favorise la prise de recul et la posture emphatique* ».

Ainsi, **36,8% des étudiants envisagent un poste où ils puissent pratiquer l'ETP** contre 21,10% « non » et 42,10% NSP. 197 commentaires viennent compléter ces résultats, marqués par de l'ambivalence notamment sur leur sentiment de capabilité : « *je ne me sens pas capable de faire de l'ETP tout juste diplômée » ; « je pense aussi qu'il faut un peu de pratique en tant qu'infirmier après le diplôme pour pouvoir pratiquer l'ETP de manière adaptée » ; «je ne me sens pas suffisamment à l'aise dans la pratique pour le faire correctement » ; « je trouve qu'il faut acquérir de l'expérience professionnelle avant de pratiquer l'ETP en poste ».* Le lien privilégié avec le patient, est lui largement marqué : « *relation privilégiée avec le patient » ; « je trouve que c'est une autre approche avec les patients et ça permet de les rendre acteurs de leurs prises en soins » ; « la relation de confiance induite »*. Mais aussi sur la vision de l'ETP par les étudiants « *L'ETP peut être inclus dans tous les soins quotidiens sans nécessiter un poste dédié » ; « j'ai l'impression d'en faire déjà à mon niveau auprès des patients que je rencontre » ; « L'ETP fait partie intégrante de notre métier, c'est notre rôle propre » ; « pour moi on fait déjà de L'ETP sans se rendre compte* ». L'ETP apparaissant comme une compétence essentielle : « *pour moi l'ETP fait entièrement partie des compétences que doit acquérir un futur IDE, tout professionnel doit être en capacité d'exercer l'ETP* ». Nous retrouvons également le lien au travail d'équipe qui est vu comme une ressource : *« en m'appuyant sur les compétences de mes collègues afin de me perfectionner* » et une visibilité d'une transférabilité possible : « *j'ai développé d'autres compétences qui pourront toujours me servir même si je ne fais pas partie d'un programme d'ETP, par exemple si le patient est en demande d'informations sur sa pathologie, ses traitements... je peux m'aider de ce que j'ai appris en ETP pour répondre à ses besoins* ». A noter que le positionnement « non » sur la question ne veut pas signifier que les étudiants ne veulent pas faire d'ETP ou ne se sentent pas prêts pour en faire : « *non car pour moi l'ETP devrait être introduit au sein même des services et pas être un service à part entière. Le fait de créer des services spécifiques à l'ETP scinde encore plus le soin et l'ETP. Donc cela peut être logique que beaucoup de professionnels ne l'incluent pas dans leur pratique car ils pensent que des infirmiers "spécialisés" s'en chargeront à leur place* ». De plus, certains étudiants soulèvent l'idée que certains lieux d'exercice sont propices ou on à la pratique de l'ETP : « *tous les services ne sont pas concernés par l'ETP (par exemple les urgences, la réanimation...) » ; « selon les lieux […]*».Quand d'autres étudiants verbalisent clairement leur choix : « *cela m'intéresse mais n'est pas ma priorité » ; « je n'aime pas » ; « la théorie sur ETP ne m'attire pas, j'attends d'avoir plus de recul » ; « ne correspond pas à ce que je souhaite faire* ».

Pour les formateurs, nous avions pu ressortir précédemment que pour la majorité des enquêtés l'enseignement de l'ETP **relève d'un travail d'équipe**, en explorant plus attentivement cet axe nous pouvons relever que pour 52 formateurs/66 l'enseignement de l'ETP implique une vision collective, avec pour 51 la nécessité d'un projet co-construit et pour 54 une approche transversale. De plus, pour 52 des répondants, l'enseignement de l'ETP demande la participation de tous et s'organise grâce aux échanges en réunions pédagogiques (46/66).
Les dix commentaires précisent qu'il faut « *une appétence pour cet enseignement* », questionne le travail d'équipe « *la dream team existe-t-elle ?* », est-ce utopique de le penser ? Précisant que « *la vision collective qui me semble nécessaire n'est pas simple à fédérer en IFSI autour de l'ETP, selon les représentations de la santé publique de l'équipe des formateurs* », l'émergence des représentations sur cet enseignement étant présente comme nous avons pu le croiser dans l'état des lieux.

De plus, l'enseignement implique les étudiants, mais <u>quelle vision les formateurs ont-ils des étudiants dans le contexte de l'ETP ?</u> **38 formateurs/66 sont en désaccord avec la proposition de cibler la formation vers les étudiants qui ont appétence pour l'ETP** contre 13 qui sont d'accord, ce qui recoupe le positionnement majoritairement en désaccord des étudiants sur la proposition précisant que l'ETP n'est destinée qu'aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d'ETP. Comme pour les étudiants, **pour 40 formateurs, l'ETP nécessite une certaine maturité professionnelle des apprenants** d'où l'importance de poursuivre son enseignement jusqu'en 3ème année pour laisser l'expérience et la professionnalisation se mettre en place. Si pour 45 formateurs **le plus important est la posture éducative**, pour **52 l'ETP implique aussi le développement d'une posture empathique** faisant lien aux enseignements de soins relationnels. Même tendance observée chez les étudiants. Toutefois nous relevons que **39 formateurs sont d'accord avec le fait que le plus important est la connaissance de la démarche éducative** contre 16 NANPA. De plus, si 229 étudiants sont en désaccord avec la proposition précisant que **la certification ETP doit être facultative, pour les formateurs le positionnement est plus mitigé** avec 25 en désaccord avec la

proposition, 15 NANPA et 18 en accord. Globalement la formation ETP étant perçue avant tout comme une sensibilisation pour 33 formateurs/66 contre 20 en désaccord, même tendance observée chez les étudiants. Les commentaires libres viennent compléter les résultats : « *c'est une première approche pour les sensibiliser, leur donner envie, participer à des programmes », « le manque de maturité implique un manque d'appétence pour l'ETP. Parfois en 3e année les étudiants comprennent mieux* ». Nous relevons le commentaire suivant : « *une posture empathique c'est plutôt acquis ou non durant l'enfance* », attention il faut amener l'étudiant à le conscientiser comme dans la théorie des situations didactiques, il faut institutionnaliser le savoir pour que l'étudiant en prenne conscience et ne pas rester sur de l'a priori.

La question de l'évaluation dans l'ingénierie de ETP, axe de recherche qui ne concernait que les formateurs, il ressort que **42,4% des répondants affirment évaluer le programme de formation ETP contre 25,8% de non**.
Concernant les indicateurs d'évaluation du programme de formation, réel ou en projet, la plupart des formateurs **sont d'accord avec les propositions faites,** même si le nombre de réponses sans avis peut parfois questionner dans le processus enseignement-apprentissage. En effet, nous observons que toutes les propositions relèvent un résultat de NANPA entre 11 et 23, ce qui est relativement important et soulève une difficulté de positionnement, pourquoi ? Car les programmes ne sont pas encore existants ? Ne sont pas évalués ? Les propositions ne sont peut-être pas assez précises ou la culture de la démarche évaluative est peut-être à développer. Parallèlement nous annotons d'ailleurs que tous les étudiants n'obtiennent pas l'attestation de formation non pas pour des raisons de validation mais pour des raisons d'absence (**46,8 % des répondants signifient que les étudiants n'obtiennent pas tous l'attestation**). Nous noterons que la proposition sur **le coût global donne** des résultats très partagés, qui aujourd'hui entre dans les ingénieries de formation et dans la démarche projet, un critère indispensable mais une culture à véhiculer.
A soulever, une proposition non soumise dans la recherche qui est pourtant essentielle est celle de la satisfaction des patients et professionnels intervenants.

Quels indicateurs vous semblent essentiels dans l'évaluation du programme de la formation ETP ? ***(66 CDSF)***					
	Total de Pas du tout d'accord Plutôt en désaccord	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Total de Plutôt d'accord Tout à fait d'accord*	*NSP*	*Sans réponse*
1/ La prise en compte des besoins des étudiants	7	15	**39**	0	5
2/ La corrélation entre la réponse apportée et les besoins des étudiants identifiés	6	16	**40**	0	4
3/L'observation d'une posture éducative de l'étudiant adaptée dans les situations d'apprentissage proposées	2	7	**53**	0	4
4/ L'observation d'une analyse plus développée des étudiants	2	12	**48**	0	4
5/ La satisfaction mesurée des étudiants	7	19	**36**	0	4
6/ L'expression des étudiants sur l'intérêt perçu de l'ETP	4	11	**46**	0	5
7/ La validation des unités d'enseignements en lien à l'ETP	8	14	**39**	0	5
8/ La reconnaissance par les étudiants des bases théoriques apportées	3	13	**46**	0	4
9/ La participation active des étudiants	4	3	**56**	0	3
10/ L'ingénierie du programme	2	15	**42**	0	7
11/ La faisabilité des enseignements proposés	1	11	**48**	0	6
12/ Le coût global	**20**	**20**	**20**	0	6
13/ La réalisation du programme et son déroulement	3	14	**42**	0	7
14/ Les changements apportés au programme	5	23	**31**	0	7

Quelle vision prospective de l'ETP ? Pour les étudiants, 205 propositions **synthétisées à l'aide d'une carte conceptuelle** faisant apparaître que les étudiants **mettent en avant le lien de type « Action-Conséquence »**, ainsi pour eux si l'ingénierie de formation en ETP leur permet de (d') :

-Assister à une séance ou un atelier éducatif
-Rencontrer un patient participant à un programme ETP ou expert
-Pratiquer de l'ETP (comment ? Où ?)

-Participer/Etudier un programme
-Réaliser un stage dans le domaine de l'ETP
-Avoir plus de cours pratique en parallèle de format de cours plus ludique et dynamique

Ils pourront ainsi mieux comprendre globalement ce qu'est l'ETP (tant d'un point de vue utilité, que contenu et démarche), mieux comprendre le patient (ressentis, besoins), mieux comprendre les liens théorie/pratique. Mais aussi de développer un sentiment d'être plus à l'aise et de permettre une projection professionnelle plus aisée dans le domaine, tout en travaillant leur posture. Ils veulent que l'ETP soit plus concret. Sont évoqués aussi comme conditionnel, le travail sur la posture éducative et le sentiment d'être plus à l'aise avec la pratique de l'ETP. Le travail sur des cas cliniques, les jeux de rôles, les séances en laboratoire de simulation sont, pour les étudiants, contributifs de l'apprentissage.

Concernant la vision prospective des formateurs, 34 propositions, **synthétisées également sous forme de carte conceptuelle**, font émerger que :
-La formation ETP en **interprofessionnalité** pourrait être envisagée si les formations avaient des temps de formation mutualisés et une culture partagée mais aussi si les formateurs et professionnels de différentes filières de formation pouvaient être associés. La proximité d'un CHU pouvant favoriser cette démarche.
-La formation en ETP devrait être **plus développée et plus répandue** auprès des formateurs, dans le sens où elle est perçue comme une plus-value pour la formation des étudiants, leur accompagnement, permettant une ingénierie plus pertinente et facilitée.
-Plus de **moyens alloués**, que ce soit en terme de matériel, de temps, d'intervenants professionnels mais aussi de ressources humaines formées sur le terrain, favorisant la formation en ETP des étudiants.
-L'offre de stage devrait être plus accrue, ce qui permettrait une approche plus facile pour les étudiants, leur faisant acquérir de l'expérience dans le domaine.
-**Accroître la visibilité de l'ETP sur le terrain**, notamment par le développement des formations des professionnels, des programmes mais aussi une stratégie institutionnelle l'autorisant par un projet identifié et une reconnaissance des compétences IDE dans le domaine. Le vecteur institutionnel ayant une forte portée sur les directives des soins.
-**Le patient** : le reconnaître comme sachant et donner sens ainsi à la démocratie sanitaire ; reconnaitre au patient sa place dans son parcours de soins permettant d'inclure plus naturellement l'ETP.
-**Le décloisonnement** au sein même de la formation en soins infirmiers des unités d'enseignement.

5.2 Analyse des résultats

Cette recherche qualitative et quantitative s'est avérée très féconde et apprenante pour nous chercheur, nous amenant à questionner nos pratiques, à réfléchir à leur amélioration, à interroger les certitudes et les possibles évolutions. Nous ne pourrons pas tout exploiter, il convient avant tout de mettre en évidence les éléments d'analyse en lien direct avec notre question de recherche et nos hypothèses. Toutefois les autres éléments seront contributifs secondairement dans la poursuite de notre réflexion.

Le premier point qu'il nous semble important à mettre en lumière c'est la politique régionale et la stratégie opérationnelle des IFSI. L'intérêt de l'enquête était de cibler la région N.A, ce qui a bien été respecté, même si tous les départements ne sont pas représentés de manière équitable. Effectivement la politique régionale engage l'obtention d'une attestation ETP en fin de cursus de formation en soins infirmiers qui se retrouve bien dans les réponses. Parallèlement l'enquête auprès des formateurs révèle une proportion significative d'IFSI labellisés ETP ou en cours, ce qui vient bien appuyer l'implication d'une politique régionale. Opérationnellement nous constatons que les IFSI ont : soit la labellisation et un programme ETP annexe -qui est formalisé ou non aux étudiants, soit pas de labellisation et un programme annexe -formalisé ou non, soit ni labellisation, ni programme annexe. En effet, il faut distinguer la labellisation du programme de formation ETP -qui est élaboré par les IFSI et soumis à validation auprès de l'ARS ou d'une UTEP, autorisant les IFSI à attribuer une attestation de formation ETP aux étudiants l'ayant suivi- et **la diffusion du programme** en lui-même auprès des étudiants. En effet, le travail de contenu du programme soumis à validation peut être ou non explicité et formalisé aux étudiants, ce qui explique l'écart entre les formateurs reconnaissant un programme spécifique de formation ETP

et les étudiants. La question pouvant apparaître est : **faut-il communiquer ce programme ? Et si oui pourquoi et comment ?** En soi, l'ETP s'intégrant au programme de formation global nous pourrions présupposer qu'un programme annexe n'est pas nécessaire. Toutefois reprenant la logique de la **théorie des situations didactiques,** il faut non seulement établir la situation d'apprentissage mettant en relation l'étudiant et son milieu d'apprentissage, pour qu'ait lieu la transposition didactique, en re-contextualisant et re-personnalisant le savoir comme le décrit Yves Chevallard(41) ; mais aussi en prenant en compte ce que nomme Bernard Sarrazy(42), l'ostention et la dévolution, rappelant qu'il ne suffit pas de montrer pour que l'élève voit. Cette complexité dans l'enseignement-apprentissage démontre donc qu'il ne suffit pas à l'étudiant de voir pour comprendre, **la transmission n'étant pas mécanique**. Nous comprenons donc aisément que les liens perçus par les formateurs sur le programme global de formation en soins infirmiers au programme ETP, ne le seront pas forcément par les étudiants, il va falloir les rendre visibles et quand bien même les mettre en jeu pour qu'œuvre la transposition didactique.

Nous relèverons également au travers des résultats, le profil des répondants formateurs, majoritairement les professionnels ayant répondu au questionnaire ne sont pas référents des enseignements en lien avec l'ETP. Le choix était de recueillir l'avis des différents formateurs, et non pas seulement ceux référents des UE en lien direct à l'ETP, pour évaluer la dynamique collaborative et transversale de la formation ETP proposée aux étudiants. **Se posera toutefois la question de la formation de ces différents acteurs** que nous verrons ci-dessous. De même, il faut prendre en compte que les équipes pédagogiques révisent annuellement la répartition des missions entre formateurs, que ce soit sur des mouvements de formateurs ou des souhaits de changement par exemple, ainsi les professionnels n'étant pas référent des UE citées ont pu l'être les années précédentes et inversement, donnée que nous n'avons pas recueilli. Donc l'ETP n'est pas forcément une totale inconnue en terme pédagogique.

De là, Il nous a semblé intéressant d'amener les explications du professionnel de l'ARS repositionnant le contexte réglementaire(22) dans lequel est apparu l'ETP avec initialement **trois modalités explorées** : les programmes techniques, l'accompagnement éducatif ciblé, les programmes. Elément que nous avions aussi souligné dans l'approche contextuelle.

L'enquêté explique que la première modalité est centrée sur l'apprentissage d'auto-soins techniques et que c'est de là que partent la plupart des programmes. En effet, sur les terrains se développait déjà, avant la loi HPST de 2009, cet axe d'apprentissage sur les patients porteurs de pompes à insuline par exemple et ainsi certaines demandes de programmes ont été réalisées à partir de l'existant. La deuxième modalité aurait été celle la plus intéressante en se demandant comment intégrer l'accompagnement à la prise en soins dans un objectif ETP. Enfin, concernant la troisième, elle représente la seule modalité qui sera développée, avec tantôt une approche biotechnique basée sur les compétences de sécurité et de soins et tantôt une approche plus orientée vers les sciences humaines, comprenant la lutte contre les stéréotypes, les motivations à changer.

Cette distinction n'est pas anodine et laisse à réfléchir sur les notions d'accompagnement et d'apprentissage que nous avons pu développer avant. Si le découpage en trois modalités peut cloisonner les pratiques ETP, le fait d'avoir **réduit au seul axe des programmes** vient toutefois mettre l'accent sur la démarche prescriptive et structurelle au détriment de l'approche humaniste d'accompagnement et d'apprentissage qui va pourtant de pair avec la démarche ; ce qui détourne peut-être les formations vers un contenu d'étude de programme, descriptif d'une démarche, à la sémantique divisée entre bilan éducatif partagé et diagnostic éducatif au dépend d'une réflexion plus poussée sur la posture éducative ou l'« éduc'attitude » pour reprendre la formulation de B. Pétré(54), qui, comme nous l'avons vu dans l'état de lieux, est une ressource importante à mobiliser dans les compétences en ETP et qui doit être un des objectifs de la formation.

En ce sens, R. Gagnayre[24] nous signifiait lors d'un échange sur le sujet qu'il fallait réfléchir au curriculaire de la formation et au niveau de compétences attendues en fin de formation, souhaitons-nous des professionnels qui connaissent par cœur la démarche ETP ou des professionnels qui développent une posture éducative ? Il ne s'agit pas de mettre de côté la connaissance procédurale de la démarche mais, pour reprendre les propos de R. Gagnayre, de **réfléchir où le curseur est positionné, en effet le curseur définira l'ingénierie mise en**

[24] R. Gagnayre, communication personnelle téléphonique, le 20/07/2020, 17h.

place et revient donc aux formateurs. Faisant lien également à la relation qui sera privilégiée par le formateur, comme nous l'avons exploré avec le triangle pédagogique développé par J. Houssaye(40) : la relation didactique, d'apprentissage ou pédagogique. Cette entrée en relation délimitera la conduite du formateur dans son ingénierie, induisant le processus d'enseignement-apprentissage. En effet, il conviendra pour le formateur, reprenant les propos des auteurs Nagels et A. Lasserre Moutet(38), d'être vigilant à **ne pas s'enfermer dans un référentiel de programme** relevant plus du paradigme d'enseigner que d'apprentissage, tout en favorisant, comme le précise R. Vienneau(44), un **apprentissage processus conscientisé**.

Les deux professionnels de l'ARS et de l'UTEP, Mr A. et Mr U., ont souligné pendant les entretiens des exigences qualitatives pour la formation en ETP en formation initiale comprenant notamment des éléments que nous avions recensé à travers notre revue de littérature. Nous allons mettre en exergue ces éléments et les croiser avec les résultats obtenus avec les questionnaires, nous autorisant à partir de ceux-ci à élargir notre réflexion sur de nouveaux possibles ou des préconisations.

Tout d'abord, les cadres de santé formateurs doivent être formés ainsi que les intervenants et avoir de l'expérience dans le domaine de d'ETP. Effectivement c'est un impératif que nous retrouvons tant dans la littérature, que dans les entretiens avec les professionnels, l'ARS ayant dans le cadre de son projet de certification des IFSI alloué des financements pour la formation des formateurs IFSI. La limite y serait d'avoir réalisé cette formation en « vase clos » de formateurs et comme le précise Mr U. en évoquant la création d'un DU ETP, « *si on veut une pratique pluridisciplinaire et une même culture ETP c'est bien d'avoir une formation similaire* ». Si l'enquête a pu révéler qu'une proportion importante de formateurs ont suivi une formation dans le domaine de l'ETP (tous niveaux confondus), **l'expérience professionnelle de la pratique en ETP est-elle beaucoup plus rare**, ce qui peut être une limite dans la formation. Comme le précise Mr U. « *la vision du formateur et ses compétences amènent forcément une dynamique différente à la formation* ». Recoupant cet élément à la théorie des situations didactiques et l'accompagnement, la création d'un environnement apprenant mettant en lien comme le précise G. Brousseau(43), un milieu et une situation, sera peut-être plus complexe à construire et à faire vivre si l'expérience de terrain n'a elle-même pas été vécue par le formateur. C'est d'ailleurs l'idée émise par les auteurs R. Gagnayre et JP d'Ivernois(39) et précisée dans l'approche conceptuelle, concernant la nécessité pour les formateurs d'avoir une expertise dans le secteur ETP, **une « pratique éprouvée », qui manque encore aujourd'hui.**

De même, **la formation collective en ETP pour l'équipe pédagogique reste peu exploitée**. Cette donnée est importante car comme nous l'avons vu avec les propos de C. Tourette Turgis(29), l'enseignement de l'ETP est transdisciplinaire. Les formateurs étant répartis sur différentes unités d'enseignement, il est important de favoriser les échanges pour percevoir les contenus des UE de chacun et les mettre en lien. La formation collective est donc un moyen non seulement pour développer une culture commune au sein de l'équipe mais également pour co-construire l'enseignement ETP.

Reprenant les propos de Louise Lafortune(51) citée plus haut « *plutôt que de se limiter à la transmission ou à l'acquisition de connaissances […] les démarches de formations doivent s'inscrire dans un accompagnement socioconstructiviste qui suppose des réflexions-interactions qui confrontent les pratiques, les croyances (conceptions et convictions) et suscite des conflits sociocognitifs* », permettant ainsi le développement de compétences. Il en va tant pour les formateurs que pour les apprenants. La construction ingénierique doit autoriser ces conflits sociocognitifs et le travail d'équipe permet cela.

D'autant plus que nous avons pu relever que plus de la moitié des formateurs enquêtés expriment contribuer à l'enseignement de la certification ETP, associé au fait que pour les étudiants la majorité de l'enseignement est produit par les formateurs, nous comprenons donc l'importance de la formation indispensable pour assurer celui-ci, l'expérience pratique de l'ETP étant un autre volet.

Constat toutefois que le **partenariat avec les patients experts ou ressources et les professionnels de terrains**, s'il est présent **demande à être plus développé**, de même que le travail collaboratif avec les UTEP qui émerge timidement. En effet, le travail partenarial est essentiel dans l'ETP, mais induit la disponibilité des ressources humaines compétentes sur le territoire, de même, que financières.

Donc **la diversité des enseignements ETP d'un IFSI à l'autre viendra de l'ingénierie proposée par les formateurs**, de leur expérience, de leur formation mais aussi des partenariats développés, des ressources

disponibles financièrement, matériellement, humainement. Réflexion complétée par les éléments de réponses recueillis dans la question SI…ALORS. Les étudiants évoquent vouloir plus de cours pratiques avec des retours d'expériences et des formats plus ludiques et dynamiques, les enseignements ETP étant identifiés majoritairement en CM.

Du point de vue des formateurs dans une vision d'amélioration, nous retrouvons comme postulat la formation des formateurs, le décloisonnement et l'interprofessionnalité.

Ainsi, nous pouvons émettre que la formation des formateurs est indispensable à la fois dans **une visée de contenu mais aussi d'ingénierie de formation proposée et de didactique**.

Vient ensuite la problématique de la réalisation d'un stage mettant en pratique l'ETP, signifiée par Mr A. et Mr U. Effectivement **l'alternance en formation en SI est un dispositif d'apprentissage**. Si nous nous appuyons sur la théorie piagétienne(44), « *l'intelligence que le professionnel développe dans son domaine de compétences, tient autant des savoirs théoriques que du savoir expérientiel* ». C'est par la situation que l'apprenant construit sa compétence et comme vu précédemment les stages sont fondamentaux pour l'apprentissage des étudiants, ils permettent la découverte de situations inédites, les mettent en posture professionnelle, les immergent dans la réalité, les positionnent dans le contexte qui est le leur comme le précise M. Balcou-Debussche(33), les aidant à développer leurs compétences, mais aussi au-delà, favorisant la professionnalisation et le processus de socialisation. Ainsi, comme pour tout domaine, l'intérêt d'un stage dans un service pratiquant l'ETP est une évidence. **Le manque de ressources de terrain** est largement souligné tant par la revue littéraire que par l'enquête, et nous pourrions rajouter le manque de visibilité des possibles.
En cela, **le travail partenarial avec les UTEP**, dans sa mission notamment de recensement actualisé de l'offre d'ETP de l'établissement et/ou de son territoire, peut être porteur d'une nouvelle dynamique et favoriser la mise en stage des étudiants comme le précise Mr U.

A défaut, et sous réserve que l'IFSI ait accès à un laboratoire de simulation, **le travail en laboratoire de simulation** plaçant les apprenants dans des situations de soins au plus proche de la réalité, sans risque pour le patient, avec le droit à l'erreur, peut-être une alternative intéressante pour permettre aux étudiants de se confronter à une situation et construire un « pattern ». Mais elle ne permet pas totalement, comme le préconise G. Leboterf(35) dans la partie conceptuelle sur la notion de compétence, de travailler le schème opératoire par des situations prévalentes qui reflètent l'activité professionnelle répétée. C'est bien en cela que le stage est important, sur la répétitivité des situations vécues.

Les questionnaires ont permis de mettre en évidence que **le stage est un réel manque vécu**. En effet, si plus de la moitié des étudiants signale avoir pu pratiquer de l'ETP en stage, dans les mêmes proportions ils signifient que cela était hors programme et expriment notamment dans la vision prospective, le besoin de plus de pratique et plus de stage identifié ETP. Cela mettant en avant une étendue relative des programmes ETP et aussi un manque de visibilité de l'ETP sur les terrains. La limite serait de savoir quelle était la pratique réellement réalisée par l'étudiant en terme d'ETP et était-ce dans le cadre d'un travail inter-séquence demandé par l'IFSI ? Même si **la pratique en laboratoire de simulation** expérimentée par quelques étudiants est amenée comme une **alternative ainsi que le sérious game**, nous en percevons bien la limite dans la répétitivité offerte notamment. A noter que le sérious game s'inscrit dans un projet N.A où les IFSI ont été sollicités pour participer à la conception d'une collection de simulateurs numériques de formation avec participation et soutien de la région N.A. Un sérious game porte sur la compétence 5 en lien à l'ETP. La mise à disposition des sérious game date de juillet 2019, sachant que pour la première année l'accès était gratuit pour les IFSI, laissant donc la possibilité à tous les étudiants de la région d'y avoir accès. Vu comme un plus pour les étudiants pouvant y avoir accès. Il questionne aussi la possibilité de la participation de tous les IFSI et l'abord pour tous à un ordinateur supportant le sérious game et au logiciel déployant le jeu sérieux.

Toutefois, quelque soit l'alternative envisagée pour explorer l'ETP d'un point de vue pratique, **l'accompagnement sera un élément central**. Cet axe didactique est amené principalement par les étudiants demandant à « *être accompagné* » dans leur apprentissage, les formateurs y font peu référence, seuls deux l'évoquent dans la vision prospective sous l'angle d'un meilleur accompagnement par la formation des formateurs et le travail partenarial avec les professionnels. Si nous reprenons **le principe de reliance** développé par M. Paul(52) pour définir la notion d'accompagnement, peut-être que les formateurs mentionnent peu

l'accompagnement car dans leur sentiment de défaut de formation et d'expérience dans le domaine, associé à une mise en pratique sur le terrain pauvre et peu reconnue, rend difficile ce principe de reliance et s'inscrivent plutôt dans un principe de réparation d'un manque ? L'ETP perçu comme un problème à résoudre (problème de visibilité, problème de perception de la pratique, problème de compétences à acquérir, problème de formation…) plutôt qu'un domaine à relier à la compétence infirmière existante depuis toujours, à relier à une évolution du statut et de la place du patient, à relier à une autonomie mutuelle gagnée.

Pour poursuivre, Mr A. et Mr U. nous interpellent sur l'exigence de l'appui sur un modèle de référentiel de compétences pour élaborer le programme de formation en ETP.
Dans notre enquête auprès des formateurs, le modèle de référentiel principal est celui de l'INPES. Référentiel de base que nous avons identifié dans le cadre théorique, qui est intégré en annexe à l'arrêté du 31 mai 2013(27) relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP. Toutefois nous pouvons donc nous demander **comment cet appui est formalisé ?**

De même une proportion non négligeable des répondants « NSP » donc dans l'ingénierie de formation **la genèse n'est pas bien identifiée**. Comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle, il faut pouvoir comprendre le processus de développement de l'ETP et des compétences associées pour mieux en saisir le sens et construire un programme mettant en valeur l'ontogénèse de celui-ci. Pour les formateurs ayant répondu non ou NSP, ou pour ceux étant en cours de projet nous espérons que cette question aura éveillé leur curiosité et les amènera à rechercher le référentiel de l'INPES (d'où le choix d'associer à la question la photo de la 1ère couverture permettant d'identifier aisément le référentiel mais aussi d'en faciliter la recherche).
En effet, comme nous l'avons souligné dans la partie théorique, les auteurs R. Gagnayre et JF d'Ivernois(32), incitent à prendre référence sur les modèles reconnus et les données de la recherche, ou données probantes, venant légitimer les projets et contenu de formation, et permettant un ajustement de fond et de forme au plus près de la recherche et tout en faisant lien aux modèles théoriques de l'ETP. Il aurait été intéressant de pouvoir croiser l'information auprès des étudiants mais la question n'a pas été évoquée, de même, s'il y a eu des documents de référence autre, de pouvoir les explorer, mais le format de la question n'amène pas la possibilité de cette complémentarité de réponse.

Toutefois nous rappelons que ce référentiel doit être une base et comme nous l'avons évoqué dans l'approche contextuelle, rapportant les propos des auteurs M. Nagels et A. Lasserre Moutet(38), sa limite serait qu'il ne serve qu'à professionnaliser l'exercice de l'ETP, au risque de détourner l'ETP du patient et d'ériger « *une démarche centrée sur le professionnel du soin et de l'accompagnement, ou sur la coordination d'actions* ». Tout comme nous pourrions enfermer la formation en soins infirmiers sur une démarche d'enseignement au détriment d'une démarche d'apprentissage. La base devant permettre une direction, une approche scientifique tout en suscitant de la réflexion socioconstructiviste comme le décrit bien P. Jonnaert(46), comme détaillé dans le chapitre des modèles pédagogiques et qui doit permettre de «*la co-construction en contexte des connaissances et des compétences plutôt que la transmission de savoirs, décontextualisés et désincarnés* ». **Il revient donc aux formateurs d'utiliser le référentiel de l'INPES avec cette prise de recul, cette dynamique co-constructive et dans l'objectif d'apprentissage pour l'étudiant**, dans sa démarche de professionnalisation.

Pour finir sur ce point, l'enquête soulève que les programmes de formation ETP en formation initiale de soins infirmiers ont été élaborés par des personnes formées ou en lien à l'ETP, qui sont donc partie prenante de la construction de programme avec des membres de l'équipe pédagogique, favorisant une dynamique un collective sur le sujet et favorable à cette co-construction socioconstructiviste. L'aspect collaboratif dans l'ingénierie avec les professionnels de terrain reste pour lui discret alors qu'il ne serait que profitable, les formateurs restant les garants de la faisabilité bien sûr avec les connaissances des contraintes dans la formation en soins infirmiers.

En terme de contenu de formation, les professionnels ARS et UTEP validant les programmes soumis par les IFSI mettent l'accent sur certains axes de travail. L'enquête auprès des formateurs nous permet d'explorer les composantes du contenu de l'ingénierie de formation en ETP et de les comparer aux exigences attendues des évaluateurs. Un des premiers points essentiels mis en avant est **la vision systémique en ETP** et non pas comportementale qui ne responsabilise qu'à titre individuel. Cette vision se travaillant en deux axes : comprendre le patient dans son système et non sa pathologie et rendre le patient acteur. Comme vu dans le

cadre conceptuel, la formalisation du lien aux **théories de soins infirmiers** et au **paradigme de transformation** des soins infirmiers reprenant cette vision systémique du patient comme un être unique, en interaction avec ses environnements, acteur, engageant une posture du soignant d'« être avec » le patient s'inscrit dans les exigences précisées précédemment. L'hétérogénéité des réponses obtenues concernant l'exploration du paradigme et des théories de soins dans l'enseignement de l'ETP démontre un défaut d'association à celle-ci. Peut-être dû à une méconnaissance, ces éléments faisant pourtant lien à l'UE 3.1 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » du programme de formation et prenant sens dans la perspective de l'ETP. Ce point de recherche permet de nouveau de **convoquer la transdisciplinarité** évoquée par C. Tourette-Turgis(29) et le décloisonnement des unités d'enseignement si essentiel pour faire sens auprès des étudiants.

De plus, le professionnel de l'ARS précise que ce qui est recherché n'est pas un effet de mode mais **le meilleur soin possible** et l'ETP est un moyen dans le cadre des maladies chroniques d'y parvenir, élément qui accordent les étudiants et formateurs. Quand le professionnel de l'UTEP indique l'importance de travailler les fondamentaux tels que l'empathie, la posture éducative, la temporalité du patient, la posture d'écoute et de compréhension, le prendre soin et l'état émotionnel, nous retrouvons globalement la tendance auprès des enquêtés. De même, il rajoute de s'appuyer sur les modèles pédagogiques en citant notamment celui d'A. Golay et Giordan(45) « *le modèle allostérique* » que nous n'avons pas exploré dans le cadre conceptuel. Par ce modèle les auteurs veulent contrecarrer les limites observées dans les autres modèles et ouvrir l'apprentissage en ETP à « *l'introduction d'une pédagogie systémique basée sur la transformation des conceptions du patient, par le biais d'un environnement didactique et par la prise en compte des multiples dimensions du patient et notamment ses émotions, ses ressentis, son regard, sa façon de s'impliquer dans sa maladie ou son traitement, ses soubassements de pensées* ». Ainsi, ce que veulent exposer les auteurs c'est que le patient apprend avec sa personnalité, et il n'existe pas d'assimilation possible de connaissances ou de savoirs si ceux-ci sont en discordance avec ce qu'est le patient, il doit donc se jouer un travail de déconstruction/construction pour permettre l'apprentissage. Et c'est par la construction d'un environnement didactique que ce processus peut œuvrer. Ce modèle semble tout à fait propice aussi dans l'approche pédagogique de la formation en soins infirmiers et nous amène une dynamique nouvelle à prendre en compte. Il s'inscrit et complète aussi les données recueillies dans le processus d'enseignement-apprentissage et ces quatorze principes psychologiques fondateurs, à prendre en compte dans une l'approche pédagogique centrée sur l'apprenant.

Mr U. invite également les formateurs à s'interroger sur c**omment l'ETP peut être intégrée dans la perspective personnelle du patient**, dans sa vision des choses, et à **comprendre l'impact psychosocial** de la maladie chronique, le modèle des croyances, le processus de changement, et surtout la relation de soin qui doit est au centre. Les représentations sociales apparaissant comme un impondérable à questionner. Dans notre enquête, pour les formateurs, l'abord des **théories sociocognitives et de changement de comportement** est prégnant. Les autres points proposés recueillent des avis favorables dans la pratique ingénierique, et se révèlent surtout en lien avec d'autres unités d'enseignement. Pour les étudiants le travail sur la posture, qu'elle soit éducative ou empathique, est essentiel, faisant lien aux soins relationnels, mais les étudiants le perçoivent-ils ? Nous remarquons également que les étudiants pensent majoritairement que la pratique de l'ETP demande de « comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient » et de « comprendre le processus de changement de comportement ». Tous ces éléments se retrouvant dans le référentiel INPES, modèle principal de construction des programmes ETP en IFSI rappelons-le, ce qui explique peut-être les tendances. Toutefois au-delà du contenu propre il s'agira de la manière de le mettre en exergue et d'y donner sens, par la transversalité des enseignements, la co-construction et co-animation.

Si les formateurs expriment pour plus de la moitié « **explorer les programmes ETP** », dans la vision prospective cela reste une grande demande des étudiants, élément qui vient concrétiser la pratique de terrain pour les étudiants, même si pour Mr U il faut l'aborder mais sans s'y attarder. Nous obtenons des résultats plus mitigés pour la prise en compte de la **théorie des situations didactiques**. Or comme nous l'avons vu, cela a un impact plus direct sur l'organisation de son propre enseignement et donc apparait indispensable dans le processus enseignement-apprentissage et pour ne pas s'enfermer dans un mode transmissif exclusif et comprendre la manière d'apprendre. Ce point relèvera plus de la formation en école des formateurs, qui comme nous l'avons vu dans la partie « profil du formateur », combine une année de formation avec deux orientations professionnelles possibles, cela en est peut-être une limite.

De même, certains axes n'ont pas été abordés par les professionnels de l'ARS et de l'UTEP mais qui nous semblaient essentiels de distinguer, comme la recherche de données probantes en ETP, la pratique est plus partagée, sachant qu'il existe encore peu de **données probantes** dans le domaine et plutôt en littérature anglaise. Toutefois l'intérêt se porte plus sur les « Best Practices » comme souligné par R. Gagnayre[25] lors d'échanges sur le sujet, mais à intégrer en tant que recherche et pratique questionnée scientifiquement. L'ETP et la **démarche qualité** s'entrecroisant comme vu dans le cadre conceptuel, le but était de voir si le lien à la démarche était réalisé, or nous voyons qu'il est abordé parfois mais sous-évalué. Or si l'ETP fait partie intégrante des soins, il doit s'inscrire au même titre que tous les autres dans cette démarche scientifique et qualitative.

Les évaluateurs ont explicité aussi que les étudiants perçoivent les éléments d'apprentissage comme leur montrent les formateurs donc l'importance portée à la pédagogie véhiculée. Notamment apprendre avec un modèle biopsychosocial et non un modèle transmissif car les étudiants reproduiront ce modèle et l'importance pour le formateur de prendre en compte l'approche motivationnelle dans sa démarche pédagogique pour qu'ensuite l'étudiant transfère cet acquis du soignant qu'il sera vers le patient. C'est ce qui en fait également un **apprentissage complexe**, comme signifié par les étudiants et les formateurs ; d'ailleurs dans le chapitre sur les compétences, les propos des auteurs JF. d'Ivernois et R. Gagnayre(39) avaient été soulevés à ce sujet, précisant que le développement des compétences en ETP est complexe car cela exige le « *transfert de compétences du soignant vers le soigné et que le patient est un apprenant particulier* », et qu'en cela, « *l'ETP nécessite une pédagogie spécifique* ». De là nous pouvons recueillir que pour les étudiants même si l'ETP est intégrée aux soins, et fait partie des missions de l'infirmier, majoritairement pour eux l'ETP est une spécialité, qui demande une formation complémentaire. La même tendance étant observée pour les formateurs. Or les professionnels ARS et UTEP expliquent bien que l'ETP ne doit pas être une spécialité et dans les verbatims des enquêtés cette ambivalence entre l'ETP « intégrée aux soins » mais vu comme « une spécialité » qui « *ne doit pas être imposée aux professionnels* » et qui demande un « *engagement* certain », ressort fortement, pourquoi ? Nous retrouvons peut-être ici cette difficulté d'émergence d'une ETP que nous qualifierons d'intégrative. Une ETP plaidoyée comme nous l'avons vu depuis 1998 par l'OMS(7) mais si difficile à s'intégrer dans un système de santé qui a prôné pendant longtemps le curatif.

D'ailleurs si **le modèle de santé, bio-psycho-social** est reconnu majoritairement par les enquêtés, nous constatons au vu des résultats, qu'il n'est pas significatif pour tous et reprenant la réflexion de M. Balcou-Debussche(33) amenée dans le chapitre sur l'enseignement de l'ETP en formation initiale, nous savons que l'ETP et son enseignement convoquent *« plusieurs mondes de vie : les soignants et les patients, le contexte de la situation d'apprentissage et le contexte "ordinaire", mais aussi les sciences biomédicales et les sciences humaines et sociales* », qui nécessite de conjuguer les approches anatomo-physiologique et biopsychosociale.

La complexité de l'apprentissage résidera aussi en cela passant d'une unité d'enseignement axée sur l'approche pathologique à une unité d'enseignement au regard systémique. Signifiant aussi pour le formateur, un enseignement favorisant l'appropriation de cette complexité.

Concernant la proposition sur **la place prioritaire de la maladie dans l'ETP**, les réponses sont plus mitigées. Il est intéressant dans la construction d'un programme et des ateliers, de savoir où l'on place le curseur de la maladie, est-elle une priorité car pour l'ETP il faut avoir une maladie chronique, elle modifie la trajectoire de vie, et pour autant la priorité est les besoins des patients, leur projet…Il est donc intéressant dans l'ingénierie d'échanger là-dessus. Nous constatons que l'interprétation subjective de cette proposition, rend la réponse difficile dans le positionnement. Nous apporterons ici un complément avec la notion « d'autonormativité » abordée par Philippe Barrier(61) dans son ouvrage « le patient autonome », où il aborde comment le patient vit sa maladie, comment il la découvre, l'apprivoise.

Les **références littéraires scientifiques** doivent être un moyen pédagogique utilisé par les formateurs pour venir confronter et bousculer les représentations et certitudes des étudiants notamment sur la notion de maladie.

Donc pour les formateurs des axes d'ingénierie pédagogique se dégagent clairement, toutefois pour les rendre opérants il faut aussi prendre en compte la vision de l'ETP des formateurs. En effet, leurs représentations, croyances et connaissances vont agir dessus et comme nous l'avons déjà signifié, leur manière de concevoir l'ETP aura un impact direct dans leur enseignement. Il s'agira donc ici d'un travail constructiviste sur soi-même.

[25] R. Gagnayre, communication personnelle téléphonique, le 20/07/2020, 17h.

Concernant l'apprentissage de l'ETP en formation initiale de soins infirmiers, il ressort que celui-ci, pour les étudiants, demande majoritairement une formation complémentaire après le diplôme et qu'il fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes unités d'enseignement. Les étudiants se positionnent donc bien **la transdisciplinarité et la transversalité de l'enseignement et de l'apprentissage ETP**, mais quels liens construisent-ils en pratique ?
En effet, les étudiants interrogent **leur sentiment de capabilité et leur sentiment d'auto-efficacité** au regard de la pratique de l'ETP, peut-être est-ce pour cela que la formation complémentaire leur semble si essentielle et associée au fait qu'ils manquent d'expérience de terrain de stage.

L'empowerment est un élément fondateur dans l'ETP comme nous avons pu le voir avec C. Tourette-Turgis(29) et doit l'être également dans l'apprentissage de l'ETP des étudiants, qui pour eux doit être significatif d'une progression sur les 3 années de formation. Cela faisant lien aussi **avec la notion « d'autoformation professionnalisante »** de P. Jubin(16) énoncée dans le paragraphe sur la figure des apprenants, qui aidera l'étudiant à conscientiser ses apprentissages et ses transformations, mais qui demandera également un **accompagnement** de la part du formateur.

M. Paul(52) nous a permis de comprendre cet accompagnement et d'en percevoir le processus dynamisant qu'il revêt et **le principe de « reliance »** qu'il présuppose pour être bénéfique pour l'étudiant.
De plus, pour les étudiants, **l'apprentissage en ETP, doit se réaliser de manière ludique**, en petits groupes, avec des ateliers pratiques, et inclure un stage ou de la simulation. Nous avions bien constaté dans l'état des lieux le bénéfice apporté par l'enquête des auteurs, Giulia Lamiani et Ann Furey(56), sur les ateliers thérapeutiques et leur évaluation permettant aux infirmiers de comprendre et prendre conscience de leur manière d'enseigner et par là-même de leur apprendre à enseigner aux patients. Pour les étudiants, nous serions sur le même schéma par les formats pédagogiques proposés et encourageant cette logique, par un accompagnement propice encore une fois des formateurs.

Pour finir, les étudiants soulignent largement une perception de l'apprentissage de l'ETP **« nécessaire à la professionnalisation »**, limitant cette vision potentielle d'une certification ETP facultative et reconnaissant la légitimité de l'ETP et le besoin des étudiants de son enseignement.

D'ailleurs, concernant l'enseignement de l'ETP en formation initiale de soins infirmiers pour les formateurs, celui-ci demande une **formation complémentaire pour les formateurs**, ce qui va dans le sens des recommandations comme nous avons pu le voir dans l'approche théorique. Les formateurs reconnaissent la transversalité des UE des 6 champs que l'ETP implique. La transdisciplinarité et la transversalité requises de l'ETP, que ce soit dans l'enseignement ou l'apprentissage, est donc majoritairement visible. Comme pour les étudiants, les formateurs sont favorables à **un enseignement ETP s'organisant avec une progression dans les apprentissages sur les trois années de formation**. Toutefois, malgré cette volonté, l'enquête nous révèle que la continuité de la formation ETP jusqu'en 3ème année n'est **majoritairement pas réalisée**, en lien probable avec le référentiel de formation en soins infirmiers, qui comme nous l'avons vu dans l'approche contextuelle, balise le calendrier et la durée des enseignements. De ce fait, cette progression **se concrétise plutôt sous une forme de volonté des étudiants** au regard d'un engagement dans un travail d'unité optionnelle ou d'une demande spécifique de stage. Ce qui démontre que malgré la volonté de progression, une limite d'enseignement à la 2ème année de formation en limite par là même l'accompagnement de l'apprentissage de l'ETP dans le processus enseignement-apprentissage qui relèvera plus d'une demande spécifique d'apprentissage de l'étudiant que d'une continuité d'enseignement. I**l appartient au formateur de véhiculer une poursuite avec la maturité et l'expérience grandissante,** certains étudiants redécouvrent des enseignements en 3ème année du fait du processus de professionnalisation.

Nous constatons toutefois dans l'enquête, que plus de la moitié des formateurs nous signifient que **la formation ETP figure dans le projet pédagogique de l'IFSI** ; sachant que le projet pédagogique est un document de référence pour les IFSI qui détermine les orientations pédagogiques et professionnelles de l'Institut. Ainsi en mettant en avant la formation ETP, nous pouvons supposer que cela démontre une volonté pour l'IFSI d'en faire une mission à part entière de l'Institut et d'en informer les acteurs. S'évalue ensuite comment ce projet se concrétise et se met en œuvre dans la professionnalisation.

Les acteurs de l'ARS et de l'UTEP préconisent **d'utiliser différents outils pédagogiques**. Nous constatons à travers l'enquête que principalement l'enseignement de l'ETP impose l'utilisation de différents outils pédagogiques, le choix du verbe est important dans cette proposition car il voulait mettre l'accent sur la variabilité induite des outils pédagogiques par l'ETP. Cela induit donc pour le formateur une maîtrise de différents outils, une créativité et une organisation pédagogique spécifique. Les formateurs ont cité différents outils non retracés ici (visibles dans les résultats) mais qui démontrent le panel large d'outils utilisés. Il faudra toutefois s'attacher à **la transférabilité de ces outils par les étudiants auprès des patients**.

Concernant les différences observées avec la formation continue 40h, les professionnels interviewés expliquent que **la posture des étudiants en santé n'est pas toujours en faveur d'un investissement dans l'ETP, mais la formation initiale doit apporter une base** et des compléments peuvent être envisagés en formation continue Précisant que la vision du formateur et ses compétences amènent forcément une dynamique différente à la formation. Ajoutant **qu'il faut aller au-delà d'une vision de formation de 40h**, la formation ETP en formation initiale doit faire appel à d'autres détails plus éthiques, techniques, relationnels … qui sont déjà présents dans la formation mais qui « *ne rapportaient rien à l'étudiant, ici avec la certification on donne un sens et une reconnaissance de compétences* ».
Les acteurs enquêtés ajoutent qu'à la différence des professionnels qui font le choix de la formation continue, en formation initiale **il n'y a pas d'auto-sélection des étudiants** mais **c'est aux formateurs d'amener l'intérêt pour l'ETP**. Et même si la posture de l'étudiant n'est pas toujours en faveur d'un investissement dans l'ETP et qu'il n'est pas « *bon* » dans le domaine (selon les propos des interviewés), il aura eu un apport organisé, c'est aussi un élément important.

A noter toutefois, que la majorité des **étudiants ne considèrent pas la formation ETP exclusivement dédiée aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service dans lequel il y a des programmes d'ETP**, ce qui montre que même s'ils ne se sentent pas tous prêts à faire de l'ETP ou si leur projet professionnel ne tend pas vers celui-ci, ils se sentent concernés par son apprentissage et sa pratique. Cela dit, en parallèle, ils reconnaissent globalement que l'ETP **nécessite de la maturité professionnelle**. Les formateurs se positionnant eux aussi en faveur d'**une formation pour tous** et non pas que vers les étudiants qui auraient appétence pour l'ETP et reconnaissent également l'impact de la maturité professionnelle dans cet apprentissage complexe. Il ne s'agira donc pas de ne viser une formation que transmissive mais d'**induire de l'attrait**, une dynamique de nouveau potentiel, **une culture du soin**.

La finalité des formations, qu'elle soit continue ou initiale, ne sera pas la même. En effet, les formateurs, les enquêtés et les étudiants sont d'accord dans le sens d'une formation en terme de **sensibilisation à l'ETP** et non pas du développement d'une expertise dans le cadre d'un projet professionnel défini, ainsi cela **guide le formateur sur les notions essentielles** auxquelles les étudiants soient sensibilisés en terme d'ETP. La revue de littérature, les données probantes et les besoins ressortis des étudiants abordés précédemment permettent de délimiter ces « essentielles » ou « invariants » pourrions-nous dire.

Mr A. et Mr U. questionnent **la finalité de la formation ETP en formation initiale, comme une formation certifiante, une formation initiatique.** Ces professionnels, s'ils perçoivent la formation ETP en cursus initial comme indispensable, émettent plusieurs finalités à la formation ETP : **sensibiliser** les futurs professionnels, **explorer ce que signifie l'ETP**, permettre la **diffusion de l'ETP**, mais aussi ne pas en faire une spécialité mais une vision culturelle transversale dans le soin, une compétence qui peut être exercée par différents métiers. Stratégiquement c'est également véhiculer une volonté d'évolution et d'intégration plus forte de l'ETP dans les soins. La vision de l'apprentissage de l'ETP en formation initiale est établie pour les étudiants, avec une place nécessaire dans le processus de professionnalisation, malgré la complexité de celui-ci exprimé. Alors comment favoriser la transférabilité des enseignements ETP dans le processus de professionnalisation ?

Pour les étudiants enquêtés **la transférabilité est facilitée par le type de méthodes pédagogiques** employées par les formateurs, la pratique de stage et/ou en laboratoire de simulation, les retours d'expériences des professionnels et des patients, ainsi que les apports théoriques. Ces éléments recueillis donnent des pistes en matière d'orientation de la méthode pédagogique à déployer et ceci en favorisant un environnement d'apprentissage où les étudiants se sentent en confiance, développent leur sentiment d'auto-efficacité et de compétence, favorisent l'entraide, l'écoute et la participation de tous.

D'ailleurs si nous faisons le lien au processus-apprentissage et aux quatorze principes psychologiques fondateurs(49), à prendre en compte dans une approche pédagogique centrée sur l'apprenant comme nous l'avons décrit précédemment, nous retrouvons bien dans les propos des étudiants l'ensemble des principes qu'ils soient liés aux facteurs cognitifs et métacognitifs (avec les connaissances et le processus expérientiel), aux facteurs affectifs et motivationnels (avec le sentiment d'auto-efficacité), aux facteurs sociaux (avec les interactions sociales et les retours d'expérience) ou aux différences individuelles (avec les aptitudes d'entraide, d'écoute). Le formateur devant lui se centrer sur l'apprenant qu'est l'étudiant, et comme l'ont distingué J. Jouquan et P. Bail(48) dans le paradigme d'apprentissage, l'accompagner pour faciliter les apprentissages, favoriser l'interaction pour que les étudiants construisent leur connaissance « *à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs* », mais aussi en mettant en œuvre des activités développant « *l'analyse critique, la résolution de problèmes, la conduite de projets…dans des contextes authentiques* »

Concernant la projection professionnelle des étudiants, l'ambivalence se ressent dans les réponses en lien avec leur sentiment de capabilité. Les étudiants voient dans l'ETP une relation privilégiée avec le patient faisant partie intégrante du rôle propre IDE, visant même à se perfectionner dans le domaine en s'appuyant sur les compétences de l'équipe, car effectivement les étudiants associent la pratique de l'ETP avant tout à un travail d'équipe qui nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle. **L'ambivalence étant marquée par l'intégration de l'ETP dans les soins quotidiens**, les étudiants précisant qu'elle devrait « *être introduite au sein même des services et pas être un service à part entière ; le fait de créer des services spécifiques à l'ETP scinde encore plus le soin et l'ETP ; cela peut être logique que beaucoup de professionnels ne l'incluent pas dans leur pratique car ils pensent que des infirmiers "spécialisés" s'en chargeront à leur place ».* De plus, pour les étudiants certains lieux d'exercice ne sont pas propices à la pratique de l'ETP comme les soins palliatifs. Une minorité exprime clairement leur choix délibéré de ne pas vouloir exercer l'ETP dans l'immédiat, reprenant les vertbatims suivant « *cela m'intéresse mais n'est pas ma priorité » ; « je n'aime pas » ; « je ne maîtrise pas du tout le sujet ! » ; « la théorie sur ETP ne m'attire pas, j'attends d'avoir plus de recul » ; « ne correspond pas à ce que je souhaite faire ».* Le challenge du formateur se place aussi avec ces étudiants.
Nous soulevons toutefois que **85% des étudiants pensent que l'attestation de suivi d'une formation sur l'ETP est une plus-value**, 172 verbatims venant justifier leur réponse, et même le développement de l'ETP dans l'exercice quotidien est questionné et que l'aspect pratique est décrit plus secondairement pendant l'exercice professionnel, la visibilité d'une projection et d'une transférabilité des acquis des compétences dans le domaine est prégnant, pour exemple un étudiant exprimant par l'apprentissage de l'ETP : « *j'ai développé d'autres compétences qui pourront toujours me servir même si je ne fais pas partie d'un programme d'ETP».*

Dans notre recherche enfin, il nous a semblé intéressant de questionner l'évaluation des programmes de formation ETP. En effet, ceux-ci étant validés, nous avons demandé aux évaluateurs ARS et UTEP comment se mettait en place le suivi, existe-t-il des critères d'évaluation continue ? Il s'avère qu'en l'état actuel, **il n'existe pas de suivi de la part des évaluateurs, il revient aux IFSI de s'auto-évaluer**. Ainsi qu'il soit à l'état réel ou de projet, nous avons questionné l'évaluation en différents points auprès des formateurs. Il en ressort que la démarche évaluative globalement est peu ou pas explorée.

De façon générale **l'évaluation des besoins des étudiants** met en accord un formateur sur deux, ce qui peut sembler questionnant dans le processus enseignement-apprentissage où les besoins des apprenants sont à rechercher et à répondre. Allant dans la continuité, la même proportion de résultat se retrouve sur l'évaluation de la corrélation entre la réponse apportée et les besoins des étudiants.
Toutefois les indicateurs tels que la participation active de l'étudiant et l'observation de la posture éducative de l'étudiant sont validés majoritairement. Quand nous reprenons l'évaluation de programmes de Scriven(59) décrite plus haut, nous constatons que la capacité à répondre à un réel besoin est le moyen d'évaluer la valeur d'un programme, de même que l'évaluation de la capacité à produire un effet, permet, elle, d'évaluer le mérite d'un programme. Ici les formateurs seraient donc plus vigilants au mérite qu'à la valeur du programme.

Toutefois, nous observons globalement que le positionnement sur la question de l'évaluation a révélé une proportion de réponse importante et constante de « ni d'accord, ni pas d'accord », pourquoi ? Car les

programmes ne sont pas évalués ? Les propositions ne sont pas assez précises ou la **culture de la démarche évaluative est à développer ?**
De même, **l'axe financier revêt des résultats très partagés**, or aujourd'hui c'est un marqueur qui entre dans les ingénieries de formation et dans la démarche projet, un critère indispensable mais là aussi une culture à véhiculer. L'évaluation est une étape de tout projet et le formateur ne peut pas passer outre sur son ingénierie et ses enseignements, visant la critique constructive et l'amélioration collective. Une proportion inférieure à la moyenne affirme évaluer le programme, or dans le cadre de la démarche d'amélioration continue cela s'avère un essentiel.

Finalement, en nous appuyant sur la méthodologie proposée par Stufflebeam et Shinkfield(59), la recherche révèle que **le programme de formation ETP** en formation de soins infirmiers, dans le contexte de transition épidémiologique, **répond non seulement à un besoin sanitaire grandissant mais également à un besoin des étudiants d'être formés à cette pratique partie prenante du rôle infirmier** et qui « *prend progressivement sa place au sein de l'organisation des soins en France* » comme le précise l'ARS, ajoutant qu'elle représente une « *triple révolution* (60) : *une révolution de la façon dont nous enseignons et apprenons, de la posture des soignants et de celle des patients, des soins* ».
La valeur du programme est donc d'une manière générale largement validée. **Sur le mérite, le programme de formation en ETP a la capacité de produire des effets sur la posture du futur professionnel qu'est l'étudiant** (indicateur d'évaluation principal pour les formateurs), **sa vision du patient** et de **sa prise en soin** avec sa maladie chronique et de la place en tant qu'acteur de soins. Toutefois cet ensemble fait l'objet d'une évaluation suivie à partir d'indicateurs précis. De plus, nous soulevons que le positionnement des étudiants sur la plus-value significative d'un tel programme et les verbatims relevés viennent renforcer le mérite du programme de formation ETP. Idéalement une étude comparative aurait permis de mettre encore plus en avant les effets, associée à une enquête de jeunes diplômés ayant eux la formation et n'en n'ayant pas bénéficié. Toutefois, la jeunesse de ces programmes et l'émergence progressive de la pratique de l'ETP rendent difficile dans l'immédiat une telle étude.
De plus, en reprenant les trois fonctions à l'évaluation d'un programme de Stufflebeam et Shinkfield nous pouvons émettre que :
-pour rappel, l'évaluation formative dégage les points forts du programme et les obstacles à son implantation et ce principalement par une étude de cas. Nous ne pouvons retenir de notre recherche que les grandes tendances qui demanderaient à être vérifiées par une étude de cas à large panel. En terme de **point fort** nous retrouvons la **formation des formateurs**. En terme d'**obstacles**, nous annoterons le **manque d'offre de stage** et **l'expérience des formateurs** dans le domaine de l'ETP ;
-**concernant la diffusion de programme, il existe une faiblesse dans le domaine**, peut-être en lien avec le manque d'évaluation ? Un travail complémentaire en ce sens serait intéressant, témoignant des différents programmes créés par les IFSI ;
-l'évaluation sommative, plus axée sur **la capacité du programme à répondre aux besoins des apprenants**, elle se réalise en fin de programme et permet de vérifier la réussite ou l'échec de celui-ci. Elle portera sur des indicateurs d'évaluation, comme le nombre d'étudiants ayant obtenus l'attestation de formation ETP, ou les résultats aux différentes unités d'enseignement contributives de l'ETP.

Donc **l'évaluation de programme est une réelle plus-value pour la formation des étudiants, pour l'amélioration continue et donc pour le patient in fine**. Tous les acteurs sont concernés et cette démarche doit s'inscrire dans une logique de démarche qualité comme il l'est demandé pour l'évaluation des programmes ETP au final.

Nous percevons donc à travers ces différentes données recueillies par l'enquête, qu'il existe des **exigences de contenu** qui serait même des invariants d'un programme, sans être exhaustif nous pouvons citer en lien aux entretiens menés l'abord de la maladie chronique, le travail sur les représentations, la démarche éducative, la vision systémique du patient, le processus de changement, la posture éducative. Mais nous retrouvons également des éléments que nous nommerons **d'arrière-plan** tels que par exemple les théories de soins infirmiers, la théorie des situations didactiques, le paradigme d'évolution, la posture empathique. Le risque de ces arrière-plans c'est de penser qu'ils sont acquis, évidents, logiques, or ils ont

une place essentielle comme nous l'avons vu, et il faut donc les rendre de nouveau visible, les remobiliser dans un contexte différent qu'est l'ETP, leur donner sens dans les situations explorées, pour pouvoir mettre les étudiants sur le chemin du lien et de la dévolution.
Au-delà de ces invariants nous avons pu faire émerger **les besoins des étudiants**, qui reconnaissent globalement l'importance de l'ETP dans la prise en soins, dans le parcours patient. Des éléments clés sont identifiés par les étudiants, l'ETP intégrée aux soins, permet un meilleur soin, fait partie des missions de l'infirmier, c'est une ressource pour le patient. Les étudiants souhaitent majoritairement avoir la formation ETP et ne la visualisent pas de manière réservée aux étudiants qui auraient l'appétence ou à ceux dont le projet professionnel s'oriente vers l'ETP. Et même s'ils reconnaissent que l'apprentissage de l'ETP demande de la maturité professionnelle (d'ailleurs n'en va-t-il pas globalement de tous les apprentissages de la formation en soins infirmiers ?), ils s'accordent sur un apprentissage progressif sur les trois années de formation, allant même vers une projection professionnelle dans le domaine. Pour ce faire les étudiants ont su verbaliser leurs besoins : des cours plus ludiques et plus pratiques, le travail partenarial avec les patients et les professionnels de terrain, le besoin d'échanges d'expérience, de la pratique en stage. En effet, le « script » de l'ETP n'est pas inscrit dans leur mémoire expérientielle, la mémorisation de situations vécues d'ETP permettant les rétroactions cognitives se met difficilement en jeu du fait qu'il y ait peu de ressources de stage dans le domaine. Alors comment amener cela ? Comme pour le modèle pédagogique où il est difficile de tendre vers un modèle socioconstructiviste si dans son vécu, dans son expérience, dans sa culture, l'usage du transmissif a toujours primé, et bien il en va de même pour l'apprentissage de l'ETP. Depuis le début de la formation les étudiants ont une formation alternante, prônant –à juste titre- la complémentarité de la formation théorique et clinique, bâtissant une réalité de validation de compétences en situations de stage alors comment aujourd'hui leur faire acquérir des compétences d'ETP sans cet impératif ? Ce paradoxe, bien involontaire mais induit, contribue à la concrétisation pour les étudiants d'une ETP comme une spécialité, car rare, peu développée dans l'apprentissage clinique. Le rôle des formateurs prend toute son importance, car au-delà de leur propre expertise dans le domaine de l'ETP qu'ils auront ou non besoin de développer, il faudra conjuguer avec cet élément, induire une vision nouvelle, s'inscrire dans un chemin motivationnel, et comme nous l'avons vu avec le concept de dévolution, montrer aux étudiants ne suffira pas pour qu'ils voient, il va falloir mettre en jeu le savoir, innover, être créatif et avec une réalité de terrain. Effectivement, même si les demandes des étudiants sont compréhensives et idéales, des cours en petits groupes demandent plus de temps formateurs, plus de ressources humaines, plus de salles, plus de matériel … des impératifs que le formateur doit prendre en compte aussi dans son ingénierie.
Ainsi si nous mettons en parallèle **la vision prospective** des étudiants résumée sous forme de carte conceptuelle,[23] **les « Actions-conséquences » dégagées par les étudiants, favorisant leur apprentissage de l'ETP mettent en exergue les interactions, les échanges, les situations expérientielles**. Ils semblent rechercher une vision plus concrète de l'ETP en complémentarité de l'accent théorique mis en avant en IFSI. D'ailleurs, dans l'état des lieux que nous avons réalisé, les auteurs A. Delahaut, JF d'Ivernois, et M. Grazia Albano(39) avaient soulevé par une étude de cas menée en 2016, que les formations ETP en IFSI se révélaient plutôt théoriques et préparatoires à une formation continue. De plus, cela vient concrétiser l'approche tripolaire de P. Jubin vue dans le cadre contextuel qui valorise l'autoformation par soi-même mais aussi par autrui et par l'environnement, ici le besoin ressenti des étudiants relève bien de cette combinatoire autoformation, hétéroformation et écoformation.
Pour les formateurs, la vision prospective résumée en carte conceptuelle révèle plusieurs axes de réflexion et de besoins permettant, selon eux, **d'améliorer la formation ETP** en formation initiale de soins infirmiers. Nous pouvons classifier les données recueillies en trois volets :
-**collaboratif** maillant l'interprofessionnalité à développer qu'elle soit en terme de partage ingénierique entre instituts de formation ou d'échanges expérientiels avec les professionnels de terrain, le décloisonnement des enseignements au sein même des IFSI et le travail partenarial avec les patients en les reconnaissant dans leur personne, leur savoir et leur place ;
-**matériel/ressource** comprenant les moyens alloués et l'offre de stage ;
-**communicationnel** visant une visibilité plus importante de l'ETP sur le terrain et plus généralement dans le système de soins.

Nous pouvons clôturer cette analyse en reprenant la problématique la formation continue et de son offre diversifiée de programmes, comme nous l'avons vu dans le paragraphe sur l'enseignement de l'ETP en formation continue. Il convient de la même manière d'être vigilant à la diversité des programmes de formation ETP offerte en formation initiale. En effet, nous le voyons bien à travers les enquêtes menées que tant le contenu que la forme, peuvent revêtir des modalités très diverses, cela étant aussi lié aux ressources des IFSI, matérielles, financières et humaines, mais également aux formateurs, leur vision de l'enseignement, de l'ETP, leur expérience, leur méthodologie de travail…La validation de la certification des programmes des IFSI par des acteurs ARS et UTEP apparaissant donc comme un garant de certaines prérogatives et amène un regard critique constructif complémentaire à celui pouvant être amené par un travail collaboratif co-construit et la démarche évaluative.

PARTIE DISCUSSION

6 L'APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RECHERCHE

6.1 Le contexte d'enquête

Nous souhaitons ici resituer le contexte sanitaire de l'enquête, qui a été particulier du fait de la crise pandémique liée au COVID 19. Celui-ci n'est pas présenté comme une limite car il n'en a pas été une, mais il est signifié en terme d'adaptabilité et de ressources stratégiques déployées afin de pouvoir mener différemment la continuité de notre travail de recherche.

6.2 Limites et biais

Les limites du travail de recherche s'accordent sur la nécessité des choix, même s'il est le propre du chercheur, la rédaction a induit un impératif de choix qui n'a pas toujours été simple d'opérer avec une réflexion menée sur d'une perte de logique pensée et voulue.
Concernant la méthodologie de recueil des données des entretiens téléphoniques, comme précisé précédemment, malgré des essais, elle a été altéré à cause des problématiques de parasites d'enregistrement. Pour les questionnaires, le nombre limite de répondants formateurs avec une marge d'erreur de plus de 10% observée, et ce malgré de nombreuses relances et le contacte d'acteurs stratégiques. De plus, concernant les questionnaires des questions se sont avérées inutiles comme celles sur le nombre d'étudiants dans la promotion, ces chiffres ne sont pas fiables du fait d'interprétation pouvant être à l'entrée comme demandé mais aussi en cours de formation ou fin de cursus et le sens de la question pour la recherche n'a pas été exploité. De même, la question pour les formateurs sur les unités d'enseignement proposant des situations d'apprentissage faisant appel à l'ETP, redondante avec la question précédente sur les unités d'enseignement qui contribuent à l'enseignement de l'ETP, et en dehors d'une visée de confirmation, les résultats n'ont pas fait l'objet d'une exploitation en tant que telle.

La formulation des questions n'a pas toujours été adaptée, créant de l'incompréhension, par exemple quand nous évoquons la transdisciplinarité et la transversalité, que nous avons amalgamé parfois. De même, les termes d'attestation et de certification utilisés, qui ne devaient pas être réducteur d'un enseignement ETP viable que par ceux-ci et peut être que certaines réponses sont erronées de ce fait. Nous aurions plus simplement dû demander en premier lieu « votre institut forme-t-il les étudiants à l'ETP ? », pour ensuite savoir si cette formation s'inscrivait dans le cadre de la labellisation et si elle faisait appel à un programme spécifique. Car dans la formulation actuelle nous ne pouvons pas savoir si certains IFSI en dehors de la labellisation et d'un programme spécifique pense former à l'ETP.
Des marges d'erreur existent aussi sur des réponses attendues que si la question précédente étaient validées par un « oui ». Parfois nous avons observé plus de réponses. Par exemple la question pour les étudiants « Si oui, était-ce dans le cadre d'un programme ETP ? » il y avait eu 242 « oui » à la question précédente et nous

avons recensés 267 répondants soit 25 réponses de trop. La méthodologie du questionnaire aurait dû permettre l'accès à cette question que pour ceux ayant répondu « oui » à la précédente par exemple.

Le biais de désirabilité sociale est à annoter comme une limite dans notre recherche, tant du point de vue des étudiants que des formateurs. Les différentes propositions favorisant peut-être ce biais.

Enfin, il existe également d'autres sources d'erreur telles que comme le biais des questions, l'absence de réponse de certains, les erreurs de calcul.

6.3 Propositions ou préconisations

Nous pouvons à partir de notre travail faire quelques propositions pour favoriser le processus enseignement-apprentissage en ETP :

- Concernant **l'expérience de terrain des formateurs, un temps partagé** des formateurs sur un programme d'ETP en parallèle de leurs missions de formateur pourrait être un moyen d'allier expérience et enseignement, donnant du poids à leurs savoirs théoriques et permettant un partage expérientiel essentiel. Comme le précisait R. Gagnayre[26], une retranscription d'un entretien éducatif, d'un vécu atelier, d'un partage avec un groupe de patients et d'aidants…prends vie si elle la situation a été vécue, les émotions au travers le récit, le script de l'expérience, les émotions ressenties ne s'inventent pas et c'est bien ce passage qui donnera une réalité plus grande à l'enseignement et à l'accompagnement des étudiants dans leur apprentissage de l'ETP ;

- **Le développement de simulation en santé** pour travailler la pratique et apporter un regard réflexif constructif aux étudiants sur l'ETP. Un partage entre les IFSI des scénarios élaborés pourrait-être pensé, le but étant de s'appuyer sur de l'existant, de reconnaître les ressources déjà présentes et déployer l'énergie sur d'autres éléments ;

- **Le travail partenarial avec les professionnels de terrain mais aussi les patients ressources/experts et l'UTEP** peuvent être une source riche d'amélioration. En effet, l'UTEP par le biais de ses missions peut faciliter la recherche de ressources humaines et matérielles. De plus, dans une vision d'équité entre IFSI, le partenariat avec les UTEP dans leur mission de formation pourrait être une piste visant l'intervention de professionnels formés. L'ARS N.A projetant une UTEP par groupement hospitalier de territoire ;

- **La modélisation de l'enseignement de l'ETP construite en équipe pédagogique** pour une vision globale et partagée, facilitant ensuite à transmission auprès des étudiants et permettant de créer les liens et mettre en jeu la transdisciplinarité. De même amener une visibilité sur les trois années de formation et développer une culture partagée en ETP.
En ce sens, en troisième année, le format d'une journée conférence ou de partage d'expériences regroupant différentes formations de santé pourrait être intéressant, projetant aussi les futurs diplômés sur les modèles de formations continues possibles et sur les échanges pluriprofessionnels. Cette vision semble plus aisée à mettre en place qu'une formation commune, contrainte aux impératifs calendaires, ingénieriques et pédagogiques ;

- **L'évaluation continue du programme ETP** élaboré et mis en œuvre en appui d'indicateurs définis, permettant de garantir une démarche d'amélioration continue. En effet, comme nous l'on précisé les professionnels de l'ARS et de l'UTEP, il n'existe pas de suivi des labellisations ETP autorisées aux IFSI, il appartient à chacun de s'inscrire dans cette démarche, de se responsabilisé en quelque sorte pour accéder à cette dynamique d'évaluation. Il ne s'agit pas de constituer une usine à gaz mais de créer un tableau de bord de suivi avec des indicateurs précis mobilisables pour une évaluation annuelle et de conjuguer avec les moyens existants, l'ETP étant transversal en terme d'UE enseigné.

[26] R. Gagnayre, communication personnelle téléphonique, le 20/07/2020, 17h

CONCLUSION

Si nous revenons aux prémices de notre travail de recherche, nous souhaitions questionner l'enseignement de l'ETP en formation de soins infirmiers Ce questionnement nous a permis, sur le plan ontogénique, de comprendre l'enjeu de la mise en œuvre de la formation ETP en cursus initial de formation en soins infirmiers, soutenue par une politique régionale forte de promotion de l'ETP et encouragée par les directeurs (rices) des IFSI. La mesure et la mise en évidence des enjeux épidémiologiques et économiques imposent une « révolution » comme le nomme l'ARS dans les soins, les postures soignants/patients et les enseignements/formations. Cet ensemble devant s'axer davantage sur les besoins des patients atteints de maladie chronique, intégrant l'ETP dans le parcours de soin afin d'ouvrir la voie des possibles à une approche curative œuvrant majoritairement et l'associée à une approche que nous pourrions dire hybride, et autorisant un parcours de soin cumulant les approches curatives, préventives, éducatives selon les besoins du patient et non en fonction des ancrages culturels du système de soins. Nous avons pu voir au cours de notre recherche que l'ETP induit un changement de comportement pour le patient et que celui-ci est difficile à initier, empreint de croyances, de représentations et d'habitudes mais aussi à maintenir. Il en va de même avec les pratiques soignantes, ainsi plus tôt le système de formation des futurs professionnels de santé s'adapte aux évolutions sociétales et offre de nouvelles perspectives à l'acte de « soigner », plus facile sera l'émergence d'une nouvelle vision du soin. La formation ETP en formation initiale de soins infirmiers amène à cette nouvelle logique. La labellisation des formations ETP en IFSI validée par les ARS et UTEP vient soutenir, accompagner et reconnaître les programmes de formation proposés. Certes nous pourrions interroger l'intérêt de la validation par l'ARS et l'UTEP, mais comme dans toute démarche projet, le travail collectif et collaboratif est porteur, les personnes ressources et expertes dans le domaine venant certifier et distinguer le travail mené, essentielles à une reconnaissance validante. Le travail secondaire de notre recherche porte sur le plan pragmatique, quelle ingénierie de formation est déployée sur le terrain ? Notre enquête auprès des formateurs, principaux protagonistes de l'ingénierie et la mise en œuvre de la formation ETP nous a confirmer des tendances soulevées depuis plusieurs années et révélées par notre état des lieux. Certains points ont évolué comme la formation des formateurs mais ça ne peut suffire. D'ailleurs si nous allons plus loin nous pourrions questionner la formation initiale des cadres de santé, une formation d'un an associant une année de master -de nature diverse- et permettant un double exercice en service en manageant une équipe paramédicale et en IFSI en formant des futurs professionnels. Cette ouverture vers un cumul possible de choix d'exercice ne se fait-il pas au détriment d'une formation plus fine selon l'orientation choisie ? En effet, nous pouvons supposer qu'un master en sciences de l'éducation serait plus propice à l'exercice des fonctions de formateur alors qu'un master de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux, plus adapté aux fonctions managériales d'un service de soins. Pourquoi ouvrir ce sujet ? Dans la recherche nous avons pu soulever l'importance du processus enseignement-apprentissage, mais aussi mettre en évidence en appuie des auteurs et entretiens menés, que le modèle de référence d'apprentissage est difficile à modifier, hors nous avons évolué pour la plupart vers un modèle transmissif, modèle qui, nous pouvons en témoigner en début de carrière de formateur est sécurisant. Nous ne voulons surtout pas généraliser ou discréditer les formateurs mais simplement ouvrir la réflexion sur l'enseignement en général et pas que le versant ETP.

La recherche nous a également révélé que les étudiants ont une vision majoritairement intégrée de l'ETP, une prise en compte du patient holistique et systémique, un regard favorable et rassurant sur le travail collaboratif qu'il soit avec d'autres professionnels ou patients ressources/experts et la projection professionnelle fait sens avec l'exercice de l'ETP. Ce qui veut dire aussi qu'il faut tenir compte que les étudiants d'aujourd'hui n'évoluent pas dans le même système de soins et de formation qu'hier, leur vision globale est peut-être plus adaptée à la réalité et aux besoins d'aujourd'hui. Donc concrètement ce qui manque aux étudiants dans l'enseignement de l'ETP c'est la pratique et la visibilité de la pratique sur le terrain, car dans le contenu lourd d'une telle formation à quoi bon s'intéresser à un élément enseigner si celui-ci n'est pas visible en activité ? Donc il faut aussi rendre visible et diffuser la pratique de l'ETP. La formation va amener le questionnement et la curiosité des étudiants dans le domaine mais pour se faire il faut que les formateurs amènent cette dynamique, cette envie, suscitent cette appétence. Nous l'avons vu les formateurs sont plus mitigés que les étudiants sur la

vision de l'ETP comme une spécialité et en faire une spécialité c'est la mettre à part, c'est limiter sa perception transdisciplinaire et transversale, ce n'est pas l'intégrer. De plus, ils sont globalement demandeurs de formations supplémentaires dans le domaine, mais cela suffira-t-il ? Axer l'expérientiel n'est-il pas aussi un élément formateur ? Les formateurs ne l'abordent pas du tout. Cet ensemble permettant de pratiquer la théorie mais aussi de conceptualiser la pratique. Les ressources de stage, mais aussi humaines, matérielles sont des éléments signifiés, le travail collaboratif avec les UTEP notamment doit pouvoir aider en ce sens. Autre proposition soulevée par les formateurs, le partage au sein même de l'équipe pédagogique et un regard décloisonné des unités d'enseignement, apparaissant aussi comme une solution à la diffusion de l'ETP, à une culture commune de l'ETP et à une vision plus généraliste. Le travail sur une modélisation de l'enseignement ETP permettant ce regard transversal partagé et la progression de la formation ETP sur les trois années de formation telle que soutenue par les étudiants et les formateurs.

Pour finir, notre recherche descriptive et analytique nous permet-elle de répondre à notre problématique centrale de recherche « En quoi, l'élaboration d'un processus d'apprentissage intégré, hiérarchisé et formalisé de l'Education Thérapeutique du Patient, inscrira l'enseignement de l'ETP au programme de formation initiale de soins infirmiers dans une logique intégrative, cohérente et pragmatique ? ».
Nous pouvons donc répondre que **l'élaboration d'un processus d'enseignement-apprentissage**, intégré au programme globale de formation en soins infirmiers comprenant de nombreuses unités d'enseignement déjà existantes et contributives de l'enseignement ETP, **hiérarchisé sur les trois années de formation**, respectant une progression d'apprentissage et donnant l'opportunité aux étudiants de se saisir de cet enseignement au gré de leur processus de professionnalisation et **formalisé par une modélisation partagée en équipe**, car les arrières plans ne sont visibles de tous, car ce qui est montré n'est pas toujours vu, **permet d'intégrer pleinement l'enseignement de l'ETP dans la formation en soins infirmiers**, avec cohérence et liens grâce au maillage intelligent et construit des unités d'enseignement contributives de l'apprentissage de l'ETP, et de manière pragmatique par les formats pédagogiques multiples qu'il requière. Toutefois ce processus d'enseignement-apprentissage de l'ETP doit être bâtit en équipe pour assurer la transdisciplinarité et le continuum. Ainsi les étudiants intègreront cet enseignement, semblable à celui d'autres unités élémentaires à la formation. La pratique pouvant avoir lieu avant ou après les enseignements phares, l'intérêt étant de pouvoir revenir dessus, par l'analyse de situations professionnelles

Pour conclure, nous reprendrons notre titre : approche curriculaire de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en institut de formation en soins infirmiers. En effet, nous avons emprunté cette terminologie canadienne, qui nous a semblé très représentative de l'enseignement ETP. En effet, l'approche curriculaire représente un ensemble cohérent, une vision d'ensemble, en opposition à l'approche disciplinaire ou académique qui juxtapose les disciplines. Induisant aussi une posture de l'enseignant ou formateur différente, telle que proposée par Pothet(62), «*la position des enseignants par rapport aux savoirs et aux apprentissages change radicalement puisque ces missions vont devenir des missions d'accompagnement de l'élève* ».

Notre travail nous a apporté sur le plan de la connaissance mais aussi sur la richesse d'un travail collaboratif, nous autorisant à questionner différents acteurs centraux, nous découvrant dans une pratique plus réfléchie et plus justifiée. La mise en lumière des bénéfices d'un travail collectif et partagé, tant pour les étudiants que pour l'équipe pédagogique, stimule l'envie d'aller plus loin et de poursuivre ce travail, qui reste très perfectible, mais signe une amorce de réflexion et de recherche qui ne demande qu'à grandir. L'émergence grandissante dans la pédagogie des neurosciences peuvent être une source de référence pour faire évoluer la réflexion sur le sujet de l'enseignement de l'ETP. Associées aux données probantes en ETP, cette perspective d'étude peut être qu'un plus pour les acteurs concernés, les formateurs, les étudiants et les patients.

BIBLIOGRAPHIE/SITOGRAPHIE

1. Centre Hospitalier de Saintonge. La formation infirmière [cité 7 août 2020]. Disponible sur : https://www.ch-saintonge.fr/ifsi-et-ifas/la-formation-infirmiere

2. France, Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Arrete_du_31_juillet_2009 relatif au diplôme d'Etat Infirmier [Internet]. 2009 [cité 6 mars 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

3. Ki-Zerbo J. Histoire de l'Afrique noire : d'hier à demain. Paris : A. Hatier ; 1978.

4. Lhez P. De la robe de bure à la tunique pantalon. Paris : Elsevier Masson Interditions ; 1995

5. Chassang M. et Gautier A. Les maladies chroniques Avis du Conseil économique, social et environnemental [Internet]. 2019 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

6. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. [Cité 27 avr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

7. OMS. Education Thérapeutique du Patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention et des maladies chroniques [Internet]. 1998 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf

8. Boissard M. La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation. Paris : SETES ; 2017

9. Leboterf G. Soins cadres [Internet]. http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF. 2002 [cité 22 janv 2020]. Disponible sur : http://www.guyleboterf-conseil.com/images/Soins%20cadres.PDF

10. Pastré P. Apprendre à faire. E Bourg G Chapelle. In Apprendre et Faire Apprendre. Paris : édition PUF 2006 ; Chapitre 8p.

11. France, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants (loi ORE) [Internet].2018 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : //www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid38616/loi-relative-a-l-orientation-et-a-la-reussite-des-etudiants-loi-ore.html

12. Goulet O. Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives - Montreal : Gaëtan Morin, 2002

13. Jovic L, Lecordier D, Poisson M, Vigil-Ripoche M-A, Delon B, Mottaz A-M, et al. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies. Rech Soins Infirm. 2014;119(4) :8-40.

14. France, ministère, de l'enseignement, supérieur, de la recherche, et de l'innovation, ministère, des solidarités, et al. Étudiants en soins infirmiers, un pas décisif vers l'université [Internet]. 2018 [cité 4 août 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705_-_dp_-_universitarisation_des_infirmiers.pdf

15. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Profil des infirmiers en formation en 2014 [Internet]. 2016 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er982.pdf

16. Jubin P. Apprendre par le contrat : un intérêt pour la professionnalisation des étudiants infirmiers. Rech Soins Infirm. 2013 ;112(1) :107-24.

17. Ministère de la Famille et de la Santé. Décret du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'état d'infirmier ou d'infirmière hospitalier. Légifrance [Internet]. [Cité 04 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000665866&categorieLien=id

18. Ministère de la Santé Publique et de la population. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (eres), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e). 58-1104 nov 14, 1958. Légifrance [Internet]. [Cité 12 mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000304228&categorieLien=id

19. Ministère de la Santé. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier. 75-928 oct 9, 1975. Légifrance [Internet]. [Cité 12 mars 2020]. Disponible sur https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000307543

20. Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé | Légifrance [Internet]. [Cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244

21. HAS-INPES. Guide Méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

22. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. 2009 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires

23. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, Alliance Maladies Rares. Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient - Comprendre l'ETP et son cadre réglementaire fiche 01 à fiche 03 [Internet]. 2017 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://www.alliance-maladies-rares.org/wp-content/uploads/2017/06/01cadrereglementairef1af3pageapage-.pdf

24. Andrews M. A Glossary of terms. :111. [Internet]. 2004[cité 16 mai 2020]. Disponible sur : https://Andrews M. A GLOSSARY OF TERMS. : 111apps.who.int/iris/handle/10665/68896

25. Gagnayre R. ; Lombrail P. De la pratique à la recherche en éducation thérapeutique du patient. Questions de santé publique. Juin 2015 [cité 19 janv 2020] ;(29). Disponible sur : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=bulletin_display&id=38773#docnum

26. D'ivernois J-F, Gagnayre R. Éducation thérapeutique chez les patients pluripathologiques Propositions pour la conception de nouveaux programmes d'ETP.Ther Patient Educ. 2013 Jun;5(1):201-4.

27. France, Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. [Cité 26 avril 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482106&categorieLien=id

28. Guillot P. Edgar Morin, La transdisciplinarité… et nous. Document pour l'Enseignement Economique et Social DEES. Questions de l'identité, l'avenir de la discipline. Mars 1999 ; 6 : 43 à 48. [Cité 03 février 2020]. Disponible sur : https://www.psychaanalyse.com/pdf/MORIN_LA_TRANSDISCIPLINARITE_ET_NOUS.pdf

29. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. Savoirs. 2014 oct ;35(2) :9-48.

30. Lefeuvre K. Roelandt JL et Legrain S. Le pouvoir d'agir « empowerment » des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs [Internet]. 2017 [cité 9 juill 2020]. Disponible sur : https://empowerment-etp.fr/wp-content/uploads/2018/01/DEF-MAR16H-INTEGRALE-RESTITUTION-Se%CC%81minaire-de-recherche-action-.pdf

31. Szymczak V. Cahier des charges formations à l'éducation thérapeutique du patient du Centre Régional de Ressources et de Compétences en Education Thérapeutique du Patient CRRCETP -Région Nord Pas-de-Calais [Internet]. 2013 [cité 20 févr 2020]. Disponible sur : http://www.crrcetp.fr/sites/default/files/CRRCETP_Cahier%20des%20charges%20formations%20ETP_Janv2014.pdf

32. Gagnayre R, d'Ivernois JF. Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient : Quality criteria for training (level 1) to therapeutic patient education.Ther Patient Educ. 2014 Jun ;6(1) :10401.

33. Balcou-Debussche M. L'éducation thérapeutique : entre savoirs complexes, formateurs, apprenants hétérogènes et contextes pluriels. Rech Soins Infirm. 2012 ;110(3) :45-59.

34. France, Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. 2013-449 mai 31, 2013. [Cité 06 janvier 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027482083&categorieLien=id

35. Le Boterf Guy. Ingénierie et évaluation des compétences. 5ème. Paris : Éditions d'Organisation; 2006. (Ressources Humaines).

36. Esteve E. Accompagner les tuteurs à l'identification et à l'écriture de situations prévalentes. Soins Cadres.2016 oct ;25(99):S25-8.

37. INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Juin 2013 ;34. [cité 06 décembre 2019]. Disponible sur : https://www.chu-bordeaux.fr/Professionnels-recherche/Education-th%C3%A9rapeutique/Cadre-r%C3%A8glementaire/INPESD~2.pdf/

38. Nagels M, Moutet AL. Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducationthérapeutique du patient. Rech Éducations. 2013 oct;(9) : 99-115.

39. Delahaut A, d'Ivernois J-F, Albano MG. Enquête nationale sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les instituts de formation en soins infirmier (2016). Ther Patient Educ .2017 dec ;9(2) : 1-10.

40. Donnadieu B, Genthon M, Vial M. Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé ? Paris : Elsevier Masson ; 1998. 132 p.

41. Colomb J. La Transposition didactique : du savoir savant au savoir enseigné d'Yves Chevallard. Rev Fr Pédagogie. 1986 ;76(1):89-91.

42. Sarrazy B. Ostension et dévolution dans l'enseignement des mathématiques : Anthropologie wittgensteinienne et théorie des situations didactiques. Éducation Didact. 2007 dec ;1(3) :31-46.

43. Brousseau G. La théorie des situations didactiques. Comm Fr Pour Enseign Mathématiques. 1997 ;59 : 1-59.

44. Vienneau R. Apprentissage et enseignement : Théories et pratiques, 3ème édition Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin Editeur. 2017.

45. Golay A, Giordan A. Guide d'éducation thérapeutique du patient : L'école de Genève. Paris : Maloine; 2016. 192 p. (Education Thérapeutique du Patient).

46. Jonnaert P. Compétences et socioconstructivisme : Un cadre théorique. Bruxelles : De Boeck ; 2015. 97 p. (Perspectives en éducation et formation).

47. Alain Giordan. Apprendre ! Paris : Belin ; 2016. (Apha).

48. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement versle paradigme d'apprentissage ? Pédagogie Médicale. 2003 Aug;4(3):163-75.

49. Alexander P, Murphy P. The Research Base for APA's Learner-Centered Psychological Principles. The American Educational Research Association (AERA), chapter 2 annuel meeting New Orléeans. April 1994 ; 25-60.

50. Perrier F. Du prendre soin à l'accompagnement en formation, In : Former et prendre soin [Internet]. Paris : l'Harmattan ; 2014 : 14 p.

51. Lafortune L. Accompagnement-recherche-formation d'un changement en éducation : un processus exigeant une démarche de pratique réflexive. La revue des HEP. Formation et pratiques d'enseignement en questions. 2006;210(5) : 187-202.

52. Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Editions Paris L'Harmattan; 2004. 356 p.

53. Justumus M., Gagnayre R., d'Ivernois JF. L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers. Bull Déducation Patient. 2000 ;19(3) :10.

54. Kaci C, Crozet C, Gillard-Berthod C, Van Rooj G, Marchand C. La formation en éducation thérapeutique « niveau 1 » des étudiants en soins infirmiers : étude de cas. Rech Soins Infirm. 2018 ;133(2) :70.

55. Richard E, Evans T., Williams B. Nursing students' perceptions of preparation to engage in patient education - ScienceDirect. Nurse Education in Practice. 2018, Jan;28 : 1-6.

56. Lamiani G, Furey A. Teaching nurses how to teach : An evaluation of a workshop on patient education. Patient Educ Couns.2009 May ;75(2) :270-3.

57. Saout MC. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient [Internet]. 2008 sept p. 165. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf

58. Policard F. Formateurs en soins infirmiers et simulation clinique : Profils et manifestations de l'engagement dans l'activité [Internet]. 2018 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02165891/file/2018PA100089_Annexes2.pdff

59. Tétreault et Pascal Guillez. Guide pratique de recherche en réadaptation. Paris : De Boeck ; 2014 (Méthodes, techniques et outils d'intervention).

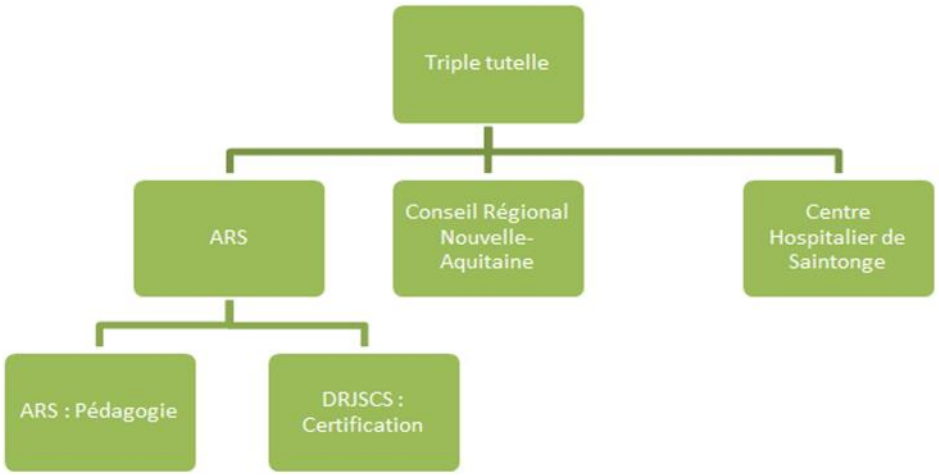
60. ARS Nouvelle-Aquitaine. Politique régionale 2019/2022 en Nouvelle-Aquitaine pour la promotion de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) [Internet]. https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-03/ETP_Pol_regionale_ETP_plan_action_2019_2022_V3.pdf. 2019 [cité 27 févr 2020]. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-03/ETP_Pol_regionale_ETP_plan_action_2019_2022_V3.pdf.

61. P.Barrier. Le patient autonome. Paris : PUF ; 2014. 64p.

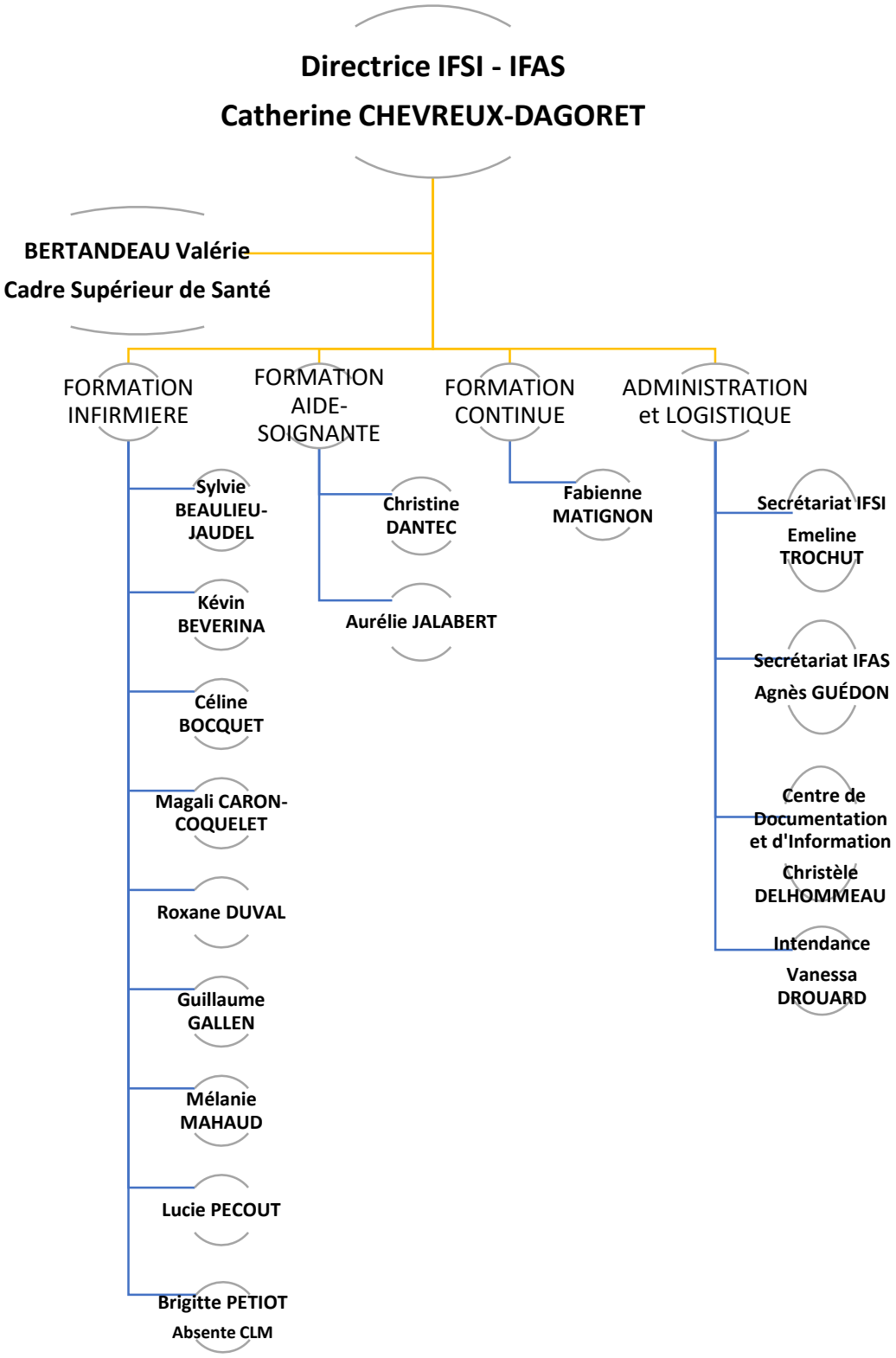
62. Pothet, A. (2015). Le nouveau socle commun, une interview d'Alain Pothet. Site de la Cellule académique recherche, développement, innovation, expérimentation, académie de Créteil, 29 janvier 2015.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tutelles pédagogiques et financières



ANNEXE 2 : Organigramme de l'IFSI du CH de Saintonge



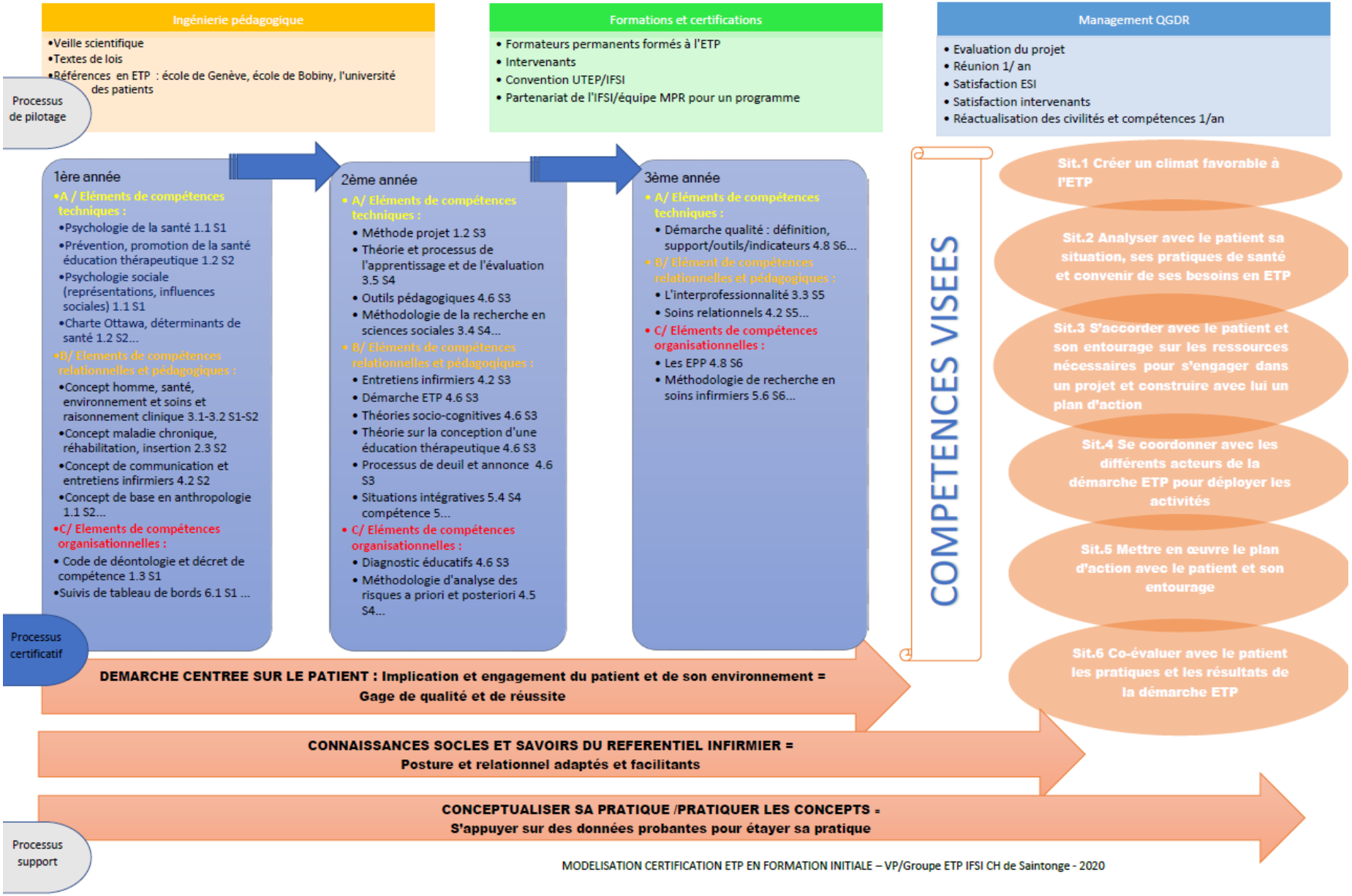
ANNEXE 3 : Fiche de l'Unité d'Enseignement 4.6 « Soins éducatifs et préventifs » du semestre 3 du référentiel de formation en soins infirmiers

Unité d'enseignement 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs		
Semestre : 3	***Compétences : 5***	
CM : *4 heures*	***TD :*** *21 heures*	***TP :*** *25 heures*
ECTS : 2		
Pré-requis UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé		
Objectifs Caractériser les concepts, prévention, promotion de la santé, éducation en santé, éducation thérapeutique, ... Analyser une démarche d'éducation thérapeutique.		
Eléments de contenu Les concepts : éducation, prévention, éducation en santé, éducation thérapeutique, apprentissage, ... Soins infirmiers de prévention, d'éducation, d'aide, dans les dimensions individuelle et collective (groupe restreint, collectivité de proximité, campagne de masse...) La démarche éducative interdisciplinaire (en structure, en réseau de santé, en libéral...) L'éducation thérapeutique individuelle et collective (démarche, méthodes, principes, normes, critères, résultats, ...)		
Recommandations pédagogiques Cette UE est la première des deux UE sur ce thème. Elle permet à l'étudiant de s'approprier les concepts concernant l'éducation en général et l'éducation thérapeutique en particulier. Cette UE se fait en relation avec l'unité d'intégration UE 5.4.S4.	***Modalités d'évaluation*** Travail écrit individuel d'analyse d'une démarche d'éducation et utilisation des concepts. ***Critères d'évaluation*** Pertinence dans l'utilisation des concepts, Qualité de l'analyse.	

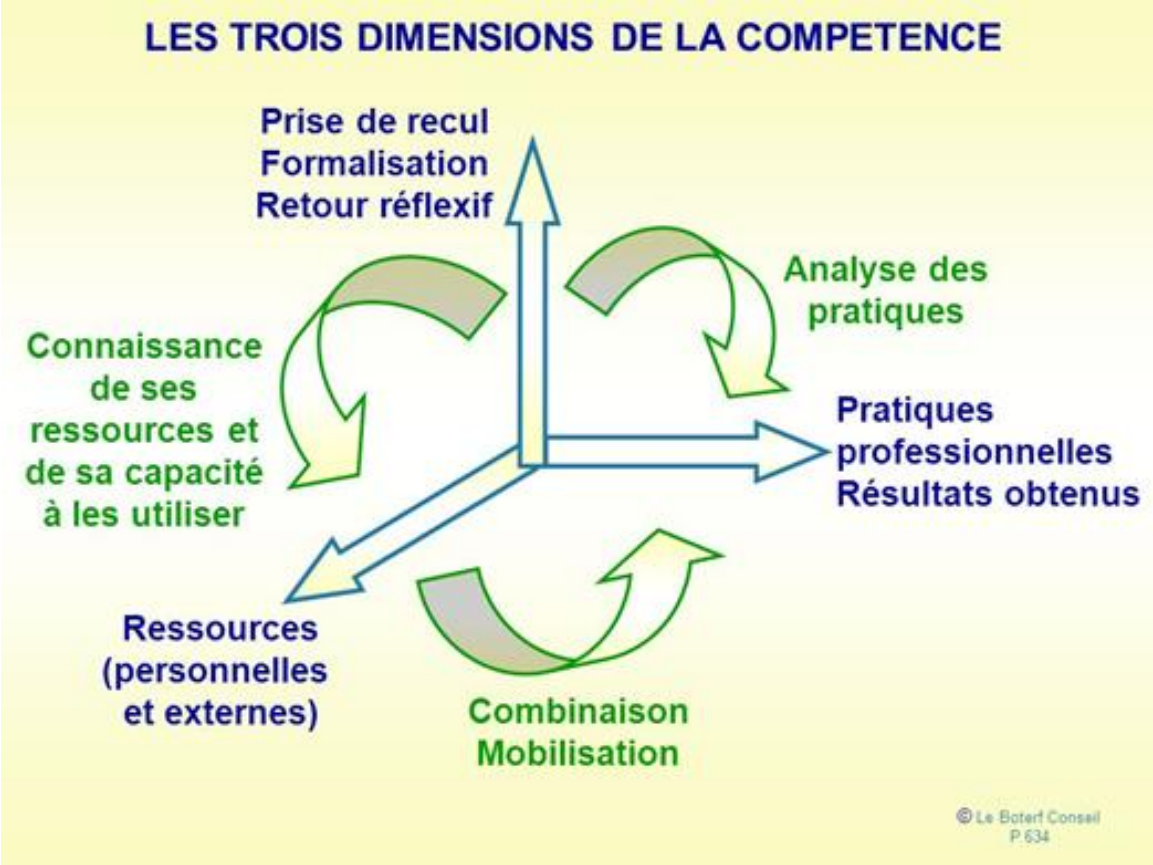
ANNEXE 4 : Fiche de l'Unité d'Enseignement 4.6 « Soins éducatifs et préventifs » du semestre 4 du référentiel de formation en soins infirmiers

Unité d'enseignement 4.6.S4 : Soins éducatifs et préventifs		
Semestre : 4	***Compétences : 5***	
CM : *0 heures*	***TD :*** *15 heures*	***TP :*** *35 heures*
ECTS : 2		
Pré-requis UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs		
Objectifs Elaborer une démarche d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité0		
Eléments de contenu La notion de contrat en éducation thérapeutique, Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé, La formation des aidants naturels.		
Recommandations pédagogiques Cette UE complète l'enseignement réalisé au cours de l'UE 4.6.S3. Elle se fait en relation avec l'unité d'intégration UE 5.3.S3. L'étudiant devra mettre en forme une démarche éducative en sachant l'adapter au problème de santé posé et à la population visée.	***Modalités d'évaluation*** Action éducative individuelle ou collective, auprès d'une personne ou d'un groupe ***Critères d'évaluation*** Pertinence du choix de l'action éducative au regard de la situation, Pertinence de l'action, Adaptation des outils.	

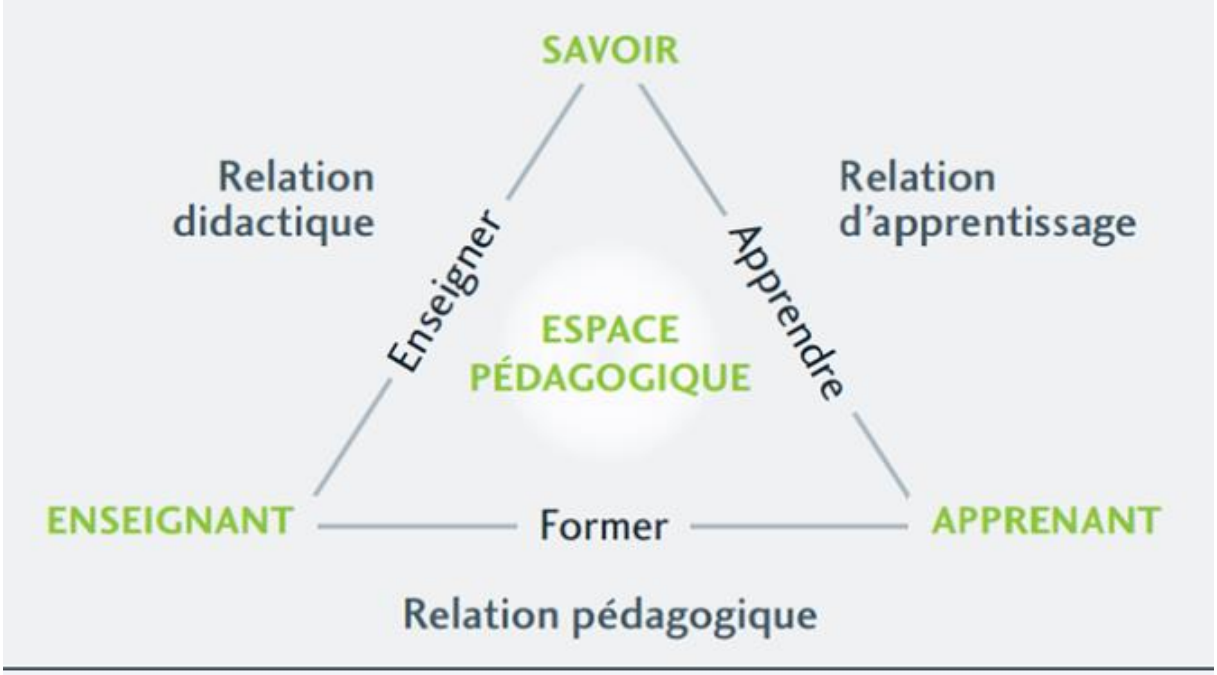
ANNEXE 5 : Modélisation de l'enseignement ETP de l'IFSI du CH de Saintonge



ANNEXE 6 : Les trois dimensions de la compétence de Guy Leboterf



ANNEXE 7 : Triangle pédagogique de Jean Houssaye 1988



Triangle pédagogique de Jean Houssaye (1988)

ANNEXE 8 : Tableau des caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage de Jean Jouquan et Philippe

Tableau des caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage de Jean Jouquan et Philippe Bail (adapté d'après Huba ME et Freed JE)	
Paradigme d'enseignement	**Paradigme d'apprentissage**
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leur connaissance à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets…
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultats et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de port-folios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

ANNEXE 9 : Extrait du Modèle type de certification des compétences des ESI pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme (16 pages sur 44)

La certification des compétences des étudiants infirmiers pour dispenser l'Education Thérapeutique du Patient dans le cadre d'un programme

Proposition d'une trame de programme d'acquisition de compétences pour dispenser l'Education Thérapeutique du Patient dans le cadre d'un programme l'issue de leur formation dans les Instituts de Formation de Soins Infirmiers de Nouvelle Aquitaine

Instituts de Formation en Soins Infirmiers

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

Une compétence cœur de métier du référentiel de compétences infirmier

Région Nouvelle-Aquitaine

co-construite IFSI Poitou-Charentes à partir de la proposition du Centre de Formations Paramédicales de Niort

21/02/2018

TABLE DES MATIERES

1 les Unités d'enseignement ressources du référentiel de formation infirmier 3

2 Les situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP (INPES) 10

3 Lignes directrices d'un programme de formation en etp pour :« *Savoir dispenser l'éducation thérapeutique* » en initiale infirmière pour une certification des 40H 11

3.1 Les fondements de l'éducation thérapeutique du patient 11

3.2 La démarche pédagogique d'éducation thérapeutique du patient 11

3.3 L'évaluation d'un programme 11

3.4 Les concepts clés liés à l'etp 11

3.5 Les notions utiles 12

3.6 Textes règlementaires 12

4 les séquences pédagogies en lien avec les situations significatives de la pratique de l'ETP et les activités associées 14

4.1 **Situation 1 :** CREER un climat de confiance 14

4.2 **Situation 2 :** Analyser avec le patient (et son entourage)sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP **Erreur ! Signet non défini.**

4.3 Situation 3 :S'accorder avec le patient (et son entourage) sur les ressources nécessaires pour s'engager dans un projet et construire avec lui le plan d'action 20

4.4 **Situation 4**:Se coordonner avec les différents acteurs de la démarche d'ETP pour déployer les activités 22

4.5 Situation 5:Mettre en œuvre le plan d'action avec le patient et son entourage 23

4.6 Situation 6:Co-évaluer avec le patient les pratiques et les résultats de la démarche d'ETP 26

5 Quelques Schémas/documents de référence 28

6 Bibliographie-sitographie 37

1 LES UNITES D'ENSEIGNEMENT RESSOURCES DU REFERENTIEL DE FORMATION INFIRMIER

Chaque situation de l'ETP nécessite des connaissances, des techniques, méthodes. Ce tableau identifie par type de ressource et par semestre les Unités d'Enseignement ressources disponibles.

Type de ressources	Contenu	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Connaissances liées aux pathologies	Connaissances biomédicales sur les pathologies, les médicaments, les traitements, la santé	UE 2.1.S1: Biologie fondamentale ; UE 2.2.S1: Cycles de la vie et grandes fonctions ; UE 2.4.S1: Processus traumatiques ; UE 2.11.S1: Pharmacologie et thérapeutiques UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène	UE 2.6.S2: Processus psychopathologiques; UE 4.3.S2: Soins d'urgence; UE 4.4.S2: Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ; UE 2.3.S2 : Santé, maladie, handicap, accidents de la vie	UE 2.5.S2: Processus inflammatoires et infectieux; UE 2.8.S2: Processus obstructifs. UE 2.11.S2: Pharmacologie et thérapeutiques ;	UE 2.7.S4: Défaillances organiques et processus dégénératifs ; UE 4.3.S4: Soins d'urgence UE 4.4.S4: Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	UE 2.6.S5: Processus psychopathologiques ; UE 2.9.S5: Processus tumoraux; UE 4.7.S5: Soins palliatifs et de fin de vie. UE 2.11.S5: Pharmacologie et thérapeutiques ; UE 4.4.S5: Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	
	Notion d'épidémiologie, d'anthropologie, de sociologie	UE 1.1.S1: Psychologie, sociologie, anthropologie UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être	UE 1.1.S2: Psychologie, sociologie, anthropologie **UE 1.2 .S2: Santé publique et économie de la santé** UE 2.3.S2: Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;	**UE 1.2 S3: Santé publique et économie de la santé**			

Type de ressources	Contenu	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Connaissances liées à la démarche ETP	Connaissance des principes, valeurs et finalités de l'ETP			**UE 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs. UE 5.4.S4 : Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		
	Connaissance du programme ou de la démarche d'ETP			**UE 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs. UE 5.4.S4: Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		
	Connaissance du réseau (interne et externe) des professionnels de santé et praticiens de l'ETP, notamment patient expert et patient ressource		UE 1.2 .S2: Santé publique et économie de la santé	**UE 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs** UE 3.3.S3: Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires.**	UE 3.3.S5: Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité. UE 5.5.S5: Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins	
	Connaissance des associations de patients et de leur rôle			**UE 4.6.S3 : Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs. UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		

Type de ressources	Contenu	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Connaissances liées aux publics reçus	Connaissance des publics reçus	UE 2.4.S1: Processus traumatiques ;	UE 1.2 .S2: Santé publique et économie de la santé UE 2.6.S2: Processus psychopathologiques;	**UE 1.2 .S3: Santé publique et économie de la santé UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs** UE 2.5.S2: Processus inflammatoires et infectieux; UE 2.8.S2: Processus obstructifs.	**UE 4.6.S4: Soins éducatifs et préventifs UE 2.7.S4: Défaillances organiques et processus dégénératifs**	UE 2.6.S5: Processus psychopathologiques ; UE 2.9.S5: Processus tumoraux;	
	Connaissance de la sociologie et démographie relative aux publics de patients concernés par les interventions d'ETP	UE 2.4.S1: Processus traumatiques ;	UE 2.6.S2: Processus psychopathologiques;	**UE 1.2 .S3: Santé publique et économie de la santé UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6.S4: Soins éducatifs et préventifs**		
	Connaissance des facteurs psychosociaux et culturels et des caractéristiques territoriales pouvant avoir des incidences sur la santé ou la prise en charge des patients	UE 1.1.S1 : Psychologie, sociologie, anthropologie	UE 1.1.S2: Psychologie, sociologie, anthropologie UE 2.3.S2: Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;	**UE 1.2 .S3: Santé publique et économie de la santé UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs.**		
	Connaissance des aides concernant l'accès aux soins des patients, au niveau del'hébergement, de l'alimentation ou des ressources financières et autres		UE 1.2 .S2: Santé publique et économie de la santé UE 2.3.S2: Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;	**UE 1.2 .S3: Santé publique et économie de la santé**	**UE 1.2 .S2: Santé publique et économie de la santé UE 4.6 S4 :Soins éducatifs et préventifs.**		

Type de ressources	Contenu	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	Connaissances des principes et démarches utilisables dans l'éducation thérapeutique	UE 1.3.S1: Législation, éthique, déontologie ;		**UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs. UE 1.3.S4: Législation, éthique, déontologie UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		
	Connaissance des postures relationnelles et pédagogiques		UE 4.2.S2 : Soins relationnels	**UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs UE 4.2.S3 : Soins relationnels**	**UE 4.6.S4: Soins éducatifs et préventifs** UE 3.5.S4: Encadrement des professionnels de soin.	UE 4.2.S5: Soins relationnels.	
	Connaissances des phases d'acceptation de la maladie	UE 1.1.S1 : Psychologie, sociologie, anthropologie	UE 1.1.S2: Psychologie, sociologie, anthropologie	**UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6.S4: Soins éducatifs et préventifs UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		
	Connaissances des théories du changement de comportement			**UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6.S4: Soins éducatifs et préventifs UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		
Type de	**Contenu**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**

ressources							
Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées Connaissances	Connaissances des principes d'accueil, de communication, d'écoute active, de relation d'aide	UE 1.1.S1 : Psychologie, sociologie, anthropologie	UE 1.1.S2: Psychologie, sociologie, anthropologie UE 4.2.S2 : Soins relationnels ;	**UE 4.2.S3 : Soins relationnels ;** 5.3.S3 : Communication et conduite de projet	**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 4.2.S5: Soins relationnels.	
	Méthodes de création, animation et motivation de réseau		UE 3.3.S3 : Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité		**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 3.3.S5: Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins	UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques
	Techniques de communication écrite et orale		UE 4.2.S2 : Soins relationnels ;	5.3.S3: Communication et conduite de projet	**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 4.2.S5: Soins relationnels.	
	Méthode d'animation de réunions, groupes de travail, groupes d'expression, groupes d'échanges de pratiques		UE 3.3.S3 : Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité	5.3.S3 : Communication et conduite de projet	**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 3.3.S5: Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité. UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins	UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles.
Type de ressources	**Contenu**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**

Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	Gestion de public en situation défavorable		UE 4.2.S2 : Soins relationnels ; UE 2.3.S2: Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;		**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 4.2.S5: Soins relationnels.	
	Connaissances des modèles pédagogiques, démarches, méthodes et techniques pédagogiques			**UE 4.6.S3: Soins éducatifs et préventifs**	**UE 4.6 S4 : Soins éducatifs et préventifs.** UE 3.5.S4: Encadrement des professionnels de soin. **UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**		UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles.
	Méthodes de résolution de problèmes	UE 3.1.S1: Raisonnement et démarche clinique infirmière UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	3.1.S2: Raisonnement et démarche clinique infirmière UE 3.2.S2: Projet de soins infirmiers UE 5.2.S2 Evaluation d'une situation clinique ;UE 6.1 Méthodes de travail et TIC	UE 3.2.S3 : Projet de soins infirmiers. 5.3.S3: Communication et conduite de projet UE 6.1 Méthodes de travail et TIC	**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires** UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche UE 6.1 Méthodes de travail et TIC	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC	UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiq ues et professionnelles. UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche. UE 6.1 Méthodes de travail et TIC
Type de ressources	**Contenu**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S5**	**S6**

Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	Connaissance des principes de base de l'organisation et de la planification			5.3.S3: Communication et conduite de projet UE 3.3.S3 : Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité	**UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires**	UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité.	
Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	Connaissance et utilisation des fonctions usuelles des outils bureautiques, bases de données et outils collaboratifs	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;	UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;

2 LES SITUATIONS SIGNIFICATIVES RENCONTREES DANS LA PRATIQUE DE L'ETP (INPES)

Le référentiel de compétences pour dispenser l'ETP a identifié cinq situations significatives de l'ETP, le schéma ci-dessous en donne une représentation.

Extrait du « Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme /Document complémentaire à l'annexe n° 1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, Saint-Denis, juin 2013

Les situations significatives rencontrées dans la pratique de l'ETP

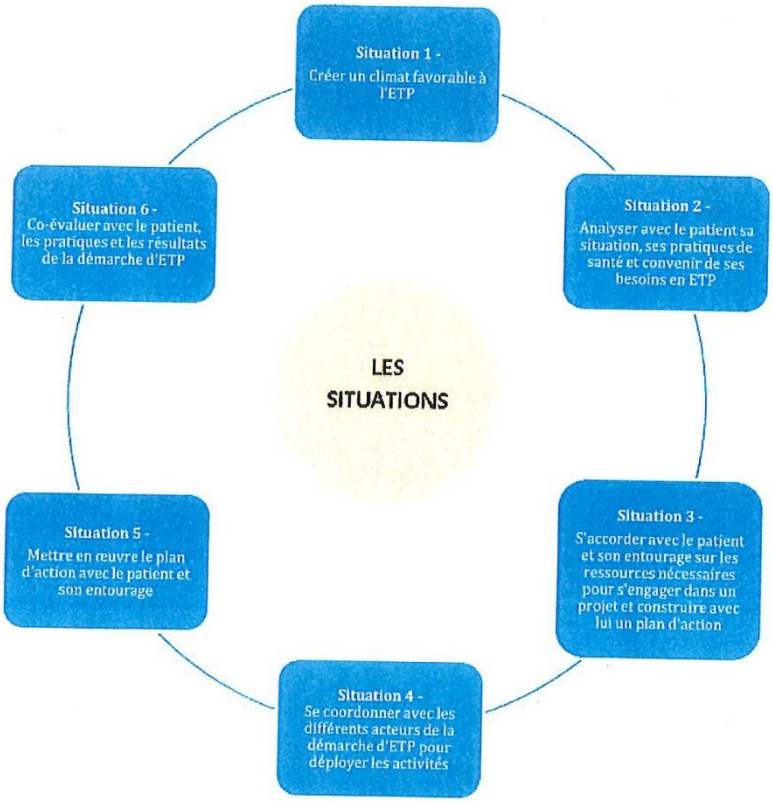


Figure 1 : Inpes : « Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme » p.7 http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1459.pdf

3 LIGNES DIRECTRICES D'UN PROGRAMME DE FORMATION EN ETP POUR :« *SAVOIR DISPENSER L'EDUCATION THERAPEUTIQUE* » EN INITIALE INFIRMIERE POUR UNE CERTIFICATION DES 40H

Le référentiel de compétences infirmier identifie parmi les dix compétences infirmières la

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

Elle fait partie des cinq compétences « cœur de métier » du référentiel de compétences infirmier. Comme nous avons pu le voir plus haut, et compte tenu du référentiel de formation infirmier, l'étudiant en fin de formation peut tout a fait prétendre à la certification des 40H de formation en ETP pour qu'il puisse dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme.

Les trois paragraphes suivants proposeront les incontournables d'une formation de 40H développant les compétences en ETP, puis seront proposés les concepts clés associés à l'ETP ainsi que des notions utiles, chaque institut pourra enrichir cette proposition.

3.1 LES FONDEMENTS DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

- Enjeux, principes et concepts fondateurs de l'Education Thérapeutique
- Textes règlementaires et recommandations
- Les caractéristiques psychologiques du patient atteint de maladie chronique

3.2 LA DEMARCHE PEDAGOGIQUE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

- Le diagnostic éducatif partagé
- Le contrat d'éducation négocié
- Les compétences du patient
- La conception et la mise en œuvre de séquences et séances pédagogiques
- La planification d'un programme d'éducation thérapeutique
- L'évaluation pédagogique du contrat d'éducation,
- Le dossier d'éducation, le bilan d'apprentissage et la rédaction d'un compte rendu éducatif
- le suivi éducatif du patient
- Ethique et ETP

3.3 L'EVALUATION D'UN PROGRAMME

- L'auto-évaluation annuelle
- l'évaluation quadriennale d'un programme

3.4 LES CONCEPTS CLES LIES A L'ETP

- Alliance thérapeutique
- Adhésion thérapeutique
- Autogestion
- Autonomie
- Autonormativité
- Conflit socio-cognitif
- Compétence

- Compliance / Observance
- Education
- Efficacité personnelle/auto-efficacité
- Empathie
- Empowerment
- Evaluation
- Interdisciplinarité en ETP
- Motivation
- Partenariat
- Qualité de vie
- Relation de confiance
- Relation d'aide
- Représentation

3.5 LES NOTIONS UTILES

- Approche systémique
- Les différents types de prévention en santé : points communs /points divergents
- Compétences psychosociales
- Ecoute active et bienveillante
- Taxonomie de Bloom
- Patient ressource
- Patient expert
- Entretien motivationnel
- Objectif pédagogiques de sécurité
- Posture pédagogique
- Relation de confiance

3.6 TEXTES REGLEMENTAIRES

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient
- Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (modifiant le Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient)
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation
- Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient (modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

Une des pistes possibles est de proposer des séquences d'apprentissages en lien direct avec les situations significatives. Les méthodes pédagogiques actives seront privilégiées.

Le paragraphe suivant propose à chaque structure d'identifier les séquences pédagogiques proposées aux étudiants permettant de développer les compétences attendues.

4 LES SEQUENCES PEDAGOGIQUES EN LIEN AVEC LES SITUATIONS SIGNIFICATIVES DE LA PRATIQUE DE L'ETP ET LES ACTIVITES ASSOCIEES

Il s'agit d'identifier, pour chaque IFSI, les séquences pédagogiques mise en œuvre pour développer les compétences en ETP de l'infirmier en formation.

4.1 SITUATION 1 : CREER UN CLIMAT DE CONFIANCE

Déclinaison des objectifs en lien avec la situation 1 par domaines de compétence

= référentiel des référentiel INPES (Annexe 1 31 mai 2013).

Situation	Domaines de Compétence	Sous domaines	Activités	Objectifs
Situation 1 : créer un climat de confiance	A - Compétences techniques	A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement	Act.1 - Accueillir des personnes atteintes de maladie chronique Le but est que le patient et son entourage se sentent bien accueillis.	Situer l'environnement lié à l'ETP
	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension		Pratiquer l'écoute active et bienveillante
				Pratiquer l'empathie
		B2 - Compétences liées à l'échange et l'argumentation	Act.2 - Donner un premier niveau d'information sur l'ETP et les acteurs qui y concourent Le but est que le patient ait envie de participer à une démarche ETP.	Echanger et informer
		B3 - Compétences liées à l'accompagnement		Construire une relation de confiance
	C - Compétences organisationnelles	C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation		Se questionner et délimiter son rôle

Fiche pédagogique situation 1

Objectifs	Unités d'enseignement	Intervenants	Contenus	Méthodes pédagogiques et durée (temps par étudiant)
Situer l'environnement lié à l'ETP				
Pratiquer l'écoute active et bienveillante				
Pratiquer l'empathie				
Echanger et informer				
Construire une relation de confiance				
Se questionner et délimiter son rôle				

4.2 SITUATION 2 : ANALYSER AVEC LE PATIENT (ET SON ENTOURAGE) SA SITUATION, SES PRATIQUES DE SANTE ET CONVENIR DE SES BESOINS EN ETP

Déclinaison des objectifs en lien avec la situation 2 par domaines de compétence

Situation	Domaines de Compétence	Sous domaines	Activités	Objectifs
Situation 2 : Analyser avec le patient (et son entourage) sa situation, ses pratiques de santé et convenir de ses besoins en ETP	A - Compétences techniques	A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales	Act.3 - Établir un bilan éducatif partagé avec le patient et son entourage portant sur le vécu et la compréhension de la maladie, des traitements, des explorations effectuées, les pratiques de santé et les besoins et tenant compte des publics en autonomie restreinte Le but est de bien identifier avec le patient, ses besoins, ses priorités, quelle que soit sa situation, en prenant en compte ses vulnérabilités.	Orienter les patients vers des sources fiables d'information
				Tenir à disposition des patients les informations en fonction des enjeux liées à la maladie et au traitement
				Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités
		A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information		Renseigner les outils de suivi et d'organisation
		A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement		Situer l'environnement lié à l'ETP
			Act.4 - Réaliser une synthèse des besoins avec le patient et son	Mesurer des enjeux

ANNEXE 10 : Cartographie des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

28 IFSI DE LA REGION NOUVELLE AQUITAINE[27]

[27] https://www.uniformesdefrance.com/liste-ecoles-ifsi-instituts-formation-soins-infirmiers-france-outre-mer-region-nouvelle-aquitaine-poitou-charentes-limousin-aquitaine.php

ANNEXE 11 : Guide des entretiens semi-directif de l'ARS et d'une UTEP Nouvelle-Aquitaine

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
ARS et UTEP NOUVELLE AQUITAINE
CADRE DE MEMOIRE M2 PROMS ORIENTATION ETP

MISSIONS ARS/UTEP en lien à l'ETP

1/ Pouvez-vous m'expliquer quelles sont vos missions au sein de l'ARS ou l'UTEP ?
Relance possible : Plus en lien avec l'ETP ? Et les IFSI ?

SIGNIFICATION ET ORIGINE DE LA LABELLISATION ETP DES IFSI

2/Certains IFSI proposent des parcours ETP labellisés, pouvez-vous m'expliquer ce que cela représente ?
Qui est à l'initiative de ce projet de labellisation ETP des IFSI ?
Quel intérêt ou bénéfices pour les IFSI ?
Quel intérêt ou bénéfices pour les étudiants ?

3/Pourquoi cette initiation de labellisation ETP pour les IFSI ? Quel en est le contexte ?
Relance possible : Quand cela est-il apparu ? Quel contexte d'apparition ?
Plus largement quel intérêt pour le système de santé (pour les ARS et UTEP) ?

BUT ET OBJECTIFS DE LA LABELLISATION ETP DU POINT DE VUE DE L'ARS ou de L'UTEP

4/ Quel objectif à cette demande ?
Quelle finalité court terme, moyen terme, long terme ?

RECENSEMENT DES LABELLISATIONS TERRITORIALES DES IFSI EN NOUVELLE AQUITAINE

5/En Nouvelle-Aquitaine combien d'IFSI sont labellisés ? (*Sur les 28 existants*)
Relance possible : Combien IFIS labellisé ? Existait-il des zones prioritaires au développement des labellisations ETP des IFSI ?

MISE EN ŒUVRE DES LABELLISATIONS ETP DES IFSI

6/ Comment cette labellisation se met-elle en place ?
Quoi labellisé CAD quel contenu attendu pour la labellisation ?
Quels sont les critères pour obtenir la labellisation ?

7/Existe-t-il des critères d'exclusion ?

8/ Par qui et comment sont étudiés les demandes de labellisation ?

9/Vous arrive-t-il de poser des réserves ou refus de labellisation ?
Relance possible : Combien de refus ? De réserve ?

ASPECT FINANCIER DES LABELLISATION

10/ Quel coût supplémentaire cela représente-t-il pour les IFSI ?
Existent-il des aides possibles humaines, matérielles et financières ?

SUIVI ET EVALUATION DES LABELLISATIONS

11/Existe-t-il un système d'évaluation ou de révisions des labellisations ?
Si oui quel est-il ? Comment se déroule-t-il ?
Si non, en comparaison avec les évaluations programmes ETP, lequel pour être préconisé ?

Concrètement, s'il y a des changements concernant le parcours ETP qui a été labellisé, quelles mises à jour obligatoire ou à envisager ?

12/ Existe-t-il un suivi des labellisations autorisées ?
Si oui quel est-il ?

RETOUR EXPERIENTIEL DES LABELLISATIONS

13/Quel retour avez-vous des IFSI sur ces labellisations ?
Quel retour avez-vous des établissements et structures sanitaires sur ces labellisations ?
La plus-value pensée opère-t-elle sur les terrains ?

14/ D'un point de vue sémantique vous parlez de labellisation des IFSI ?
De certification ou attestation pour les ESI ?

14/Combien d'ESI certifié depuis la mise en œuvre de la labellisation ? Existent-ils des tableaux de bords de recensement ? Observation d'un changement des pratiques ?

15/ Existent-ils des conditions de validation de cette certification ETP pour les ESI, si oui lesquels ?

OUVERTURE SUR LE SUJET

16/Avez-vous des suggestions supplémentaires à faire sur le sujet ?

ANNEXE 12 : Questionnaire d'enquête à destination des cadres de santé formateurs des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

VOTRE AVIS SUR L'ENSEIGNEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN FORMATION INITIALE DE SOINS INFIRMIERS

Bonjour,

Dans le cadre d'un Master 2 Promotion de la Santé orientation ETP je réalise un mémoire de recherche sur la formation de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en formation initiale de soins infirmiers.

Afin de répondre aux questions que soulève cette étude je me permets de solliciter environ 10 minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui restera bien sûr anonyme.

Merci de votre collaboration.

Rédactrice : Céline Bocquet (celinebocquet33@hotmail.fr)

*obligatoire

Pour mieux vous connaître

-Département du lieu d'exercice* :
…….....

-Nombre d'étudiants infirmiers par promotion* :
……

-Votre catégorie socio-professionnelle* :
- Cadre de santé formateur
- Intervenant non permanent en IFSI
- Autre, précisez …

-Avez-vous une expérience en ETP ?*
- Oui
- Non

-Avez-vous suivi une formation en ETP ?*
- Oui
- Non

-Si oui, type de formation suivi ?
- Formation 40h pour dispenser l'ETP
- Formation pour coordonner l'ETP
- Diplôme universitaire
- Master
- Autre

-Avez-vous suivi une formation collective (pour l'équipe pédagogique) au sein de votre institut sur la thématique de l'ETP ?
- Oui
- Non
- En projet

Votre travail, vos enseignements, l'équipe, les étudiants et vous

-Votre institut a t-il une labellisation ETP validée par l'ARS ?*

- Oui
- Non
- En cours de réalisation
- Ne sais pas

-Votre institut dispose-t-il d'un programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers ?*

- Oui
- Non
- En cours de réalisation
- Un projet à venir
- Ne sais pas

-Si oui, le programme a t-il été construit en appui du référentiel de compétences de l'INPES de juin 2013 ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Le programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers a t-il été (ou va t-il être) construit en appui d'un programme de formation continue 40h ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Par qui a été élaboré ce programme de formation ? (Plusieurs réponses possibles)

- Directeur/Directrice de l'institut
- Groupe de travail composé de cadres de santé formateurs travaillant sur des UE en liens à l'ETP
- Groupe de travail composé de cadres de santé formateurs travaillant sur différentes UE
- L'ensemble de l'équipe pédagogique
- Le(s) référent(s) de l'UE 4.6
- Ne sais pas
- Non concerné

-La formation ETP des étudiants infirmiers figure-t-elle dans le projet pédagogique de votre institut ?*

- Oui
- Non
- En cours de réalisation
- Un projet à venir
- Ne sais pas

-Etes-vous référent de l'enseignement :

• UE 1.2 Santé publique et économie de la santé	oui	non
• UE 4.6 Soins éducatifs et préventifs	oui	non
• Programme de certification ETP	oui	non

-Participez-vous à des enseignements contribuant à la certification ETP ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Selon-vous quelles unités d'enseignements contribuent à l'enseignement de l'ETP (Exemple 4.6 S3 et S4) ? ……

-En dehors de l'UE 4.6 et 5.4 avez-vous connaissance d'UE proposant des situations d'apprentissage faisant appel à l'ETP ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-L'ETP pour vous :

- Est une spécialité
- Est intégrée aux soins
- Sa pratique demande une formation spécifique
- Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)
- S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial
- C'est la même chose que l'éducation pour la santé
- Permet un meilleur soin
- Fait priorité à la maladie

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……

-L'enseignement de l'ETP pour vous :

- Demande une formation complémentaire pour les formateurs
- Implique diverses unités d'enseignement des 6 champs
- Se structure et se décrit sur les 3 années de formation
- Impose l'utilisation de différents outils pédagogiques
- Se réalise en petits groupes

- Exige la pratique en stage ou en laboratoire de simulation dans le parcours de formation
- Est une adaptation de la formation continue 40h
- S'organise avec une progression dans les apprentissages
- Est complexe
- Est un travail d'équipe

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……

-Dans votre ingénierie de formation ETP, vous :

- Resituez le paradigme de transformation des soins infirmiers
- Formalisez le lien aux théories de soins infirmiers
- Evoquez les théories sociocognitives
- Abordez les théories de changement de comportement
- Prenez en compte la théorie des situations didactiques
- Favorisez le travail sur les représentations
- Travaillez sur une vision systémique du patient
- Privilégiez la compréhension de la maladie chronique
- Développez la recherche de données probantes en ETP
- Explorez les programmes ETP (législation, construction, évaluation…)
- Travaillez la posture éducative
- Traitez de la démarche ETP
- Faites lien à la démarche qualité
- Explorez les étapes du deuil
- Explorez les mécanismes de défense
- Abordez les soins relationnels
- Explicitez le travail interdisciplinaire
- Evoquez les notions d'adhésion et de négociation

Réponses par :
Oui
Non
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……

-Proposez-vous une intervention sur la thématique de l'ETP en 3ème année de formation en soins infirmiers ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Si oui, sous quel format ? ……

-Comment s’organise les enseignements en ETP ? (Plusieurs réponses possibles)

- Cours magistraux
- Etude de cas cliniques
- Ateliers en co-animation
- Séance en laboratoire de simulation
- Jeux de société
- E-Learning
- Intervention de patient expert
- Intervention de professionnels de terrain pratiquant l’ETP

-Quels outils utilisez-vous pour animer vos interventions en ETP (exemple Brainstorming) ?
……

-L’enseignement de l’ETP et l’équipe pédagogique, pour vous :

- Implique une vision collective
- Nécessite un projet co-construit
- Se base sur une approche transversale
- Demande la participation de tous
- S’organise grâce aux échanges en réunions pédagogiques

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……...

-Les étudiants infirmiers et l’ETP, selon vous :

- Cibler la formation vers les étudiants qui ont appétence pour l’ETP
- Nécessite une certaine maturité professionnelle des apprenants
- C’est avant tout une sensibilisation
- Le plus important est la posture éducative
- Le plus important c’est la connaissance de la démarche éducative
- Implique le développement d’une posture empathique
- La certification ETP doit être facultative

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……...

L'ETP et l'évaluation

-Quels indicateurs vous semblent essentiels dans l'évaluation du programme de la formation ETP ?

- La prise en compte des besoins des étudiants
- La corrélation entre la réponse apportée et les besoins des étudiants identifiés
- L'observation d'une posture éducative de l'étudiant adaptée dans les situations d'apprentissage proposées
- L'observation d'une analyse plus développée des étudiants
- La satisfaction mesurée des étudiants
- L'expression des étudiants sur l'intérêt perçu de l'ETP
- La validation des unités d'enseignements en lien à l'ETP
- La reconnaissance par les étudiants des bases théoriques apportées
- La participation active des étudiants
- L'ingénierie du programme
- La faisabilité des enseignements proposés
- Le coût global
- La réalisation du programme et son déroulement
- Les changements apportés au programme

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……

-Evaluez-vous le programme de formation ETP ?

- Oui
- Non
- Non concerné

-Les étudiants diplômés d'Etat obtiennent ils tous l'attestation de formation ETP ?

- Oui
- Non

-Si non, pourquoi ? …….

Dans une vision prospective

Pour améliorer votre programme de formation ETP, sous la forme d'un « SI…Alors », quelle proposition émettriez-vous (exemple SI certaines ressources sont mises en place ALORS la formation ETP en formation initiale pourrait se réaliser en inter-professionnalité) ?

……
……
……

Vous remerciant pour votre aide.

ANNEXE 13 : Questionnaire d'enquête à destination des étudiants en 2ème et 3ème année de formation en soins infirmiers des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

VOTRE AVIS SUR L'ENSEIGNEMENT DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN FORMATION INITIALE DE SOINS INFIRMIERS

Bonjour,

Dans le cadre d'un Master 2 Promotion de la Santé orientation ETP je réalise un mémoire de recherche sur la formation de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en formation initiale de soins infirmiers.

Afin de répondre aux questions que soulève cette étude je me permets de solliciter environ 10 minutes de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui restera bien sûr anonyme.

Merci de votre collaboration.

Rédactrice : Céline Bocquet (celinebocquet33@hotmail.fr)

*obligatoire

Pour mieux vous connaître

-Département du lieu de formation* : ……...

-Nombre d'étudiants infirmiers dans votre promotion à l'entrée en formation * : …….

-Etes-vous en * :
- 2ème année de formation en soins infirmiers
- 3ème année de formation en soins infirmiers

Modalités d'apprentissage et ETP

-Avez-vous réalisé un stage vous permettant de pratiquer de l'ETP ?*
- Oui
- Non

-Si oui, était-ce dans le cadre d'un programme ETP ?
- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Avez-vous participé à une séance en laboratoire de simulation avec un scénario portant sur l'ETP ?
- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Avez-vous réalisé un sérious game sur l'ETP ? *
- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Votre institut vous propose-t-il obtenir une attestation de formation ETP ?*

- Oui
- Non
- Non mais souhaiterai pouvoir en bénéficier
- Ne sais pas

-Si oui, le programme de cette formation ETP pour l'obtention de l'attestation est-il une annexe de votre programme de formation globale ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

-La formation ETP est dispensée par (plusieurs réponses possibles) ?

- Des cadres de santé formateurs
- Des patients experts/ressources
- L'UTEP (Unité Transversale pour l'Education Thérapeutique des Patients)
- Des professionnels de terrain ayant une expérience en ETP

-Comment s'organise les enseignements en ETP dont vous avez pu bénéficier (plusieurs réponses possibles) ?

- Cours magistraux
- Etude de cas cliniques
- Ateliers pratiques
- Séance en laboratoire de simulation
- Jeux de rôle
- E-Learning
- Intervention de patient expert
- Intervention de professionnels de terrain pratiquant l'ETP

Vous et l'ETP

-L'ETP pour vous :

- Est une spécialité
- Est intégrée aux soins
- Sa pratique demande une formation spécifique
- Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)
- S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial
- C'est la même chose que l'éducation pour la santé
- Permet un meilleur soin
- Fait priorité à la maladie

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……...

-L’apprentissage de l’ETP pour vous en formation initiale :

- Demande une formation complémentaire après le diplôme
- Fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes UE
- Nécessite un enseignement réparti sur les 3 années de formation
- Doit être ludique
- Se réalise en petits groupes
- Nécessite la pratique en stage ou en laboratoire de simulation
- Nécessite des ateliers pratiques
- Est nécessaire à la professionnalisation
- Est complexe
- Est une sensibilisation

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……...

-Selon-vous pour favoriser la transférabilité des enseignements ETP dans votre processus de professionnalisation vous avez besoin de :

- Cas cliniques travaillés en groupe
- Un stage avec de la pratique ETP
- Un environnement d’apprentissage où vous vous sentez en confiance
- Le retour d’expérience des cadres de santé formateurs sur l’ETP
- Des conditions d’apprentissage permettant l’entraide, l’écoute, la participation de tous
- Un témoignage de patient
- Une séance en laboratoire de simulation sur l’ETP
- Des jeux de rôle
- Développer votre sentiment de compétence dans le domaine de l’ETP
- D’apports théoriques
- Le retour d’expérience des professionnels de terrain

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……...

-Pour vous la pratique de l’ETP ?

- Est destinée qu’aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d’ETP
- Nécessite une certaine maturité professionnelle
- Demande le développement d’une posture éducative
- Nécessite la connaissance de la démarche éducative
- Implique le développement d’une posture empathique

- Est facultative
- Nécessite de comprendre ce qu'est une maladie chronique
- Exige de comprendre le processus de changement de comportement
- Est avant tout un travail d'équipe
- Demande de comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient
- Exige des compétences particulières, donc une formation
- Nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

-Commentaires libres : ……

Projection professionnelle

-Envisageriez-vous un poste où vous puissiez pratiquer l'ETP ?
- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Pourquoi ? …….....

-Pour vous, l'attestation ETP en formation initiale est-elle une plus-value ?
- Oui
- Non
- Ne sais pas

-Pourquoi ? …….....

Dans une vision prospective

Pour améliorer un programme de formation ETP en formation initiale de soins infirmiers, sous la forme d'un « SI…Alors », quelle proposition émettriez-vous (exemple SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je comprendrais mieux sa construction) ?

……
……
……

Vous remerciant pour votre aide.

ANNEXE 14 : Rétroplanning de diffusion des questionnaires

Envoi des demandes par mail avec avis de réception et de lecture.

DATES	DESTINATAIRES
Le 04 juin 2020	Groupe privé Collectif formateurs en santé sur Facebook
Le 04 juin 2020	Publication de l'enquête sur le réseau Linkedln
Le 09 juin 2020	Contact par le Comité d'Entente Régional Limousin Poitou-Charentes pour transmettre à l'ensemble des directeurs des IFSI N.A
LE 13 juin 2020	Relance du groupe privé Collectif formateurs en santé sur Facebook
Le 15 juin 2020	Relance du Comité d'Entente Régional Limousin Poitou-Charentes
Le 18 juin 2020	Groupe de CDSF ayant fait la formation ETP 40h en 2018 (ex Poitou-Charentes)
Le 19 juin 2020	Collègues CDSF faisant le master M2 PROMS ETP
Le 22 juin 2020	Relance du groupe privé Collectif formateurs en santé sur Facebook
Le 03 juillet 2020	Liste des directeurs de 26 IFSI de N.A (exclusion de l'IFSI d'exercice professionnel et d'un IFSI m'ayant déjà répondu)
Le 08 juillet 2020	Liste des directeurs de 20 IFSI de N.A ne m'ayant pas répondu avec ajustement du message en ajoutant en PJ les questionnaires en PDF pour consultation sans passer par google form.
Le 10 juillet 2020	Relance du groupe privé Collectif formateurs en santé sur Facebook
Le 10 juillet 2020	Relance de la publication de l'enquête sur le réseau Linkedln
Le 10 juillet 2020	Demande de soutien et de diffusion de l'enquête destinée aux cadres de santé auprès de la Conseillère Pédagogique et Technique Médico-Sociale Régionale, message transférée le 21/07/20 aux directeurs d'IFSI par la Conseillère Pédagogique.
Fin de l'enquête au 24 juillet 2020	

ANNEXE 15 : Retranscription de l'entretien semi-directif par téléphone avec un acteur stratégique de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
Mr A. ARS NOUVELLE AQUITAINE

ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU 05 MAI 2020
Durée 1h43

Problématique rencontrée : enregistrement avec des parasites audio très important, retranscription dans l'immédiat de l'entretien pour être au plus juste de la compréhension, mais l'ensemble des propos et verbatim n'ont pas pu être retranscrits. L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté, l'enquêtant répondant parfois par anticipation aux questions à venir. Au vu de du défaut de qualité de l'enregistrement et pour faciliter le suivi la retranscription s'est faite dans l'ordre des questions.

CB : le chercheur
Mr A. : l'enquêté

Présentation en amont du chercheur et redonne le contexte de l'entretien et la thématique.
Demande l'autorisation d'enregistrer l'entretien, sous couvert d'utilisation dans le cadre du travail de recherche et d'anonymat.

MISSIONS ARS/ETP

CB : Pouvez-vous m'expliquer quelles sont vos missions au sein de l'ARS ?
Plus en lien avec l'ETP ? Et les IFSI ?

Mr A. : Je suis juriste de formation.
Je travaille à l'ARS au pôle Prévention et Promotion de la Santé, divisée en 3 branches, je suis en responsabilité sur la branche ETP et aussi le public personnes âgées.
Nous travaillons avec délégation départementale dans le cadre des programmes ETP qui concernent plusieurs départements. Comprenant le budget des programmes, la campagne budgétaire, la supervision, l'organisation …
Je suis aussi chargé de mission régional ETP.

Le travail se divise en 4 axes :
-des Autorisations
-des Finances
-stratégique
-de la formation

Dans l'axe « Formation », il y a la stratégie de la formation continue et de la formation initiale, très importante.

L'enquêté aborde la problématique culturelle en France sur l'éducation avec un modèle unique visé et descendant et une vision restrictive de l'éducation passant par l'information principalement.

Il précise : Nous savons que ce modèle de l'éducation est basé sur un modèle qui a fonctionné pour une petite proportion, et on demande à des professionnels qui ont réussi avec un

système, d'approcher l'éducation avec un autre système qu'ils ne maitrisent pas et ne connaissent pas. Et apprendre à désapprendre pour apprendre de nouvelle technique est complexe et quand on est pressé on laisse vite tomber le brainstorming, … et on retombe dans le cours transmissif donc cela marche peu ou que pour ceux pour qui le modèle fonctionnerait.

Donc la formation est primordiale et quand j'ai pris mon poste à l'ARS j'ai visé la diffusion de la formation continue et des médecins mais il y a la problématique par les tutelles. Donc je me suis rapproché des formations continues autres que celles des médecins, notamment en ce moment je travaille avec des travailleurs sociaux.

Parallèlement à cet élément Mr A. amène l'idée de cloisonnement mental dans le système et précise qu'il est complexe de décloisonner mais il faut y tendre.

Après il précise qu'il s'est intéressé aux instituts de formation en masso-kinésithérapie et infirmiers où il pouvait toucher plus largement des professionnels paramédicaux. Il ajoute qu'il fallait une validation scientifique donc universitaire avec des personnes impliquées dans l'ETP donc il a sollicité les 3 UTEP et des professionnels qui interviennent dans les masters et DU, avec un côté pratique et un côté théorique maîtrisé. En effet le système était très hétérogène et il voulait quelque chose de qualitatif, donc il a proposé un modèle. Il poursuit en disant que pour les IFSI qui s'inscrivent dans ce modèle, pendant 2 ans ils avaient accès à des formations ETP 40h pour les formateurs de financées et accès à une attestation délivrable aux ESI.

CB : la validation scientifique pour la reconnaissance et la qualité si je comprends bien, car si déjà ETP souffre de manque de place et de reconnaissance on imagine que si une formation est non validée scientifiquement cela majore cette idée.

Mr A. : oui mais on n'a pas les moyens humains de vérifiés ces éléments.

Mr A. développe ensuite, en lien avec le référentiel de compétences de l'INPES, qu'à l'époque il y avait un minimum de formateurs formés et avec peu d'expérience, et à terme toute personne intervenante en ETP doit être formée à l'ETP. De plus Mr A. demande une journée de stage ou une journée de simulation pour les étudiants dans le cadre de la formation ETP apportée mais cela fait débat car les ressources de terrains de stage sont pauvres donc c'est peu réalisable.

Pour lui il est important de raisonner en terme d'acquis et intérêt pour l'ESI et non en terme de prescriptif d'un modèle. Par ce système il vise le questionnement de l'équipe, une réflexion sur le contenu à apporter et sur ce qui est important. L'objectif étant de sensibiliser les futurs professionnels et qu'ils sachent ce que cela veut dire (*en parlant de l'ETP*).

SIGNIFICATION ET ORIGINE DE LA LABELLISATION ETP DES IFSI

CB : Certains IFSI proposent des parcours ETP labellisés pouvez-vous m'expliquer ce que cela représente ?
La base des programmes IFSI en ETP est le modèle INPES et donc celui de la formation continue pour une base cohérente de contenu. Ensuite les IFSI construisent leur programme et le soumette à validation par l'ARS.

CB : Qui a décidé de cette labellisation ?

Mr A. : C'est un projet de l'ARS.

CB : Quel intérêt ou bénéfices pour les IFSI ?

Mr A. : Une plus-value dans l'intérêt des futurs professionnels.

CB : Quel intérêt ou bénéfices pour les étudiants ?

Mr A. : Comme précisé, l'objectif reste avant tout de sensibiliser les étudiants.

CB : Pourquoi cette initiation de labellisation ETP pour les IFSI ? Quel en est le contexte ? Explications données au-dessus

BUT ET OBJECTIFS DE LA LABELLISATION ETP DU POINT DE VUE DE L'ARS

CB : Quel objectif à cette demande de labellisation ?
Quelle finalité court terme, moyen terme, long terme ?

Mr A. : La diffusion de la pratique ETP, de la vision culturelle avec une vision transversale et non une spécialité.

RECENSEMENT DES LABELLISATIONS TERRITORIALESDES IFSI EN NOUVELLE AQUITAINE

CB : En Nouvelle-Aquitaine combien d'IFSI sont labellisés ? (*Sur les 28 existants*)

Mr A. : je ne sais pas car je n'ai pas eu cette mission et les informations ne m'ont pas été transmises par la personne responsable.
Sachant que c'est la région NA qui a initié ce modèle et que cette labellisation n'existe pas sur les autres régions.

CB : cela créer une iniquité pour les étudiants en SI en général ?

Mr A. : je suis soucieux de l'équité, hors le système amène des iniquités. Ceci crée du droit régional car le ministère se désengage sur ce point et c'est la politique régionale qui prend la décision. Donc pour certains IFSI cela donne une plus-value.
Sachant que les cliniques privées sont de plus en plus demandeurs et même si financièrement cela n'amène pas de résultats financiers immédiats cela créé de la capacité communiquante.

MISE EN ŒUVRE DES LABELLISATIONS ETP DES IFSI

CB : Quel contenu attendu pour la labellisation ?
Quels sont les critères pour obtenir la labellisation ?

Mr A. : je ne veux pas trop de prescriptif et des obligations non vérifiables, donc même si l'attestation est non périssable, même si les étudiants ne pratiquent pas ensuite, ils auront tout de même des apports sur le sujet.
L'important n'est pas le cadre du programme mais de savoir parler aux personnes, aux patients, aux familles.
Et attention ne pas former des spécialistes mais des humains avec des compétences transversales. Il faut travailler sur les représentations sociales et sur pourquoi on fait les choses

CB : Existe-t-il des critères d'exclusion ?

Mr A. : je n'ai pas eu de cas mais souvent les dossiers étaient en amont visualisé par la conseillère pédagogique qui au besoin demandait au IFSI une révision avant de soumettre à validation.
Mais Mr A. précise qu'il a demandé une UTEP par département pour amener une culture ETP et en fonction de leurs compétences ils peuvent aider les IFSI à la constitution d'un programme de formation.

Le souci c'est la problématique des mouvements dans les équipes qui du coup peut amener une non compréhension du dispositif par les formateurs et l'importance de l'implication de l'équipe et du partage dans le projet ETP.

Mr A. émet un problème selon lui qui est que les futurs soignants n'ont pas été malades donc attention la compréhension et à la possibilité de se mettre à la place de. De la même manière sensibiliser les patients à se positionner en acteur : il faut travailler dans les 2 sens et pour le soignant autoriser le patient à se questionner, comment le soignant dans sa posture autorise le patient à questionner, critiquer.
Ce que l'on cherche c'est le meilleur soin donc il ne faut pas croire qu'on en parle juste parce que c'est à la mode.

De même Mr A. insiste sur la perte de l'humanité de considérer l'autre, et notre culture « de sachant » a fait perdre cette humanité. De même pour Mr A. la T2A impose un système basé sur la technique qui rapporte financièrement et les 35h imposent aussi un impératif de temps et la prévention comme l'ETP demande du temps ! Le paradoxe économique ! Selon Mr A. l'ETP doit aussi amener une réflexion dans un axe économique.

En effet, pour Mr A. il faut arriver à changer la vision des choses car aujourd'hui il n'y a pas de vision intégrative de l'ETP comme pour la prévention et dans notre système il n'y a jamais eu une intégration de la prévention et éducation.
L'approche par programme n'est pas forcément une bonne approche mais c'en est une qui permet d'avoir accès à l'ETP par des professionnels formés et ensuite il s'agit de l'élargir.

Pour le contenu, Mr A. revient sur les changements de comportements que demande l'ETP et la nécessité de travailler sur les représentations.
De plus, il ajoute que les étudiants voient les choses comme on leur présente donc le rôle des formateurs est important en ce sens.

Mr A. me conseille un livre : l'éloge de la fuite d'Henri Laborit, sur le libre arbitre et la dominance des individus entre eux.

Mr A. revient sur le contexte réglementaire de l'ETP et me précise qu'avant l'ETP était déclinée en 3 axes :
- <u>les programmes techniques</u> c'est-à-dire la part principale était faite à l'apprentissage d'auto-soins techniques. Et c'est de là que partent la plupart des programmes car sur les terrains, les professionnels développaient déjà cet axe, par exemples sur les pompes à insuline, les poches de stomies et ils ont fait des demandes de programmes sur quelque chose qu'ils faisaient déjà.
-<u>l'accompagnement éducatif ciblé</u>, selon Mr A. cela aurait été l'axe le plus intéressant : comment dans le travail intégrer cet accompagnement ?
-<u>les programmes</u>, qui sera le seul axe développé au final.

Ainsi dans les programmes on retrouve deux écoles d'ETP : une approche biotechnique basée sur les compétences de sécurité et de soins des soignants, donc très informations

dépendantes et une approche beaucoup plus sciences humaines, lutte contre les stéréotypes, les motivations à changer, plus biomédicale. Mr A. précise ensuite qu'aujourd'hui les patients demandent des formations sans soignants c'est-à-dire qu'avec des professionnels non soignants pour ne pas parler des traitements et des soins car le patient veut parler de changement d'habitudes, de s'occuper des petits enfants, de sa vie quotidienne …

Pour Mr A. il ne faut pas oublier que le patient n'est pas un objet de soin mais une personne avec une vie, une ambivalence, une contradiction, des représentations, et veulent pas être soigner comme le voit le soignant mais être considéré comme une personne avec une maladie qui veut vivre.

Il aborde aussi pour lui la vision des soignants qui ne perçoivent plus les difficultés et les douleurs des patients. Une limite dans la pratique.

ASPECT FINANCIER DES LABELLISATION

CB : Quel coût supplémentaire cela représente-t-il pour les IFSI ?
Existent-il des aides possibles humaines, matérielles et financières ?

Mr A. : il y a eu une aide pour la formation des formateurs IFSI mais pas plus. Mr A . dit qu'il espère que les formateurs ont compris que l'ETP n'est pas qu'une démarche administrative, un dispositif et une formation de 40h et que cela fait appel à autres éléments comme l'éthique, technique de communication…
Cela dit, dit-il, dans la formation en SI apparaissait déjà la formation à l'ETP mais elle ne rapportait rien aux étudiants, donc la certification donne un sens, avant cela n'était pas cadrer et sans valeur alors que maintenant c'est reconnu.

SUIVI ET EVALUATION DES LABELLISATIONS

CB : Existe-t-il un système d'évaluation ou de révisions des labellisations ?

Mr A. : il n'existe pas de système d'évaluation aujourd'hui et même ce qui est préconisé dans le cadre d'un programme ETP n'est pas suivi, en partie à cause d'une administration qui est très lourde.

CB : Existe-t-il un suivi des labellisations autorisées ?

Mr A. : Non

RETOUR EXPERIENTIEL DES LABELLISATIONS

CB : Quel retour avez-vous des IFSI sur ces labellisations ?

Mr A. : Pas de retour aujourd'hui.

CB : Existent-ils un suivi des IFSI qui labellisent ?

Mr A. : Pas de suivi à ce jour.

OUVERTURE SUR LE SUJET

CB : Que pensez-vous de l'adaptation de la formation continue 40h à la formation initiale en SI ?

Mr A. : la grosse différence c'est l'expérience des professionnels et que c'est celle-ci qui amène les professionnels à demander la formation ETP, ils se sont auto-sélectionnés. Donc c'est moins transférable pour les IFSI car il n'y a pas d'auto-sélection mais c'est la qualité du formateur qui va amener l'intérêt.

Mr A. fait ensuite un point sur les capacités relationnelles des médecins et leurs actes prescriptifs et en appui d'une étude menée, il précise que le constat a été fait que moins ils sont à l'aise dans la relation humaine plus ils prescrivent. De même il fait une aparté en relatant une expérience avec des étudiants d'une formation en santé qui ne s'intéressent pas à son cours (jouent sur leur ordi, n'écoutent pas) et le problème pour lui c'est l'empowernement, le pouvoir d'agir et la capacité de positionnement.

CB : Que pensez-vous des étudiants dont on sent que la posture n'est pas adaptée, qui ne s'intéressent pas à l'ETP et qui auront l'attestation ?

Pour Mr A. pour autres unités d'enseignements ou formations on ne se questionne pas dans ce sens, donc ce qui est important c'est qu'il y est eu une première approche de l'ETP et même si l'étudiant « n'est pas bon » dans le domaine, il aura eu des apports organisés.

De plus pour Mr A. il faut être vigilant car c'est très culturel d'amener que les éléments négatifs et de ne pas apporter le positif dans les écrits. Sur l'ETP en particulier il y a eu des progrès notamment dans les formations 40h pour qu'elles ne soient pas que sur du transmissif mais sur de l'interaction, du partage de savoirs … par l'usage de différents outils, la participation de patients experts …

De là Mr A. amène une ouverture sur l'importance de l'approche motivationnelle, l'aspect motivationnel essentiel à prendre en compte, et il précise que l'on raisonne trop par des comportements rationnels comme amenés par Descartes, et on amène d'abord tout ce qui est négatif et après on demande si la personne est motivée pour changer maintenant !

CB : Avez-vous des suggestions supplémentaires à faire sur le sujet ?

Sur les suggestions Mr A. propose un abord plus sur les représentations en formation.

Il ajoute que les étudiants sont en formation donc forcément la motivation doit être présente et il faut s'appuyer dessus sans le tenir pour acquis.

Mr A. amène également l'intérêt de comprendre comment fonctionnement le système de financement de la sécurité sociale et le système de santé, hospitalier.

Enfin il aborde l'importance de la prise en compte du système et pas que du comportement qui limite à une vision individuelle et responsabilise à titre individuel.

CB : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos échanges.

ANNEXE 16 : Retranscription de l'entretien semi-directif par téléphone avec un acteur stratégique d'une UTEP de Nouvelle-Aquitaine

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF
Mr U. UTEP NOUVELLE AQUITAINE

ENTRETIEN TELEPHONIQUE DU 13 MAI 2020
Durée 1h12

CB : le chercheur
Mr U. : l'enquêté

Présentation en amont du chercheur et redonne le contexte de l'entretien et la thématique.
Demande l'autorisation d'enregistrer l'entretien, sous couvert d'utilisation dans le cadre du travail de recherche et d'anonymat.

MISSIONS DE TRAVAIL

CB : Pouvez-vous m'expliquer quel est votre travail ?
Et plus précisément quelles sont vos missions au sein de l'UTEP ?
Plus en lien avec la formation en ETP ?

Mr U : Je travaille à l'Unité transversale d'éducation du patient (UTEP), créée il y a six ans au centre hospitalier universitaire de X.
Je suis médecin généraliste et je participe à la formation initiale et continue en ETP, je suis aussi formateur Afdem (L'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel).

Pour la formation ETP des IFSI, il existe une procédure de l'ARS, suivi à l'époque de sa création par Mme V. conseillère pédagogique ARS. Dans le déroulement, les dossiers de contenu élaborés par les IFSI sont soumis aux UTEP des CHU (Bordeaux, Poitiers, Limoges) pour validation des contenus pour qu'ensuite l'ARS labellise.

SIGNIFICATION ET ORIGINE DE LA LABELLISATION ETP DES IFSI
RECENSEMENT DES LABELLISATIONS TERRITORIALESDES IFSI EN NOUVELLE AQUITAINE

CB : Certains IFSI proposent des parcours ETP labellisés pouvez-vous m'expliquer ce que cela représente ?

Mr U. : Il y une obligation d'un regard des UTEP CHU sur le déroulé pédagogique des programmes de formation ETP proposés par les IFSI, c'est la procédure ARS que j'évoquais. Dans ce contexte, j'ai évalué plusieurs contenus de programmes proposés par des IFSI de la région, ensuite je fais suivre mon évaluation à la conseillère pédagogique à l'époque, car le problème c'est qu'elle est partie et n'a pas été remplacé pour le moment donc on continue à

regarder les contenus et on transfert à un autre responsable sur l'ARS. Mais il manque quelqu'un au niveau ARS pour les diplômes d'Etat, une conseillère pédagogique, et aujourd'hui on à ce manque.

Ça c'est une procédure créée entre nous après on a créé les 3 UTEP de CHU, Charles Perrens et une autre structure, et avec un déroulé pédagogique type qui est tout à fait disponible que je pourrais vous envoyer, et sur lesquels, que ce soit pour la formation initiale ou continue, ça pouvait être un point d'appui sur tout ce que l'on pouvait mettre dans une formation 40 heures. Donc ce document est accessible je ne sais pas trop où, moi je l'ai donc je peux vous l'envoyer. Car en fait pour cette labellisation on s'est appuyé dessus, donc c'était … d'avoir au moins un document régional puisqu'il n'y a rien et puis pour les étudiants, et ça été pareil pour les kinés, les ergos, staps tout ça, pour la formation initiale, nous ça fait à peu près 3 ans qu'ils ont ça dans la formation initiale, et c'est moi qui est validé tous les contenus de ces formations initiales.

BUT ET OBJECTIFS DE LA LABELLISATION ETP DU POINT DE VUE DE L'ARS

CB : Pourquoi cette initiation de labellisation ETP pour les IFSI ? Quel est le contexte et quel objectif à cette demande ?

Mr U : C'est former les étudiants, alors soi-disant qu'est-ce que l'on met dedans, à l'intérieur compte tenu que ce sont des étudiants, qui ont peu de pratique, peu de recul par rapport à la prise en charge des malades mis déjà il y a des fondamentaux quand même qu'on veut faire passer, d'autant que pour moi l'ETP va surement évoluer vers une intégration plus forte dans les soins, puisque je reçois du ministère des documents que l'on ressort, par exemple pour la tarification forfaitaire en néphrologie, l'ETP est compris dedans, donc pour la prévention de l'insuffisance rénale stade IV et V, euh il y a de l'ETP forfaitaire qui est compris dans le tarif et cette ETP est hors programme, maintenant on a des appels à projet, on a eu les maladies rares et dans l'appel à projet le ministère nous dit il y a obligatoirement de l'ETP et ça relève, et y doit y avoir, pardon, des nouvelles technologies intégrées. Donc visio-ETP, web éducation, e-learning éventuellement etc… Et cette ETP elle est compris dans le tarif appel à projet donc on voit bien que l'ETP aujourd'hui on veut en mettre beaucoup et l'ARS nous avait un petit peu indiqué, bon en ce moment il y a le COVID qui est passé par là, que le ministère souhaitait que l'ETP se développe beaucoup plus et qu'il y est moins de contraintes administratives. Et puis, moi j'avais suggéré depuis de nombreuses années, que l'on est une nomenclature de l'ETP, que ce soit public, privé, T2A qu'on est une nomenclature qui nous permettait de sortir de toutes ces problématiques d'autorisation et de renouvellement, tout en étant vigilant de la qualité de ce qu'on y met dedans, voilà.

Après la formation obligatoire ça, ça me paraissait essentiel et du coup la formation initiale, c'est une discussion que j'ai eu avec Rémy Gagnayre de Bobigny, euh sujet qu'euh on a réfléchi ensemble depuis quelques années et on se posait la question est-ce-que c'est une formation certifiante, ou est-ce-que c'est une formation initiation avec un module de renforcement qui serait nécessaire pour la certification, vous voyez il y avait toutes ces réflexions derrière ça, est-ce-que quelqu'un qui a fait 40h … car en plus vous avez des organismes de 40h qui font des choses tellement différentes, tellement différents euh c'est pour ça qu'ETHNA a essayé de faire un petit document, ils ont fait un gros travail mais pas je ne vois pas comment on peut s'en servir. Mais je vois bien qu'il y a déjà des organismes qui font des choses plus ou moins bien je dirais voilà et puis il y a des étudiants qui voilà, que l'on forme. Moi je vois par exemple sur des étudiants staps à qui je fais une formation 40h, j'essaie de les associés j'ai 57 étudiants, je vois que j'en ai qui s'en foutent complètement, bon ils sont dans le fond et ils attendent que ça se passe (rire) et puis on leur met un examen, ils ont un

truc à corriger euh bon j'ai fait les étudiants de pharmacie à la fac de 5ème année *(donc sur la fin de cursus)* pareil j'en avais au fond de la salle qui faisait autre chose, donc c'est très compliqué et après on va leur donner à tous une attestation de formation donc voilà, alors c'est vrai qu'évaluer tout ça c'est complexe et il y a beaucoup d'éléments où chacun, on aimerait tous avoir quelque chose de plus structuré et structurant, donc votre démarche me paraît bienvenue.

Je n'ai quasiment pas posé de question et discours déroulé comme s'il s'avait ce qui questionne les IFSI ou peut être que tous les instituts de formation se questionnent de la même manière ?

Je dis au Dr U. qu'effectivement ces propos me font échos car ce sont des réflexions que je me suis faites.

Mr U : L'ETP je dirais que ça n'est pas une spécialité mais une compétence, qui peut être exercer par différents métiers, même des assistantes sociales, même des secrétaires.

Je dis au Dr U. que déjà initialement la formation infirmière a beaucoup de contenu en lien avec l'ETP, je lui demande si c'est le cas pour staps, pharmacie …

Mr U : Euh non pour pharmacie non, pour les soins éducatifs il y avait beaucoup de choses proches d'ailleurs quand on a fait l'état des lieux au début avec une collaboratrice de l'IFSI, ici a l'IFSI du CHU, je lui avais demandé de me donner tout ce qui se faisait déjà et je m'étais rendu compte qu'il y avait plein de choses, bien sûr à mettre dans un ordre différent, mais qui s'en rapprochait voilà, donc c'est sûr qu'il y a déjà dans le contenu infirmier pas mal de choses qui sont intéressantes.

Par exemple pour les étudiants staps, moi je le vois pour ceux qui sont intéressés, euh tout d'un coup ils découvrent, notamment l'empathie, la posture éducative, qui est quand même la clé comme dit Gérard Reach de Bobigny, « l'ETP sans posture est une imposture » et quand ils découvrent ça à travers des phrases de patients, car moi j'ai une batterie de phrases de patients, j'en balance et je leur dis comment vous leur répondez ? euh qu'est –ce que vous faites à ce moment-là ? Et là la première tendance c'est de dire faire ci faire ça, le bon conseil et après quand on leur apprend ça ils disent ah en effet et c'est vrai que je n'aurais jamais imaginé ça et après du coup eux même trouvent des phrases et ils essayent de me coller, j'adore ça. Donc déjà s'ils acquièrent le côté c'est quoi l'ETP, c'est quoi l'empathie, c'est quoi la posture éducative … car moi je reprends toujours la terminologie de la temporalité du patient, le Keros et le Chronos, et bien euh, on voit bien qu'il y a des moments opportuns où il y a une demande et il y a l'ETP programmée et il y a plein de demandes, et le patient a souvent besoin de réponses rapides … et si on se met déjà en posture d'écoute et de compréhension, de dire « tient qu'est ce qui se pose comme question, qu'est-ce-que vous mettez dessus » et lui demander d'abord ce qu' il va pouvoir en faire, on avance énormément, on va voir déjà comment sont ses représentations, ou s'il est dans un contexte émotionnel et du coup si on travaille, moi je travailles beaucoup sur l'empathie donc de partager l'état émotionnel, de prendre soin de l'autre et surtout comprendre, d'adopter sa perspective à lui et bien déjà c'est un point essentiel, et du coup le diagnostic éducatif prend sa logique ou le bilan éducatif partagé qui est un peu plus souple si je puis dire, plus momentané si je puis dire et du coup tout prend sens et on voit bien le projet qui va être derrière, ce que l'on peut lui proposer qui relève de l'ETP et derrière de favoriser son autonomisation voilà et du coup quand on a ça, je dirais, dans un séquençage, je pense que des étudiants quelqu'ils soient vont y trouver du sens à leur métier.

Alors vous avez pleins de publications dessus, vous avez sur l'ETP journal, il y a eu en 2009, former les soignants à l'éducation, que peut changer un programme et surtout il y avait une

enquête sur l'ETP en formation infirmière et après sur Cairn il y a eu en 2018, en recherches en soins infirmiers, la formation en ETP niveau 1 étude de cas. C'est plutôt poser la problématique et surtout quel est l'objectif pédagogique pour la formation, qu'est-ce que l'on cherche au travers d'étudiants, est-ce-que c'est la même chose qu'en formation continue ? Est-ce que l'on va juste à travailler à construire un programme je crois pas, est-ce-que l'on va sur évaluer un programme d'ETP surement je pense, est-ce que l'on va sur les textes, un petit peu mais pas trop voilà les points clés.

Par contre là où je suis très attentif et vigilant c'est que quand on parle d'ETP qu'on ne fasse pas de lien avec l'éducation pour la santé, la promotion de la santé parce que … c'est répété d'ailleurs par Rémy Gagnayre et les autres, il y a bien souvent cette confusion on parle de PROMS d'éducation pour la santé puis on part sur l'ETP. En ETP on est dans le soin donc ça c'est un élément clair, c'est une part de soin, c'est la part personnelle du patient au quotidien, c'est la gestion au quotidien, s'il a la bonne prescription, le bon diagnostic, les bons médicaments tout ça, voilà comment il va intégrer ça dans sa vie, comment il va gérer ses problématiques de quotidiens, d'oublis, de changements de vie ... tout un tas de choses et en fait chacun va y travailler à sa manière, chaque patient va avoir sa propre conception des choses, va aussi avoir une vision de sa maladie qui peut être très différente, selon le contexte émotionnel, de tension, de ses mécanismes de pensées et moi je suis en train de travailler avec A. Giordan, c'est lui qui a créé le modèle allostérique, bon je suis en train de publié avec lui une méthode de construction de programme qui associe méthode de projet et modèle allostérique, on a fait ça ensemble, pour montrer toute la part qu'il y a métacognitif, infra, émotionnel … toutes les dimensions que l'on met dans l'ETP. Donc moi c'est vrai que je pense que pour les étudiants il ne faut pas complexifier les choses par contre bien dire qu'un patient c'est pas une page blanche, c'est comme tout le monde, comme nous tous on a des émotions, des conceptions de choses … donc on peut avoir la bonne prescription, la bonne explication et que le patient fasse tout autrement et du coup c'est là où l'empathie vient, je dirai l'absence de jugement, l'écoute active … la bienveillance enfin tout ce qu'on y met et quand on met l'empathie dans le soin on a de meilleurs résultats que quand on en met pas c'est tout, ça c'est démontré dans différents travaux et à chaque fois ça réapparaît donc du coup c'est pas le tout d'expliquer aux gens, il faut le faire mais c'est s'assurer comment ça va être intégré dans la perspective personnelle du patient, dans sa vision des choses. Ce temps consacré à ça doit être pris, c'est pour ça que l'ETP prend du temps parce que l'on rentre dans une autre temporalité qui est celle du patient. ON sort de notre temporalité de soignant pour aller dans celle du patient.

CB : Comment vous arrivez à le travailler avec les étudiants ça dans le cadre de la formation ?

Mr U : Alors comme partout on n'a pas assez de stage, on a pas assez de possibilités de stage, alors on fait beaucoup de simulation en ETP, je leur ai donné tout un tas de cas clinique, d'ailleurs moi j'interviens sur 2 demi-journées je ne fais que ça, je dis je m'appelle Mr … voici ma problématique … maintenant essayer de faire le point avec moi et de me proposer quelque chose … voilà après je fais intervenir une patiente experte 2 fois, une personne qui a une polyarthrite rhumatoïde, que je fais-moi même intervenir dans ma propre formation 40h et elle intervient aussi pour l'IFSI et après il y a des stages mais comme on a une carence pour les stages, la seule chose qu'on a fait, bon à part les simulations, c'est de faire entrer des patients face à eux, apparemment ça plait beaucoup, car ces paroles de patients c'est différent que quand on jour le patient, c'est pas du tout pareil, ils se rendent compte du contexte émotionnel et toutes les difficultés en direct.

CB : Comment l'UTEP participe à la formation des étudiants ?

Mr U : Alors nous notre UTEP, elle intervient sur la pharmacie et staps, après j'intervenais sur IFOMER, donc moi je validais le contenu et la formation est réalisée par d'autres formateurs issu de la filière. J'ai les sages-femmes à rencontrer ainsi que les diététiciennes. Donc moi je valide les contenus, j'ai un déroulé pédagogique de principe et je dis que je veux qu'il y ai au moins ça, telle méthode pédagogique, j'ai une pédagothèque que je prête, qui permet de voir des outils pédagogiques, une centaine, pour différentes pathologies, et ça leur permet de créer eux même des outils à partir de ce qu'ils ont vu et surtout de ses dire à quoi sert cet outil, quelle est l 'intention derrière.

MISE EN ŒUVRE DES LABELLISATIONS ETP DES IFSI

CB : Vous arrive-t-il de poser des réserves ou refus de labellisation ?

Mr U : Oui des réserves et les instituts ont revu

CB : Sur quels critères en général ?

Mr U : Dans les critères je vois souvent l'éducation pour la santé qui apparait au départ, où on y passe des heures et c'est hors sujet, puis sur le diagnostic éducatif et on traite ça en 1h30, euh l'empathie qui est souvent oubliée, souvent l'entretien motivationnel on me met ça dans tous les coins, alors que ce n'en ai pas. Je suis formateur AFDEM (L'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel) et je fais moi-même de la formation sur l'entretien motivationnel et du coup quand je vois ce qui est écrit désolé ça n'est pas ça, et pour les IFSI ça me paraît bien compliqué l'entretien motivationnel, difficile de l'intégré comme ça, ça risque de créer plus de confusion, entre le diagnostic éducatif, la posture éducative, l'entretien motivationnel tout d'un coup y'a un mélange qui est en train de se faire et ça n'est pas possible. Il faut vraiment pratiquer pour l'entretien motivationnel.

Pour le diagnostic éducatif moi je différencie bien diagnostic éducatif et bilan éducatif partagé, bien que l'objectif est commun, l'un est plus structuré selon d'Ivernois et Gagnayre, avec les 5 dimensions alors que le bilan éducatif de Sandrin Berthon est plutôt une approche relationnelle au début et puis une approche beaucoup plus globale sur qu'est-ce que l'on peut faire ? Qu'est ce qui lui donne envie de se soigner ? Ça se rapproche d'ailleurs de la procédure d'empowerment, et puis nous on a inventé tout un tas de format de bilan éducatif, d'ailleurs on a un bilan éducatif de consultation, on a créé des outils parce que on a des équipes qui nous disent on n'a pas le temps pour le diagnostic éducatif mais lors de consultation je vois les gens en profitent pour faire un bilan éducatif, mais je peux pas y passer tant d'heures, du coup on a créé des documents (auto-questionnaire , un entretien avec une consultante et une orientation) et aujourd'hui quel est mon problème et qu'est-ce que je peux faire pour y répondre. Il faut avoir de la souplesse pour répondre au mieux aux besoins du patient. De même dans le contexte de la polypathologie du patient, comment il va prioriser… quelle est sa préoccupation principale … donc il y tout ce qui relève de la formation initiale c'est-à-dire la base et ce qui relève de complément (polypathologie …) sinon on va les perdre.

Moi je dis qu'ils comprennent la psychologie, qu'est ce qui se passe quand on a une maladie chronique, impact psychosociale, qu'est ce qui se passe, l'annonce et les conséquences, tout le domaine émotionnel et les représentations, les croyances au sens large et il y a ensuite les modes (proschscka, modèle de croyance en santé, théorie de l'action raisonnée, locus contrôle et amène chacun une certaine lecture). Et après je dirai qu'il y a la relation qui est au centre dans l'ETP, d'ailleurs Sandrin Berthon dit qu'au départ dans le bilan éducatif on met la relation, c'est le point de départ d'une nouvelle relation, et quand on utilise différents outils et qu'on a fait différentes lectures, qu'on voit l'impact, quel relationnel je vais mettre en place et du coup sur le plan relationnel je vais utiliser l'écoute active, et du coup derrière quand je fais

de la relation comment je peux transformer ça en bilan éducatif, c'est à –dire de proposer quelque chose qui peut relever de l'ETP, et du coup-là on a un lien qui est fort et on a les bases, voilà comment je l'ai construit. Après il y a l'évaluation on en parle un peu, alors moi je l'ai simplifié, j'ai des documents standardisés pour moi (qui a été repris dans le document de juin 2018 dans l'HAS) c'est l'utilité perçue du programme et l'auto-efficacité et la satisfaction, je ne vais pas au-delà et surtout pas la qualité de vie qui n'est pas spécifique de l'ETP.

CB : Quelle approche pédagogique favorisez-vous ?

Mr U : Comme André JOURDAN je dirai que tout est bon mais par contre dans la co-construction, à partir d'une question et en mobilisant les outils (ronde de décision, carte de Barrow, brainstorming …), et ces outils utilisés à la fin je leur dis vous pouvez les utiliser avec les patients et du coup on utilise la même chose qu'eux pourrait utiliser avec les patients.

Avec les étudiants stpas la technique des ambassadeurs est utilisée, sur les grands groupes cela fonctionne bien.

CB : Et pour de la formation des formateurs, qu'en pensez-vous ?

Mr U : Pour les IFSI j'avais été désigné par l'ARS d'être formateur des formateurs des IFSI ; les 3 UTEP, donc je forme des formateurs mais la réalité quand j'ai des formateurs et je les mets avec les autres professionnels car il y a peu de différence.

La construction d'une formation c'est très intéressant mais est-ce que les formateurs le veulent ? S'il existe déjà un cadre ETP de référence, je dirais déjà initier l'itinéraire pédagogique et il faut faire un itinéraire cognitif. Donc une formation de formateur c'est intéressant, c'est aidant dans la construction de formation.

Moi j'ai construit un DU ETP qui ouvre en octobre, co-construit avec un itinéraire clair (sociologie, didactique, philosophie du soin). Module opérationnel et un module motivationnel. Si on veut être pluridisciplinaire et avoir la même culture c'est bien d'avoir une formation similaire.

En plus avec les différents courants de pensées … moi j'ai suivi Genève, Lille, Catherine Tourette Turgis. Ce sont trois influences complémentaires.

CB : Les programmes de formation sont-ils révisés, mis à jour ?

Cela questionne effectivement, par exemple doit-on mettre dans la formation la littératie en santé, les nouvelles technologies, la sophrologie, la méditation … donc sans arrêt il y a plein de nouveaux apports possibles.

De plus selon le lecteur du contenu, cela va aller vers ses appétences par pour moi en pratique quotidienne la litteratie en santé me semble complexe alors que pour certains confrères plus experts dans le domaine, pas du tout.

Moi je suis très attentif aux compétences auto-soins et adaptations, pour moi c'est clair les compétences d'adaptations sont intégrées aux compétences d'auto-soins, je ne peux pas faire de différences, de temps en temps sur une activité ciblée oui on peut faire presque que de l'auto-soins, mais si dans l'ETP il n'y a pas d'adaptation et bien ce n'est pas de l'ETP, ils sont l'un dans l'autre. Les compétences d'adaptations permettent d'acquérir les compétences d'auto-soins et donc quand je vois d'un côté des compétences et de l'autre les autres, ça n'est pas possible, ça n'est pas qu'un geste technique, il y a une vie, une personne. Cela n'est pas bien compris de tous et même des professionnels.

La publication que je réalise avec Mr Giordan va dans ce sens. Moi je parle des 5 dimensions de la personne : l'émotionnel, les représentations, le métacognitif, les modes de pensées, l'infra cognitif, les connaissances, les perceptifs … et là on sort des critères qui bloquent tout un tas de réflexions parce qu'il faut des compétences d'adaptation et d'auto soins.

CB : Donc en voulant cloisonner ces compétences c'est de nouveau cloisonner le patient et ne pas le prendre en globalité ?

Mr U : Oui, un malade ce qui compte pour lui c'est sa maladie et au travers de sa maladie, sa vie.

Et je pense que l'on ne peut pas proposer, comme le font certains organismes, des formations quand on n'a jamais été en contact avec des malades et confusion avec l'éducation pour la santé.

CB : La labellisation des formation ETP en IFSI est une volonté régionale et par conséquent n'est pas proposée à tous, qu'en pensez-vous ?

Mr U : Oui chaque région fait sa sauce, je n'ai pas de connaissance de labellisation dans d'autres régions hormis Toulouse, qui est à peu près dans la même dynamique.

RETOUR EXPERIENTIEL DES LABELLISATIONS

CB : Vous qui faites la formation auprès de différents étudiants en santé, que pensez-vous de la formation initiale pluriprofessionnelle ?

Mr U : Je le fais avec l'IFOMER, avec 2 jours communs, c'est complexe et lourd à manier dans l'organisation. Nous avons une expérience de 3 ans sur le sujet et je me demande si un séminaire commun après la formation, en pluridisciplinaire serait pas plus intéressant et penser la construction d'un programme ETP commun.

RETOUR EXPERIENTIEL DES LABELLISATIONS

CB : Avez-vous des retours d'étudiants formés et ou établissements ?

Mr U : Les étudiants sont demandeurs de retour d'expérience une fois en poste mais je n'ai pas de retour sur les établissements.

OUVERTURE SUR LE SUJET

CB : Avez-vous d'autres suggestions à faire sur le sujet ?

Mr U : Votre sujet de mémoire intéressera beaucoup Mr Gagnayre, contactez le pour avoir son avis.

CB : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour vos échanges.

ANNEXE 17 : Résultat du Questionnaire d'enquête à destination des Cadres de Santé Formateurs des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

*obligatoire

Pour mieux vous connaître

-Département du lieu d'exercice* :

Département de la N.A	Nombre d'IFSI	Nombre d'ESI répondant
16 Charente	1	3
17 Charente-Maritime	3	6
19 Corrèze	3	/
23 Creuse	1	1
24 Dordogne	1	9
33 Gironde	6	19
40 Landes	2	3
47 Lot-et-Garonne	3	6
64 Pyrénées-Atlantiques	3	4
79 Deux-Sèvres	2	4
86 Vienne	1	5
87 Haute-Vienne	2	2

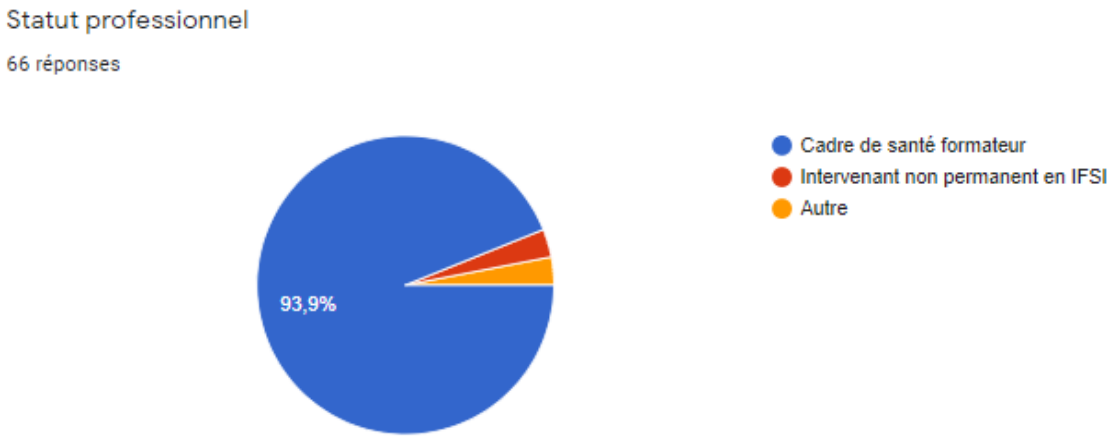
Hors région :
97 = 1
29 = 1
73 = 1
93 = 1

-Nombre d'étudiants infirmiers par promotion* :

Mini	40
Max	330
Moyenne	185 par défaut

-Votre catégorie socio-professionnelle* :

- Cadre de santé formateur 62 ou 93,9 %
- Intervenant non permanent en IFSI 2 ou 3 %
- Autre, précisez … 2 ou 3 %

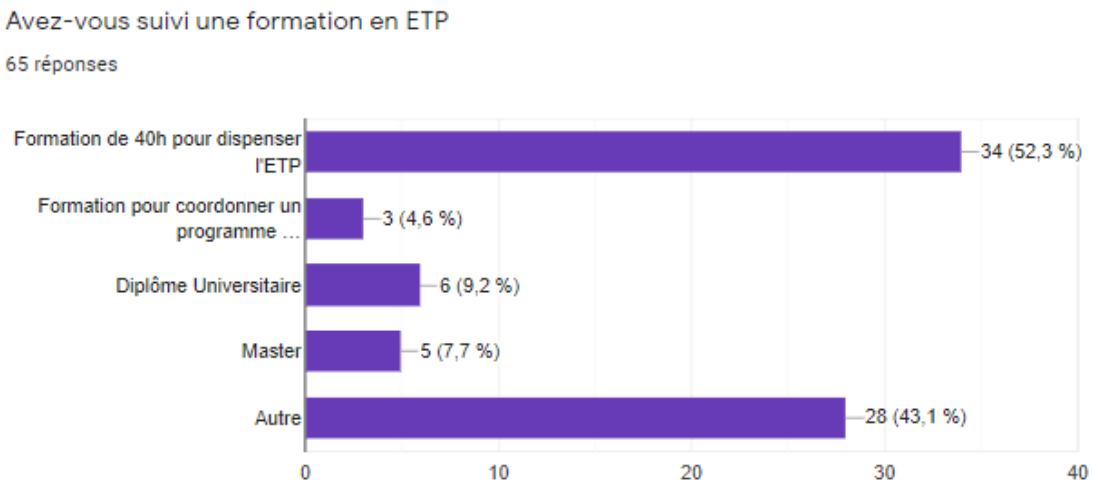


-Avez-vous une expérience en ETP ?*

- Oui 20 ou 30,3 %
- Non 46 ou 69,7 %

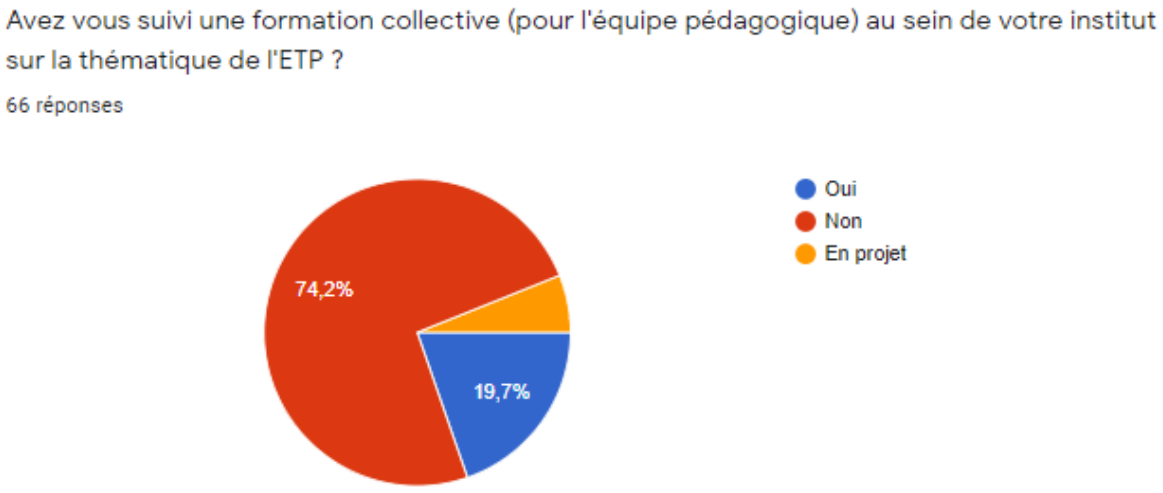
-Avez-vous suivi une formation en ETP ?*

- Formation 40h pour dispenser l'ETP 34 ou 52,3 %
- Formation pour coordonner l'ETP 3 ou 4,6 %
- Diplôme universitaire 6 ou 9,2%
- Master 5 ou 7,7%
- Autre 28 ou 43,1 %



<u>-Avez-vous suivi une formation collective (pour l'équipe pédagogique) au sein de votre institut sur la thématique de l'ETP ?</u>

- Oui 13 ou 19,7 %
- Non 49 ou 74,2 %
- En projet 4 ou 6,1 %



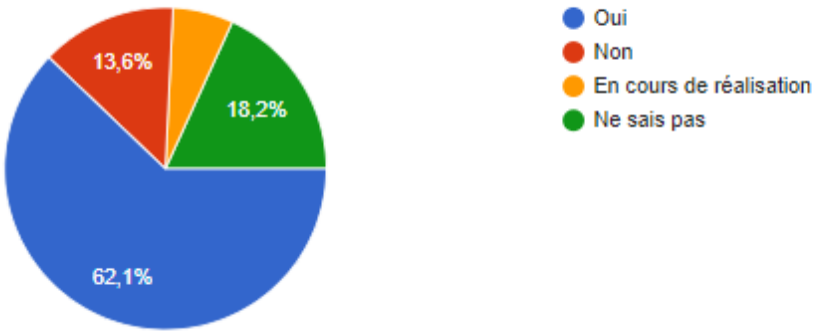
Votre travail, vos enseignements, l'équipe, les étudiants et vous

<u>-Votre institut a t-il une labellisation ETP validée par l'ARS ?*</u>

- Oui 41 ou 62,1 %
- Non 9 ou 13,6 %
- En cours de réalisation 4 ou 6,1 %
- Ne sais pas 12 ou 18,2 %

Votre institut a t-il une labellisation ETP validée par l'ARS ?

66 réponses

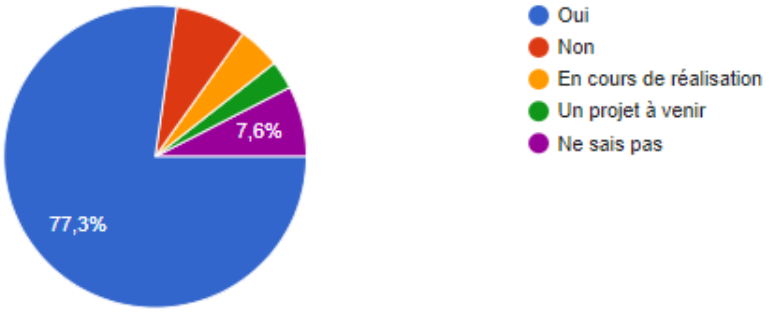


<u>-Votre institut dispose-t-il d'un programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers ?*</u>

- Oui 51 ou 77,3 %
- Non 5 ou 7,6 %
- En cours de réalisation 3 ou 4,5 %
- Un projet à venir 2 ou 3 %
- Ne sais pas 5 ou 7,6 %

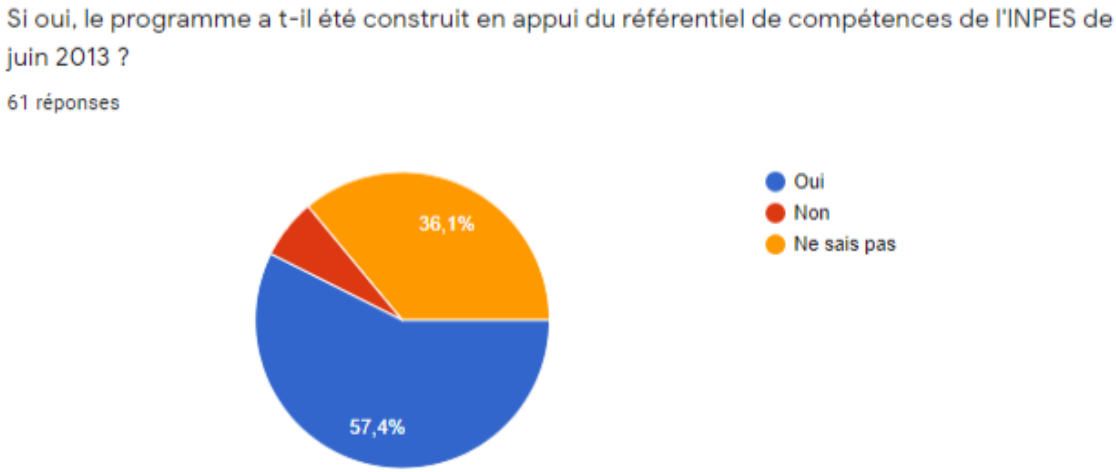
Votre institut dispose t-il d'un programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers

66 réponses



-Si oui, le programme a t-il été construit en appui du référentiel de compétences de l'INPES de juin 2013 ?

- Oui 35 ou 57,4 %
- Non 4 ou 6,6 %
- Ne sais pas 22 ou 36,1 %
- 5 sans réponse

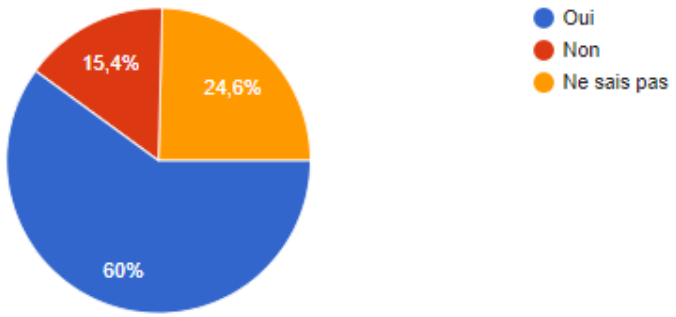


-Le programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers a t-il été (ou va t-il être) construit en appui d'un programme de formation continue 40h ?

- Oui 39 ou 60 %
- Non 10 ou 15,4 %
- Ne sais pas 16 ou 24,6 %
- 1 sans réponse

Le programme spécifique de formation ETP pour les étudiants infirmiers a t-il été (ou va t-il être) construit en appui d'un programme de formation continue 40h ?

65 réponses

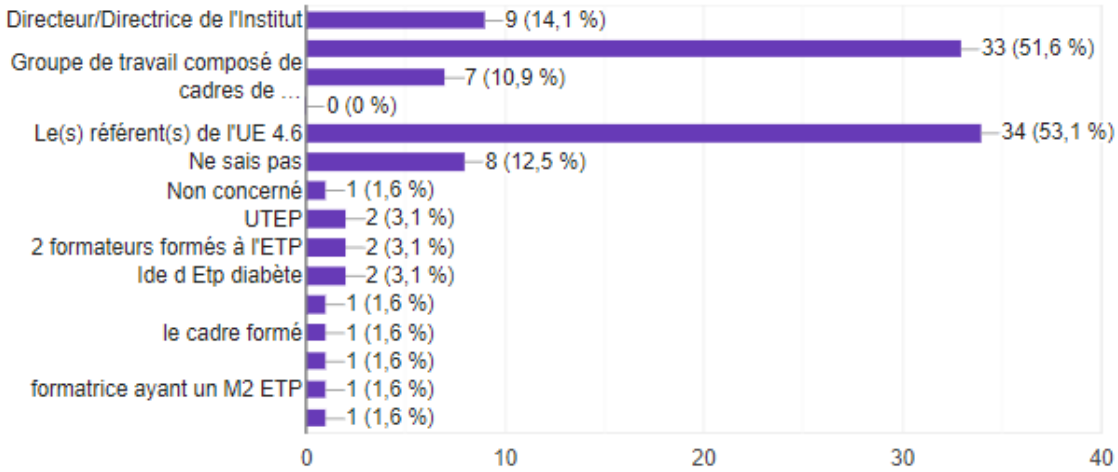


<u>-Par qui a été élaboré ce programme de formation ? (Plusieurs réponses possibles)</u>

- Directeur/Directrice de l'institut 9 ou 14,1 %
- Groupe de travail composé de cadres de santé formateurs travaillant sur des UE en liens à l'ETP 33 ou 51,6 %
- Groupe de travail composé de cadres de santé formateurs travaillant sur différentes UE 7 ou 10,9 %
- L'ensemble de l'équipe pédagogique 0 ou 0 %
- Le(s) référent(s) de l'UE 4.6 34 ou 53,1 %
- Ne sais pas 8 ou 12,5 %
- Non concerné 1 ou 1,6 %

Par qui a été élaboré ce programme de formation ? (plusieurs réponses possibles)

64 réponses



En plus a été ajouté :

- En association avec l'UTEP 3 ou 4,7%
- En association avec des professionnels de terrain formés à l'ETP 2 ou 3,1%
- Cadre de santé formateur formé à l'ETP 3 ou 4,7%
- Cadres de santé formateurs ayant un M2 ETP 2 ou 3,1 %

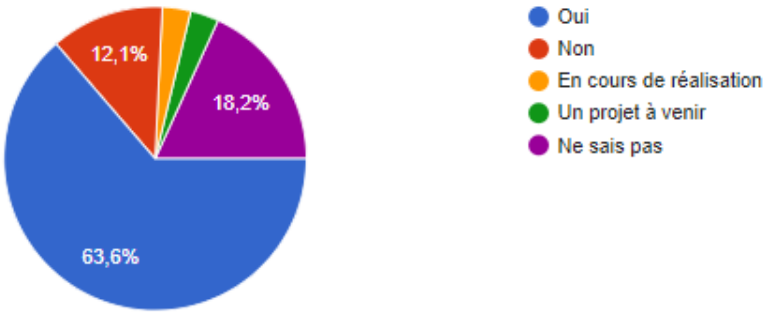
8 ne sais pas
1 non concerné
2 sans réponses

-La formation ETP des étudiants infirmiers figure-t-elle dans le projet pédagogique de votre institut ?*

- Oui 42 ou 63,8 %
- Non 8 ou 12,1 %
- En cours de réalisation 2 ou 3 %
- Un projet à venir 2 ou 3 %
- Ne sais pas 12 ou 18,2 %

La formation ETP des étudiants infirmiers figure t-elle dans le projet pédagogique de votre Institut ?

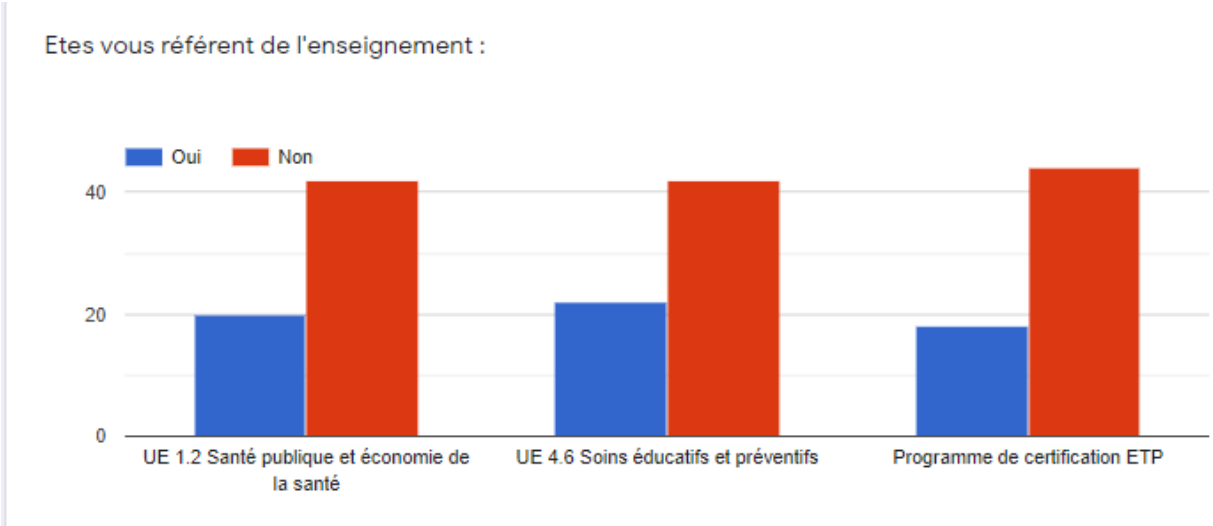
66 réponses



-Etes-vous référent de l'enseignement :

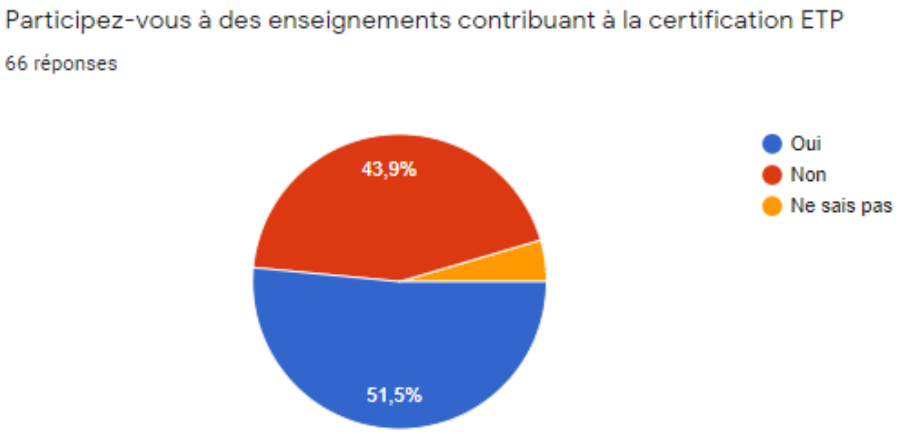
- UE 1.2 Santé publique et économie de la santé oui non
- UE 4.6 Soins éducatifs et préventifs oui non
- Programme de certification ETP oui non

	OUI	NON	Sans réponse
UE 1.2 Santé publique et économie de la santé	20	42	4
UE 4.6 Soins éducatifs et préventifs	22	42	2
Programme de certification ETP	18	44	4



-Participez-vous à des enseignements contribuant à la certification ETP ?

- Oui 34 ou 51,5 %
- Non 29 ou 43,9 %
- Ne sais pas 3 ou 4,5 %



-Selon-vous quelles unités d'enseignements contribuent à l'enseignement de l'ETP
(Exemple 4.6 S3 et S4) ? 56 réponses

4.6.S3 et s4, intégrative du semestre 4 et l'UE 3.5.s4 pour l'écriture des objectifs et la relation pédagogique

4.6 S3, 4.6 S4, 5.4S4

4.6 s3 et 4, 1.1, 3.5, 5.4, 1.2, 4.2 + simulateur numérique

4.6 s3 et 4.6 s4

4.6, 1.2, 2.3, 4.2

UE 1.2 S2 et S3 / UE 4.6 S3 et S4 / UE 4.2 S2 et S3 / UE 1.3 S3 et toutes les UE du champ 2

UE 4.6 S3 ET S4

Pré requis du référentiel 1.2 s2 mais je rajouterai la 4.2 s3 (d'ailleurs les notes se compensent) et aussi la 2.3 S2 (la notion de deuil par exemple) et la 1.1 S1 avec les différents courants de l'apprentissage

UE 1.2 et 4.6

Toutes les UE dans lesquelles on aborde les pathologies chroniques

4.6 S3 et 4, 1.2 S2 et 3, 4.2, 3.5, 1.1 S1 et S2, 1.3, 5.4, 3.1

Pour dispenser de l'ETP, il faut des éléments essentiels : des ressources méthodologiques, théoriques et pratiques. Des compétences méthodologiques de problématisation et de résolution de problème : elles sont travaillées en UE 3.1/3.2 et 5.2/5.3 car les invariants de ces deux compétences sont des éléments de transfert pour les soins éducatifs et préventifs (problématiser une situation clinique et résoudre le problème dans le projet de soins et/ou prévenir les risques, relève des mêmes opérations mentales et de la même méthodologie que le diagnostic éducatif et le projet ETP). Aussi, le projet en santé publique (1.2 S3) et son action concrète dans le service sanitaire relève du même processus et est encore un autre transfert pour aller, in fine, vers le projet en ETP (UE 5.4, chez nous) ainsi que le projet d'encadrement (UE 5.4 aussi avec son diagnostic d'encadrement...). Il faut rendre lisibles ses éléments pour les étudiants afin qu'ils voient leurs ressources : ils ne recommencent pas tout à zéro à chaque fois. En parallèle de ses compétences plutôt méthodologiques (UE 3), l'IDE doit avoir des connaissances en psycho-socio-anthropo (UE 1.1) pour bien comprendre la réaction humaine de la personne. Elle les lie à sa compétence 1 pour poser le bon diagnostic infirmier au service de l'ETP afin de bien orienter ses actions. L'ETP trouve aussi racine dans le travail sur les concepts de la 4.1 : l'ESI doit faire le lien entre la dépendance de la personne au système de santé en lien avec sa pathologie chronique et l'indépendance que l'ETP peut lui procurer, voire l'autonomie décisionnelle et l'empowerment qui va avec. Ils doivent aussi être vigilants à l'intimité qui peut être bafouée par des questions trop personnelles sous prétexte de prendre en soins la personne "dans sa globalité". Ensuite, elle doit avoir un bagage théorique en pédagogie sur les concepts d'accompagnement et de construction de compétences surtout, (l'évaluation est déjà traitée dans le projet de soins). Ce sont des ressources initiées en 6.1 S1 et développées en 3.5. S4. Elles sont essentielles pour adapter les programmes aux personnes et ne pas les mener clé en mains, ce qui va à l'encontre de notre métier. Il en est de même pour les théories de soins car selon le paradigme dans lequel s'inscrit l'IDE (ou l'établissement dans lequel elle travaille), l'ETP ne sera pas menée pareil : entre s'inscrire dans la catégorisation et la transformation, ce n'est pas du tout pareil, l'accompagnement de, et le regard porté sur, la personne seront complètement différents, ainsi que les objectifs poursuivis et l'évaluation du programme. Nous ne le rendons pas assez lisible, c'est notre point faible. Cela amène le lien avec la réflexion éthique en lien avec l'ETP : doit-on contraindre la personne à l'ETP ? (La tentation est grande de la lier au remboursement des soins) Tout le monde y-a-t-il accès ou est-ce fait pour ceux qui en ont la ressource intellectuelle ? Met-elle sur le banc de touche une partie de la population ? Son accès est-il garanti à tous ? .... Les UE 1.3 sont primordiales. Elle doit également avoir une solide compétence 6, d'une part pour mener des entretiens de qualité afin de poser le diagnostic éducatif et ensuite pour mener les séances, ce sont donc les UE 4.2 des trois années. Il lui faut également être outillée pour animer un groupe ou une séance : c'est ce que nous travaillons en 4.6 et qui est aussi mis en œuvre pour le service sanitaire. Pour moi, la spécificité de la formation en ETP est là car les outils d'animation de séance, les exercices, les supports... sont travaillés spécifiquement pour cette pratique, même si, ensuite, elle peut servir à d'autres. La spécificité de la formation est là car tout le reste n'est pas spécifique à l'ETP. L'ETP est une combinatoire des connaissances infirmières mises ensemble, reconnues plus ou moins et permettant de coter une pratique estampillée HAS pour un financement. Afin de mener des soins de qualité dans le respect de notre code de déontologie, c'est-à-dire en lien avec les dernières données de la science, l'IDE doit savoir manipuler les articles de recherche en sciences infirmières, ce qui est travaillé, essentiellement, en 3.4 S4. Cela signifie aussi que lors de l'UE sur l'ETP, les ESI n'ont pas fini leur formation et que bon nombre d'éléments concourent encore à cette pratique-là. Il faut donc les leur rendre lisibles afin qu'ils fassent les liens. On ne les forme pas pour qu'ils valident l'UE mais pour qu'ils soient opérationnels pour l'ETP après le diplôme, donc les séquences post validation sont à intégrer quand on regarde cette pratique de façon holistique. L'ETP se mène aussi en collaboration avec les autres professionnels de la santé et du social, ce qui donne une place importante aux UE de la compétence 9 (3.3, 5.5) car l'IDE n'est jamais seule dans cette éducation. Enfin, l'IDE doit avoir des connaissances en médecine et pharmacologie (UE 2) en fonction du sujet traité dans l'ETP (les anticoagulants, le diabète ...) car les éléments traités relèvent de la pathologie chronique de la personne. Bon nombre d'UE, presque toutes, sont mobilisées dans le cadre de l'ETP et cela est normal car cette mission d'éducation (que ce soit thérapeutique ou à la santé ou promotion de la santé

...) est une des missions premières de l'IDE. Essence même de la profession, elle a fait l'objet de référentiels HAS menés par des médecins, ce qui est fort dommage, même s'ils ont découvert, à cette occasion qu'il y avait une personne derrière la pathologie qu'ils traitent. L'ETP relève des soins infirmiers et se pratique en interprofessionnalité.

1.1 S1, 2.6 S2, 4.2 S2 et S3

UE 1.1 S1 et S2 ; UE1.2 S2 et S3 ; UE 1.3 S1 et S4 ; UE 2.3; UE 3.2 S2 et S3 ; UE 3.3 S3 et S5 ; UE 3.4; UE 3.5; UE 4.2 S2, S3 et S5 ; UE 4.6 S3 et S4 UE 4.8; UI 5.3; 5.4; 5.5 et 5.6

UE 1.2 S2 et S3 ; UE 1.1 S1 et S2 ; UE 4.2 S2 et S3 + UE 4.6 S 3 et S4 + UE 5.4 + UE processus en fonction de la pathologie en lien avec l'ETP

4.6 S3 et S4, 1.2 S2

De nombreux pré requis : 1.1, 2.3, 4.6, 1.2 - 3.3

4.6 S3 S4, 4.2S2 S3, 1.1 S1 S2, 3.3 S3, 5.4 S4

1.2 (S2 et S3), 4.2 (S2 et S3), 4.6 (S2 et S3), 5.4

4.6 S3 et S4, 4.2, 1.2

4.6s3 et s4 /1.2

4.6. S3 4.6. S4 5.4. S4

4.6 S3 et S4

Beaucoup tout est lié

4.6 s3 et s4, 4.2, 2.7, 2.11, 3.1, 5.4

1.2 S2 pour le référentiel, mais toutes y contribuent pour les savoirs, savoir-être et savoir-faire à mettre en application (1.1-4.2- 1.3- 3.1-3.2- 3.3- 2.2- 2.5-2.8-2.9-2.11-5.4)

4.6 S3 + S4 + 5.4S4 + 4.2S3

2.3 S2, 1.2 S2, 1.2 S3, 4.6 S3, 4.6 S4, 5.4 S4

Les UE processus, UE 2.11, UE 4.2, UE 1.1, UE 4.5, les UE de la compétence 9

1.1 ; 1.2 ; 1.3 ; 2.3 ; 2.4 ; 2.5 ; 2.6 ; 2.7 ; 2.8 ; 2.9 ; 2.10 ; 2.11 ; 3.2 ; 3.3 ; 4.2 ; 4.5 ; 4.6 ; 5.4 ; 5.7 ; ...

1.2 s3, 4.6 s3,

4.2 S3 et S4, 4.6 S3 et S4, 5.4 S4

4.6 1.2 4.5

4.6 S4

1.2 S2 et S3, 4.6 S3 et S4, 5.4 S4

4.6 S3 et S4, 5.4

Beaucoup d'UE peuvent être raccrochées à l'enseignement de l'ETP

1.1 S2/4.2 S2 et S3/4.6 S3 et S4/ 5.3 S3/5.8 S4

4.6 S3 et S4, 5.4, 4.2, 1.1, 2.3.... Beaucoup

1.2. S2/S3, 4.6. S3/S4, 5.4. S4, 3.5. S4, 4.2. S2/S3, 2.3. S2, 2.7. S4

4.6 S3 et S4 et 5.4 S4

4.6s3, 4.6s4, 1.2s3, 3.5s4

1.2 S2 3.1 S1 ET S2 2.3 S2 4.6 S3 et S4 5.4 S4

2.1 et 2.2 puis toutes les UE car nécessité de commencer par actualiser ses connaissances concernant la pathologie du patient

L'UE 3.1S1 et S2 ; 3.5S4 ; 3.2S2 et S3 ; 4.2 ;5.3S3

4.6 et 4.2 s3

Toutes les UE peuvent être concernées

4.6 S3 et S4- 5.4

4.6 S3 - 4.6 S4 -1.2 S2 - 5.4 S4 - 4.2S2 et S3

1.2, 1.1, 4.2 et 4.6

1.2 S3, 4.6 S3 et S4

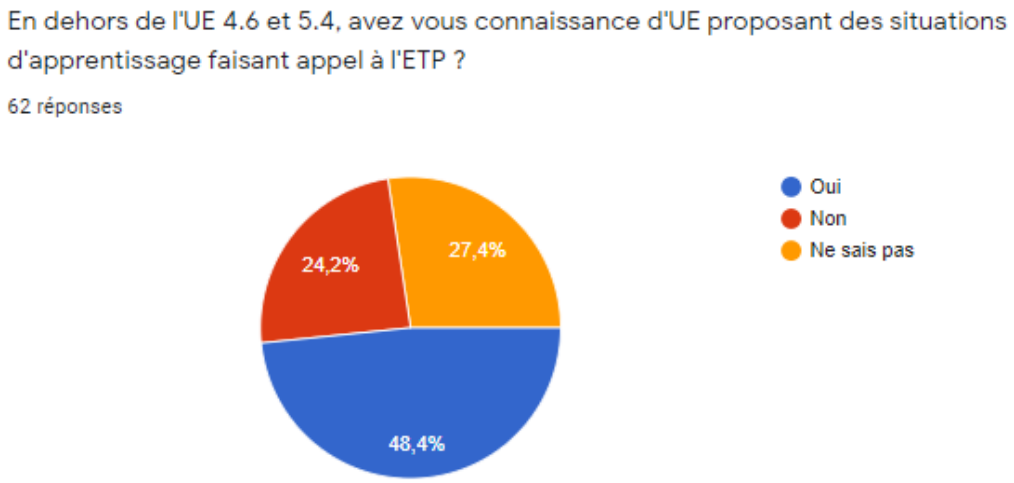
4.6

4-6S3 et S4 ; 1-2 2 et S3 et service sanitaire

4.6 s3 et S4 5.4

-En dehors de l'UE 4.6 et 5.4 avez-vous connaissance d'UE proposant des situations d'apprentissage faisant appel à l'ETP ?

- Oui 30 ou 48,4 %
- Non 15 ou 24,2 %
- Ne sais pas 17 ou 27,4 %
- 4 sans réponse



-Si oui, pouvez-vous citer le(s) UE concernée(s) et donner un exemple 28 réponses

1.2 1.1 3.5

La 1ère situation emblématique du semestre 4 (réunissant l'ensemble des enseignements du semestre et donc des UE) autour de l'insuffisance cardiaque

Les UI et inter axe à partir de S3

Celles qui parlent des pathologies chronique : 2.8, 2.5 (VIH, par ex), 2.6 avec les pathologies psy, 2.7, etc, etc.....

4.2, 1.2

Elle peut être évoquée en 3.1, 3.2 et 5.3 : le patient a eu des séances d'ETP (j'avais créé une situation où la personne avait petit à petit arrêté de suivre les conseils et avait refait un SCA). On en a aussi en 4.2 : un soin relationnel auprès d'une personne lors d'une séance. On peut l'intégrer dans plusieurs endroits : un texte en 3.4, une analyse d'évènements indésirables en 4.5 ....

UE 4.2; UE

UE 2.7 maladie de Parkinson, éducation du patient et du proche aidant sur la pompe à Ldopa et la jéjunostomie UE 2.7 diabète type 2, éducation sur le pied diabétique UE 2.8 fibrillation auriculaire, éducation sur les AVK

2.9

3.3 S5

UE 1.2

3.3 S3 situation autour de l'interprofessionnalité

Les unités d'intégration et la démarche relationnelle

4.2S3

2.8 Processus obstructif : patient qui a fait un syndrome coronarien et qui sort d'une hospitalisation vers un SSR avec des traitements par AVK, un régime hyposodé.... 2.4 Processus traumatique : dans le cas d'une PTH ou PTG : éducation thérapeutique pour éviter les risques de luxation lors des mobilisations...2.6 patient schizophrène ou autre pathologie psychologique pour l'observance du traitement ou dans le cadre du contrat thérapeutique….

4.2

UI 5.4 S4

1.2

La 2.8 en lien avec les pathologies cardiovasculaires la 2.7 en lien avec le diabète

5.3 Cas clinique cardiologie, pneumologie, neurologie...

Les UE du semestre 4, lors des temps de travail sur les situations emblématiques qui croisent les enseignements.

4.2. S3 Soins relationnels, jeu de rôle simulant un entretien infirmier avec un patient ayant une découverte de diabète et devant bénéficier d'ETP. L'objectif de l'entretien est de vérifier la bonne compréhension du patient suite à sa rencontre avec le médecin qui lui a annoncé sa pathologie et l'ETP à venir.

Les processus dégénératifs

L'UE 3.1S1 et S2 ; 3.5S4 ; 3.2S2 et S3 ; 4.2 ; 5.3S3

3.2

4.2 entretien motivationnel

Tous les processus pathologiques, 2-3 (handicap), 1-3

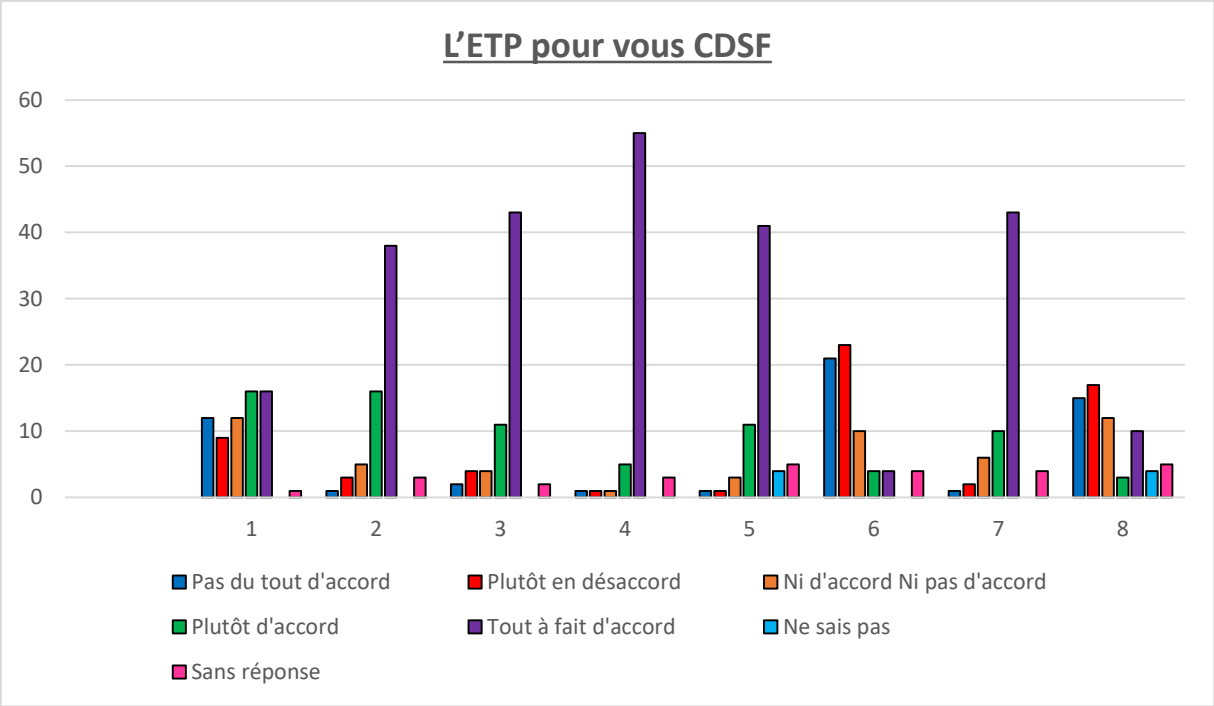
-L'ETP pour vous :

- Est une spécialité
- Est intégrée aux soins
- Sa pratique demande une formation spécifique
- Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)
- S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial
- C'est la même chose que l'éducation pour la santé
- Permet un meilleur soin
- Fait priorité à la maladie

Réponses par échelle de Likert

Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

L'ETP pour vous CDSF							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Est une spécialité	12	9	12	16	16	0	1
2/ Est intégrée aux soins	1	3	5	16	38	0	3
3/ Sa pratique demande une formation spécifique	2	4	4	11	43	0	2
4/ Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)	1	1	1	5	55	0	3
5/ S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial	1	1	3	11	41	4	5
6/ C'est la même chose que l'éducation pour la santé	21	23	10	4	4	0	4
7/ Permet un meilleur soin	1	2	6	10	43	0	4
8/ Fait priorité à la maladie	15	17	12	3	10	4	5



-Commentaires libres : 15

Il y a une différence entre l'idéal et la pratique.

Les soins éducatifs ont toujours existé … mais l'ETP s'inscrit dans un programme

L'ETP fait partie intégrante du rôle IDE et devrait être reconnue comme telle. Je ne comprends pas "fais priorité à la maladie" ? Pour les IDE, la maladie ne fait pas partie du métaparadigme de la profession. On s'en occupe dans notre rôle sur prescription et la qualité des soins réside surtout dans notre capacité à déterminer les priorités donc parfois elle sera une priorité, parfois non, en fonction de la situation singulière de la personne.

Permet au patient d'être acteur et auteur de sa prise en soin.

Je suis patient-expert formateur ETP pour IFSI Poitiers, CHU Poitiers, Organismes privés

L'ETP fait appel à une méthodologie précise

Présente depuis 12 mois sur l'IFSI et n'étant pas référente sur les UE 4.6, je ne connais pas encore en détail les modalités d'organisation de la formation en ETP dans mon IFSI

Fait partie de l'éducation à la santé

Je ne comprends votre notion de Labellisation mais l'ARS dont dépend l'IFSI "valide" le programme proposé // ETP fait partie du soin mais n'est absolument pratiquée au quotidien par les soignants...puisqu'il y a un programme.

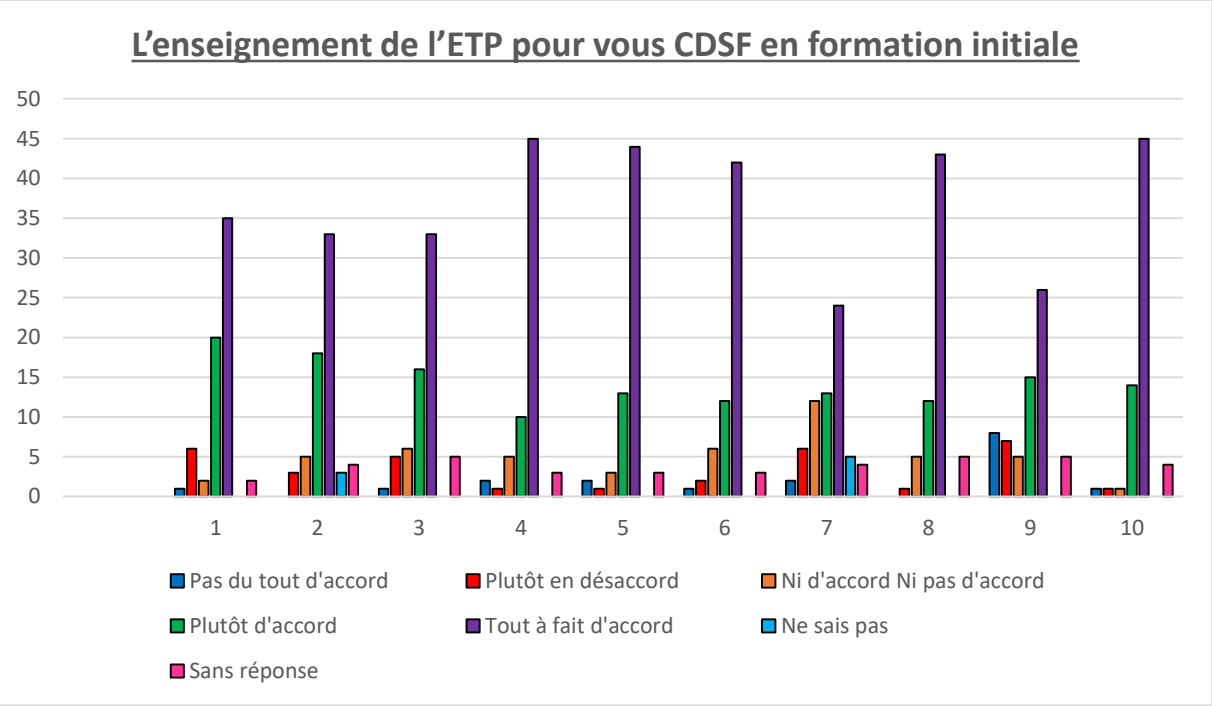
-L'enseignement de l'ETP pour vous :

- Demande une formation complémentaire pour les formateurs
- Implique diverses unités d'enseignement des 6 champs
- Se structure et se décrit sur les 3 années de formation
- Impose l'utilisation de différents outils pédagogiques
- Se réalise en petits groupes
- Exige la pratique en stage ou en laboratoire de simulation dans le parcours de formation
- Est une adaptation de la formation continue 40h
- S'organise avec une progression dans les apprentissages
- Est complexe
- Est un travail d'équipe

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

L'enseignement de l'ETP pour vous CDSF en formation initiale							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Demande une formation complémentaire pour les formateurs	1	6	2	20	35	0	2
2/ Implique diverses unités d'enseignement des 6 champs	0	3	5	18	33	3	4
3/ Se structure et se décrit sur les 3 années de formation	1	5	6	16	33	0	5
4/ Impose l'utilisation de différents outils pédagogiques	2	1	5	10	45	0	3
5/ Se réalise en petits groupes	2	1	3	13	44	0	3
6/ Exige la pratique en stage ou en laboratoire de simulation dans le parcours de formation	1	2	6	12	42		3
7/ Est une adaptation de la formation continue 40h	2	6	12	13	24	5	4

8/ S'organise avec une progression dans les apprentissages	0	1	5	12	43	0	5
9/ Est complexe	8	7	5	15	26	0	5
10/ Est un travail d'équipe	1	1	1	14	45	0	4



-Commentaires libres : 12

C'est une UE avec très peu d'heures et nous avons fait le choix d'axer sur l'importance du recueil de données et des objectifs à fixer.

Si on part du ppe que c'est adapté au patient, pas d'exigences a priori sur le groupe ou pas.... Il faut s'adapter à ses besoins Nous avons eu une formation de 6 jours sur l'ETP pour que le projet soit validé par l'ARS et que nos étudiants aient l'attestation. Nous avons donc répondu à la demande institutionnelle extérieure alors qu'elle était totalement inadaptée à notre équipe. Ceux ayant travaillé sur le premier projet n'ont rien appris (je faisais partie de ceux-là) et les nouveaux venus ont apprécié. Le problème est que cette formation a été délivrée par un médecin ... qui nous a vendu sa découverte d'un humain derrière la maladie. Il a fallu lui expliquer notre métier et que sa formation n'était pas adaptée... une torture... C'est en cela que ce dispositif est inadapté, il ne s'appuie pas sur les compétences déjà grandes des IDE, il faut que les institutions de la santé se trouvent des médecins pour cautionner des programmes alors que les IDE auraient été très adaptées. Je sais que la législation, jusque-là, obligeait la présence d'un médecin dans la mise en place des programmes d'ETP, c'est dire la méconnaissance de nos compétences. Un médecin est un ultra spécialiste de la pathologie alors que l'ETP est un dispositif qui part de l'humain pour lui donner de l'empowerment : il ne s'agit pas d'être ultra spécialiste. Elle n'impose pas d'outils

spécifiques car les innovations pédagogiques ont leur place partout. Idem pour les petits groupes, il y a des éléments à présenter en grande promotion et d'autre en petits groupes, mais comme dans toutes les UE.

Se réalise en équipe pluridisciplinaire à partir des besoins de la personne en lien avec son vécu de la maladie. Méthodes à varier, outils à utiliser différents, interventions de professionnels dans les apprentissages des ESI sont un plus, stage 7h dans un programme avec des professionnels ETP, des patients le must quand c'est possible.

Complexe ++, sans formation et sans expérience professionnelle de l'ETP

Il n'est malheureusement pas possible de proposer un stage en ETP pour chaque étudiant. Dans son enseignement actuel, dans notre IFSI, l'ETP manque de lien avec le terrain, elle reste trop virtuelle

Manque souvent la formation pratique

Les questions sur l'enseignement de l'ETP n'en sont pas selon moi...car manque de précisions ...elles pourraient s'appliquer à n'importe quelle UE

-Dans votre ingénierie de formation ETP, vous :

- Resituez le paradigme de transformation des soins infirmiers
- Formalisez le lien aux théories de soins infirmiers
- Evoquez les théories sociocognitives
- Abordez les théories de changement de comportement
- Prenez en compte la théorie des situations didactiques
- Favorisez le travail sur les représentations
- Travaillez sur une vision systémique du patient
- Privilégiez la compréhension de la maladie chronique
- Développez la recherche de données probantes en ETP
- Explorez les programmes ETP (législation, construction, évaluation…)
- Travaillez la posture éducative
- Traitez de la démarche ETP
- Faites lien à la démarche qualité
- Explorez les étapes du deuil
- Explorez les mécanismes de défense
- Abordez les soins relationnels
- Explicitez le travail interdisciplinaire
- Evoquez les notions d'adhésion et de négociation

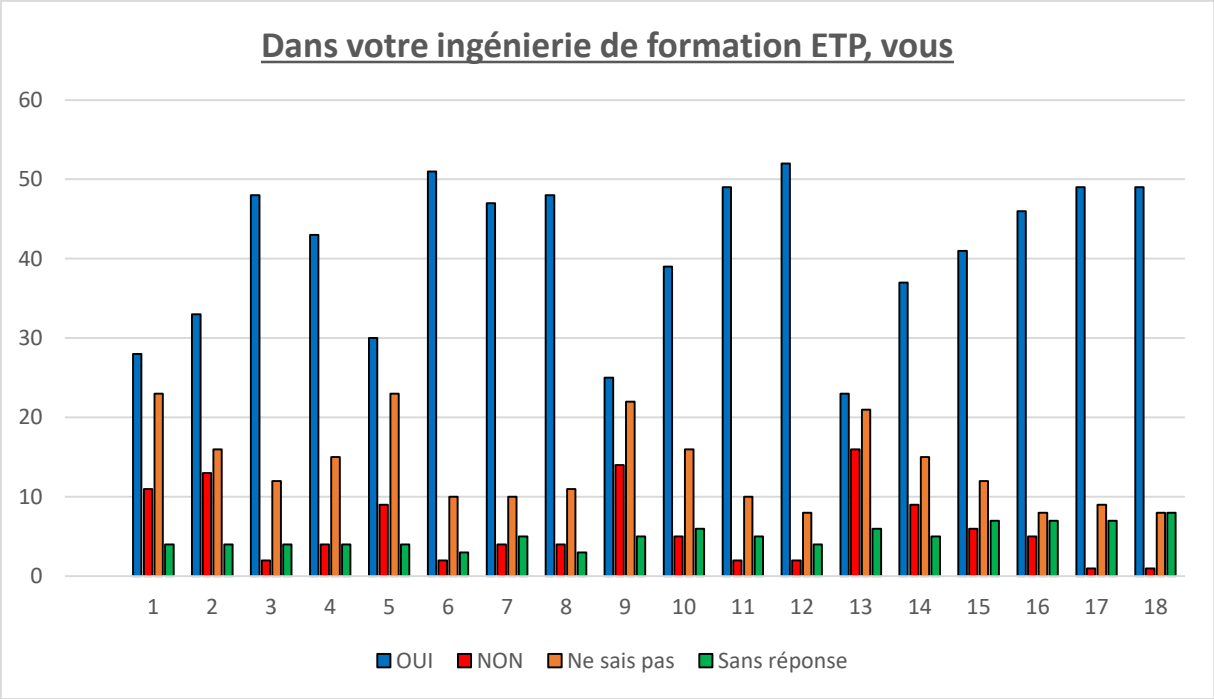
Réponses par :

Oui

Non

Ne sais pas

Dans votre ingénierie de formation ETP, vous				
	OUI	*NON*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Resituez le paradigme de transformation des soins infirmiers	28	11	23	4
2/ Formalisez le lien aux théories de soins infirmiers	33	13	16	4
3/ Evoquez les théories sociocognitives	48	2	12	4
4/ Abordez les théories de changement de comportement	43	4	15	4
5/ Prenez en compte la théorie des situations didactiques	30	9	23	4
6/ Favorisez le travail sur les représentations	51	2	10	3
7/ Travaillez sur une vision systémique du patient	47	4	10	5
8/ Privilégiez la compréhension de la maladie chronique	48	4	11	3
9/ Développez la recherche de données probantes en ETP	25	14	22	5
10/ Explorez les programmes ETP (législation, construction, évaluation…)	39	5	16	6
11/ Travaillez la posture éducative	49	2	10	5
12/ Traitez de la démarche ETP	52	2	8	4
13/ Faites lien à la démarche qualité	23	16	21	6
14/ Explorez les étapes du deuil	37	9	15	5
15/ Explorez les mécanismes de défense	41	6	12	7
16/ Abordez les soins relationnels	46	5	8	7
17/ Explicitez le travail interdisciplinaire	49	1	9	7
18/ Evoquez les notions d’adhésion et de négociation	49	1	8	8



-Commentaires libres : 16

Les théories citées sont vues dans d'autres UE.

Toutes mes réponses "oui" correspondent à ce qui est fait au long des 3 ans, pas spécifiquement les 40 heures... mais tout est lié !!!

Nous ne rendons pas assez lisible les liens avec les théories de soins, c'est un projet sur la formation entière. Je ne sais ce que sont les "théories de situations didactiques".

J'insiste particulièrement sur les apprentissages vicariants

+ entretien motivationnel

Je connais le projet de loin, je ne suis pas référente, je suis en cours de formation ETP 40h

Le soin relationnel n'est pas de l'ETP

Ainsi que les stratégies d'adaptation de la personne, ses différentes motivations, ses ressources...

Insuffisamment rattachée aux théories de soins mais plus dans notre institut depuis 2 ou 3 ans

Dommage que vos réponses ne soient possible que sur 3 critères oui/non/ne sais pas, cela manque de nuance de réponse

Je ne me suis pas donné le droit de répondre n'ayant pas cette U.E

Non participant à l'ingénierie

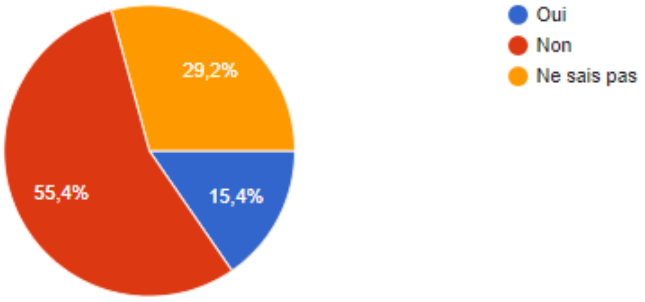
Parmi les points précédents certains sont travaillés sur d'autres UE et sont mobilisés dans le cadre de l'UE 4-6 S3 et S4 et l'UI 5-4 où se passent les 40h ETP

-Proposez-vous une intervention sur la thématique de l'ETP en 3ème année de formation en soins infirmiers ?

- Oui 10 ou 15,4 %
- Non 36 ou 55,4 %
- Ne sais pas 19 ou 29,2 %
- 1 sans réponse

Proposez-vous une intervention sur la thématique de l'ETP en 3ème année de formation en soins infirmiers

65 réponses



-Si oui, sous quel format ? 10 réponses

Cours et serious game

UE optionnelle

La demande de faire un stage de 7 h dans un programme autorisé de S3 à S6

Serious game

Tutorat des ESI de 2ème année

4.2 S5, à la demande des étudiants, les pathologies diabétique et rénale comme fil rouge.

Intervention cours IDE ETP

Intervention d'une IDE asalée lors des tables rondes

Lien avec 3.3. S5 ou 2.9. S5

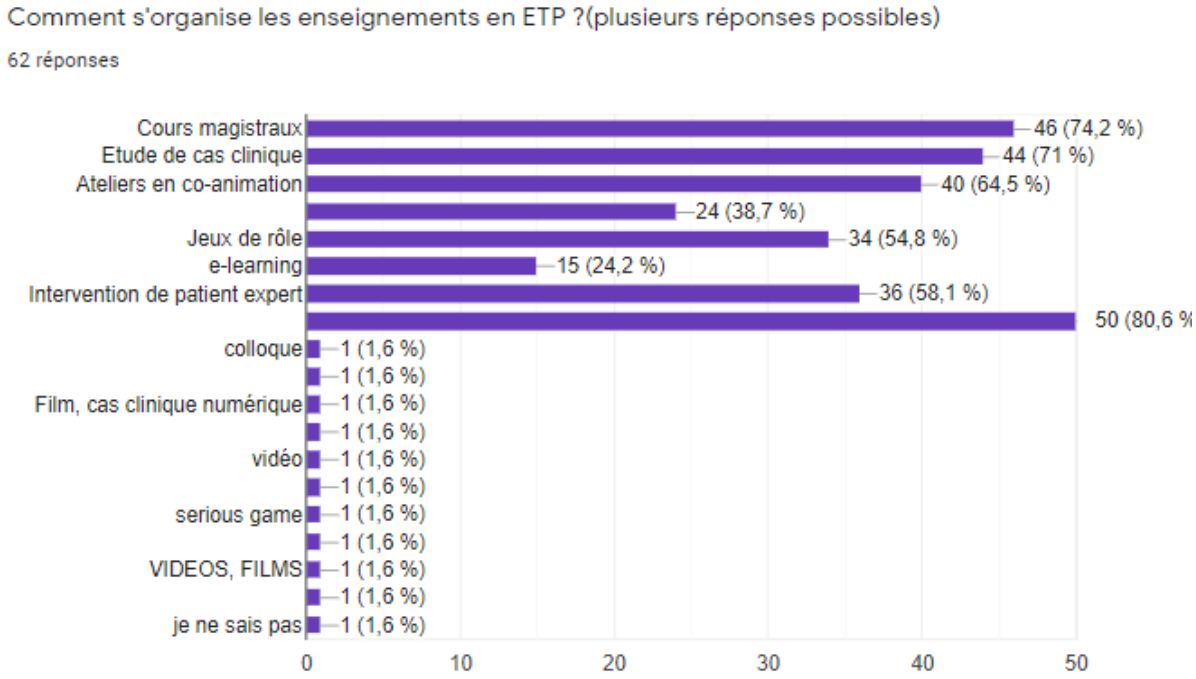
Sur volontariat dans le cadre de l'UE 5-7 …mais pas de candidat

-Comment s'organise les enseignements en ETP ? (Plusieurs réponses possibles)

- Cours magistraux 46 ou 74,2 %
- Etude de cas cliniques 44 ou 71 %
- Ateliers en co-animation 40 ou 64,5 %
- Séance en laboratoire de simulation 24 ou 38,7 %
- Jeux de rôle 34 ou 54,8 %
- E-Learning 15 ou 24,2 %
- Intervention de patient expert 36 ou 58,1 %
- Intervention de professionnels de terrain pratiquant l'ETP 50 ou 80,6 %

Si ajoute sur propositions des enquêtés :

- Colloque 1 ou 1,6 %
- Film, cas numérique, vidéo, sérious game 6 ou 9,6 %
- Séance d'ETP dans les services 1 ou 1,6 %
- Rencontre avec des professionnels pratiquant l'ETP 1 ou 1,6 %
- Expérimentation de méthodes pédagogiques 1 ou 1.6
- 1 ou 1,6% ne sais pas



-Quels outils utilisez-vous pour animer vos interventions en ETP (exemple Brainstorming) ? 31 réponses

Beaucoup d'outils qui sont utilisés en ETP

ME TAPLAN JEUX DES AMBASSADEURS ET LES OUTILS D'ETP

Word café, le portrait chinois, brainstorming

Brainstorming, Metaplan, carte mentale, jeux de rôle, étude de cas, jeu de la ligne, méthode de Delphes, photolangage...etc

Padlet

Brainstorming,photolangage, carte sémantique...

Le e-learning est un outil, la simulation aussi....

Travail en groupe restreint, carte conceptuelle

Brainstorming, participation individuelle écrite, témoignage, mise en œuvre de technique d'ETP...

Photo expression, exploration zone muette des représentations, jeux de rôle, étude de cas, analyse de situation.....

Vidéo

Nombreux : photolangage, brainstorming.....

Technique de Delphes, une fleur pour se présenter, les ambassadeurs, metaplan, posters, philips 6/6

Présentation croisée, photolangage, métaplan, brainstorming, techniques de delphes, jeu de rôles, philips 6X6, comète ...

Photolangage, autres (je n'y participe pas)

Simulation en santé

Il y en a beaucoup selon les enseignements pré cités

Très variés

Brainstorming

Brainstroming, pelote de laine carte conceptuelle, photolangage, technique de Delphes, jeu de le ligne le bingo, étude de Cas,quizz, vrai faux

Brainstorming, metaplan, étude de cas, blason, carte conceptuelle, photolangage, production d'affiches, jeux de rôle, abaque de reynier

Serious game

De nombreuses techniques d'animation en éducation pour la santé comme l'abaque de régnier, portrait chinois, présentation croisée, l'arbre, métaplan, photolangage, jeu de rôle, jeu des enveloppes, technique de Delphes...

Brainstorming, photos d'outils pédagogiques utilisés lors de séances d'ETP et création d'outils par les étudiants, jeux de rôles

Serious game

Debriefing

Depuis l'intégration de ce programme je n'ai pas réalisé la 2ème année, je ne connais pas avec précision ce qui est mis en place

Tout dépend du sujet... On essaie de montrer plusieurs outils et de favoriser la créativité.

Brainsorming Blended Learning

Beaucoup d'outils que l'on peut utiliser dans un programme ETP et les ESI en construisent aussi

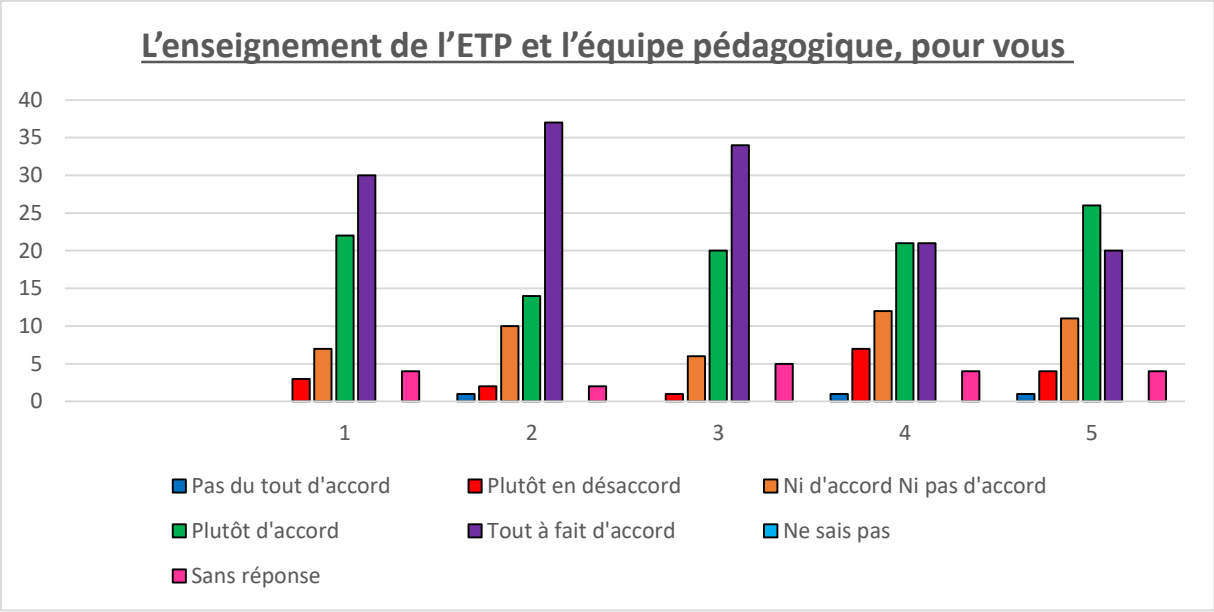
Les outils utilisés en ETP....outils Comète

-L'enseignement de l'ETP et l'équipe pédagogique, pour vous :

- Implique une vision collective
- Nécessite un projet co-construit
- Se base sur une approche transversale
- Demande la participation de tous
- S'organise grâce aux échanges en réunions pédagogiques

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

L'enseignement de l'ETP et l'équipe pédagogique, pour vous							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Implique une vision collective	0	3	7	22	30	0	4
2/ Nécessite un projet co-construit	1	2	10	14	37	0	2
3/ Se base sur une approche transversale	0	1	6	20	34	0	5
4/ Demande la participation de tous	1	7	12	21	21	0	4
5/ S'organise grâce aux échanges en réunions pédagogiques	1	4	11	26	20	0	4



-Commentaires libres : 10

Je pense qu'il faut en avoir envie et une appétence pour cet enseignement

Approche transversale.... Dans quel sens votre transversal ?

La dream team existe-t-elle ?

Participation des formateurs référents, idem/ réunions

Pour l'instant ETP menée par les 2 mêmes formateurs depuis 2 ans mais tous les formateurs sont formés à l'ETP 40H

La vision collective qui me semble nécessaire n'est pas simple à fédérer en IFSI autour de l'ETP, selon les représentations de la santé publique de l'équipe des formateurs

Formation faite en collectif mais mise en œuvre un peu dans l'urgence qui n'a pas permis l'appropriation du projet par tous et également l'implication

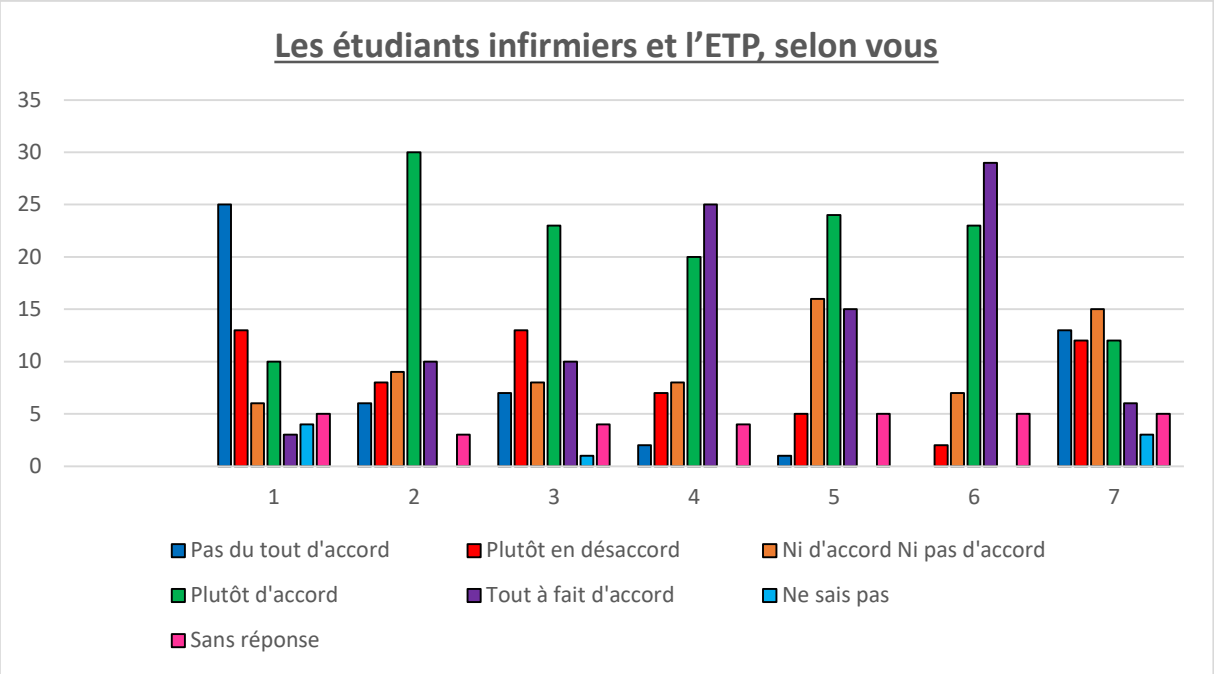
Plutôt les CSF qui ont une affinité pour l'ETP

-Les étudiants infirmiers et l'ETP, selon vous :

- Cibler la formation vers les étudiants qui ont appétence pour l'ETP
- Nécessite une certaine maturité professionnelle des apprenants
- C'est avant tout une sensibilisation
- Le plus important est la posture éducative
- Le plus important c'est la connaissance de la démarche éducative
- Implique le développement d'une posture empathique
- La certification ETP doit être facultative

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

Les étudiants infirmiers et l'ETP, selon vous							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Cibler la formation vers les étudiants qui ont appétence pour l'ETP	25	13	6	10	3	4	5
2/ Nécessite une certaine maturité professionnelle des apprenants	6	8	9	30	10	0	3
3/ C'est avant tout une sensibilisation	7	13	8	23	10	1	4
4/ Le plus important est la posture éducative	2	7	8	20	25	0	4
5/ Le plus important c'est la connaissance de la démarche éducative	1	5	16	24	15	0	5
6/ Implique le développement d'une posture empathique	0	2	7	23	29	0	5
7/ La certification ETP doit être facultative	13	12	15	12	6	3	5



-Commentaires libres : 9

Il me semble qu'elle est facultative car elle n'est pas nécessaire à leur diplomation.

Intégration dans le programme, certification, diplôme…. Tant que la posture n'est pas intégrée la certification reste politique.

Développer une posture empathique c'est plutôt acquis ou non durant l'enfance

Ils essaient de mener des démarches éducatives dans les services à défaut de réaliser des actions dans le cadre d'un programme, c'est une première approche pour les sensibiliser, leur donner envie, participer à des programmes

L'enseignement de l'ETP peut être mobilisé dans de nombreux enseignements mais les bases ne sont abordées qu'en 2ème année, ce qui limite le temps d'intégration. Et plus tôt, les étudiants ne sont pas prêts, et ont bien d'autres enseignements à intégrer.

Le manque de maturité implique un manque d'appétence pour l'ETP. Parfois en 3e année les ESI comprennent mieux

La certification doit être assimilée à une validation d'UI. Le moment de la formation en seconde année me semble adapté et nous faisons en sorte de l'organiser avant le service sanitaire afin que les ESI puissent "appliquer" ce qui est vu en cours.

En général ils apprécient et se sentent prêts pour aller en service sanitaire.

L'ETP et l'évaluation

-Quels indicateurs vous semblent essentiels dans l'évaluation du programme de la formation ETP ?

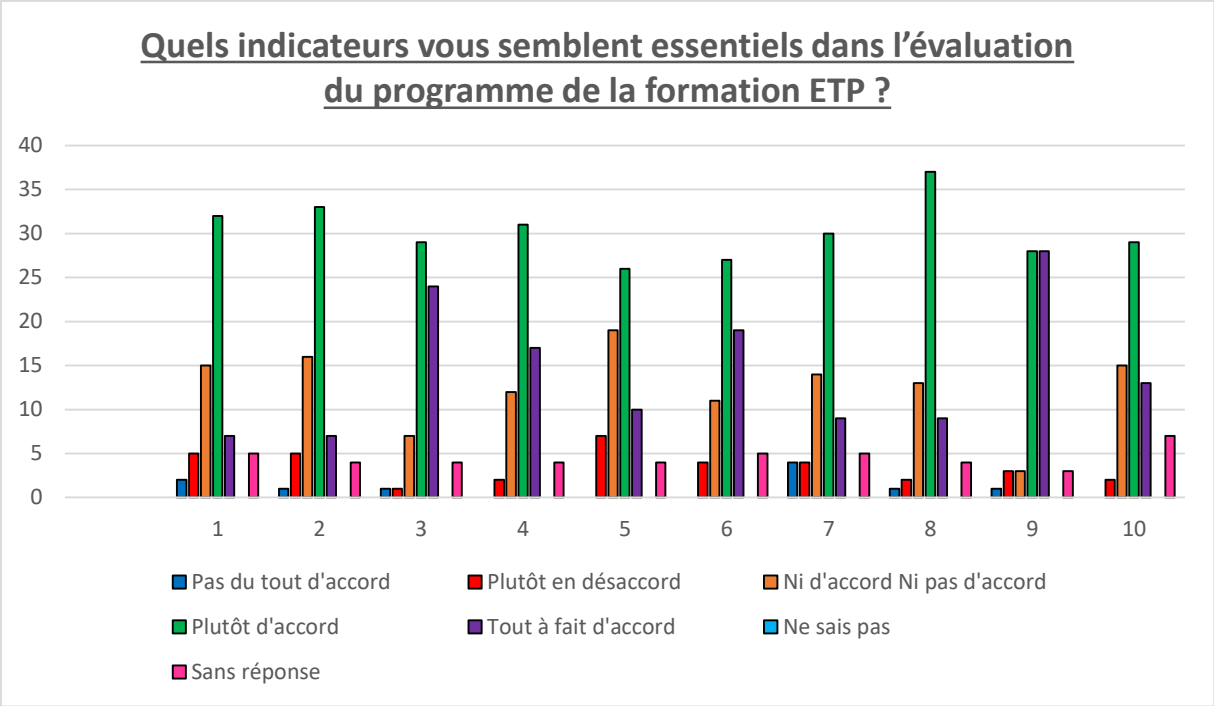
- La prise en compte des besoins des étudiants
- La corrélation entre la réponse apportée et les besoins des étudiants
- L'observation d'une posture éducative de l'étudiant adaptée dans les situations d'apprentissage proposées
- L'observation d'une analyse plus développée des étudiants
- La satisfaction mesurée des étudiants
- L'expression des étudiants sur l'intérêt perçu de l'ETP
- La validation des unités d'enseignements en lien à l'ETP
- La reconnaissance par les étudiants des bases théoriques apportées
- La participation active des étudiants

- L'ingénierie du programme
- La faisabilité des enseignements proposés
- Le coût global
- La réalisation du programme et son déroulement
- Les changements apportés au programme

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

Quels indicateurs vous semblent essentiels dans l'évaluation du programme de la formation ETP ?							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ La prise en compte des besoins des étudiants	2	5	15	32	7	0	5
2/ La corrélation entre la réponse apportée et les besoins des étudiants identifiés	1	5	16	33	7	0	4
3/L'observation d'une posture éducative de l'étudiant adaptée dans les situations d'apprentissage proposées	1	1	7	29	24	0	4
4/ L'observation d'une analyse plus développée des étudiants	0	2	12	31	17	0	4
5/ La satisfaction mesurée des étudiants	0	7	19	26	10	0	4

6/ L'expression des étudiants sur l'intérêt perçu de l'ETP	0	4	11	27	19	0	5
7/ La validation des unités d'enseignements en lien à l'ETP	4	4	14	30	9	0	5
8/ La reconnaissance par les étudiants des bases théoriques apportées	1	2	13	37	9	0	4
9/ La participation active des étudiants	1	3	3	28	28	0	3
10/ L'ingénierie du programme	0	2	15	29	13	0	7
11/ La faisabilité des enseignements proposés	0	1	11	38	10	0	6
12/ Le coût global	9	11	20	17	3	0	6
13/ La réalisation du programme et son déroulement	0	3	14	36	6	0	7
14/ Les changements apportés au programme	1	4	23	25	6	0	7

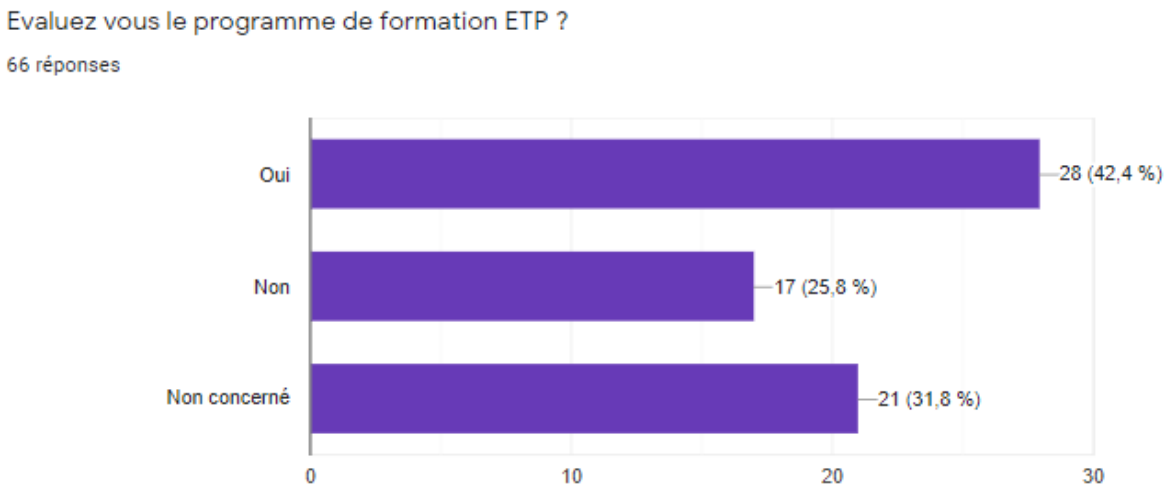


-Commentaires libres : 1

Plutôt partir du besoin du professionnel novice

-Evaluez-vous le programme de formation ETP ?

- Oui 28 ou 42,4 %
- Non 17 ou 25,8 %
- Non concerné 21 ou 31,8 %

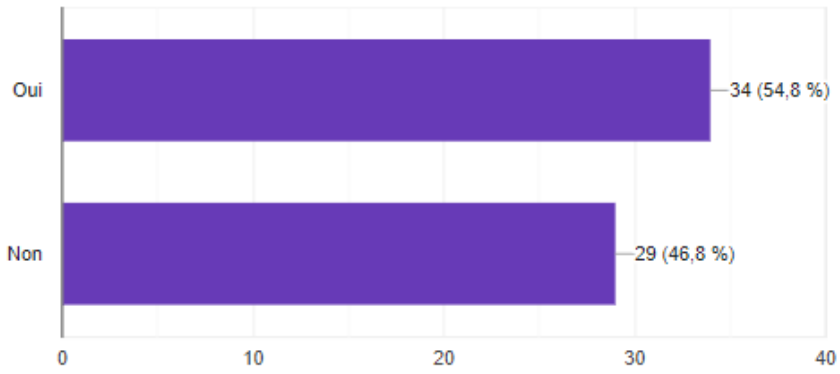


-Les étudiants diplômés d'Etat obtiennent ils tous l'attestation de formation ETP ?

- Oui 34 ou 54,8 %
- Non 29 ou 46,8 %
- 4 sans réponse

Les étudiants diplômés d'Etat obtiennent ils tous l'attestation de formation ETP ?

62 réponses



-Si non, pourquoi ? 28 réponses

Il n'y a pas 40 heures d'enseignement.

Absence aux TD donc nombre d'heures insuffisant

Absence lors des TD, doivent réaliser 40 h

Absences, non volontaires pour le projet, non validation d'UE

Absence aux TD repérés pour l'ETP de plus de 20%

Ne sais pas

Absence sur les 40h exigées

Absences à des TD obligatoires

En cours, donc pas encore achevé... pas encore d'attestation

Le programme a été mis en place l'an dernier donc ceux qui sortent sont les premiers à en bénéficier donc les redoublants ou ceux venant d'un autre IFSI ou ayant interrompu la formation en 2e année n'ont pas eu l'attestation.

Autorisation récente

Manque présence et/ou manque simulation

Absence

Absence aux enseignements

Ne répond pas aux attendus de validation (présence)

Certains intègrent la 3e année sans avoir eu les apports de la 2e année sur l'ETP, ceux qui interrompent leur formation

Non Validation d'une des UE contributives

Pas mis en place

Absences aux UI

En cours de mise en place : il manque un item : ne sais pas !

Pas encore en place dans notre IFSI

Absences à certains TD

Oui l'an dernier non cette année à cause du covid, modif du programme et certification 40h impossible

Absences

Base de volontariat et d'assiduité

L'ARS ne délivre pas d'attestation

Car ils n'ont pas été présents sur les 40 heures de formation. L'UI peut être validée dans la règle des 10% d'absences justifiées aux 40h de TD mais pas de certification ETP. Ils le savent dès le début...c'est marqué dans le référentiel d'UI.

Dans une vision prospective

Pour améliorer votre programme de formation ETP, sous la forme d'un « SI…Alors », quelle proposition émettriez-vous (exemple SI certaines ressources sont mises en place ALORS la formation ETP en formation initiale pourrait se réaliser en inter-professionnalité) ? 34 réponses

SI toutes les écoles de paramédicaux faisaient la formation ensemble ALORS ...

SI les étudiants pouvaient tous faire stage en ETP, ALORS l'approche serait plus facile

SI intégration des formateurs qui dispensent UE 1.1 et 4.2 ALORS les étudiants pourraient mieux faire les liens entre les soins relationnels et la posture éducative

SI les étudiants pouvaient réaliser un stage même très court auprès d'un IDE pratiquant de l'ETP ALORS la formation ETP prendrait une autre dimension pour eux

Ne sait pas

SI certaines ressources pédagogiques étaient digitalisées pour offrir des modalités asynchrones ALORS la formation ETP en formation initiale pourrait se réaliser en inter-professionnalité

Pas d'hypothèse à formuler. Ce serait plutôt du quand…. Quand les étudiants verront de l'ETP en service, ils auront une meilleure idée de ce que c'est.... Et arrêteront de dire qu'ils font de l'ETP à toutes les sauces....

SI les formateurs sont formés ALORS nous pourrons mieux accompagner les étudiants

SI les compétences infirmières en ETP étaient reconnues institutionnellement ALORS les étudiants s'inscriraient plus dans le rôle propre de l'IDE pour l'ETP.

SI des outils spécifiques étaient mis à disposition en nombre, ALORS les étudiants pourraient tous les manipuler.

SI nous placions le patient comme un sachant ALORS la posture éducative des soignants reflèterait la démocratie sanitaire vers laquelle nous devons tendre pour promouvoir la santé dans notre pays.

SI les étudiants pouvaient faire plus de (simulation de) soins à visée éducative, ALORS ils pourraient analyser et travailler leur posture

SI tous les étudiants pouvaient bénéficier d'un stage ou il se pratique l'ETP, ALORS ils pourraient acquérir plus d'expérience de terrain

SI projet institutionnel ALORS meilleure compréhension et transfert en situation clinique

SI nous avions plus de temps ALORS les étudiants y trouveraient plus d'intérêt

SI tous les formateurs étaient formés à l'ETP ALORS la formation des étudiants serait facilitée

Je ne comprends pas la question

SI les étudiants ne peuvent pas réaliser leur stage ETP de 7h dans un programme autorisé, ALORS on se doit d'être en capacité de leur proposer d'autres possibilités : simulation, serious games...

Plus de possibilités de simulation

Je ne sais pas

En rapport de l'exemple, essai sur 2 ans, avec le service sanitaire, sur l'UE 3.3 S3 entre "les étudiants ergothérapeutes et les étudiants en soins infirmiers". Confrontés à des difficultés dans la collaboration entre les formateurs en rapport des programmes de formation, de leurs planifications et des différents objectifs.

SI les UE des IFSI et les modules d'AS pouvaient se "croiser " ALORS nous pourrions réaliser un temps de formation commun

SI les cultures entre les différentes formations étaient moins différentes, ALORS la formation ETP pourrait se faire en interprofessionnalité

SI nous avions plus d'heures dédiées ALORS nous pourrions travailler plus en partenariat avec les terrains qui proposent de l'ETP.

SI certaines ressources sont mises en place ALORS la formation ETP en formation initiale pourrait se réaliser en inter-professionnalité ?

SI nous trouvons un médecin qui coordonne et valide le projet ALORS nous mettrons en place le projet

SI les professionnels ressources intervenaient plus dans l'accompagnement de cas clinique ALORS ce serait plus concret pour les ESI. Plus les professionnels IDE seront formés plus l'ETP prendra sens pour les ESI

SI les programmes d'ETP étaient plus nombreux, ALORS nous pourrions développer la possibilité de stages spécifiques ETP pour tous les étudiants.

SI nous étions plus nombreux et mieux formés, ALORS nous pourrions être plus pertinents

SI des formations rassemblent des professionnels et formateurs de différentes filières ALORS la formation ETP en formation initiale pourrait se réaliser en interprofessionnalité.

SI nous étions rattachés à un CHU ALORS cela favoriserait l'interprofessionnalité

SI la place des Patients dans le parcours de soins était reconnue et primordiale, ALORS L'ETP irait naturellement de soi pour les dirigeants... Et aurait peut-être les moyens de ses ambitions !

SI un formateur a un master en ETP ALORS la formation en IFSI s'en trouve améliorée

L'application en stage

La bonne volonté des médecins et autres…et l'intégration systématique de patients experts.

Vous remerciant pour votre aide.

ANNEXE 18 : Résultat du Questionnaire d'enquête à destination des étudiants en 2ème et 3ème année de formation en soins infirmiers des IFSI de Nouvelle-Aquitaine

*obligatoire

Pour mieux vous connaître

-Département du lieu de formation : *

Département de la N.A	Nombre d'IFSI	Nombre d'ESI répondant
16 Charente	1	2
17 Charente-Maritime	3	81
19 Corrèze	3	47
23 Creuse	1	23
24 Dordogne	1	24
33 Gironde	6	83
40 Landes	2	/
47 Lot-et-Garonne	3	28
64 Pyrénées-Atlantiques	3	/
79 Deux-Sèvres	2	26
86 Vienne	1	27
87 Haute-Vienne	2	36

Hors région
31= 1
49 = 1
85 = 1

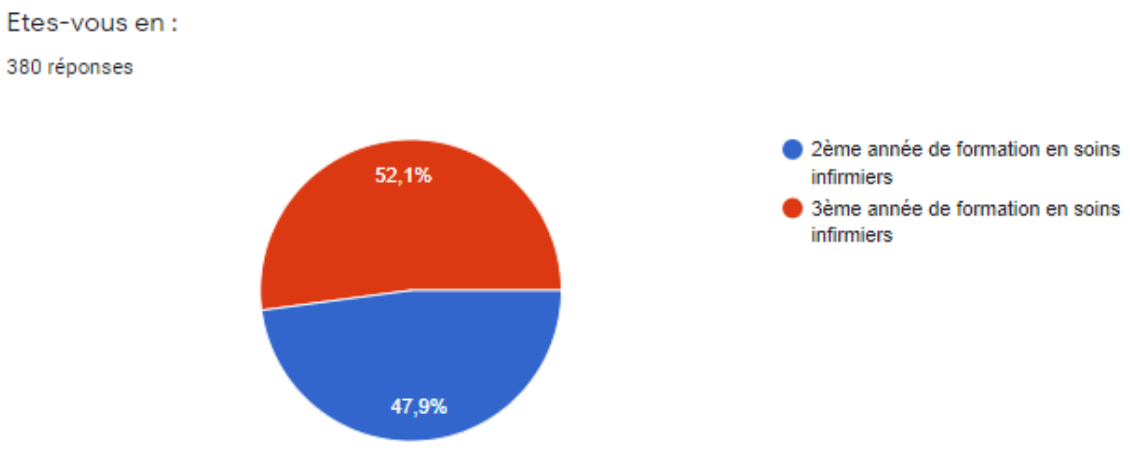
-Nombre d'étudiants infirmiers dans votre promotion à l'entrée en formation * :

1 réponse non prise en compte car l'ESI a répondu 2017 ce qui doit correspondre à son année d'entrée en formation, interprétation erronée de la question qui est peut-être mal formulée.

Mini	40
Max	192
Moyenne	100 par défaut

-Etes-vous en : *

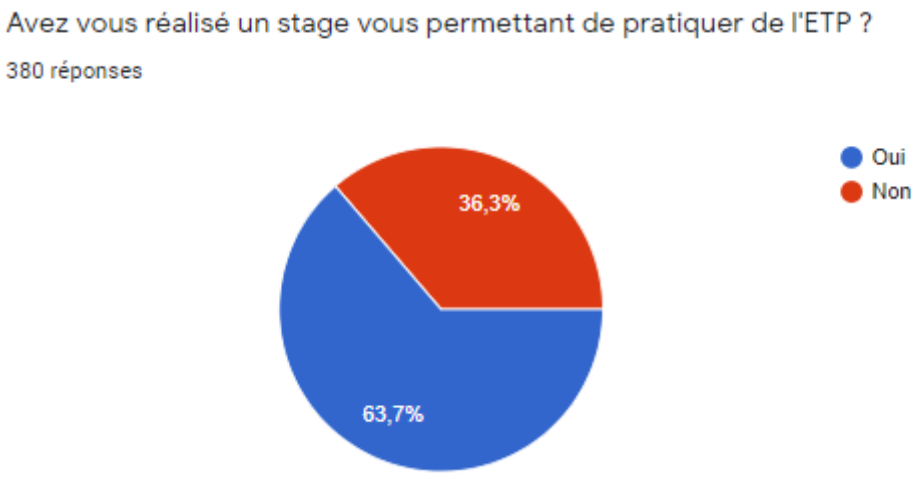
- 2ème année de formation en soins infirmiers : 182
- 3ème année de formation en soins infirmiers : 198



Modalités d'apprentissage et ETP

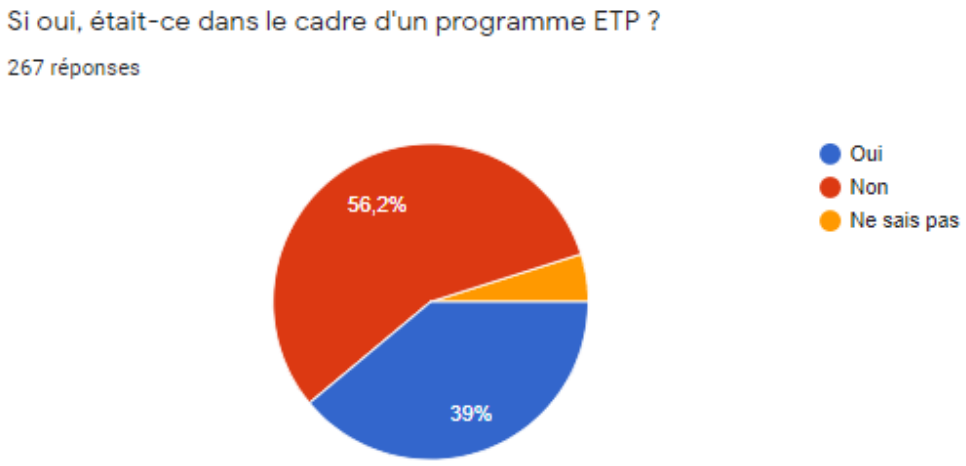
-Avez-vous réalisé un stage vous permettant de pratiquer de l'ETP ?*

- Oui : 242 soit 63,7%
- Non : 138 soit 36,30%



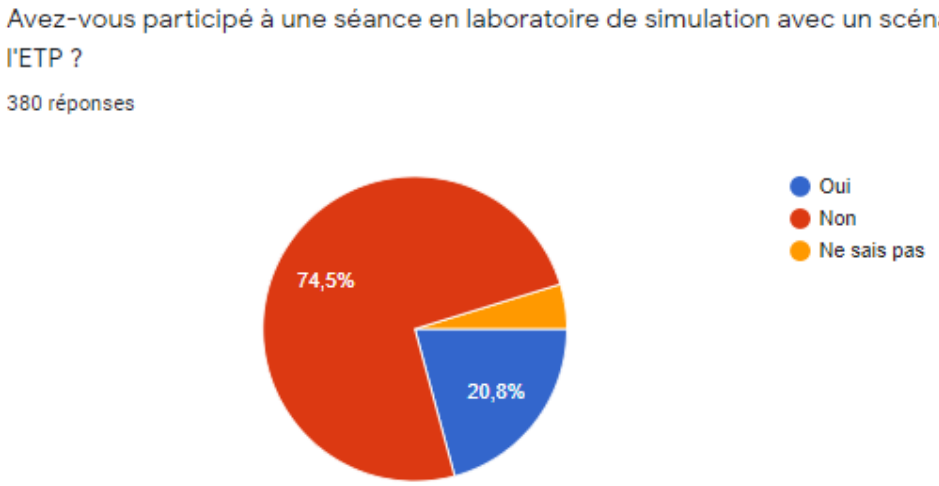
-Si oui, était-ce dans le cadre d'un programme ETP ?

- Oui : 104 soit 39%
- Non : 150 soit 56,20%
- Ne sais pas : 13 soit 4,9%



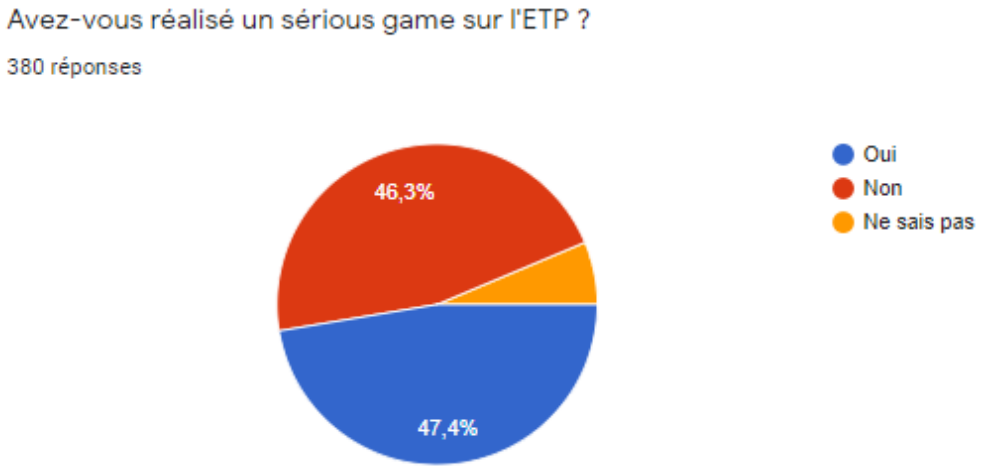
-Avez-vous participé à une séance en laboratoire de simulation avec un scénario portant sur l'ETP ?

- Oui : 79 ou 20,8%
- Non : 283 ou 74,5%
- Ne sais pas : 18 ou 4,7%



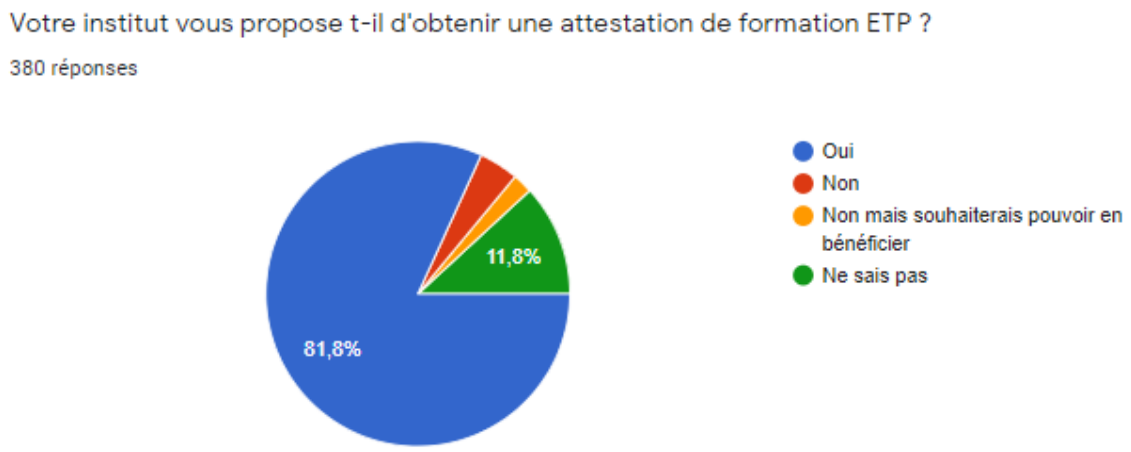
-Avez-vous réalisé un sérious game sur l'ETP ? *

- Oui : 180 ou 47,4%
- Non : 176 ou 46,3%
- Ne sais pas : 24 ou 6,3%



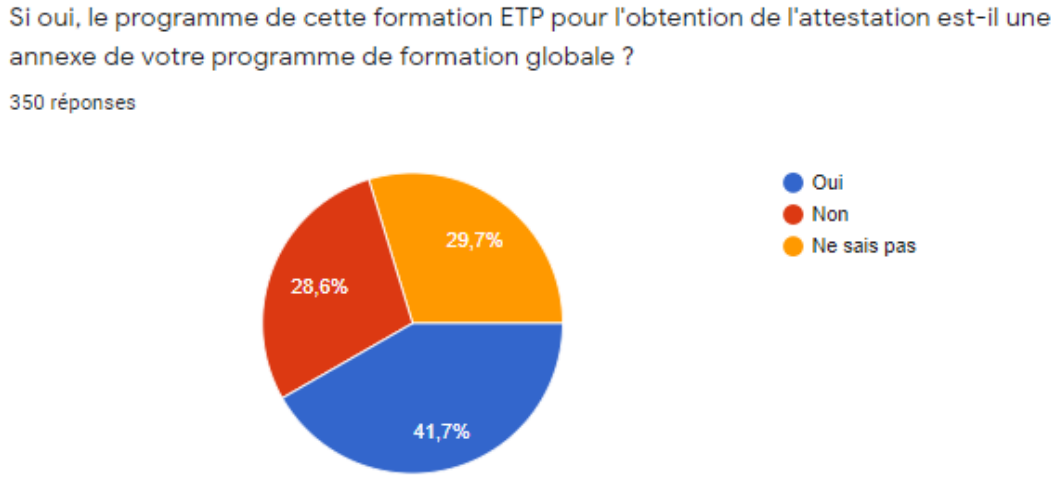
-Votre institut vous propose-t-il obtenir une attestation de formation ETP ? *

- Oui : 311 ou 81,8%
- Non : 16 ou 4,2%
- Non mais souhaiterai pouvoir en bénéficier : 8 ou 2,1 %
- Ne sais pas : 45 ou 11,8%



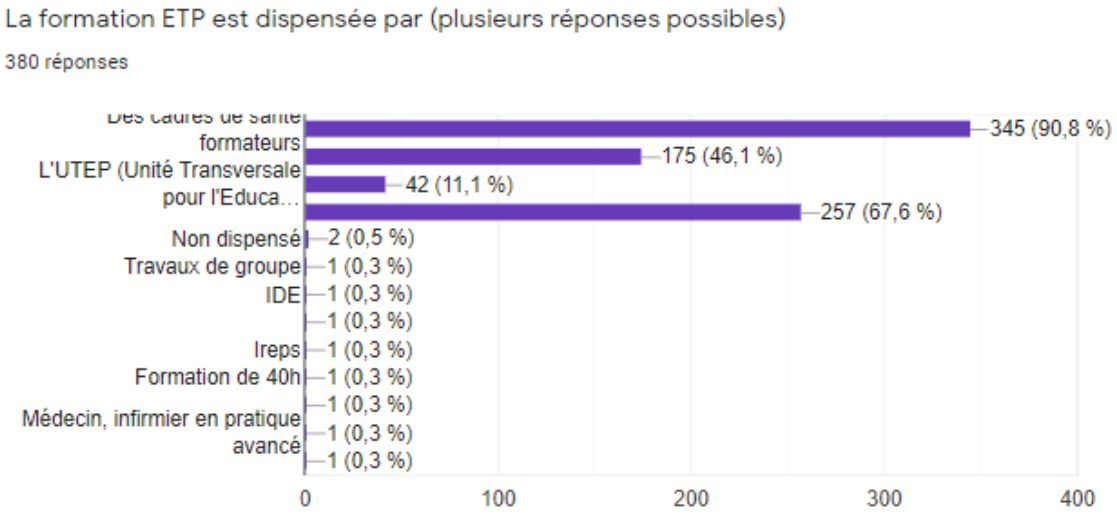
-Si oui, le programme de cette formation ETP pour l'obtention de l'attestation est-il une annexe de votre programme de formation globale ?

- Oui : 146 ou 41,7%
- Non : 100 ou 28,6%
- Ne sais pas : 104 ou 29,7%
- 30 sans réponse



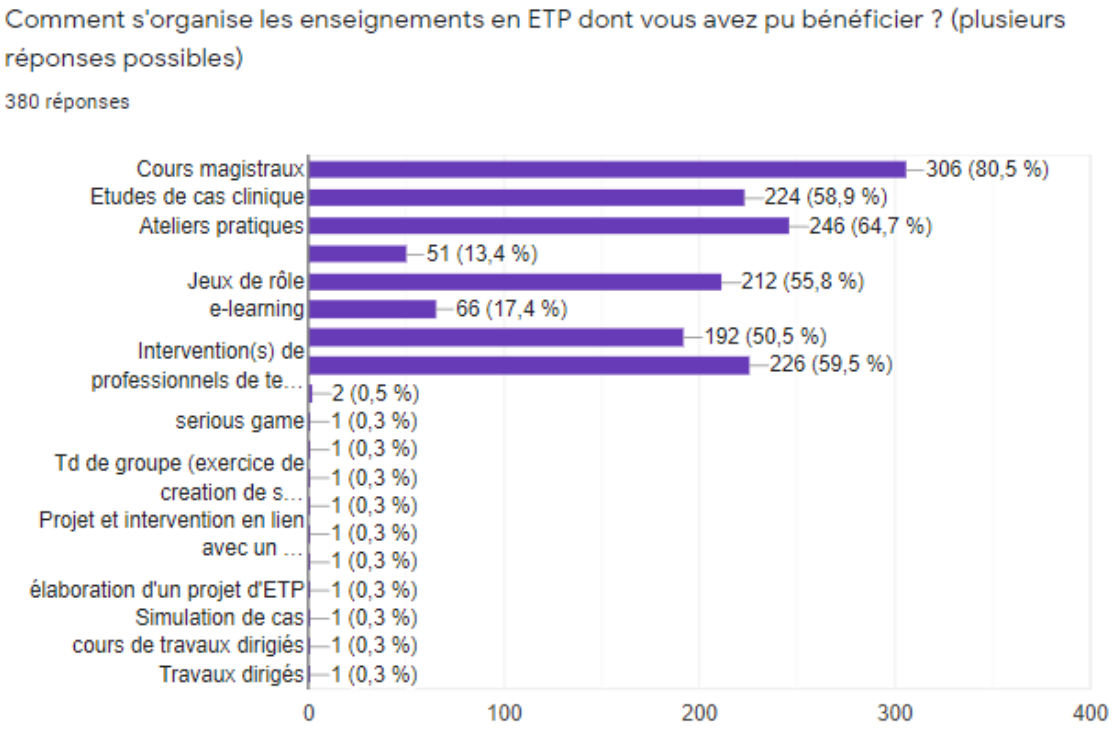
-La formation ETP est dispensée par (plusieurs réponses possibles) ?

- Des cadres de santé formateurs : 345 ou 90,8%
- Des patients experts/ressources : 175 ou 46,1%
- L'UTEP (Unité Transversale pour l'Education Thérapeutique des Patients) : 42 ou 11,1%
- Des professionnels de terrain ayant une expérience en ETP : 257 ou 67,6%



-Comment s'organise les enseignements en ETP dont vous avez pu bénéficier (plusieurs réponses possibles) ?

- Cours magistraux : 306 ou 80,5%
- Etude de cas cliniques : 224 ou 58,9%
- Ateliers pratiques : 246 ou 64,7%
- Séance en laboratoire de simulation : 51 ou 13,4%
- Jeux de rôle : 212 ou 55,8%
- E-Learning : 66 ou 17,4%
- Intervention de patient expert/ressource : 192 ou 50,5%
- Intervention de professionnels de terrain pratiquant l'ETP : 226 ou 59,5%



Vous et l'ETP

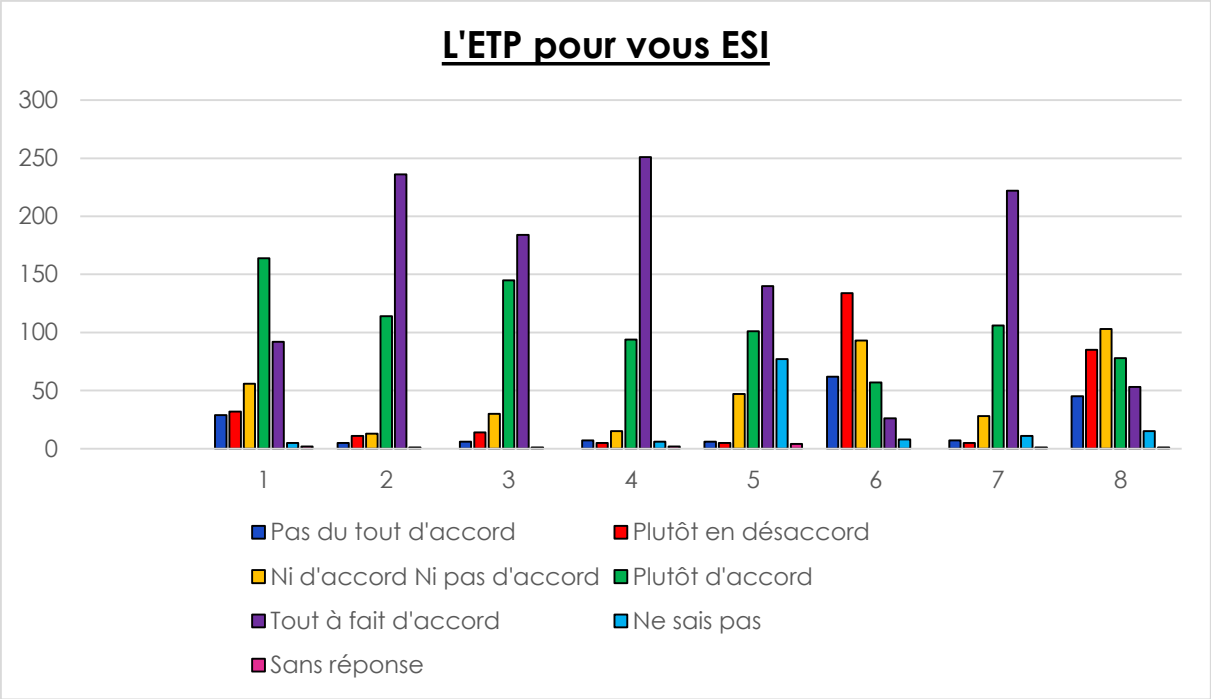
-L'ETP pour vous :

- Est une spécialité
- Est intégrée aux soins
- Sa pratique demande une formation spécifique
- Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)
- S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial
- C'est la même chose que l'éducation pour la santé
- Permet un meilleur soin
- Fait priorité à la maladie

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord

Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

L'ETP pour vous ESI							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Est une spécialité	29	32	56	164	92	5	2
2/ Est intégrée aux soins	5	11	13	114	236	1	/
3/ Sa pratique demande une formation spécifique	6	14	30	145	184	1	/
4/ Fait partie intégrante des missions de l'infirmier(ère)	7	5	15	94	251	6	2
5/ S'appuie sur le modèle de santé biopsychosocial	6	5	47	101	140	77	4
6/ C'est la même chose que l'éducation pour la santé	62	134	93	57	26	8	/
7/ Permet un meilleur soin	7	5	28	106	222	11	1
8/ Fait priorité à la maladie	45	85	103	78	53	15	1



-Commentaires libres : 22

L'ETP nécessite une expertise dans le domaine médicale cible. Bien que notre formation initiale en ETP soit un atout majeur en terme de compétences, il paraît difficile de pratiquer sans être expérimenté dans le service d'exercice, considérant par ailleurs que les patients sont aujourd'hui très informés (ou désinformés) et nécessite donc une maîtrise des pathologies pour répondre le plus justement et offrir une éducation qualitative.

L'ETP permet d'accompagner le patient dans sa maladie chronique de façon à ce qu'il puisse vivre au mieux avec sa pathologie, en tenant compte de ses ressources et difficultés.

Ayant réalisé mon mémoire en parti sur ce sujet et ayant eu la chance de rencontrer des professionnels dans ce domaine. Je me suis rendu compte au cours de nos échanges et de ce que j'avais pu observer en stage que l'ETP est trop souvent mis en arrière-plan de la maladie à cause d'une approche très biomédicale de la part des professionnels. En effet, leur manque de formation à ce sujet fait qu'ils partent plus souvent de la pathologie, que des besoins du patient. Ainsi l'ETP et les soins sont dissociés alors qu'ils devraient être complémentaire. Cela pouvant être dû à un manque de formation ou bien à une pratique trop centrée sur la pathologie.

Il est important de savoir ce que connait le patient de sa maladie chronique, de savoir ses objectifs et d'établir avec lui son plan de soins et sa prise en soins mais il est nécessaire à nous en tant que soignant de connaitre parfaitement la maladie pour apporter des conseils.

L'ETP est au centre de notre métier dans le soin, cela permet de mettre le patient au cœur de sa prise en soin et plus sa pathologie chronique. L'ETP est un juste équilibre avec le traitement du patient.

C'est une spécialité qui pour ma part est indispensable à la maladie

Centré sur la santé du patient en fonction de ses besoins, objectifs, compréhension.

L'ETP permet de pouvoir vivre une normalité dans la maladie.

C'est rendre acteur et créer un partenariat équilibré entre le patient et le soignant.

Pour moi, ce qui est primordial dans l'ETP c'est le patient et c'est toute la richesse de cette méthode !

Permet de placer le patient au cœur de sa prise en charge et de le rendre acteur de sa santé.

L'ETP permet de s'axer sur les besoins du patient dans l'évolution de sa maladie. Il lui permet de développer de nouvelles compétences en s'appuyant sur celles qu'il possède déjà sur sa pathologie.

L'ETP se fait en fonction des besoins du patient et ne doit faire priorité sur la maladie s'il s'agit des besoins du patient.

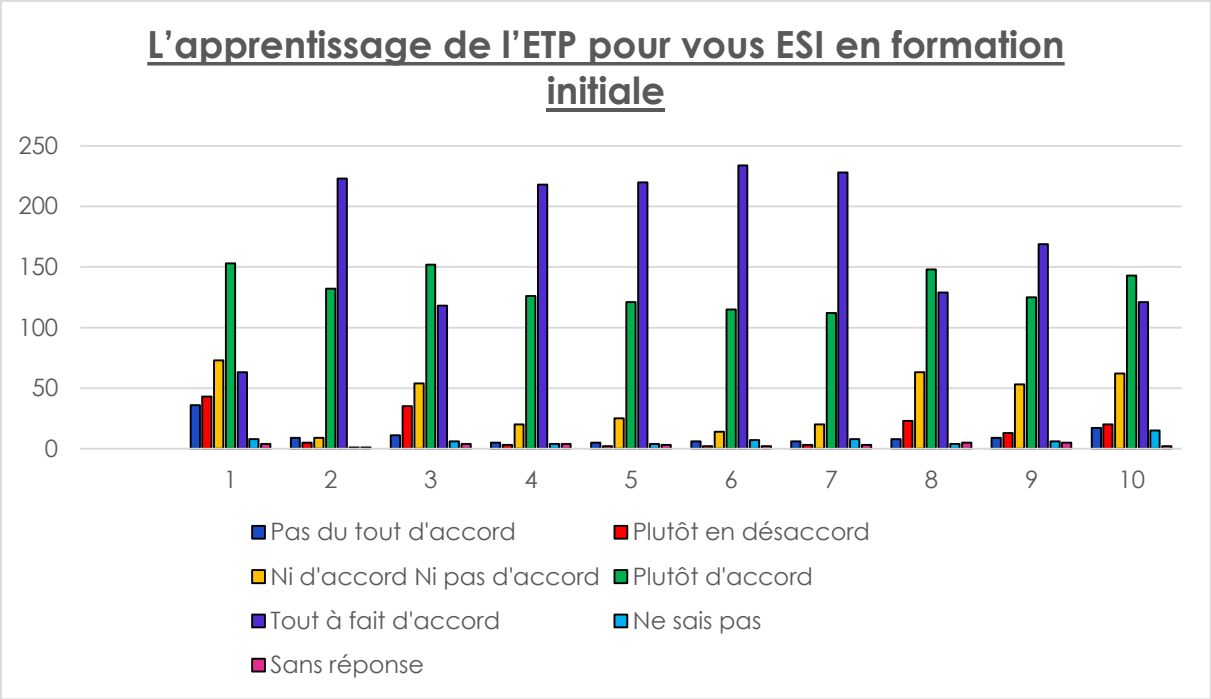
L'ETP ne fait pas priorité à la maladie mais à la personne malade pour lui permettre au maximum de gérer ses soins, d'apprendre à vivre avec sa maladie et amélioration de sa qualité de vie elle fait partie intégrante des soins ide et médicaux
Je trouve que la pratique de L'ETP ne doit pas être imposé aux professionnels mais plutôt que ça soit eux qui décide de pratiquer car pour moi l'ETP demande un engagement face aux patients et donc il faut que le professionnel soit "passionné "par cette pratique. Car je pense que ces séances permettent énormément aux patients de vivre, comprendre, gérer sa maladie chronique.
Le patient est le personnage de l'ETP, c'est lui qui guide nos pas dans l'ETP.
Je pense justement que l'ETP permet au patient d'avoir la priorité sur la maladie. L'ETP permet au malade de mieux l'appréhender, de mieux la connaître ainsi que les traitements qui y sont associés. L'ETP est, je pense, une chance. Elle va permettre au patient de reprendre le dessus sur la maladie et d'adapter son environnement.
Faire de l'ETP rassure le patient et le conforte à agir au mieux pour sa santé.
Je trouve l'ETP à la fois intéressant et découlant du bon sens... On donne à l'ETP des airs de spécialité, alors que c'est inclus dans le travail d'infirmière, d'informer le patient sur la nature de sa prise en charge, de ses traitements, de s'informer du vécu du patient avec sa maladie... De plus, certaines personnes "formées" à l'ETP ne partagent rien d'intéressant, et restent dans une approche revendicatrice (je pense notamment à des patients experts intervenus dans notre promotion), ce qui n'apporte rien au point de vue que je me suis fait de l'ETP.
L'ETP est très importante à mon sens.
L'ETP est d'abord centré sur le patient, on part de ce que sait le patient de sa maladie, pour ensuite adapter un programme individualisé au patient par rapport à sa pathologie.

-L'apprentissage de l'ETP pour vous en formation initiale :

- Demande une formation complémentaire après le diplôme
- Fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes UE
- Nécessite un enseignement réparti sur les 3 années de formation
- Doit être ludique
- Se réalise en petits groupes
- Nécessite la pratique en stage ou en laboratoire de simulation
- Nécessite des ateliers pratiques
- Est nécessaire à la professionnalisation
- Est complexe
- Est une sensibilisation

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

L'apprentissage de l'ETP pour vous ESI en formation initiale							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Demande une formation complémentaire après le diplôme	36	43	73	153	63	8	4
2/ Fait appel à des savoirs, savoir-faire et savoir-être de différentes UE	9	5	9	132	223	1	1
3/ Nécessite un enseignement réparti sur les 3 années de formation	11	35	54	152	118	6	4
4/ Doit être ludique	5	3	20	126	218	4	4
5/ Se réalise en petits groupes	5	2	25	121	220	4	3
6/ Nécessite la pratique en stage ou en laboratoire de simulation dans le parcours de formation	6	2	14	115	234	7	2
7/ Nécessite des ateliers pratiques	6	3	20	112	228	8	3
8/ Est complexe	8	23	63	148	129	4	5
9/ Est nécessaire à la professionnalisation	9	13	53	125	169	6	5
10/ Est une sensibilisation	17	20	62	143	121	15	2



-Commentaires libres : 15

A mon sens, l'ETP nécessite de la part de l'infirmière des connaissances pratiques poussées qu'il nous est impossible d'avoir au bout des 3 années de formation. L'expérience entre énormément en ligne de compte à mon sens pour pouvoir apprendre au et avec le patient, expérience qui ne nous sera en aucun cas apportée en formation.

Il est important de savoir ce que les patients attendent de nous et à nous de savoir ce que nous devons leur apporter pour une meilleure prise en charge et une autonomie sur leur maladie cela passe par un apprentissage pour nous

L'apprentissage de l'ETP se fait par le biais de plusieurs outils. Que ce soit en groupe restreint ou non afin de pouvoir échanger.

Il est dommage de ne pas avoir un stage réservé à cet apprentissage, comme par exemple le stage en service sanitaire c'est un "plus" avec une diplôme d'infirmière, cela me paraît indispensable pour que le métier d'infirmière soit complet.

Il faut déjà avoir des connaissances sur les pathologies c'est pourquoi que je pense qu'en deuxième et troisième année c'est bien. Pour la formation après le diplôme je pense que cela est nécessaire pour une remise à niveau. Plus nous allons le pratiquer mieux ce sera.

L'enseignement de l'ETP me parait plus judicieux en deuxième année et repartis sur l'ensemble de l'année. Car les différents stages effectués aux cours des 2 premières années permettent de mieux appréhender la maladie chronique par l'acquisition de l'expérience et des savoirs.

Nous sommes formés pour pratiquer l'ETP, mais une formation supplémentaire peut être nécessaire pour se spécialiser dans l'orientation de notre choix (diabète, asthme...).

C'est un réel plus pour notre future pratique professionnelle.

Je pense que la formation que j'ai reçu à l'IFSI, ma permise de découvrir et comprendre l'ETP je connaissais plus l'éducation pour la santé. Mais elle reste une base mais demanderai un apport supplémentaire si je devais en réaliser.

La mise en situation est utile même si cela ne reflète pas la réalité cela permet de comprendre ce qui l'on est de se remettre en question.

Il faut bien comprendre les moyens du patient.

Devrait être rajouter dans la formation de base car essentiel dans notre métier et on en est de plus en plus confronté dû au manque de médecin.

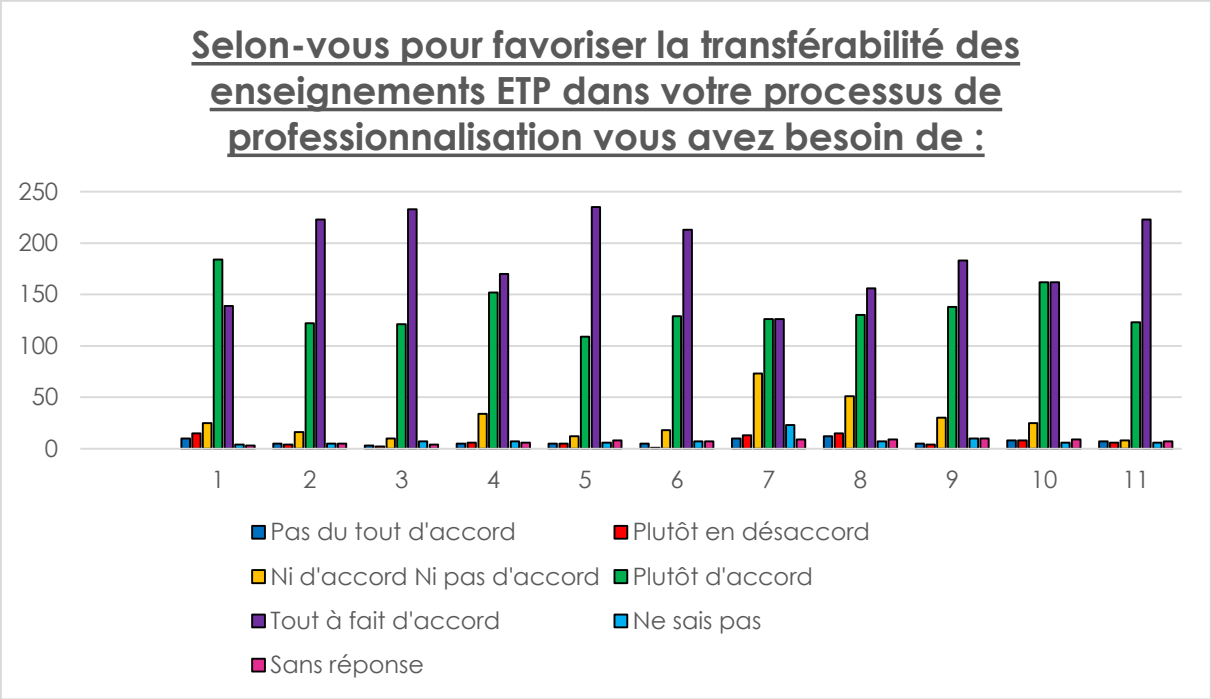
J'ai la chance d'être dans un IFSI qui va me permettre de faire de l'ETP dans un programme et ainsi j'aurais une attestation à la fin de mes 3 ans. Je pense cependant que les personnes qui n'ont pas eu la chance de faire de l'ETP dans un programme durant leurs années devraient pouvoir le faire après, et cela devrait presque être obligatoire.
Il serait nécessaire de ne pas être lâché tout de go pour un ETP ! Mais bien évidemment d'y être accompagné par des infirmiers ayant plaisir de partager leur savoir.

-Selon-vous pour favoriser la transférabilité des enseignements ETP dans votre processus de professionnalisation vous avez besoin de :

- Cas cliniques travaillés en groupe
- Un stage avec de la pratique ETP
- Un environnement d'apprentissage où vous vous sentez en confiance
- Le retour d'expérience des cadres de santé formateurs sur l'ETP
- Des conditions d'apprentissage permettant l'entraide, l'écoute, la participation de tous
- Un témoignage de patient
- Une séance en laboratoire de simulation sur l'ETP
- Des jeux de rôle
- Développer votre sentiment de compétence dans le domaine de l'ETP
- D'apports théoriques
- Le retour d'expérience des professionnels de terrain

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

Selon-vous pour favoriser la transférabilité des enseignements ETP dans votre processus de professionnalisation vous avez besoin de							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Cas cliniques travaillés en groupe	10	15	25	184	139	4	3
2/ Un stage avec de la pratique ETP	5	4	16	122	223	5	5
3/ Un environnement d'apprentissage où vous vous sentez en confiance	3	2	10	121	233	7	4
4/ Le retour d'expérience des cadres de santé formateurs sur l'ETP	5	6	34	152	170	7	6
5/ Des conditions d'apprentissage permettant l'entraide, l'écoute, la participation de tous	5	5	12	109	235	6	8
6/ Un témoignage de patient	5	1	18	129	213	7	7
7/ Une séance en laboratoire de simulation sur l'ETP	10	13	73	126	126	23	9
8/ Des jeux de rôle	12	15	51	130	156	7	9
9/ Développer votre sentiment de compétence dans le domaine de l'ETP	5	4	30	138	183	10	10
10/ D'apports théoriques	8	8	25	162	162	6	9
11/ Le retour d'expérience des professionnels de terrain	7	6	8	123	223	6	7



-Commentaires libres : 12

Je suis désolée mais je ne vois pas vraiment l'intérêt sur une année d'avoir tellement d'apports sur l'ETP à part nous surcharger pour quelque chose qui à mon sens, ne sera maîtrisable qu'avec des connaissances approfondies dans un domaine précis et l'expérience du terrain.

Pour avoir eu l'intervention d'un patient expert au sein de notre organisme de formation ce cours magistral a vraiment était utile. En effet pour une fois nous n'avions pas uniquement le point de vue du professionnel de santé mais bien du patient.

Faire intervenir des patients experts afin d'être formé à l'ETP en tant que future professionnel est un pléonasme.

Un retour d'expérience d'un patient sur l'ETP serait plus que nécessaire.

Plus nous avons de retours de patients experts, plus nous enrichissons notre savoir en ETP

Le retour de patient expert est très pertinent.

Je n'ai pas compris la question "développer votre sentiment de compétence".

Tout en restant un simple étudiant anonyme, à Saintes nous avons une superbe salle de simulation qui serait je pense vraiment adaptée pour réaliser une séance d'ETP :)

L'apprentissage sur le terrain après rapport théorique et les jeux de rôle permet d'avoir un regard et une approche au plus près de la réalité.

Des cours théoriques courts car pour l'ETP la mise en pratique en petits groupes est plus efficace pour comprendre et apprendre.

Dans la phase de recherche il est ressorti que les jeunes diplômés étant très concentrés sur les soins, leur pratique, ils ne réalisent pas d'ETP. Ce qui montre bien que l'ETP n'est pas considéré comme un soin et n'est pas ancré dans le soin infirmier. Alors que je pense que l'ETP est un soin à part entière. (ESI ayant fait son mémoire sur le sujet ETP ?).

Je trouve qu'il ne faut pas imposer la pratique de l'ETP car tout le monde ne peut se positionner dans cette spécialité. Jeu de rôle je pense que lorsque l'on n'est pas atteint d'une maladie chronique on ne peut mesurer les conséquences psychiques, physiques. On fait juste de l'interprétation en fonction de notre savoir être donc non bénéfique ou avec des "vrais "patients volontaires voir experts.

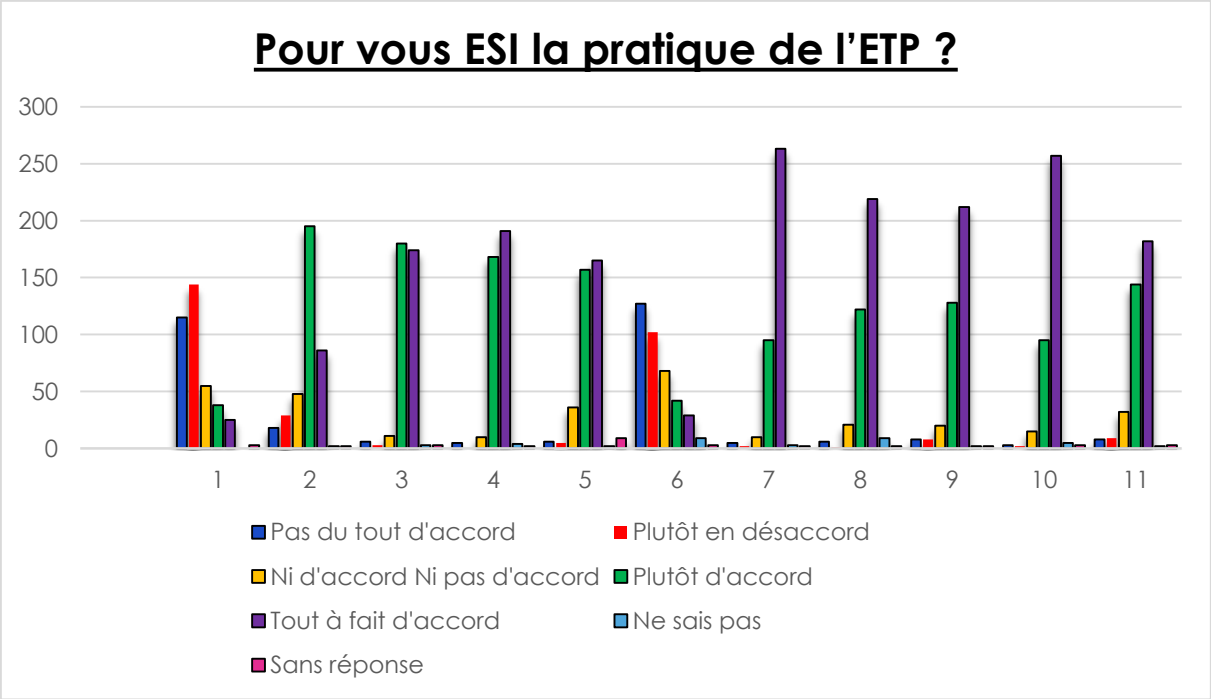
Mais surtout de la bienveillance et sans jugements.

-Pour vous la pratique de l'ETP ?

- Est destinée qu'aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d'ETP
- Nécessite une certaine maturité professionnelle
- Demande le développement d'une posture éducative
- Nécessite la connaissance de la démarche éducative
- Implique le développement d'une posture empathique
- Est facultative
- Nécessite de comprendre ce qu'est une maladie chronique
- Exige de comprendre le processus de changement de comportement
- Est avant tout un travail d'équipe
- Demande de comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient
- Exige des compétences particulières, donc une formation
- Nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle

Réponses par échelle de Likert
Pas du tout d'accord
Plutôt en désaccord
Ni d'accord Ni pas d'accord
Plutôt d'accord
Tout à fait d'accord
Ne sais pas

Pour vous ESI la pratique de l'ETP ?							
	Pas du tout d'accord	*Plutôt en désaccord*	*Ni d'accord Ni pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*	*Ne sais pas*	*Sans réponse*
1/ Est destinée qu'aux professionnels qui souhaitent travailler dans un service où il y a des programmes d'ETP	115	144	55	38	25	0	3
2/ Nécessite une certaine maturité professionnelle	18	29	48	195	86	2	2
3/ Demande le développement d'une posture éducative	6	3	11	180	174	3	3
4/ Nécessite la connaissance de la démarche éducative	5	0	10	168	191	4	2
5/ Implique le développement d'une posture empathique	6	5	36	157	165	2	9
6/ Est facultative	127	102	68	42	29	9	3
7/ Nécessite de comprendre ce qu'est une maladie chronique	5	2	10	95	263	3	2
8/ Exige de comprendre le processus de changement de comportement	6	1	21	122	219	9	2
9/ Est avant tout un travail d'équipe	8	8	20	128	212	2	2
10/ Demande de comprendre les croyances, les habitudes et les représentations du patient	3	2	15	95	257	5	3
11/ Exige des compétences particulières, donc une formation	8	9	32	144	182	2	3
12/ Nécessite d'avoir de l'expérience professionnelle	13	31	74	134	122	1	5



-Commentaires libres : 11

"L'ETP exige des compétences particulières, donc une formation." Non, je suis désolée mais certaines personnes font la formation, s'en vantent et ne sont pas pour autant capable de prendre en soin des personnes atteintes de maladie chronique. Et d'autres personnes n'ont fait aucune formation, et avec leur ressenti, maîtrisent bien plus la prise en soins des patients concernés. L'ETP est à mon sens un savant mélange de connaissances, d'expériences et de "feeling" pour pouvoir s'adapter à chaque patient / comportement / ressenti. Dans cette optique, la certification ETP devrait être passée sur le terrain, en entretien réel avec un patient, pour valider les compétences acquises, et non une certification donnée après un apport de connaissances théoriques.

L'ETP me semble être la pierre angulaire de la prise en soin d'un patient. La difficulté dans la mise en œuvre est plus liée au manque de temps dans certain service...

Ce doit être un engagement professionnel dans la pratique courante de notre métier.

L'ETP n'est pas une obligation, il faut en avoir envie pour apporter au patient une ETP de qualité.

J'ai été en difficulté pour remplir certains points, pour moi la posture empathique et la nécessité de comprendre une malade chronique sont des points primordiaux.

En tant que jeune professionnel il est possible de pratiquer l'ETP mais l'expérience favorise l'acquisition de savoirs par la rencontre de patients experts de leurs maladies et favorise la prise de recul et la posture emphatique.

Reprend mes appréciations ultérieures.

J'ai eu beaucoup de mal à comprendre ce que signifiait ETP car il me semble que nous manquons vraiment d'expérience professionnelle.

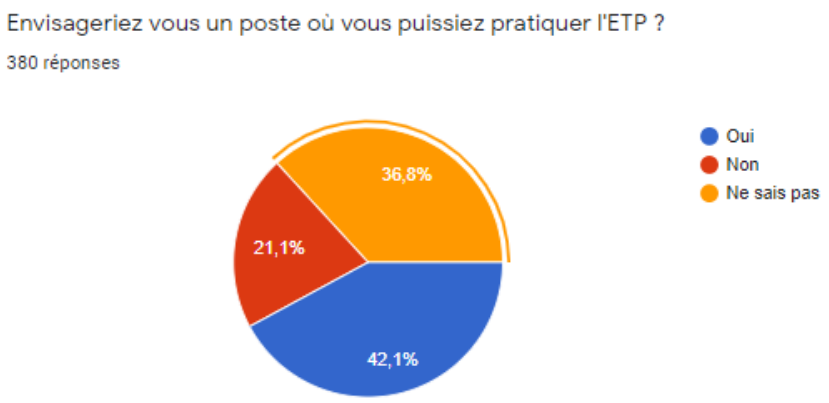
L'ETP demande beaucoup de connaissances, et de finesse...

A cette question j'aurais mis tout à fait d'accord si à la place de comprendre il y aurait « entendre ». Demande de « comprendre » = entendre les croyances, les représentations et les habitudes du patient

Pour la dernière question : il faut bien commencer.

-Envisageriez-vous un poste où vous puissiez pratiquer l'ETP ?

- Oui : 160 soit 36,8%
- Non : 80 soit 21,10%
- Ne sais pas : 140 soit 42,10%



-Pourquoi ? 197 réponses

Intéressant.

Je ne me sens pas capable de faire de l'ETP tout juste diplômée.

Je n'aime pas.

A voir si cela est pratiqué dans le service ou je travaillerais, mais je pense aussi qu'il faut un peu de pratique en tant qu'infirmier après le diplôme pour pouvoir pratiquer l'ETP de manière adaptée.

Permet au patient d'avoir les éléments à une meilleure santé.

Aucun intérêt de formaliser l'ETP.

L'ETP peut être inclus dans tous les soins quotidiens sans nécessiter un poste dédié. La richesse des soins réside dans leur globalité.

Car avec la pratique de l'ETP j'ai vraiment le sentiment d'aller au bout de ma prise en soin.

J'ai l'impression d'en faire déjà à mon niveau auprès des patients que je rencontre.

Pour le pratiquer davantage et être à l'aise, nécessaire dans les soins afin d'établir une relation de confiance avec le patient.

C'est une pratique avec laquelle je me sens à l'aise.

Je ne pense pas en être capable dès l'obtention des diplômes. Je préfère m'assurer de comprendre les pathologies afin de pouvoir réaliser de l'éducation thérapeutique. De plus, malgré les apports acquis en formation, il me parait nécessaire d'avoir recours à une deuxième formation afin de perfectionner la technique d'ETP. Cependant, je peux tout de même postuler à ce poste sans pratiquer nécessairement et immédiatement de l'ETP et en m'appuyant sur les compétences de mes collègues afin de me perfectionner.

Je ne me projette sur aucun service en particulier et reste ouverte aux possibilités qui s'offriront à moi. Dans ce sens, je m'adapterai au poste en question.

Je ne sais pas encore ou je veux exercer.

Je trouve intéressant d'accompagner les patients dans leur maladie chronique, de voir avec eux comment changer leurs habitudes, trouver des solutions, être à leur écoute.

Afin de pouvoir prendre en soin un patient pour ce qu'il est et pas pour sa maladie. Je souhaiterais alors m'adapter à ses envies et ce qu'il souhaite et non lui imposer le "bon soin".

L'ETP fait partie intégrante de notre métier, c'est notre rôle propre.

Je pense que notre rôle propre est déjà d'éduquer le patient (thérapeutiques, hygiène de vie).

Je ne me sens pas suffisamment à l'aise dans la pratique pour le faire correctement.

C'est une richesse supplémentaire, et un sentiment de satisfaction de bien faire son métier lorsque le patient ressort de sa séance d'ETP avec des actions positives à mettre en place pour améliorer sa santé.

Car je trouve cela très important dans la prise en charge du patient.

Car c'est un domaine qui m'intéresse et dans lequel j'aimerais développer mes compétences.

C'est essentiel dans notre métier.

Je trouve qu'il faut acquérir de l'expérience professionnelle avant de pratiquer l'ETP en poste.

Car c'est un sujet qui m'intéresse énormément, il permet d'aider le patient à mieux "gérer" et "mieux" vivre avec sa maladie chronique, permet de lui fixer un but avec des objectifs.

Je ne maîtrise pas du tout le sujet !

Je pense ne pas avoir assez d'expérience professionnelle à la sortie du diplôme pour envisager un poste où je pratiquerais l'ETP.

Reste un enseignement très important et intéressant.

C'est un poste que je pourrais éventuellement pratiquer mais pas maintenant. Je veux avoir de l'expérience professionnelle avant.

De mon point de vue, je trouve que l'ETP est quelque chose de très important, autant que la prévention. Elle permet aux personnes de mieux se connaitre et de mieux connaitre leurs pathologies, ce que je trouve apporte des bénéfices sur leur qualité de vie.

Pourquoi pas avec l'expérience, cela peut être enrichissant.

La théorie sur ETP ne m'attire pas, j'attends d'avoir plus de recul.

Parce que ce n'est pas ce que j'aime dans les soins infirmiers, je préfère l'éducation à la santé.

Car pour moi l'ETP fait entièrement partis des compétences que doit acquérir un futur IDE, tout professionnel doit être en capacité d'exercer l'ETP.

Pour moi on fait déjà de L'ETP sans se rendre compte (tous les jours).

J'apprécie l'idée de pouvoir suivre et aider un patient à évoluer dans la vie quotidienne avec sa maladie.

Selon les lieux dans lesquels je serais amené à travailler, par exemple si je travaille en EHPAD, cela pourrait être envisageable, par contre, si je travaille en soin palliatif, il semble plus compliqué et peu adapté de mettre en place une démarche ETP avec un patient diabétique par exemple.

S'il est possible et je pense qu'il sera possible de faire de l'ETP dans ma profession, sinon je ne compte pas trouver un poste pour ne faire que de l'ETP.

Accompagner les personnes à trouver des objectifs pour les aider dans la vie de tous les jours. Améliorer la qualité de vie. Exemple ETP diabète.

C'est important pour la prise en charge de la pathologie.

La technique d'approche dans l'ETP est au plus près du patient, dans l'empathie ; c'est une approche que j'apprécie et que je cultive dans ma posture de soignante.

C'est important dans notre métier et intéressant. Permet un échange avec le patient.

Cela fait partie intégrante du métier

J'ai aimé pratiqué dans un service spécifique.

Car nous pouvons retrouver de ETP un peu partout dans les services.

La pratique de l'ETP est assez complexe, et je préfère prendre un peu d'expérience avant de me lancer là-dedans. C'est vraiment personnel parce que je pense que l'on peut tout à fait faire de l'ETP en tant que jeune diplômé.

Pour moi l'ETP se pratique quelque soit le poste.

C'est une pratique qui m'intéresse et je pense que nous en faisons tous un peu d'ETP.

Car pour c'est important que le patient gère aussi sa pathologie.

Je ne me sens pas encore mature professionnellement pour l'envisager.

Pour pouvoir permettre aux patients mais aussi à leur entourage de vivre au mieux avec la maladie et non pas qu'ils la subissent.

Cela demande les connaissances nécessaires mais surtout une approche de la maladie chronique auprès des patients peut-être en fin de carrière

Nous réalisons actuellement beaucoup d'ETP dans pratiquement tous les services.

Je souhaite intégrer un service d'urgences qui ne permet pas de pratiquer l'ETP.

C'est un travail impliquant l'investissement autant du soignant que du patient, où chacun apporte ses compétences et connaissances.

C'est important de pouvoir utiliser la formation que nous avons eu, et d'aider les patients à mieux gérer leurs pathologies chroniques afin d'intégrer leur pathologie à leur quotidien et de participer à l'amélioration de leur qualité de vie.

Parce que c'est essentiel dans nos prises en soins.

Tous les services ne sont pas concernés par l'ETP (par exemple les urgences, la réanimation...).

Par manque d'expérience professionnelle, de connaissances pratiques mais aussi de retour d'expériences et de témoignages de patients sur leurs propres pathologies.

Approche différente de la pathologie, permet de créer une réelle relation soignant/ soigné. Permet également de rendre le patient acteur, l'objectif étant d'améliorer la qualité de vie.

Je porte un immense intérêt à l'ETP j'aimerai le pratiquer, j'apprécie beaucoup ce que cela apporte aux patients.

Je n'aime pas du tout cet aspect de notre métier.

Pour pouvoir faire bénéficier au patients mes savoirs, ce qui leur permettrait d'être plus autonome pour leurs maladies et de mieux la comprendre.

Je trouve l'ETP intéressant.

Je pourrais être intéressée à condition d'être formé et accompagné au début. Comme il se doit. Les cours d'ETP en formation initiale ne suffisent absolument pas à prendre un poste en ETP.

Pour améliorer ma prise en charge des patients.

Pas en début de carrière mais plus tard pourquoi pas car cela apporte une autre vision des soins techniques et une approche différente du métier. Ainsi qu'une relation différente avec le patient.

Nous n'avons pas eu assez d'apport théorique sur le sujet.

Aide aux personnes.

Le métier IDE représente pour moi l'empathie, l'écoute et l'accompagnement de la maladie chronique, sans ETP il n'y a pas de qualité de vie.

Ce n'est pas ma priorité en sortie de diplôme.

Stage dans le domaine (diabète) qui m'a plu.

Étape nécessaire et efficace pour le patient, l'aide à accepter et à vivre avec sa maladie.

J'ai déjà de l'expérience professionnelle dans la formation.

Ce n'est pas un de mes critères de choix de service mais s'il faut en faire, j'en ferai.

Je trouve intéressant le rôle éducatif de l'IDE dans l'ETP, et cela rentre dans l'objectif de rendre le patient acteur de sa prise en soin.

Ce n'est pas un soin que j'aime faire.

Parce que cela permettrait une prise en charge plus globale pour accompagner le patient au mieux.

Accompagnement et suivi étroit avec le patient.

Pour la pec globale.

Je pense qu'il faut de la maturité professionnelle pour le faire.

Je ne cherche pas un poste pour pratiquer à tout prix l'ETP mais je serais ravie d'avoir l'occasion de le faire parce que cela permet de voir le cheminement du patient jusqu'à ce qu'il puisse vivre avec sa maladie, je trouve ça intéressant.

Permet aux patients, de mieux vivre avec leur pathologie.

Ne correspond pas à ce que je souhaite faire.

Pas assez d'expériences.

Relation privilégiée avec le patient.

Car j'ai fait un stage en ETP diabétologie.

Je trouve que c'est une autre approche avec les patients et ça les permet de les rendre acteurs de leurs prises en soins.

J'ai besoins d'être dans la technique, être dans les rush d'un secteur.

Non car pour moi l'ETP devrait être introduit au sein même des services et pas être un service à part entière. Le fait de créer des services spécifiques à l'ETP scinde encore plus le soin et l'ETP. Donc cela peut être logique que beaucoup de professionnels ne l'incluent pas dans leur pratique car ils pensent que des infirmiers "spécialisés" s'en chargeront à leur place.

Pour améliorer cette démarche et pouvoir accompagner le patient dans l'apprentissage et améliorer sa qualité de vie avec la maladie.

Intéressant.

Cela m'intéresse mais n'est pas ma priorité.

Car c'est une approche différente du soin.

Car je suis passionnée par cette démarche et je la trouve primordiale dans une prise en charge et dans l'accompagnement à la personne.

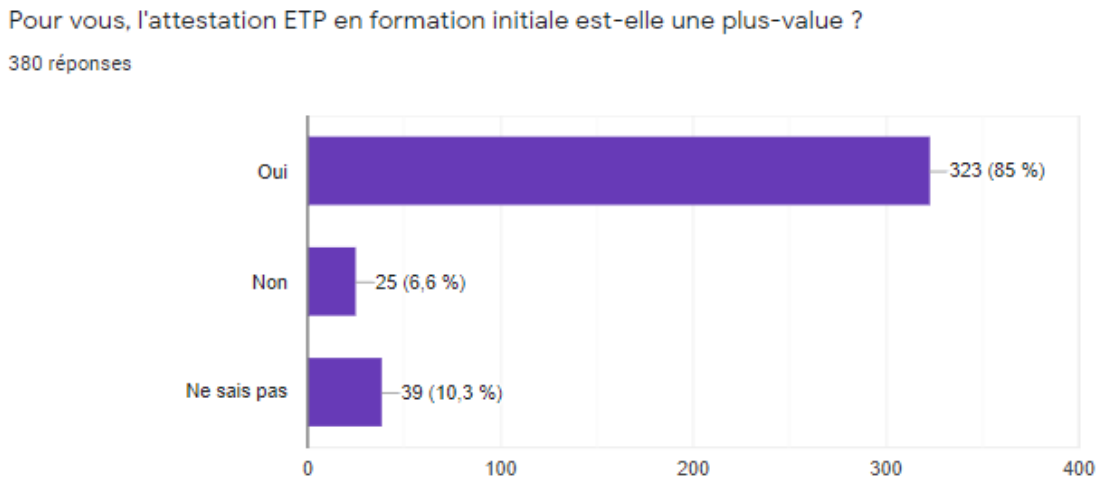
La relation de confiance.

J'ai beaucoup apprécié cette approche du soin.

Pour moi ça fait partie du rôle propre infirmier.

- <u>Pour vous, l'attestation ETP en formation initiale est-elle une plus-value ?</u>

- Oui : 323 ou 85 %
- Non : 25 ou 6,6%
- Ne sais pas : 39 ou 10,3%



<u>-Pourquoi ? 172 réponses</u>

Car elle fait partie intégrante de la prise en soins.

C'est un plus. Tout le monde ne l'a pas forcément à la sortie de l'école.

Ça fait une formation en plus et permet à ceux intéressés d'avoir ça en plus.

Car cela montre que nous avons pu aborder les bases de l'ETP et que nous en sommes informé, afin de pouvoir informer le patient.

Car cela montre que nous avons pu bénéficier d'une formation nous permettant d'avoir les bases de l'ETP.

Valorise les 3 années de formation.

Aucun intérêt.

La formation d'ETP équivalente à 42h nécessite une organisation de service pour détacher l'agent intéressé, être diplôme avec cette attestation est donc une plus-value à condition de poursuivre le travail d'apprentissage et de continuer la formation si le choix professionnel s'y rattache.

Car l'ETP est encore que très peu développer au sein des services.

Cela ne me semble pas encore assez répandu et demandé par les recruteurs.

Pour ceux qui n'ont pas fait la formation, donner des conseils, apporter nos expériences et l'importance de l'ETP auprès du patient

L'ETP doit faire partie de nos pratiques quotidiennes mais j'estime que c'est un plus d'avoir un module attribué spécifiquement à cela.

Elle apporte la preuve d'une certaine compétence dans le domaine de l'ETP. Mais il faut avoir pratiquer avant de pouvoir s'annoncer comme professionnel d'ETP afin de ne pas faire de faux espoirs.

Comme expliqué précédemment, je pense que l'ETP devrait être validé sur le terrain, en montrant les compétences acquises au fil de l'expérience. L'apport théorique reste intéressant, car cela nous donne des bases pour commencer, mais cela reste très lourd, surtout qu'on n'est pas certains de s'en servir plus tard.

Car elle est comprise dans la formation et permet de se projeter dès le début et ainsi avoir des connaissances.

C'est une reconnaissance dans le diplôme supplémentaire et l'opportunité de faire le travail d'infirmier différemment dans le sens où nous pouvons travailler avec les médecins je pense au IDE azalée, de faire changer les habitudes de notre société.

En fonction de notre future poste à pourvoir, c'est une réelle plus-value à cette formation.

Il y a de plus en plus de patients avec pathologie chronique, plus le patient est autonome et moins il n'engage de frais. Aujourd'hui c'est le souhait de nos hauts dirigeants.

Cela aide à comprendre mieux les comportements (ce qu'elle a, ce qu'elle sait…) de savoir où elle en est dans sa pathologie pour l'accompagner au mieux dans sa prise en charge. Cela permet également d'instaurer une relation de confiance avec le patient.

Elle permet de pouvoir ouvrir mes connaissances sur ce thème et donc de pouvoir envisager un poste qui proposerai cette prise en soins.

C'est un savoir-faire, savoir être et un savoir qui complète notre diplôme.

Car c'est un véritable plus pour notre futur métier.

C'est un plus au moment de l'embauche.

C'est toujours appréciable d'avoir des compétences en plus lors de la recherche d'un poste.

Oui, car il nous permet d'avoir des bases sur l'ETP, nous permettant de le mettre en place dans notre future pratique professionnelle.

Pour nous c'est un bagage supplémentaire. De plus certains étudiants ne font pas cette formation ETP. Donc c'est un plus pour se faire recruter par rapport à eux.

C'est toujours un petit plus.

Cela permet vraiment d'avoir un plus dans la prise en charges de patients dans n'importe quels types de services.

Elle permet "d'éviter" d'avoir la formation de 40h à faire une fois diplômé, ce qui est un avantage, surtout quand on est intéressé par l'ETP.

Apporte une qualité en plus sur le CV.

Ça fait bien dans le dossier et ça peut toujours servir.

Ça fait bien dans le dossier, je ne sais pas si je le validerais.

Lors des recrutements cela apporte un plus à notre dossier.

Parce que je ferais quand même de l'ETP sans l'attestation.

Parce que quand bien même on ne se destine pas à l'ETP, ce que l'on a appris nous permettra de mieux appréhender les patients dans notre vie professionnelle future, d'autant que l'on croise de nombreux patients atteints de maladies chroniques dans les services.

Cela nous permet d'avoir plus facilement accès à des postes que l'on désire, qui seraient axés sur l'ETP, pas besoin de refaire une formation en plus.

C'est toujours une plus-value d'avoir des compétences.

Avoir des connaissances théoriques et pratiques est vraiment important afin de les mettre en œuvre au quotidien dans notre profession. Avoir une formation ETP est vraiment un plus dans notre exercice.

Je ne sais pas si c'est reconnu pour l'instant, mais qui sera amené à se développer.

Elle apporte une formation qui devient nécessaire dans beaucoup de services de soins généraux ou autre, elle permet d'arriver plus compétent en stage et à notre prise de poste future.

Lorsque l'on postule dans les services, quand les cadres de santé lisent notre CV, eux même disent « ah super vous avez l'ETP ». On apprend des choses supplémentaires à mettre en place, c'est donc pour moi une plus-value.

Pour prendre en charge dans la globalité le patient il est important de savoir-faire de l'ETP.

Peut- être intéressant et valorisant pour l'exercice de la profession.

Cela montre que nous avons déjà pratiqué ETP est que nous avons été formé dans notre formation.

Cela peut être une plus-value oui pour certains services, cela évite une formation à la prise de poste.

De nos jours on entend beaucoup parler de l'ETP dans les structures, je pense que cette attestation est un plus à notre diplôme.

Car nous pouvons l'apporter dans l'établissement où le service quand nous serons embauchés.

Dans un domaine en pleine expansion forcément.

Elle permet d'ouvrir un champ de compétence plus important.

Car tout au long de notre carrière nous pouvons aspirer à prendre de nouvelles voies et de faire le choix de faire uniquement de l'ETP. De plus il peut faciliter le recrutement vers des services spécifiques comme l'école de l'asthme et du diabète ....

Elle ouvre les portes de différents types de poste cela nous permet d'avoir une première approche et une connaissance sur l'ETP même si elle ne sera pas utilisée par tous durant notre carrière atout supplémentaire.

L'éducation thérapeutique est toujours présent dans les soins mais y être formé et savoir le réaliser demande un savoir et savoir-faire particulier, donc une plus-value.

Cela nous permet d'être en position de faire des ETP directement sans avoir à faire la formation.

En fonction du projet professionnel cela peut l'être.

Cela fait partie de notre rôle propre et permet une meilleure prise en charge des patients.

Car l'ETP tend à se développer à un moment où la prévention va devenir la priorité en terme de santé.

C'est un gros plus pour exercer, tout le monde n'est pas formé et c'est une flèche en plus à notre arc. Permet une approche différente du soin.

Elle fait partie de notre programme mais je ne pense pas qu'elle suffise pour pouvoir le pratiquer dans la vie professionnelle.

C'est un plus pour le recrutement.

Cela prouve l'aptitude de la personne.

Elle apporte la relation éducative et une vision différente des soins.

Aide à l'embauche dans les domaines et spécialités en lien

Car cela montre que l'on est apte à la séquence éducative, ce qui est important en tant que soignant.

Cela montre l'ETP n'est pas flou pour nous, on l'a déjà plus ou moins pratiqué et on a les connaissances de base que l'on pourra approfondir sur le terrain.

Car si on ne l'a pas on nous la demande en poste ETP. Les attestations de formation sont toujours des plus-values.

Car cela montre qu'on a des acquis concernant l'ETP, même si une formation en plus lorsqu'on est professionnel serait intéressant dans les services où il y en a régulièrement.

Elle permet d'améliorer nos connaissances et donc nos compétences.

Car c'est une formation.

L'accès à un emploi en lien à la pratique ETP peut être facilité lorsque nous avons déjà une attestation. Puis cela apporte toujours des connaissances supplémentaires.

Valorise la formation mais non suffisante pour intégrer un service. C'est une bonne base.

Pathologie chronique se rencontre de plus en plus et apporter une plus-value aux patients avec l'ETP afin de les aider au mieux à vivre avec.

Demande au niveau des employeurs.

Elle prouve que l'on a travaillé pour comprendre les principes et buts de l'ETP et pour les appliquer.

Très peu développé dans les services qui préfèrent les IDE TAS.

L'Enseignement théorique doit être connu ce qui aide pour la pratique.

Car ça se développe de plus en plus aujourd'hui.

J'ai développé d'autres compétences qui pourront toujours me servir même si je ne fais pas partis d'un programme d'ETP, par exemple si le patient est en demande d'informations sur sa pathologie, ses traitements... je peux m'aider de ce que j'ai appris en ETP pour répondre à ses besoins.

C'est une formation donnée par l'école qui même sans expériences montre un certain intérêt pour l'éducation thérapeutique et a permis d'acquérir des connaissances en cette matière.

Je ne sais pas car ça dépend si on l'utilise dans nos pratiques ou pas. Si la formation reçue permet aux futurs diplômés de l'appliquer dans leur pratique alors là, oui en effet ce sera une plus-value pour le professionnel, le service, l'équipe et le patient. Sinon, si le futur diplômé ne l'intègre pas à sa pratique alors cela n'a pas de plus-value. Néanmoins, peut être que ça en sera une lorsqu'il y pensera et l'intégrera dans sa pratique, peut-être plus tard.

Permet d'apporter des connaissances et une approche à une équipe.

Elle est intégrée à notre formation et permet de pouvoir dire qu'on l'a réalisée avant même d'être diplômé, ce qui la rend très intéressante. De plus, cela nous permet de nous voir en tant que futurs professionnels.

Apport de connaissances supplémentaires.

Car elle permet à l'étudiant d'avoir une approche plus claire et concrète de ce que cela représente, et la pratique en cours permet de nous mettre face à la réalité avec de l'entraînement ce qui pour moi, est très important.

L'employeur n'a pas besoin de la financer, donc si on veut pratiquer l'ETP, ce n'est pas un frein.

C'est la preuve une réelle formation et un investissement personnel.

Meilleure prise en charge des patients.

Car cela nous permet de savoir l'existence, pouvoir conseiller lors des projets de soins l'orientation du patient vers des ETP.

Et peut-être après plusieurs années d'exercice me donner l'envie de me spécialiser dans ce domaine.

C'est appréciable de l'avoir mais pas assez d'expérience pour le mettre à profit sur le terrain.

L'expérience professionnelle de terrain doit apporter surement bien plus qu'un papier après uniquement 35h de théorie (bien que cela peut apporter des bases).

Car le fait d'obtenir une attestation ETP permet d'avoir une première approche en formation, d'utiliser notre formation théorique lors des soins, faire de l'éducation auprès des patients avec des outils sans forcément être dans un programme thérapeutique, de diriger et proposer aux patients un programme thérapeutique et de leurs expliquer son intérêt. Je suis aide-soignante, avant la formation IDE, j'avais entendu parler de l'ETP mais je n'avais pas saisie réellement le sens, le fait d'avoir eu cette formation m'apportera beaucoup sur le plan professionnel.

Je pense que cela rajouter une formation et on a des clefs pour commencer plus sereinement.

Ça rajoute une compétence à notre diplôme.

Apport d'une compétence supplémentaire qui peut être transférable à d'autres situations.

ETP est en grand développement, les établissements tendent à cette pratique, il s'agit donc d'une plus-value d'être déjà formée et d'en avoir une première expérience.

Permet d'avoir des bases et de pouvoir enrichir ses compétences.

Dans une vision prospective

Pour améliorer un programme de formation ETP en formation initiale de soins infirmiers, sous la forme d'un « SI…Alors », quelle proposition émettriez-vous (exemple SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je comprendrais mieux sa construction) ? 205 réponses

SI j'avais pu assister à une séance d'ETP lors d'un stage ALORS je pourrai mieux me représenter comment cela se passe.

SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je pouvais mieux le mettre en place avec les patients.

SI je pouvais pratiquer l'ETP en lieu de stage ALORS cela me permettrais de mieux comprendre avec la pratique et faire de meilleurs liens avec la théorie afin de voir les points à approfondir et à réajuster.

SI je me pouvais m'en passer ALORS je me porterai mieux.

SI le programme de formation s'appuyer sur des pathologies étudiées en cours de formation (SCA, DT2, Obésité…) ALORS il permettrait d'être expert dans l'éducation (et d'apprendre les leçons).

SI je pouvais développer un programme ETP ALORS je pourrai mieux comprendre les ressentis et besoins des patients.

SI je pouvais rencontrer des patients qui en ont tirés un réel bénéfice ALORS je percevrais mieux la plus-value.

SI je pouvais le pratiquer plus souvent ALORS je serai plus à l'aise avec le programme ETP.

SI je pouvais assister à un programme d'ETP en stage ALORS je comprendrais mieux le déroulement et l'évolution de celui-ci.

SI je pouvais avoir plus de cours pratique, ALORS je comprendrais mieux ce qu'est l'ETP et comment la mettre en place sur mon lieu de stage.

SI l'ETP était établi sur un programme plus léger et moins répétitif, ALORS j'aurais trouvé cela intéressant. Dans le cas présent, j'ai trouvé les cours sur le sujet trop redondant, d'autant que les différents intervenants ne savaient pas ce qui avait déjà été fait/dit et donc se répétaient.

SI nous avions plus d'interventions de patients étant membre d'un groupe d'ETP et que nous pourrions les suivre sur le terrain, ALORS je comprendrais mieux ses fonctionnalités.

SI je pouvais participer à une séance d'ETP ALORS cela serait plus compréhensible pour moi.

Je ne sais pas ???

SI j'aurais pu mettre en place un atelier dans un programme d'ETP au sein du centre hospitalier duquel dépend l'IFSI en partenariat avec un service qui le pratique (endocrinologie, addictologie...) ALORS j'aurais pu faire le lien avec les cours magistraux dense dans cet enseignement.

SI nous pouvions réaliser des jeux de rôle ALORS j'améliorerai ma posture en ETP.

SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je comprendrais mieux les patients.

SI je pouvais passer une semaine avec des professionnels sur un programme ETP ALORS je pourrais être en immersion et mieux comprendre le programme.

SI je pouvais développer mes connaissances en stage ALORS je pourrais proposer des ETP aux patients de qualité.

SI j'assistais à une séance d'ETP avec un professionnel formé à cela ALORS je comprendrais mieux.

SI je pouvais participer à une séance d'ETP ALORS je comprendrais mieux son organisation.

SI nous pouvions tous bénéficier d'une journée dans un service où l'on pratique l'ETP ALORS nous pourrions mettre en corrélation les apports théoriques avec la pratique.

SI je pouvais pratiquer plus d'entretiens avec des patients ALORS je comprendrais mieux l'ETP et je serais plus à l'aise avec.

SI je pouvais plus pratiquer des ETP avec les patients ALORS je pourrais mieux comprendre l'ETP.

SI je réaliserai des entretiens d'ETP en simulation ALORS je serais plus à l'aise et je serais comment réaliser un entretien, créer un programme ETP le mettre en place puis l'évaluer.

SI je réalise des séances d'ETP en pratique ALORS je serais plus à l'aise pour réaliser des séances d'ETP en stage.

SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je comprendrais mieux l'utilité.

SI je pouvais avoir accès à au moins un lieu de stage avec un programme d'ETP ALORS peut être que c'est un programme que je pourrais exercer en sortant des 3 années de formation.

SI je pouvais avoir une séance de simulation en chambre ou sur internet, je pourrais ALORS peut être mieux comprendre certains points de l'ETP.

SI je pouvais pratiquer l'ETP en stage ALORS ce serait plus parlant pour moi.

SI je pouvais étudier un programme ETP ALORS je comprendrais mieux son utilité.

SI nous nous étions plus entrainé en cours, ALORS cela aurait été plus fluide en stage.

SI je pouvais être dans un stage qui pratique des programme d'ETP auprès des patients, ALORS cela serait beaucoup plus concret pour moi et me permettrait un meilleur apprentissage.

SI je pouvais réaliser quelques séances d'ETP en stage en étant guidé ALORS je comprendrais mieux son utilité et serais capable de l'utiliser en étant diplômé.

SI je pouvais pratiquer un programme ETP en stage ALORS je comprendrais mieux la théorie.

SI chacun pouvait participer à des séances ETP lors de leur stage, ALORS l'apport théorique pourrait être beaucoup plus concret.

SI nous pratiquions de l'ETP sous forme pratique, ALORS je me sentirais plus en confort quand je devrais en réaliser une avec un vrai patient.

"SI en plus des apports théoriques, je pouvais avoir des apports pratiques ALORS je compléterais et j'améliorais mes connaissances, mes compétences et ma pratique professionnelle."

SI je suis amenée à pratiquer l'ETP alors cela faciliterait la compréhension du vécu de la pathologie.

SI je pouvais étudier plus de cas cliniques avec une diversité de pathologie (somatiques mais aussi psychiatrique ou dans les addictions) ALORS je pourrais sûrement être en capacité de mieux adaptés mon ETP à chaque situation.

SI nous pouvions analyser plus l'ETP réalisé dans les services ALORS ça nous aiderait peut-être à comprendre d'avantage les attentes.

SI je pouvais étudier un programme d'ETP alors je pourrais mieux comprendre l'état de santé du patient, ses attentes pour ainsi l'aider.

SI un patient qui a participé à un programme d'ETP et un professionnel qui le pratique venaient en parler aux étudiants, ALORS cela serait plus captivant et plus parlant pour les étudiants qui n'ont pas encore eu l'occasion d'y participer ou d'en faire.

SI j'avais plus pratiqué l'ETP ALORS je serais plus à l'aise.

SI nous avions plus de temps pour préparer un ETP ALORS nous pourrions être plus préparé sur les terrains.

SI je pouvais étudier le programme d'ETP en formation initiale ALORS je pourrais mieux visualiser ce qu'est l'ETP et donc le pratiquer.

SI nous avions d'avantage d'exercices de simulation, ALORS nous pourrions mettre en pratique l'ETP avec plus de facilité.

Je pense qu'il nous faudrait participer réellement à un rdv ETP.

SI je pouvais faire un stage en ETP ALORS je trouverai cela tout de suite plus concret.

SI je pouvais mettre en pratique ce que j'ai appris ALORS j'appréhenderais mieux les ressources dont j'aurai besoin.

SI j'avais plus d'expérience ALORS je pourrais construire une démarche éducative.

SI je pouvais participer à un atelier d'ETP alors je comprendrais mieux son déroulement.

SI nous avions un stage spécifiquement axé sur l'ETP ALORS nous aurions une pratique de terrain plus concrète.

SI je pouvais pratiquer plusieurs ETP en formation initiale ALORS je serai plus compétente dans les services.

SI j'avais pu observer un programme ETP ALORS cela m'aurai permis de mieux comprendre les mécanismes en jeu chez les patients.

SI je pouvais réaliser seul de A à Z un programme ETP sur un patient type ALORS je comprendrais mieux l'application des différentes étapes de l'ETP.

SI j'avais pu assister à des ateliers d'ETP, ALORS j'aurais pu mieux maitriser l'organisation d'un atelier.

SI nous avions pu faire un stage uniquement axé sur l'éducation thérapeutique ALORS nous aurions pu progresser plus aisément.

SI nous pouvions assister à une vrai séance d'ETP dans un service, ALORS je pourrai mieux comprendre l'impact sur le parcours de soin du patient.

SI je pouvais participer à la création d'un projet d'ETP dans un service de soins, ALORS je pourrai mieux comprendre les contraintes et limites de ces programmes et ainsi mieux en parler aux patients que je prends en charge.

Proposer plus d'ateliers pratiques avec la création de programmes d'ETP en groupe sur une pathologie choisie.

SI je pouvais étudier l'ETP, ALORS je postulerai pour un poste d'ETP une fois diplômée.

SI les cours étaient moins long et ennuyant ALORS je m'intéresserai plus à l'ETP.

SI je pouvais pratiquer l'ETP en stage, alors je comprendrais mieux la façon de faire.

SI je pouvais observer le déroulement d'un programme ETP dans la réalité ALORS je serais plus en capacité de me représenter le déroulement de l'ETP.

SI je pouvais réaliser un stage en ETP, alors je serai plus disposé à réaliser moi-même une séance d'ETP.

SI nous pouvions participer à un vrai programme d'ETP ALORS ce serai un plus pour mieux comprendre l'intérêt et la construction d'un programme.

SI nous avions pu rencontrer des patients qui ont participé à des programmes d'ETP ALORS nous aurions pu observer la vision du patient et comprendre l'impact et l'objectif de l'ETP.

SI je pouvais avoir un retour d'expérience de patients ALORS je comprendrais mieux l'ETP.

Si l'ETP était mieux considérée et plus reconnue, avec un ratio soignants/soigné ALORS il y aurait moins d'inobservance de la pathologie chronique.

SI nous avions pu faire plus de jeux de rôle (En évolution sur plusieurs séances) ou de cas clinique ALORS j'aurai mieux compris la construction d'une séance d'ETP.

SI l'ETP est ludique, dynamique, intéressant, avec des visions de pro et de patient, et pas qu'un simple cours magistral, ALORS la probabilité que les étudiants s'y intéresse est plus grande.

SI les serious game pouvaient être remplacés par des situations réelles (avec patient experte ou en stage) ALORS je pourrai être davantage authentique et empathique.

SI j'avais eu un stage en ETP comme demandé, ALORS j'aurais pu voir réellement ce qu'était l'ETP (trop de théorie dans les cours, pas assez de mise en pratique).

SI nous avions les avis patients et les programmes ETP proposés dans notre CH ALORS, nous comprendrions mieux ce qu'il est possible de faire en ETP.

SI je voyais une vraie séance d'ETP (vidéo, acteurs) ALORS je pourrais mieux visualiser comment se déroule une séance sur le terrain.

Je n'ai pas de proposition.

SI je pouvais comprendre la mucoviscidose dans son intégralité ALORS je pourrai mettre en place une éducation thérapeutique adaptée au patient.

SI on en verrait plus dans les stages ALORS cela donnerait plus de sens à la formation

SI j'avais pu le pratiquer dans un stage avec un programme d'ETP ALORS cela m'aurait permis d'avoir une approche plus précise.

SI je pouvais améliorer cette formation ALORS je la programmerai dès le début de la formation.

SI j'avais eu un stage avec de l'ETP ALORS peut-être que je pourrai le pratiquer en tant que professionnelle suivant le service ou je suis... les cours ne suffisent pas.

SI je pouvais réellement faire un programme ETP ALORS je me sentirai plus à l'aise avec cela.

SI on pouvait étudier au fur et à mesure de la formation des cas cliniques (avec séance d'ETP) en parallèle des pathologies chroniques vue au cours des différentes UE, ALORS nous aurions les connaissances théoriques pour commencer plus précocement la formation ETP.

SI j'avais pu m'exercer lors de stage sur l'éducation à la santé dans un stage où l'ETP est programmée et réalisée, ALORS je serai moins réticente de postuler où il y en a et j'aurai sûrement davantage confiance en moi.

SI on mettait plus en pratique durant la formation théorique ALORS on serait plus à même de pouvoir faire des programmes d'ETP.

SI nous avions plus de stages pratiquant l'ETP (pour ceux qui veulent) ALORS nous aurions plus d'expériences ce qui permettrait une orientation vers des services pratiquant l'ETP.

SI je pouvais participer à des ateliers collectifs dans le cadre d'un programme d'ETP en stage ALORS je serais plus à l'aise pour le refaire une fois diplômée.

SI je pouvais participer à un programme d'ETP avec une participation active de l'étudiant ALORS je pourrais me sentir investis dans le mieux-être de la personne et comprendre l'importance de mon rôle.

SI j'avais pu participer à des ateliers au cours de mes stages ALORS, je comprendrai mieux sa construction.

SI je pouvais suivre un programme ETP ALORS je serais d'avantage impliqué dedans.

SI je pouvais faire un stage qui permet de voir un programme ETP, ALORS je comprendrai mieux comment cela se passe "réellement".

SI l'ETP en formation initiale était davantage basé sur de la pratique, des cas concrets et l'intervention de professionnels de santé, ALORS elle permettrait à l'étudiant d'acquérir une posture davantage adaptée et des connaissances plus claires sur cette démarche.

SI je pouvais plus pratiquer en formation initiale ALORS je serai plus efficace en pratique professionnelle.

SI je pouvais pratiquer l'ETP en stage ALORS je comprendrais mieux le déroulé.

SI je pouvais voir un programme ETP en stage ALORS je comprendrais mieux sa construction.

SI je réussi la conduire un programme d'ETP ALORS j'aurais réussi mes prises en charge.

SI on pouvait assister à de vraies séances d'ETP, ALORS on comprendrait mieux à quoi cela se réfère en début de formation ETP.

SI j'aurai pu me confronter dans la pratique d'une ETP de l'entretien aux activités avec d'autres professionnels ALORS peut-être j'aurai moins l'impression de sa complexité à réaliser.

SI nous montions un programme de A à Z, pendant la formation, ALORS nous comprendrions mieux.

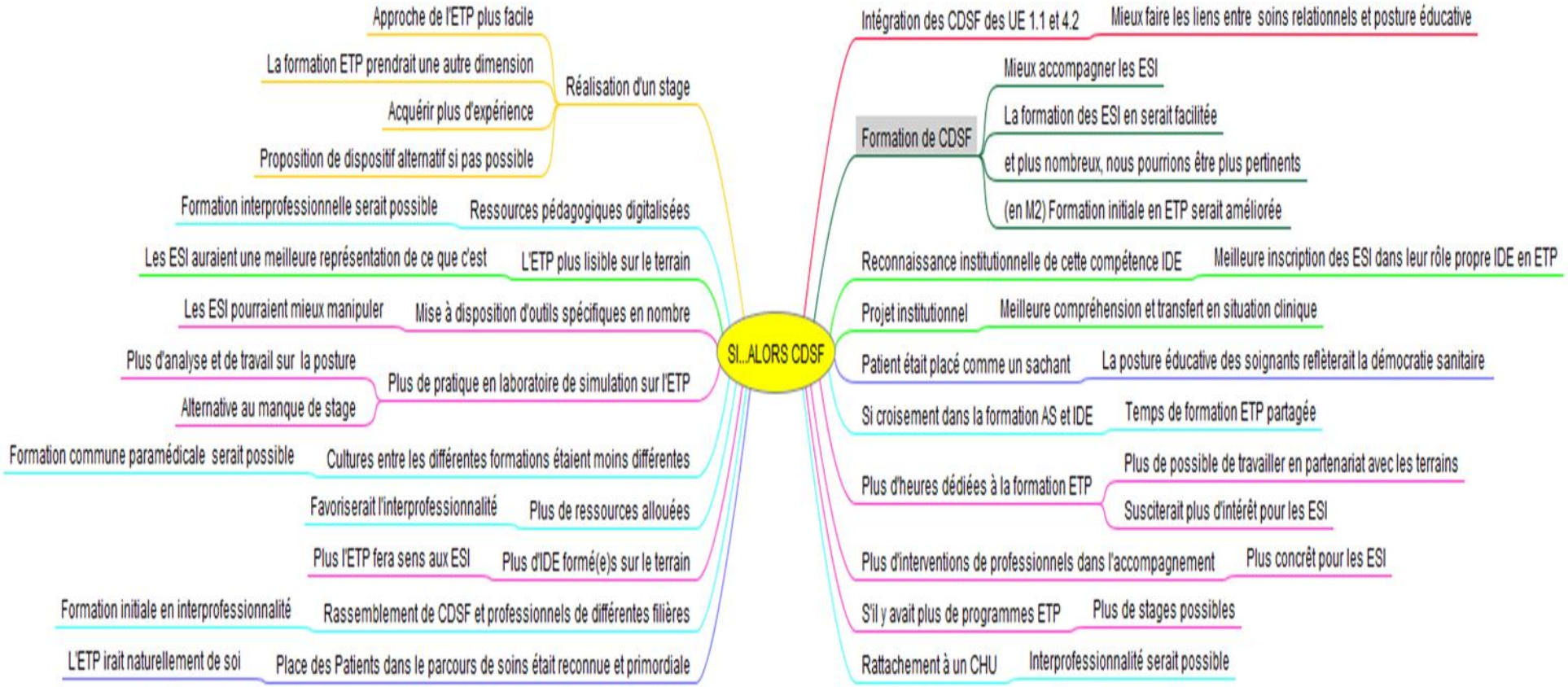
Vous remerciant pour votre aide.

ANNEXE 19 : Tableau synthétique des résultats des entretiens des professionnels ARS et UTEP de N.A

VISION DU PROFESSIONNEL ARS N.A	VISION DU PROFESSIONNEL UTEP N.A
Exigences pour la formation ETP : - CDSF formés ainsi que les intervenants et avec de l'expérience - 1 journée de stage ou de simulation - Appui du référentiel INPES - Accent sur le travail des représentations sociales - Vision systémique et pas comportementale individuelle qui responsabilise qu'à titre individuel - Travailler sur 2 axes : pour le futur soignant comprendre le patient dans son système et non sa pathologie et rendre le patient acteur - Ce qui est rechercher n'est pas un effet de mode mais le meilleur soin possible et l'ETP est un moyen dans le cadre des maladies chroniques - Les ESI perçoivent les éléments d'apprentissage comme leur montrent les CDSF donc importance de la pédagogie véhiculée. - Apprendre avec un modèle biopsychosocial et non un modèle transmissif car les ESI reproduiront ce modèle - Aller au-delà d'une vision de formation de 40h et faire appel à d'autres éléments éthiques, techniques, relationnels … qui sont déjà présents dans la formation mais ne rapportait rien à l'ESI, ici donne un sens et une reconnaissance de compétences - Les patients vivent la maladie à 100% pas le soignant - Importance de l'approche motivationnelle tant dans la démarche pédagogique du CDSF qu'ensuite du soignant vers le patient	Exigences pour la formation ETP : - Appui sur un modèle (INPES, ETHNA …) - Travailler des fondamentaux : empathie, la posture éducative, la temporalité du patient, posture d'écoute et de compréhension, le prendre soins, travail sur le représentation et l'état émotionnel - ETP en formation initiale est-ce-que c'est une formation certifiante, ou est-ce-que c'est une formation initiation avec un module de renforcement ? - Ne pas faire le lien entre éducation pour la santé, la promotion de la santé et l'ETP car cela amène de la confusion - Le modèle allostérique de Giordan est un appui essentiel - Interroger comment l'ETP peut-être intégrée dans la perspective personnelle du patient, dans sa vision des choses - Problématique du stage, pas assez d'offre de terrain - Bien développer le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé - Limiter l'apport sur l'entretien motivationnel car demande une vrai pratique et complexe - Comprendre la psychologie, impact psychosociale de la maladie chronique, le modèle des croyances, de changement, de représentations, mais surtout la relation qui est au centre - L'évaluation en parler un peu, l'utilité d'un programme et la satisfaction mais pas plus - Utiliser différents outils pédagogiques - Il faut faire un itinéraire cognitif, un cadre - Les compétences auto-soins nécessitent des compétences d'adaptation, elles sont donc intrinsèquement liées

Objectifs de la formation ETP : - Sensibiliser les futurs professionnels et qu'ils sachent ce que veut dire ETP - Diffusion de l'ETP - Ne pas en faire une spécialité mais une vision culturelle transversale dans le soin Contexte politique de la formation ETP : - C'est une décision de politique régionale, qui de fait induit de l'inéquité de formation pour les ESI - La certification développe la capacité communicante et même si l'attestation n'est pas périssable et que l'ESI ne pratique pas de suite cela amène des apports sur le sujet - Nouveau texte en 2021 : avec notamment proposition de l'ETP par tous professionnels (pas d'exclusivité médicale) et pas de fin d'autorisation de programme mais une déclaration de projets Différence formation continue : - Pas d'auto-sélection des ESI à la différence des professionnels qui font le choix de la formation continue mais au CDSF d'amener l'intérêt - Même si la posture de l'ESI n'est pas toujours en faveur d'un investissement dans l'ETP et qu'il n'est pas « bon » dans le domaine, il aura eu un apport organisé - Ne pas visée une formation que transmissive mais induire une culture du soin par le modèle induit, des outils utilisés, la mobilisation du patient expert	Objectifs de la formation ETP : - Volonté d'évolution et d'intégration plus forte de l'ETP dans les soins, pour suivre aussi l'évolution émergente des appels à projet avec les nouvelles technologies intégrées (visio-ETP, web éducation, e-learning …) - Le ministère souhaitait que l'ETP se développe beaucoup plus et qu'il y est moins de contraintes administratives (attente d'un nouveau texte législatif sur le sujet à venir) - Qu'est-ce que l'on cherche au travers d'étudiants, est-ce-que c'est la même chose qu'en formation continue ? Est-ce que c'est travailler à construire un programme ? Est-ce-que c'est l'évaluation de programmes d'ETP ? Est-ce que c'est en appui de textes référencés ? … Il faut le définir. - Ne pas en faire une spécialité mais une compétence qui peut être exercer par différents métiers. Différence formation continue : La posture des étudiants en santé n'est pas toujours en faveur d'un investissement dans l'ETP, c'est complexe en ce sens mais la formation initiale doit apporter une base et des compléments peuvent être envisagés en formation continue. La vision du formateur et ses compétences amènent forcément une dynamique différente à la formation.

ANNEXE 20 : Carte conceptuelle résumant la vision prospective sur l'enseignement de l'ETP des CDSF



ANNEXE 21 : Carte conceptuelle résumant la vision prospective sur l'apprentissage de l'ETP des ESI2 et ESI3

Résumé en français

UE ETP 302 : Projet de mémoire en ETP

Auteur : Céline BOCQUET Année : 2020 Nombre de page : 58

Titre : Approche curriculaire de l'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient en institut de formation en soins infirmiers

Résumé : Depuis 1998, l'OMS initie et impulse le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). La transition épidémiologique actuelle vient renforcer l'intérêt portée à un parcours patient intégratif de l'éducation thérapeutique du patient. Un cadre règlementaire vient légiféré à la fois le contexte de l'ETP mais aussi baliser les compétences requises pour la dispenser. Alors si principalement une formation spécifique est proposée en formation continue aux professionnels, elle s'organise désormais en formation initiale, et plus particulièrement en formation en soins infirmiers, mais sous quelle ingénierie ?
Ce travail de recherche vise à étayer une réflexion sur le sujet et questionne « en quoi, l'élaboration d'un processus d'apprentissage intégré, hiérarchisé et formalisé de l'Education Thérapeutique du Patient, inscrira l'enseignement de l'ETP au programme de formation initiale de soins infirmiers dans une logique intégrative, cohérente et pragmatique ? ».
C'est en appui d'une revue de littérature, d'entretiens avec des acteurs stratégiques, de questionnaires auprès de formateurs et étudiants et d'une réflexion sur l'évaluation de programme de formation, que nous avons fait émaner les visions communes que formateurs et étudiants ont de l'ETP, mais aussi quels besoins et propositions apparaissent et quelle finalité donner à une telle formation en cursus initial avec peu ou pas d'expérientiel.
Une recherche qui démontre l'intérêt d'une construction d'ingénierie commune, la richesse des partenariats pour conceptualiser les pratiques et pratiquer les concepts en ETP et la réflexion sur le processus enseignement-apprentissage à véhiculer et à mettre en œuvre.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient ; processus enseignement-apprentissage ; formation initiale de soins infirmiers

Abstract en anglais

UE ETP 302 : ETP thesis project

Author : Céline BOCQUET Year : 2020 Number of pages : 58

Title : A curricular approach to the initiation of therapeutic patient education in a nursing training institute

Summary : Since 1998, the WHO has initiated and encouraged the development of therapeutic patient education (ETP). The current epidemiological transition reinforces the portal interest in an integrated patient journey of therapeutic patient education. A living framework is attached both to the context of ATP but also to balance the skills required for the distributor. What is, in principle, a specific training offered for continuing vocational training, or a disorganized organization in initial training, and more specifically in training by so many informants, but under what mechanism?
This research work requires a reflection on the subject and the questionnaire, such as the development of an integrated, hierarchical and formalized process of therapeutic patient education, recording the ETP training Initial training program for so-called nurses in a logic integrative, coherent and pragmatic? ".
This is a literature review, entries with strategic players, questionnaires for trainers and students, and a reflection on the evaluation of training programs, which also allow us to adopt common visions. with trainers and students on ETP, but also those whose statements and proposals are apparent and whose finalization is given in an initial training course with or without experience.
A research which dismantles the interest of a common engineering construction, the search for partnerships to conceptualize the practices and concepts of ETP and the reflection on the apprenticeship process put into place.

Key Words : therapeutic patient education ; teaching-learning process ; initial nursing training