



HAL
open science

Impact de la formation initiale en Education Thérapeutique du Patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés

Florence Scherrer-Burri

► **To cite this version:**

Florence Scherrer-Burri. Impact de la formation initiale en Education Thérapeutique du Patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés. Santé publique et épidémiologie. 2022. dumas-03894820

HAL Id: dumas-03894820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03894820>

Submitted on 12 Dec 2022

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.



Mémoire Master 2_ Promotion de la santé orientation
Education Thérapeutique du Patient

**Impact de la formation initiale en Education Thérapeutique
du Patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes
diplômés**

Florence Scherrer-Burri

Reda Salamon : Directeur de mémoire ISPED

2021-2022

Sommaire

Remerciements	
Liste alphabétique des abréviations	
Préambule : le stage	
1 Résumé en anglais	1
2 Résumé en français	2
3 Introduction	3
3.1 OMS : formation en éducation thérapeutique	3
3.2 Formation des étudiants infirmiers de la Haute Ecole de Santé de la Source	3
3.3 L'éducation thérapeutique du patient	4
3.3.1 ETP : historicité	4
3.3.2 ETP : définition et concept	4
3.3.3 Freins et leviers pour la mise en pratique de l'ETP	5
3.3.3.1 Freins	5
3.3.3.2 Leviers	7
3.3.3.3 Synthèse	8
3.3.3.4 Référentiel	8
3.3.4 Leviers favorisant la mise en pratique durant la formation et transposable aux étudiants infirmiers	8
3.3.5 Etat des lieux des méthodologies utilisées par neuf études récentes ciblant l'évaluation de la mise en pratique de l'ETP durant une formation ou dans son décours	9
3.3.5.1 Panorama des études	10
3.3.5.2 Etat des lieux et issue	12
3.3.6 La posture éducative	12
3.3.7 Evaluation de la posture éducative	13
3.3.8 Remarques sur la recherche de littérature	14
3.3.9 Trois écrits fondamentaux	14
3.3.10 Epilogue	14
4 Problématique et questionnement	14
4.1 La question de recherche	15
5 Préliminaire	15
5.1 Présupposé	15
5.2 Paradigme	15
5.3 Les sept dimensions	16
5.4 Postulats	16
5.4.1 Premier postulat : la posture est duale et définit le choix d'évaluation	16
5.4.2 Deuxième postulat : les dimensions deviennent des axes mesurables	17
5.4.3 Traduction pratique	17
5.5 Modélisation	17
5.6 Avertissement	17
6 Méthodologie	18
6.1 Design	18

6.2	Le guide d'entretien.....	18
6.3	Le questionnaire.....	18
6.4	Population cible.....	19
6.5	Déploiement et recueil de données.....	19
6.6	Analyse des données.....	20
6.7	La raison du choix d'une étude mixte.....	20
7	Résultats attendus	20
7.1	Deux points majeurs	20
7.2	Autres éléments contributifs.....	20
8	Impacts pressentis	21
8.1	Sur l'enseignement de l'ETP à la Haute Ecole de Santé la Source	21
8.2	Sur les jeunes diplômés participant à l'étude	21
8.3	Sur les cinq étudiants impliqués dans les entretiens effectués	21
8.4	Sur l'ambition d'un article à publier	21
9	Résultats	21
9.1	Entretiens.....	21
9.1.1	La formation.....	21
9.1.2	Pratique de l'ETP	22
9.1.3	Apport de l'ETP.....	22
9.1.4	Vision personnelle.....	23
9.1.5	Analyse des opinions	23
9.1.6	Classification statistique	24
9.2	Questionnaire.....	24
9.2.1	Dépouillement.....	24
9.2.1.1	Le pouvoir d'agir	24
9.2.1.2	La formation initiale.....	25
9.2.1.3	Le niveau de compétence	25
9.2.1.4	Facteurs facilitateurs et défavorables pour l'ETP.....	25
9.2.2	Analyses bivariées	26
9.2.2.1	Tableaux croisés.....	26
9.2.2.2	Pouvoir d'agir, formation initiale et niveau de compétence : régression linéaire simple	26
9.2.2.3	Tableaux composites : les 7 dimensions	27
9.2.3	Analyses multivariées.....	27
9.2.3.1	Le pouvoir d'agir en ETP : régression multiple	27
9.2.3.2	Matrice « importance-performance ».....	28
9.3	Similitudes et distorsions entre les approches textuelles et quantitatives	29
10	Discussion	29
10.1	Quelques constats généraux	29
10.2	L'importance du lieu d'implémentation	30
10.3	La réponse à la question de recherche	30
10.4	La posture éducative : évaluation selon les sept dimensions.....	32
10.5	La posture éducative : démonstration d'une entité duale.....	33
10.6	Le pouvoir d'agir et la matrice importance-performance	33
10.7	Quelles influences dans le déploiement du pouvoir d'agir en ETP	35

10.8	Pertinence du modèle proposé	36
10.9	Préconisations ou propositions	37
10.10	Limites de l'étude	37
10.11	Perspectives de recherche.....	37
10.12	Champ réflexif.....	38
10.12.1	Essence de l'ETP : les aléas d'un porte-à-faux.....	38
10.12.2	L'ETP : une révolution symbolique ?	39
10.12.3	Dialogique et résolution.....	40
10.12.4	A la recherche d'un genre	41
11	Conclusion.....	42
11.1	Le mot de la fin.....	43
12	Références bibliographiques.....	45
13	Annexes	49
13.1	Annexe 1 : Guide d'entretien.....	49
13.2	Annexe 2 : Questionnaire.....	50
13.3	Annexe 3 : Tableau cursif du déploiement de l'étude.....	51
13.4	Annexe 4 : Document « Projet de recherche ».....	52
13.5	Annexe 5 : Compte-rendu du Focus group du 13/04/2022	55
13.6	Annexe 6 : Tableau synoptique freins/leviers cités dans la littérature	59
13.7	Annexe 7 : Tableau de synthèse freins et leviers.....	60
13.8	Annexe 8 : Posture éducative et tableau de contingence	62
13.9	Verbatims : extraits caractéristiques	63
13.9.1	Formation.....	63
13.9.1.1	En quoi la formation initiale en ETP à la Source vous a-t-elle aidé à mettre en pratique la posture éducative ?	
13.9.1.2	Qu'est-ce qui dans cette formation a aidé à la développer ?.....	63
13.9.1.3	Qu'est-ce qui vous a limité son développement ?.....	63
13.9.2	Pratique	64
13.9.2.1	Mettez-vous en pratique l'ETP dans votre contexte de travail ?.....	64
13.9.2.2	Concrètement, comment pratiquez-vous l'ETP auprès des patients ?	64
13.9.2.3	Comment collaborez-vous en ETP avec l'équipe des professionnels de santé ?.....	65
13.9.2.4	Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au développement de l'ETP ?	66
13.9.2.5	De quelle manière avez-vous expérimenté la posture éducative sur le terrain ?	66
13.9.2.6	Peut-être avez-vous un commentaire sur votre pratique ou autre chose à exprimer ?	67
13.9.2.7	De quoi auriez-vous besoin actuellement pour mieux pouvoir mettre en pratique l'ETP ?	68
13.9.3	Apport de l'ETP	68
13.9.3.1	Qu'est-ce qu'a apporté l'ETP dans votre pratique ?.....	68
13.9.4	Vision personnelle.....	70
13.9.4.1	Pour vous, c'est quoi l'ETP	70
13.9.4.2	Que dire sur sa mise en œuvre ?	71
13.9.4.3	C'est quoi pour vous la posture éducative ?	72
13.10	Les <i>code-book</i>	73
13.10.1	Formation.....	73
13.10.2	Pratique	73
13.10.3	Apport	74

13.10.4	Vision personnelle.....	74
13.11	Analyse des opinions	75
13.12	Classification statistique : nuage de mots	75
13.13	Dépouillement du questionnaire.....	76
13.14	Matrice importance-performance	77
13.15	Tableaux croisés	78
13.16	Pouvoir d'agir, formation initiale, niveau de compétence : régression linéaire simple.....	78
13.17	Tableaux composites	79
13.18	Pouvoir d'agir : régression linéaire multiple.....	79
13.19	Annexe 19 : schéma de l'application de l'ETP selon G. Reach.....	80

Remerciements

A M. Reda Salamon, maître de conférence à l'ISPED (Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement), mon directeur de mémoire, pour son accompagnement

A Mme Isabelle Raymond, maître de conférence à l'ISPED et pharmacien praticien hospitalier au CHU de Bordeaux pour ses compétences, son écoute et ses conseils précieux

A Mme Laurence Cheyrol et Mme Michaela Boucaud, assistantes pédagogiques à l'ISPED pour leur présence quotidienne à nos côtés

A Mme Alexandra Nguyen, doyenne facultaire à la HEdS de la Source, qui a soutenu et permis la réalisation de ce master

A M. Laurent Frobert, vice-doyen pédagogique à la HEdS la Source pour ses compétences et sa posture toujours bienveillante

A Mme Nathalie Priolet, maître d'enseignement à la HEdS la Source pour sa participation à l'encadrement des étudiants de 3ème année

A Mme Coraline Stormack adjointe scientifique à la HEdS la Source pour ses conseils avisés

A Mme Annie Oulevey Professeur HES ordinaire, responsable du LER Promotion de la santé dans la communauté à la HEdS la Source pour son soutien

A Mme Blanche Kiszio documentaliste à la HEdS la Source pour son expertise en recherche de littérature et sa disponibilité

A Rachel, Seyma, Jonathan, Patricia et Adamantine étudiants de 3ème année à la HEdS la Source pour leur engagement en tant que membres de l'équipe de recherche

Aux jeunes diplômés qui ont accepté de participer à la recherche en donnant de leur temps

A Audrey, Papa Ousseynou, Dominique et Catalina, mes camarades de promotion avec lesquels j'ai partagé beaucoup de moments importants

Liste alphabétique des abréviations

HEdS : Haute Ecole De Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement

LER : Laboratoire d'Enseignements et de Recherches

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Préambule : le stage

Je vais brosser le paysage de mon stage de 16 semaines réalisé auprès de mon employeur la Haute Ecole de Santé la Source ainsi que le mandat particulier qui m'a été confié.

Je travaille depuis février 2015 à la Haute Ecole de Santé (HEdS) de la Source à Lausanne en Suisse en qualité de maître d'enseignement. La Haute Ecole de Santé a 3 missions : la formation, la recherche et les prestations de service ; sa mission principale consiste à offrir des formations menant à un bachelor en soins infirmiers et des formations post-grades pour tout professionnel social et de santé. Notre institution décerne 190 bachelors (diplômes) en soins infirmiers en moyenne par an et 140 en post-grade (CAS/DAS). Environ 200 étudiants suivent des modules hors CAS/DAS.

Ma mission au sein de la Haute école de la Source est l'enseignement principalement de l'éducation thérapeutique que je prodigue à la fois pour les étudiants en formation initiale mais également pour les étudiants post-grades.

Au sein du parcours étudiant de la formation initiale à la HEdS La Source, l'appropriation par les étudiants infirmiers de la posture éducative et de la méthodologie de l'éducation thérapeutique représente un défi majeur durant leurs études. La mise en pratique de l'ETP dans leur vie professionnelle future en dépend, ceci d'autant plus que sur le terrain, la pratique de l'ETP par les professionnels diplômés reste faible ou parfois faussement appelée éducation thérapeutique.

Depuis septembre 2015, la HEdS La Source a mis en place un nouveau dispositif d'enseignement de l'éducation thérapeutique mettant l'accent sur la posture éducative.

Parallèlement à cet enseignement, dès 2021, les étudiants de 3^{ème} année ont pu s'investir pour leur travail de bachelor dans un projet de recherche dont le thème est l'éducation thérapeutique du patient.

Mandat proposé

Le mandat de stage a consisté prioritairement à :

- 1) Accompagner deux groupes d'étudiants dans la réalisation de leur travail de bachelor de type recherche, en lien avec la recherche menée pour le master et intitulée :**

« En quoi la formation en ETP initiale des étudiants infirmiers Bachelor a un impact sur leur pratique professionnelle »

- 2) Réaliser un travail de recherche sur la question de l'impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des jeunes diplômés**

Globalement, il s'agissait :

- D'accompagner et intégrer les étudiants dans les différentes étapes du travail de recherche

Plus spécifiquement :

- De les amener à participer à la revue de littérature et à la pose de la problématique pour définir la question de recherche

- De les former au recueil de données selon la méthodologie choisie (entretien semi dirigé)
- De les initier au traitement et à l'analyse des données recueillies
- De les inciter au travail réflexif sur le processus de la recherche et leurs apprentissages réalisés en vue du transfert des savoirs et compétences acquis dans la pratique infirmière

Activités

5 étudiants en soins infirmiers de 3^{ème} année ont fait partie de l'équipe de recherche dans ce travail d'accompagnement des étudiants et j'ai été moi-même épaulée par Laurent Frobert, vice-doyen pédagogique et une collègue enseignante Nathalie Priolet. Les étudiants ont réalisé leur travail de fin d'étude (travail de bachelor) en étant impliqués dans ma recherche. Leur mission était de participer activement aux différentes étapes de la recherche pour développer différentes compétences tout en menant une réflexion sur leurs apprentissages. L'accompagnement de ces étudiants s'est déroulé entre septembre 2021 et septembre 2022 sous la forme de 9 séances de 3 heures.

1^{ère} séance : En septembre 2021 : Le dispositif de recherche et dispositif du Travail de Bachelor (travail réalisé par les étudiants de 3^{ème} année en tant que travail de fin de formation) a été présenté aux étudiants, de même que l'agenda et les modalités de la validation continue.

Comme Travail Pratique (TP) : il a été demandé aux étudiants de lire 5 articles sur le sujet de la recherche et d'en présenter un à la prochaine séance.

2^{ème} séance : Novembre 2021 : Les étudiants ont présenté chacun un article.

La méthode d'identification de la question de recherche leur a été expliquée, de même que la première esquisse de celle-ci.

TP : Une recherche de littérature sur le sujet de recherche permettant d'aider à la pose d'une question de recherche a été demandée aux deux groupes d'étudiants, de même qu'un travail réflexif sur leur acquisition d'apprentissages.

3^{ème} séance : Janvier 2022 : Présentation des différents articles trouvés par les deux groupes d'étudiants et de leur apport sur l'orientation de la question de recherche. Une séance de brainstorming a pris place entre le vice-doyen pédagogique, les deux enseignantes et les étudiants sur la définition de la question de recherche. On donne parallèlement un retour sur leur travail réflexif et les acquis réalisés. De plus, trois articles sur l'entretien de recherche leur sont présentés.

TP : Lecture d'articles concernant l'entretien de recherche et travail d'identification des forces et difficultés envisagées dans la réalisation d'un entretien de recherche.

4^{ème} séance : Février 2022 : Un Focus Group a été organisé avec les étudiants pour connaître préalablement à la réalisation des entretiens de recherche les représentations des étudiants sur l'ETP et la posture éducative. (cf annexe 5)

5^{ème} séance : Début mars 2022 : Les étudiants ont reçu une formation à l'entretien de recherche et un brainstorming critique a été réalisé sur le guide d'entretien. Suite à cet échange, une modification du guide d'entretien a eu lieu.

6^{ème} séance : Fin mars : Préparation finale à la prise de contact avec les jeunes diplômés et à l'entretien de recherche.

En avril : Réalisation autonome des entretiens et leurs retranscriptions par les étudiants.

7^{ème} séance : Début mai 2022 : Debriefing sur les entretiens réalisés et réponses aux questions sur la retranscription.

Fin mai 2022 : Les étudiants restituent la transcription des entretiens et du travail réflexif qui leur a été demandé.

8^{ème} séance : Juin : Un point sur la méthodologie de l'analyse des données est réalisé, de même qu'un état des lieux sur l'état actuel de la recherche. Un rappel des consignes de validation écrite et orale est fait.

Fin juillet 2022 : Dépôt de leurs dossiers écrits selon les consignes institutionnelles.

9^{ème} séance : Septembre 2022 : Soutenance orale en présence d'un expert de terrain, M. Florian Chevrier (infirmier clinicien).

Au-delà des séances, nous avons accompagné et conseillé les étudiants, notamment en corrigeant leurs travaux pratiques et en leur faisant des commentaires par écrit.

Résultats

Je parlerai des résultats à deux niveaux :

- les étudiants, ce qu'ils ont exprimé dans leur travail de bachelor avoir acquis au travers cette expérience ;
- moi-même, en quoi cette expérience d'accompagnement d'étudiants m'a permis de développer ou renforcer des compétences.

Au niveau des étudiants :

Ils relatent avoir découvert que l'ETP n'est pas seulement séparée des soins et à réaliser en des moments précis, spécifiques à l'ETP, mais qu'elle peut aussi être incluse dans les soins ; ils citent même Kaci, qui parle de transformer nos soins en actes éducatifs (Kaci et al, 2018). L'ETP donne du sens à leur travail, donne une couleur salutogénique aux soins.

Ils ont découvert que l'ETP est une véritable rencontre avec l'être humain, ses représentations, croyances, compréhension et vécu.

Ils souhaitent désormais avoir une pratique axée sur la promotion de la santé pour donner de la qualité aux soins prodigués et même si au niveau des stages ils ont observé que cette pratique n'était pas prioritaire, pour eux, elle sera un fondement de leur identité professionnelle.

Au niveau scientifique, ils ont pu différencier l'approche qualitative de la quantitative, et pensent que la première leur permettra dans leur pratique future de mieux comprendre en profondeur ce que vivent les patients avec telle pathologie et ainsi mieux appréhender leur réalité, leur expérience et leur vécu.

Leurs capacités de recherche de littérature ont été affinées, de même que leur capacité à mener des entretiens de recherche ; ces compétences en entretien de recherche pourront selon eux être utilisées dans leur pratique quotidienne auprès des patients, du moins au niveau de la posture.

Au niveau du travail en équipe, plusieurs apprentissages ont pris place tout au long de ces neuf mois, notamment la gestion des conflits ou des divergences.

Un groupe d'étudiants relève : « *En fait, aujourd'hui, nous aurions de la peine à imaginer une formation en soins infirmiers exempte de cette thématique de l'ETP ; il s'agit bien d'une compétence essentielle au travail infirmier, notre identité professionnelle doit en être imprégnée* ».

La compréhension réelle de ce qu'est la posture éducative et sa nécessité à tous moments dans la relation à l'autre est un des acquis importants.

Ayant intégré cette réelle connaissance de ce qu'est l'ETP et sa nécessité dans les soins, les étudiants se sentent la responsabilité de le diffuser dans leurs futurs lieux d'activité une fois diplômés. Ainsi, ils se disent prêts une fois diplômés à influencer positivement la vision et la pratique de l'ETP des collègues de leur futur lieu de travail.

Ils considèrent que d'avoir pu vivre une recherche, de comprendre sa méthodologie et de la mettre en pratique est quelque chose de plus parlant que de l'apprendre de manière théorique.

Le fait d'être à la fois étudiant et en même temps de participer réellement à une recherche leur a permis d'appréhender déjà un peu leur transition dans la vie professionnelle, ceci d'autant plus qu'ils se sont sentis vraiment responsabilisés et intégrés comme membre de l'équipe de recherche, avec un avis qui compte.

Pour conclure cette partie, je citerai la phrase ultime d'un travail commun de bachelor : « *Nous saluons de fait l'intégration des étudiants dans ce type de travail de bachelor « vivant » et nous nous estimons privilégiées d'avoir pu vivre cette expérience, et cela dans un climat de groupe très positif.* »

A mon niveau

Arborer la casquette de « chercheuse », responsable et accompagnatrice des 5 étudiants en collaboration avec mes deux collègues m'a fait découvrir une dimension nouvelle.

Je pense avoir développé ou renforcé ma capacité à dynamiser et responsabiliser des groupes de personnes.

J'ai eu la satisfaction d'avoir su transmettre ma passion de ce domaine qu'est l'ETP.

En lisant les travaux de bachelor des étudiants, j'ai compris l'importance de les faire travailler au niveau réflexif sur leurs apprentissages.

Avoir dû affronter et résoudre de multiples difficultés et obstacles dans le cadre du projet a fait progresser ma compétence de gestion.

La découverte et les avantages d'un travail de recherche sous forme de questionnaire publié en ligne, qui suppose également d'appivoiser et maîtriser le logiciel du site hôte

1 Résumé en anglais

Starting from questions about how nurses' initial training in Therapeutic Patient Education (TPE) affects their own learning practices, the present study chose a descriptive mixed-methods (qualitative and quantitative) approach with the eventual aim of formulating and testing a model based on the seven dimensions of *educative attitude* developed by Pétré *et al.* This model enables the evaluation of the educational practices within a hospital department or healthcare institution. To this end, the young nursing diploma holders of La Source Nursing School's class of 2020 (n = 115, two years of nursing practice) were invited to undergo a video interview and take an online questionnaire: nine interviews were performed, and the questionnaire response rate was 36.5%.

We noted five key points:

- 1) A review of the relevant literature, especially those publications dealing with training about and the evaluation of TPE practices and methodologies, revealed a diverse mosaic of studies that were very difficult to compare. The same was true concerning educative attitudes within TPE, where we found a wide variety of definitions but a lack of evaluation frameworks or templates.
- 2) We noted the significant impact that initial training on TPE had had on questionnaire respondents' perceptions and visions of that topic. We also observed that students retained a robust methodological foundation in TPE, despite them having to implement it in quite varied domains, including some that were not at all conducive to it. However, this led them to develop all sorts of ways to integrate TPE into their daily professional clinical practice—a testament to their ingenuity and capacity to implement TPE.
- 3) Inspired by the seven dimensions of *educative attitude* developed by Pétré *et al.*, the present study validated a model to evaluate a hospital department's or a healthcare institution's educative attitude. Furthermore, when TPE is combined with *empowerment*, we obtain a very pertinent evaluation module allowing us to probe the reality of educational practice in the field. In the present evaluation, initial training represented 28% of students' empowerment, whereas the realities of the field, which were modulated by the presence or absence of the seven dimensions, represented 72% of this opportunity to intervene.
- 4) Our findings led to us retaining the proposed evaluation model for future classes of students at La Source Nursing School, thus allowing us to build up a set of data for comparative analyses. With this perspective, a new questionnaire will be developed to incorporate the desired improvements. There are also a few other avenues for future reflection: how to use simulated patients; how to integrate the principles and attitudes of TPE throughout the entire corpus of subjects taught over the three-year nursing curriculum; how to expand the use of TPE in the field (exchanges, interviews, advice, etc.) to remove any potential barriers to its implementation; developing a continuing education module.
- 5) There appear to be broader, more all-encompassing nursing issues at play with regard to TPE. We could thus ask questions about whether the reality of TPE is at odds with

usual care, about its benefits and inconveniences as part of Bourdieu's *symbolic revolution*, about its unavoidable flirtation with *dialogic*, and, in how it expresses educative attitude, about its slow search for a *gender* according to Y. Clot, that is to say, a healthcare profession of reference.

Keywords: Therapeutic Patient Education (TPE) – Educative attitude – Seven dimensions – Empowerment – Importance/performance matrix – Symbolic revolution – Dialogic – Gender

2 Résumé en français

Partie du questionnement quant à l'impact de la formation initiale en Education Thérapeutique du Patient (ETP) sur la pratique éducative des étudiants, l'étude a pris l'option d'une approche descriptive mixte (qualitative/quantitative) avec l'ambition de formater et tester un modèle s'appuyant sur les 7 dimensions de la posture éducative développée par Pétré et al. Ce modèle permet d'évaluer la pratique éducative à travers l'expression de la posture éducative au sein d'un service ou d'une structure. Dans ce but, les jeunes diplômés de l'école (promotion 2020, n=115, deux ans de pratique) ont été sollicités à travers un entretien par visioconférence et un questionnaire en ligne : 9 entretiens ont été réalisés et le taux de réponse au questionnaire est de 36.5%.

Cinq points sont à relever :

- 1) La compilation des différentes publications, notamment celles relevant de la formation et l'évaluation de la pratique de l'ETP, et leurs méthodologies, atteste d'une mosaïque d'études mais sans liens de comparaison. De même pour la posture éducative en ETP où s'observe une polysémie de définitions mais dont les canevas d'évaluation restent pour le moins inexistantes ;
- 2) On constate chez les répondants un fort impact de la formation initiale sur l'imaginaire et la vision concernant l'ETP et la présence d'un fondement méthodologique robuste qui, malgré le déploiement sur des terrains très variés et parfois même peu propices, leur a permis toutes sortes d'habiletés pour intégrer l'ETP dans leur pratique quotidienne, attestant de leur ingéniosité et leur capacité à la décliner dans leurs réalités professionnelles ;
- 3) L'étude a validé le modèle d'évaluation de la posture éducative d'un service ou d'une structure s'inspirant des 7 dimensions développées par Pétré et al. De plus, lorsqu'on le couple avec le *pouvoir d'agir*, on obtient un module d'évaluation très pertinent, permettant de sonder la vraie réalité de la pratique éducative sur le terrain. Dans le cas présent, la formation initiale représente 28% du pouvoir d'agir alors que les réalités du terrain, à travers la modulation de présence ou non des 7 dimensions, ont un poids de 72% sur cette possibilité d'action ;
- 4) Les résultats obtenus encouragent à retenir le modèle d'évaluation proposé pour les futures promotions d'étudiants à la Source, permettant d'obtenir au cours du temps une base de données comparatives. Dans cette perspective, un nouveau questionnaire intégrant les améliorations souhaitées sera élaboré. S'ajoutent quelques axes de réflexion : le recours à des patients-simulés, la manière d'intégrer les principes et attitudes de l'ETP dans l'ensemble des autres matières enseignées tout au long des

trois ans de formation, l'approfondissement du travail avec le terrain (échanges, entretiens, conseils etc.) pour aplanir les barrières potentielles, la mise sur pied d'un module de formation continue ;

- 5) Des enjeux plus vastes et de portée universelle semblent se jouer à propos de l'ETP. On peut ainsi s'interroger sur sa réalité de *porte-à-faux* quant au soin coutumier, son apport et inconfort comme *révolution symbolique* au sens de Bourdieu, son incontournable flirt avec la *dialogique* et, dans son expression de posture éducative, son tâtonnement à la recherche d'un *genre*, c'est-à-dire d'une référence-métier.

Mots-clés : ETP – Posture éducative – 7 dimensions – Pouvoir d'agir – Matrice importance/performance – Révolution symbolique – Dialogique - Genre

3 Introduction

3.1 OMS : formation en éducation thérapeutique

L'OMS distingue deux niveaux de formation des soignants à l'*éducation thérapeutique du patient* (ETP), un "*niveau fondamental*" et un "*niveau avancé*"(OMS, 1998).

La formation "*fondamentale*" concerne la pratique de l'éducation thérapeutique du patient. Elle s'adresse principalement aux soignants qui traitent les patients ayant besoin d'apprendre à gérer leur maladie. La formation "*avancée*" concerne le savoir de coordination de plusieurs activités d'éducation ou de programmes d'ETP. Elle vise à former les professionnels de la santé à devenir des coordinateurs de programmes.

3.2 Formation des étudiants infirmiers de la Haute Ecole de Santé de la Source

La formation initiale donnée aux étudiants infirmiers de la Haute Ecole de Santé de la Source rejoint l'idée de formation fondamentale, la formation avancée s'adressant davantage à des infirmiers déjà diplômés et spécialisés dans un domaine, par exemple les infirmiers cliniciens spécialisés.

Le programme d'enseignement a été conçu et les contenus de la formation ont été développés sur base des recommandations de l'OMS Europe (1998) concernant les compétences des soignants. On y a mis l'accent sur la méthodologie de l'ETP en ajoutant le développement d'une posture éducative.

Depuis la création de ce module ETP et même si les évaluations de satisfaction réalisées auprès des étudiants sont excellentes, les enseignants concernés se posent les questions suivantes :

- Les étudiants infirmiers suite à ce module ETP mettent-ils en pratique l'ETP lorsqu'ils sont diplômés ?
- Ce module leur a-t-il permis de modifier leur posture, en perdant notamment leur posture d'expert ?
- Les étudiants ont-ils intégrés que l'ETP ne se résume pas à informer, transmettre des connaissances ?
- De quoi ont-ils réellement besoin pour les aider à mettre en pratique l'ETP sur le terrain une fois diplômés ?

3.3 L'éducation thérapeutique du patient

Il est probablement judicieux d'en rappeler le développement historique, préciser sa définition et son concept, et expliciter comment la littérature aborde la posture éducative. On peut y ajouter l'évidence des freins et des leviers observés dans sa mise en pratique et, plus précisément, prendre acte des méthodologies utilisées dans les études récentes pour évaluer sa mise en pratique suite à une formation, ce qui intéresse plus particulièrement l'objet de notre interrogation et la particularité de notre contexte d'enseignement.

3.3.1 ETP : historicité

L'éducation thérapeutique du patient est à ses débuts décrite par Léona Miller qui amène de jeunes diabétiques de milieu socialement défavorisé à apprendre à se traiter et suivre un traitement insulinaire avec succès (Chambouleyron et al., 2013).

Puis en Europe ce sera dès 1975 le Professeur J-P Assal de Genève, qui décrit la collaboration éclairée avec les patients comme indispensable à leur prise en soins, de même qu'une vision globale du patient. Il sera un des pionniers à développer l'éducation thérapeutique. Il créera le service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui sera une étape capitale pour le développement de l'ETP en lui donnant une existence avérée. En 1998, l'OMS reconnaît officiellement l'ETP et en donne la définition suivante : « *L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle a pour but de les aider, 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.* » (OMS, 1998)

3.3.2 ETP : définition et concept

On a parlé de la définition de l'OMS et G. Lager et al., en soulignant l'importance de la complexité de l'éducation thérapeutique - qui ne s'arrête de loin pas à une transmission d'information - font un pas de plus : « *Outre l'amélioration de l'observance thérapeutique et la diminution des complications, l'éducation thérapeutique vise à améliorer la qualité de vie des patients. En se donnant comme objectif de permettre au patient d'augmenter ses connaissances, ses compétences, de lui faire prendre conscience de son diagnostic et de ses facteurs de risque, cette pratique lui permet d'être réellement co-thérapeute, partenaire de soin, pour la prise en charge de sa santé à long terme...*

Apprendre et changer ne peuvent se résumer à la dimension cognitive, il ne suffit pas de dire, d'expliquer, pour que la personne apprenne et change de comportement. Il s'agit plutôt d'une démarche prenant en compte les différentes dimensions de la personne, et qui, partant des ressources personnelles des patients, soit en mesure d'éveiller leur motivation interne. (Lager et al., 2008 p.273)». On parle ici, on le voit, d'un patient co-thérapeute, partenaire de soin, dont il s'agit de mobiliser une richesse latente de ressources personnelles.

La Haute Autorité de Santé (HAS ; France), pour sa part, évoque un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le

plus sainement et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec sa maladie. (HAS, 2009)

Reach peaufine le concept : « *l'ambition de toute éducation thérapeutique est clairement d'introduire de nouvelles pièces dans le puzzle mental du patient, dans le but louable de l'aider à se soigner* ». Il montre comment l'ETP est « possible », d'un point de vue instrumental et éthique. « *L'éducation thérapeutique est une transmission de messages, au sens le plus large qui soit, entre deux personnes, cette transmission étant bidirectionnelle entre le soignant et la personne soignée : les deux recueillent et donnent des informations. Osons poser la question : s'il s'agit de poser une pièce dans le puzzle mental du patient qui le conduise à faire quelque chose qu'il n'aurait pas été spontanément enclin à faire, et, si possible d'ailleurs, en essayant de faire en sorte qu'il pense qu'il l'a décidé lui-même, n'est-ce pas justement la définition que l'on peut donner d'une manipulation ? L'éducation thérapeutique se distingue de la manipulation sur un point essentiel : elle s'adresse ouvertement à l'intelligence des gens ; c'est en toute lumière que les portes ont été ouvertes. Ainsi, l'éducation thérapeutique est compatible avec le respect de l'autonomie, car elle s'adresse à des personnes autonomes. En s'adressant au patient, le soignant s'adresse à la personne et la respecte en tant que sujet, ayant son langage et sa culture, ses émotions, ses préférences et sa volonté, et non en tant qu'objet du soin* ». (2012, p.30, 34)

Enfin, Jérôme Foucaud dans son livre atteste de l'importance prise par l'ETP mais souligne aussi que même si l'ETP est devenue un défi majeur de notre société dont le but est de « *comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie* », elle est souvent réduite à une information, une transmission de savoirs, de savoir-faire au lieu de favoriser le processus d'autonomisation et d'auto-détermination. (Foucaud et al., 2010)

3.3.3 Freins et leviers pour la mise en pratique de l'ETP

On relève une certaine homogénéité dans les observations menées dans cette thématique, nonobstant les différences culturelles ou d'implémentation de l'ETP. Cela tient certainement au fait que les métiers et leurs pratiques, eux, présentent un caractère homogène ; en effet, l'activité fondamentale d'une infirmière, par exemple, reste peu ou prou similaire quel que soit le lieu d'exercice : son générique métier de référence s'exerce sous toute latitude. On retrouve ainsi mentionnées les mêmes remarques au fil des écrits de la littérature, aussi bien dans le registre des freins que dans celui des leviers, avec un effet de « *saturation* ».

Par ailleurs, force est de constater une plus grande abondance de citations pour les freins que pour les leviers, raison pour laquelle ce sujet est d'abord traité, sachant qu'on pourra alors faire valoir des leviers quasiment « en miroir » des freins observés.

3.3.3.1 Freins

On parle bien ici des freins liés à la mise en pratique de l'ETP car il existe aussi des obstacles (freins) intrinsèques à la personnalité et la situation du patient, que Reach résume et traduit par quatre « *murailles* » à affronter et à franchir : « *la muraille de la cognition, la muraille des émotions, la muraille des préférences, la muraille de la volonté* ». (Reach, 2012). Sept études se distinguent dans leurs descriptions ou constats des freins observés.

Cohen et al. évoquent le manque de moyens humains (secrétariat dédié, de psychologue, d'infirmières stables dans le temps, le « *peu d'implication médicale* »), le manque de moyens matériels (dont des locaux dédiés, le manque de soutien institutionnel) et la méconnaissance du programme par les soignants en dehors de l'équipe éducative. (2020, p.3)

Kaci et al. citent la réduction des temps d'hospitalisation et la complexité des informations devant être transmises aux patients. (Kaci et al., 2018)

Llambrich et Pouteau dressent un tableau complet et extrêmement détaillé des représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. Leur propos contient des éléments relevant quant aux freins potentiels, dont on peut tirer les facteurs suivants : la non-valorisation de l'activité d'ETP (rémunération du temps dédié, formation), le risque d'exclusion sociale, la complexité d'une dialogique, l'insuffisance du temps dédié, la non-reconnaissance institutionnelle et des pairs, le changement de pratiques et de conception du soin et la priorité aux soins techniques. S'ajoutent la hiérarchisation officielle des rôles, le travail prescrit, la crainte des risques (judiciarisation), les politiques de santé immuables, la rentabilité, la pression de l'environnement, l'organisation et la culture du service, les représentations des acteurs, la non-reconnaissance de l'ETP comme soin interpellant l'identité du sujet soignant. De plus, l'ETP est ressenti comme une charge de travail chronophage. (Llambrich & Pouteau, 2017)

Karimi Moonaghi et al font le tour de la littérature et parviennent aux mêmes constats : ils y ajoutent un manque de soutien institutionnel et de la part des managers, une carence concernant l'évaluation des activités d'ETP. (Mashhad University of Medical Sciences et al., 2016)

Pétre et al. mentionnent également le manque de soutien ou l'existence d'une structure peu adaptée aux pratiques éducatives et relèvent les difficultés lorsqu'il s'agit d'affronter des réalités psychosociales. (Pétre et al., 2017)

Le Rhun et al. citent également le manque de moyens et de temps et soulignent le fait que les actes d'éducation sont peu reconnus. De plus, les services hospitaliers ne sont pas tous organisés pour assurer les activités d'éducation dans de bonnes conditions. Ils mettent en évidence trois types de « *tensions* » jouant comme freins potentiels :

- *les tensions dialogiques (discordances d'objectifs entre professionnels, priorités professionnelles différentes au sein de l'équipe) ;*
 - *les tensions cognitives (liées à la confrontation de « savoirs contradictoires ». Ces tensions personnelles peuvent, notamment, résulter d'une confusion sur le rôle de chacun) ;*
 - *les tensions d'impuissance d'action (elles résultent d'une incapacité à transformer les pratiques ou le contexte d'exercice, pour les accorder à son idéal « désiré » de l'ETP).*
- (Le Rhun et al., 2013)

Rey et al. s'intéressent aux freins vécus par les médecins hospitaliers qui rejoignent les descriptions de Cohen et al., auxquelles vient s'ajouter le manque de crédibilité scientifique et de reconnaissance de l'ETP sur le plan médical, et jugé par les pairs. Apparaît également un sentiment de dépossession d'une part du rôle médical du fait de la nécessité de quitter sa posture d'expert. Ils signalent une incohérence au niveau du volume horaire : « *au vu des*

changements de pratiques attendus et de la multiplicité des rôles du médecin en ETP, une formation limitée à 40 h apparaît insuffisante. » (Rey et al., 2016)

Richard et al. cherchent à comprendre les raisons qui poussent les étudiants infirmiers à s'engager dans la pratique de l'ETP et, sinon, identifier les difficultés à le faire. Ils citent eux aussi la diminution de la durée des hospitalisations et l'augmentation de la complexité des informations à donner, le nombre insuffisant de personnel, le manque de reconnaissance, la perte de confiance de la part du patient, les barrières culturelles, la difficulté de prioriser face à la complexité du patient et par rapport à l'action éducative, la place de travail parfois peu favorable à l'ETP. Le manque de confiance dans la pratique éducative renforce l'inconfort, de même que la considération non prioritaire de ce soin, dont le déploiement reste largement dépendant de la charge de travail. (2018 p.4)

L'annexe 6 présente un tableau synoptique des freins mentionnés dans ces études. Quatre facteurs dominant : le temps imparti inadéquat, le manque de soutien, le peu de considération pour l'ETP et la carence en formation.

3.3.3.2 Leviers

On l'a souligné, le nombre d'écrits abordant nommément les leviers ou facteurs favorables pour la mise en œuvre et la pratique de l'ETP sont moins nombreux que ceux en décrivant les freins. Ainsi, parmi les auteurs retenus et déjà prospectés pour les freins se situent cinq publications qui retiennent l'attention. On a donc tiré de ces écrits des points constitutifs de leviers potentiels.

Cohen et al. citent le soutien du CHU et du pôle, la satisfaction des patients, la motivation de l'équipe, la reconnaissance et le soutien institutionnels, les compétences et la culture de l'équipe en ETP, l'exploration de nouveaux champs de compétence de l'équipe, le temps dédié pour l'ETP et les apports financiers pour cette activité. (2020, p.3-4)

Llambrich et Pouteau mettent en exergue la formation à l'ETP, les réunions pluridisciplinaires, les réunions d'analyse de pratiques, la transmission en binôme, la reconnaissance des pairs et de l'institution, la valorisation par le chef de service, le lâcher prise (le patient est capable de ..), la capacité de faire confiance et le bénéfice de disposer de plusieurs personnes formées en ETP. (2017, p.8-11)

Karimi Moonaghi et al. mentionnent l'importance de la formation en ETP, la dotation correcte en personnel, l'élaboration de protocoles spécifiques, l'inscription des actes et observations de l'ETP dans le registre des infirmières, la possibilité de laisser une place pour l'ETP dans l'évaluation annuelle des professionnels et de tenir des séances interdisciplinaires au sein du service, de même que favoriser la mise en place de cours ou de séminaires dans l'optique d'une formation continue. (2016, p.142).

Rey et al. mènent une recherche spécifiquement orientée du côté des médecins. Ils font ressortir l'opportunité de recherche scientifique, la collaboration dans les pratiques, reconnue comme une source de satisfaction pour les médecins car elle permet un enrichissement mutuel et favorise la complémentarité des rôles, l'écoute, la confiance et l'autonomie. L'interdisciplinarité (communication permanente entre soignants), la définition d'objectifs communs pour le malade, le partage de responsabilité, le développement de l'estime entre les

différents membres de l'équipe constituent aussi des facteurs importants. Enfin, la formation pluriprofessionnelle en ETP leur apparaît positive dans la mesure où elle leur permet d'acquérir des éléments théoriques et des techniques éducatives et d'évoluer dans leur réflexion sur leur rôle professionnel et leur relation à l'autre. (2016, p.10-11)

Richard et al. posent leur regard sur les étudiants et soulignent le besoin de plus de préparation pour réaliser l'ETP, de mieux identifier les niveaux de littéracie, d'accroître la compréhension concernant la nécessité et l'importance de l'éducation du patient, de tenir des « workshops » pour développer la communication centrée sur le patient, d'accroître la connaissance des infirmières en ETP et les inciter et les préparer à se lancer dans l'approche de l'ETP. De plus, ils insistent sur l'importance de la présence de « mentors » dans l'unité clinique. (2018, p.3)

L'annexe 6 présente un tableau synoptique des leviers relevés dans ces diverses études.

3.3.3.3 Synthèse

Un tableau de synthèse des freins et leviers en ETP a été constitué à partir des constats de la littérature. Ce document se trouve en annexe 7 et reprend les divers freins et leviers qui ont été appariés, en miroir. Les endroits d'asymétrie (pas de citations de la littérature, d'un côté ou de l'autre) ont été remplis librement en fonction de la citation en vis-à-vis et les caractères s'affichent en couleur bleu. L'ensemble des propositions ont été classées en six catégories selon le contenu et le sens pressentis des citations : *organisation et management, reconnaissance/soutien, service/équipe, exercice métier, stagiaires/néophytes, médecins.*

3.3.3.4 Référentiel

On le voit, la littérature fournit des observations et des éléments contributifs à la compréhension des freins et des leviers pour la mise en pratique de l'ETP. Cet ensemble constitue ainsi un référentiel précieux dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre de notre étude.

3.3.4 Leviers favorisant la mise en pratique durant la formation et transposable aux étudiants infirmiers

En gardant en tête notre spécificité d'enseignement en ETP des futurs soignants infirmiers et le questionnement y relatif, il est probablement utile de s'attarder sur des publications qui parlent des facteurs ou leviers favorisant la mise en pratique durant le parcours de formation.

Deccache et al. insistent sur la nécessité de travailler sur des situations concrètes transposables facilement dans la pratique, de même qu'utiliser des méthodes actives formant elles-mêmes à l'éducation (amener les étudiants à utiliser ces méthodes durant la formation). Ils estiment judicieux d'élaborer chaque session selon les besoins des participants (retour sur la pratique, jeux de rôles, réflexion sur un entretien filmé, etc...). (Deccache et al., 2009 p.41)

Richard et al. pointent l'importance de préparer les étudiants à pouvoir adapter leur pratique ETP à différents environnements professionnels. (2018, p.1)

Coleman & McLaughlin relèvent le bénéfice de recourir à des patients experts pour pratiquer l'approche éducative, perçu par les étudiants comme une méthode d'apprentissage leur permettant un transfert dans la pratique clinique de par le renforcement de leur confiance dans leur capacité à pratiquer l'ETP. (Coleman & McLaughlin, 2019)

Beaucoup (formateurs et étudiants) s'accordent à exprimer la nécessité d'un volume horaire augmenté pour la formation en ETP. Du reste, les travaux d'experts (OMS) déjà à l'époque avaient estimé qu'une durée de 50 à 70 h serait nécessaire pour l'acquisition et la mise en pratique des compétences souhaitables en « *éducation du patient* ». (1998, p.30-31)

Delahaut et al. tirent le même constat : « *D'une façon générale, cet enseignement est apprécié des étudiants en raison de sa richesse, même s'ils regrettent un nombre insuffisant d'heures.....d'autres mesures pourraient être prises, selon nous, pour améliorer cet enseignement : il conviendrait d'augmenter le volume horaire d'enseignement relatif à l'ETP* ». (2017 p.9)

Decache et al. vont dans le même sens après avoir pris note de la difficulté à faire évoluer certaines des capacités et compétences visées. Ils mettent l'accent sur la nécessité, pour le personnel soignant, de consacrer le temps et la durée nécessaire « *aux apprentissages et changements psychosociaux de représentations de rôles* ». Ils poursuivent en expliquant les raisons pour lesquelles le volume horaire d'une telle formation doit être élargi : « *Certains programmes dits « de formation » ne sont tout au plus que de la sensibilisation, permettant d'acquérir ou de comprendre l'importance de modifier certaines pratiques de soins ! Toutefois, ils ne permettent pas de comprendre les capacités à mobiliser, d'acquérir et d'exercer les compétences utiles, ni les savoir-faire pratiques (expliquer, écouter, comprendre les représentations, négocier, suivre, accompagner, . . .)* ». (2009, p.47) ».

Rey et al., dans leur étude spécifique auprès des médecins, parviennent à la même conclusion qu'une formation limitée à 40 h apparaît insuffisante « *au vu des changements de pratiques attendus et de la multiplicité des rôles du médecin en ETP* ». (Rey et al., 2016)

Delahaut et al. ajoutent un point intéressant : de plus en plus d'IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) forment les étudiants infirmiers en ETP par un bloc de 40 heures. Or, les étudiants ayant reçu cette formation initiale s'avèrent moins compétents que des infirmiers ayant bénéficié du même programme mais en formation continue. Ils expliquent cette situation « *par le manque d'expérience des étudiants sur plusieurs aspects essentiels à la réalisation d'une ETP (pas ou peu d'expérience du travail en équipe, en approche relationnelle, de la pratique de la démarche ETP...)* ». (2017, p.9)

Ce tour d'horizon spécifique, tout en dévoilant la problématique du volume horaire de formation, fait ressortir des éléments utiles sur la façon de conduire ou d'optimiser l'enseignement et la formation en ETP des futurs soignants. Ces pistes potentielles s'avèrent intéressantes à considérer dans le cadre de la réflexion quant à la formation en ETP et au suivi des étudiants infirmiers de la Haute Ecole de Santé de la Source.

3.3.5 Etat des lieux des méthodologies utilisées par neuf études récentes ciblant l'évaluation de la mise en pratique de l'ETP durant une formation ou dans son décours

Toujours dans le cadre de notre contexte d'enseignement et de l'étude envisagée, on s'est intéressé de plus près aux écrits traitant de l'évaluation dans le cadre d'une démarche de formation, notamment du point de vue du design et de la méthodologie. On a ainsi retenu neuf publications s'égrenant de 2009 à 2019 et traitant spécifiquement de la question, dont trois étaient réalisées en France, une en Belgique, trois conjointement en France et Belgique, une en Irlande, et une au Canada, ce qui démontre la diversité des équipes intéressées par cette thématique.

3.3.5.1 Panorama des études

Deccache et al., (France) ont annoncé trois méthodes d'évaluation : 1) un questionnaire auto-administré adressé aux soignants visant l'évaluation de l'effet de la formation sur les soignants (pédagogiques, apprentissages...) ; 2) une observation directe de la pratique du soignant ; 3) une évaluation de l'impact de la formation sur les patients (au niveau des savoirs, savoir-faire, comportements, effets cliniques, satisfaction, etc...) au moyen d'un questionnaire rempli par les patients et un autre rempli par les soignants. L'article concerne la première phase seulement et dévoile la difficulté à « *mettre en pratique certaines compétences indispensables, dont la capacité à explorer les représentations des patients et d'en tenir compte, négocier les recommandations et traitements afin de les rendre acceptables et faisables, permettre au patient d'assumer pleinement sa responsabilité et liberté dans la vie avec sa maladie, y compris dans les erreurs et l'autoévaluation de sa santé* ». (2009, p.39,41) A noter qu'à ce jour, selon notre observation, on ne décèle aucune étude complémentaire publiée par cette équipe (observation directe des soignants, questionnaire rempli par les patients et un autre rempli par les soignants, comme annoncé), qui viendrait naturellement compléter et satisfaire l'ambition de départ. Peut-être est-ce également un indice de la difficulté ou complexité de la tâche évaluative à décliner.

Pétre et al., (France/Belgique) ont intégré deux sites de formation en ETP dans leur étude, l'un à Liège et l'autre à Nancy et tous les étudiants (volée 2014-2015) pouvaient y participer, dont l'objectif majeur était d'explorer les perceptions et opinions de ce personnel de santé en formation afin de caractériser l'attitude éducative dans le champ de l'ETP. Le design de l'étude présentait une démarche relativement complexe et reposait sur un processus itératif aboutissant à une « *analyse thématique inductive* » dont l'émergence des sept dimensions de l'attitude éducative et leurs contenus en représentait la conclusion. (2017, p.603)

L'article de Pétre et al. de 2019, (France/Belgique) n'est pas une étude à proprement parler. Ce texte en français reprend les résultats de l'étude de 2017, publiée elle en anglais. Y est ajouté la réflexion et l'ajustement avec les éléments de la thèse de A. Peignot (Peignot A, *Conceptualisation du terme « posture éducative » pour une meilleure intégration de l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale*, sous la direction de Eric Bertin. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne, discipline : médecine générale, 2015), ce qui permet de revisiter le contenu des sept dimensions proposées. L'article décrit « *les enjeux autour de la définition, de la reconnaissance et du développement du concept de posture éducative. Il propose également une caractérisation pragmatique du concept organisé autour de sept dimensions* ». (2019, p.1) On prend bonne note de l'évolution sémantique puisqu'on passe de « *l'attitude éducative* » (2017) à la « *posture éducative* (2019) ».

Kaci et al., (France) s'attachent à décrire les expériences de deux Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) qui proposent la formation validée de niveau 1 aux étudiants en soins infirmiers, et cherchent ainsi à déterminer les conditions favorables au développement de compétences auprès d'un public en formation initiale. Dix-neuf entretiens semi-directifs ont été menés auprès de formateurs, d'intervenants extérieurs, d'étudiants en cours de formation et d'infirmiers diplômés. Un questionnaire adressé aux formateurs et intervenants a permis de compléter les informations recueillies ; il reprenait les éléments du référentiel de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) pour dispenser l'ETP. Tous les intervenants étaient formés à des niveaux différents et avaient une expérience en ETP. La

pluriprofessionnalité dans les enseignements était privilégiée. Plusieurs activités pédagogiques étaient proposées pour pallier au manque d'expérience des étudiants et à l'insuffisance de stage : mises en situation, échanges de pratiques, création d'outils, etc. La formation était évaluée en termes de satisfaction et d'acquisition.

Ils observent que « *les formations étudiées suivent en grande partie les critères de qualité décrits dans la littérature.* » (2018 p.70)

Richard et al., (Canada) ont mené une recherche auprès d'étudiants infirmiers et réalisé dans un premier temps des focus groups, complétés par des entretiens brefs individuels ayant pour but de confirmer et approfondir les idées générales ressorties durant les focus groups.

Les objectifs des focus groups étaient d'identifier l'état de préparation dans lequel se sentaient les étudiants infirmiers face à la mise en pratique de l'ETP, de les amener à décrire leur actuel engagement dans la pratique de l'ETP, et enfin de recevoir leurs commentaires quant à la façon de renforcer leur confiance en eux et les compétences permettant l'engagement dans leur pratique éducative. Les thèmes émergents étaient de savoir qui était responsable concernant l'ETP, quel contexte lui était favorable et, en miroir, quel contexte lui faisait obstacle. Les étudiants estimaient ne pas avoir reçu une formation optimale en ETP. (2018, p.1)

Coleman & Mc Laughlin, 2019 (Irlande) ont utilisé un questionnaire auto-administré dont l'objectif était d'évaluer si les jeux de rôles (simulation avec un patient-expert) favorisaient chez les étudiants infirmiers la pratique éducative. Les résultats démontrent la pertinence d'une telle méthode car l'acquis de cette façon peut être transposé aisément dans la pratique clinique. Était précisé ainsi que le recours à un patient expert permet une interaction verbale et pratique avec un patient, ouvre la possibilité de faire le lien entre la théorie et la pratique mais dans un environnement protégé, donne l'opportunité d'avoir un feedback selon la perspective du patient et renforce la confiance de l'étudiant dans sa capacité à conduire l'ETP dans la pratique clinique. (2019, p.1300)

Trois études ont pratiqué des entretiens semi-directifs en prenant pour cible uniquement des soignants-éducateurs. (Le Rhun et al., 2013; Rey et al., 2016; Roussel et al., 2012) :

Le Rhun et al., 2013 (France/Belgique) ont pris pour option des entretiens semi-directifs s'adressant à tout professionnel de la santé formé à l'ETP et pratiquant l'ETP en milieu hospitalier. Trois types de tensions ont été mises en évidence : *tensions dialogiques, tensions cognitives et tensions d'impuissance d'action.* (2013, p.43)

Rey et al., (France) ont réalisé des entretiens semi-directifs auprès de 8 médecins hospitaliers formés à l'ETP et la pratiquant, et répondant aux trois critères requis : *cliniciens exerçant dans le champ de la maladie chronique, impliqués dans au moins un programme d'ETP et ayant bénéficié d'une formation minimum de 40 h à l'ETP.* Le but de ces entretiens était d'identifier les principaux leviers et freins à l'implication des médecins hospitaliers en ETP, de savoir comment la formation continue a contribué à susciter leur investissement en ETP, d'identifier l'impact de la formation sur l'organisation du programme et la collaboration avec l'équipe et enfin l'identification de facteurs contributifs à l'implication médicale. Un court questionnaire (relevant des informations purement administratives, telles que sexe, fonction, et contexte de travail) auto-administré était envoyé aux participants aux entretiens. (2016p.1-2)

Roussel et al., (Belgique) ont mis en œuvre des entretiens semi-dirigés auprès de divers professionnels de la santé et du social, le but étant d'explorer les représentations en matière de santé, d'éducation et de soin chez les soignants-éducateurs au niveau de l'ETP, ainsi que leurs influences sur les pratiques éducatives. Un auto-questionnaire (appelé d'identification) était envoyé aux participants pour recueillir des données relatives au parcours et au type de pratique du soignant (activités dédiées à l'ETP). Le point majeur conclusif relève « *une tendance à un glissement vers des objectifs de santé psychique subjective. Des termes communs apparaissent. Leur acception s'avère toutefois diverse. La concordance (parfaite) des représentations avec un modèle biomédical ou avec un modèle biopsychosocial demeure marginale.* » (2012 p.79)

3.3.5.2 Etat des lieux et issue

Cet aperçu des différents buts et objets de recherche concernant l'évaluation de la mise en pratique de l'ETP durant une formation ou dans son décours et la variété des designs observés démontrent la complexité et l'hétérogénéité des approches évaluatives. Tous les auteurs en appellent à la nécessité de poursuivre les investigations sur un ensemble de collectifs pour mieux comprendre et parfaire l'approche d'évaluation. Souhaitons qu'ils parviennent peu à peu à gommer les disparités observées, qui actuellement empêchent toute comparaison des diverses recherches menées.

En conséquence, le constat à notre niveau, dans le cadre de notre étude et après avoir fait ce tour de littérature, est qu'il n'existe en fait aucun réel modèle de référence et intégrateur pour l'évaluation de l'ETP, sur lequel pouvoir s'appuyer. Au contraire, on fait face à une sorte de mosaïque, aux pièces disparates d'un véritable puzzle. L'idée alors s'impose naturellement : il faut construire sa propre approche et son propre design.

3.3.6 La posture éducative

La terminologie de posture éducative apparaît la première fois dans le rapport de l'OMS en 1998 et est considérée comme LA posture que les soignants devraient adopter pour s'approprier cette compétence éducative dans leur pratique des soins et ainsi devenir de véritables soignants éducateurs. Dans la suite cependant, c'est le terme « *attitude* » qui domine et s'impose, du reste définitivement pour les articles en anglais. Du côté francophone, la définition de la posture éducative s'est avérée hétérogène, chacun étant convaincu de son incontournable présence dans le champ de l'ETP mais chacun l'abordant un peu à sa façon. De plus, les deux vocables (attitude/posture) ont posé des difficultés pour en placer la frontière et déterminer quelle réalité sous-tendait l'un et l'autre, pour parfois même être tout simplement confondus en synonyme par certains auteurs. Cela dit, l'abord par la notion d'attitude a permis de se rattacher à certains modèles pour comprendre le lien dynamique dans la pratique de l'ETP. On s'est par exemple beaucoup intéressé à la théorie du comportement planifié d'Ajzen explicitant que les attitudes influencent et prédisent fortement les comportements (Ajzen, 1991).

Ainsi, pour Tardif, « *l'attitude est une ressource au service de la compétence. La compétence étant définie comme, savoir-agir efficacement en situation par la mobilisation et l'utilisation d'une variété de ressources* » (Tardif, 2006)

Pétre est intéressant car il publie un article en anglais en 2017 où le terme phare utilisé dans le texte est « *attitude* » et il écrit en 2019 un article en français sur la même thématique où il est question de « *posture* ». Il tente alors apparemment de clarifier le lien et concilier le sens

entre les deux termes. Il définit alors la posture éducative comme « *l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées qui vont favoriser l'expression des compétences éducatives. Cette posture éducative peut être considérée comme centrale dans le développement des compétences en ETP puisqu'elle permet de s'ouvrir à tous les aspects de représentations et croyances de l'individu.* » (Pétre et al., 2019)

Quant à Reach, pour lui, la posture est une « *position de l'esprit du soignant* » et il y ajoute sa fameuse assertion : « *une ETP sans posture est une imposture* ». (2011)

La posture éducative est donc indispensable au soignant-éducateur pour qu'il puisse exprimer ses compétences en ETP. Elle est intimement liée à l'attitude qui, elle-même, est influencée drastiquement par nos propres croyances, convictions et représentations. Elle signifie favoriser l'écoute, l'expression et la compréhension du patient, et la formulation d'objectifs pédagogiques adaptés. Tout le monde actuellement s'accorde peu ou prou là-dessus et sur le fait d'une formation préalable indispensable.

Anne Delahaut et al. l'atteste en affirmant : « *...le soignant qui dispense l'ETP, doit être formé à ce rôle d'éducateur car l'ETP requiert une attitude – ou une posture éducative, selon les auteurs – pleinement intégrée à la relation soignant-soigné* » (Delahaut et al., 2017 p.2)

L'appropriation de cette posture, cependant, n'est pas si facile à réaliser puisqu'il s'agit d'un bouleversement radical touchant le soignant dans sa représentation de lui-même, de même que sa place dans l'équipe de soins. Ce bouleversement provient notamment des tensions ressenties. Ces tensions sont liées à la discordance entre les objectifs éducatifs du patient et des soins classiques, au sentiment d'usurpation du territoire d'autres soignants (psychologue par exemple), aux difficultés à composer avec l'organisation des services qui donnent leur préférence aux soins d'ordre biomédical.

Une des propositions pour favoriser le développement d'une posture éducative réside dans l'aide apportée aux soignants-éducateurs pour favoriser la réflexivité quant à leurs attitudes éducatives. Il s'agirait d'amener par exemple par des interventions le soignant-éducateur à analyser sa propre pratique, son identité pour constamment l'améliorer.

Finalement - on en fait le constat - la définition de la posture éducative en ETP est polysémique, dans le sens où elle rejoint très souvent les connotations et positions individuelles et préférées des différents experts, rendant difficile un consensus scientifique. Cependant, se dessine peu à peu à travers les études récentes une volonté à mieux cerner les différentes composantes de la posture éducative pour bâtir un corpus factuel favorable à une compréhension commune et consensuelle.

3.3.7 Evaluation de la posture éducative

Force est de relever un silence évident à ce propos dans la littérature, qui renvoie au constat précédent car on imagine la difficulté d'évaluation lorsqu'on ne dispose pas réellement d'une référence factuelle clairement identifiée. En contraste, le terme lui-même est abondant et l'injonction d'une posture éducative est une évidence lors de la mise en œuvre d'une démarche d'ETP. On compte des évaluations de programmes ou de leurs finalités – par exemple l'étude de M.-D Llorca (Llorca, 2018), des apports de patients-experts, des résultats observés auprès des patients dans différentes thématiques de maladies chroniques mais il n'y a pas d'évaluation de la posture elle-même, en tout cas, visiblement, pas d'études publiées à ce sujet.

3.3.8 Remarques sur la recherche de littérature

L'analyse bibliométrique des études internationales publiées sur *l'éducation des patients* (EP) au cours des quarante dernières années effectuées par M.G. Albano et al. (2016), après avoir interrogé six bases de données majeures, a mis en évidence « *la progression exponentielle de la recherche sur l'éducation du patient qui a obtenu ainsi une légitimité scientifique dans la thérapeutique des maladies chroniques* ». En effet, ils notent « *un accroissement spectaculaire des études de 1970 à 2014, atteignant 77'854 articles (PubMed), soit une progression annuelle moyenne à trois chiffres. Sur ce sujet, 1695 ouvrages ont été publiés. Le pic est la période 2004-2014 avec 13109 revues de littérature, 5977 RCT, 397 méta analyses. L'oncologie, la cardiologie, la diabétologie, la neurologie et la psychiatrie sont les cinq disciplines qui consacrent le plus de recherche à l'EP* ». (Albano et al., 2016)

Si l'on interroge PubMed selon les mêmes termes français (EP) pour les cinq dernières années, on trouve 2437 occurrences ; si l'on y ajoute une recherche avec les mots anglais « *patients education* » sur la même période, on en obtient 121'641. On trouve la même profusion sur d'autres bases de recherche (Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, Cairn, BDSP). De plus, on a pu vérifier le constat émis par certains auteurs : la profusion de littérature sur le terme *attitude* en comparaison de celui de *posture*. De fait, le terme *posture* n'a quasiment pas d'écho en ce qui concerne l'ETP dans les références anglosaxonnes et il résonne beaucoup mieux dans la recherche de littérature francophone, même s'il est parfois confondu, on l'a vu, avec l'*attitude*.

L'évaluation de la posture éducative en ETP, quant à elle, pose une difficulté de taille, on l'a mentionné, car on ne trouve aucune référence véritablement spécifique sur ce thème.

3.3.9 Trois écrits fondamentaux

Trois écrits à notre sens sont fondamentaux lorsqu'on appréhende la thématique de l'éducation thérapeutique, non qu'on sous-entende que d'autres textes ne relèvent pas d'intérêt. Mais ces trois-là, dans la palette qu'ils représentent et la précision et la vigueur de leurs contenus restent saisissants. En effet, Reach (2012) déploie une puissance conceptuelle virtuose à la compréhension de l'ETP, Pétré (2019) risque une hardiesse pragmatique pour une meilleure approche de la posture éducative ; quant à Llambrich et Pouteau (2017), elles révèlent en détail et avec brio les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP et décrivent largement l'ensemble des freins et leviers. Un concept étayé, une audace pragmatique, une réalité disséquée au scalpel ? Quoi de plus propice, au fond, comme fondement à toute initiative ou toute aventure !

3.3.10 Epilogue

Ainsi, l'ETP est une histoire de longue haleine et un processus inachevé. Preuve en est la dissymétrie de sa pratique dans les lieux de soins ou les différents pays lors de sa mise en œuvre et l'hétérogénéité même de la façon d'en délivrer le substrat. De plus, son énoncé pratique de dimension éducative s'est trouvé devant un défi sémantique d'importance et à caractère conflictuel, entre *attitude* et *posture éducative*. De fait, la définition même et le consensus sur l'évaluation de la posture éducative - terme consacré - restent à consolider. Par conséquent, son champ d'évaluation est ouvert à toute prospection.

4 Problématique et questionnement

Les étudiants bachelor de la Haute Ecole de santé de la Source reçoivent une formation initiale de 42 heures. Au sortir de leur diplôme, ils entrent dans la vie professionnelle et prennent alors leurs fonctions dans les divers services de leurs choix. L'intérêt de pouvoir évaluer leurs

postures éducatives, et pouvoir le faire le plus simplement possible d'une façon répétitive au cours des différentes volées successives d'étudiants, rejoint deux enjeux. Le premier est de traduire l'impact de l'enseignement délivré, c'est-à-dire sa réelle pertinence (l'évaluation du cours par les étudiants eux-mêmes est jusqu'ici très favorable) ; le deuxième enjeu concerne la concrétisation ou la transposition de cette posture éducative sur le(s) terrain(s), ce qui n'est pas étranger à l'enseignement prodigué mais en constitue en quelque sorte l'aboutissement ultime.

Ainsi se profile l'ambition d'une recherche visant à évaluer le niveau acquis en ETP en lien avec l'enseignement reçu et, en corollaire, la transposition de ce niveau de compétence dans le(s) terrain(s), sous l'angle de la posture éducative.

4.1 La question de recherche

La question fondamentale de recherche se formule comme suit : « Quel est l'impact de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés ? ».

5 Préliminaire

Sur le point spécifique de l'évaluation de la posture éducative qui prend place implicitement dans notre questionnaire, et au vu de l'absence de réel apport de la littérature à ce sujet, la démarche de l'étude va convoquer quatre préalables : un présupposé, un paradigme et deux postulats.

5.1 Présupposé

Nous reprenons à notre compte le propos de Reach où la posture est une « *position de l'esprit du soignant* ». Ainsi, on va considérer « *l'esprit du soignant* » comme englobant ses représentations, connaissance, croyances, émotions, vouloir, etc., assimilé à la notion d'attitude, et la « *position* », identifiée à la posture. L'attitude est une dimension difficile à percevoir et à maîtriser – donc à évaluer - puisqu'elle relève en quelque sorte d'une sommation intrinsèque complexe, alors que la posture en est l'expression visible et définit un positionnement. Cette notion de positionnement (« *position* »), de réalité probante, est importante car elle signifie alors un construit, analysable et évaluable. La posture est donc un affiché construit et reproductible, évaluable car visible comme la pointe de l'iceberg, avec laquelle il est possible de composer. Afficher une posture implique une manière d'être et de faire susceptible d'être lue et analysée.

Ainsi Pétré, lorsqu'il définit la posture éducative comme l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées favorables au développement d'une compétence éducative (Pétré 2019 et al, p.2), trace *de facto* une frontière entre ce qui n'est pas encore surgi mais latent (le mobilisable) et le visible exprimé ou signifié dans l'action (le mobilisé). Son regard se porte alors tout naturellement sur l'analyse des composantes de la posture (le visible) pour en dégager sept dimensions qui, selon lui, la structurent et la caractérisent.

En conséquence, nous faisons nôtre le présupposé d'une distinction entre posture et attitude portant sur la frontière du construit, du visible et de l'action.

5.2 Paradigme

En faisant référence à ce qui vient d'être dit, nous partageons les conclusions de Pétré et son équipe et les sept dimensions dont il est question représentent ainsi les éléments qui composent la posture éducative en ETP. Par conséquent, ces dimensions deviennent des éléments-clés à son évaluation.

5.3 Les sept dimensions

Les deux études récentes menées par B. Pétré et son équipe (2017, 2019), tout en se délivrant de l'impasse sémantique (attitude/posture), ont à notre sens porté un pas décisif à la compréhension des éléments constitutifs de la posture éducative en proposant de les articuler selon sept dimensions. Les mêmes auteurs ont alors posé leurs regards du côté de la formation initiale de l'ETP (2021) dans le but évident d'un espoir de formalisation de son contenu. A n'en pas douter, fort de cette tentative de systématisation, on peut s'attendre à voir survenir tôt ou tard des propositions d'approches rationalisées d'évaluation. (Pétré et al., 2021)

Chacune des dimensions héberge un ensemble d'occurrences la caractérisant et représente ainsi une facette d'expression et de réalisation de la posture éducative, à l'image des couleurs d'un arc-en-ciel. C'est bien sûr l'ensemble du tableau, l'expression conjointe des sept dimensions, qui détermine la pleine réalisation de la posture éducative. Ces sept dimensions sont les suivantes : « *dimension éducative, relation au temps, bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant, mécanismes psychologiques, approche globale interdisciplinaire du patient, caractère professionnel de l'ETP, relation éthique de soins* ».

Ces dimensions, remarquons-le de suite et c'est important, s'adaptent aussi bien à la compréhension de l'action d'un opérant qu'à la structure ou au service dans lesquels s'exerce l'ETP – l'esprit du service -, et c'est ce qui nous intéresse tout particulièrement ici.

5.4 Postulats

« *Une ETP sans posture est une imposture* », disait Reach. Il y a là une essence fusionnelle et évaluer la posture devient donc crucial lorsqu'on s'intéresse à la mise en œuvre d'une démarche en ETP.

5.4.1 Premier postulat : la posture est duale et définit le choix d'évaluation

L'esprit de l'ETP n'est pas l'apanage d'un opérant mais aussi de la structure ou du service dans lesquels il est décliné : la posture est duale. Le premier postulat énonce que l'approche la plus effective pour jauger la mise en œuvre, l'application et l'esprit de l'ETP, est d'en évaluer la réalité dans le contexte d'exercice (structure, service).

La dualité de la posture met donc en scène l'opérant et le contexte d'action, dont l'issue ultime est une alchimie des deux. C'est pourquoi la posture éducative ne se révèle et ne traduit sa pertinence que sur le terrain. Sans lui, elle n'existe pas, ne se matérialise pas et celui-ci joue un rôle considérable dans la mise en pratique et sa qualité. On parle-là d'un véritable binôme opérant-terrain ; en effet, si le terrain est défavorable, il y a de fortes chances pour l'opérant, même très compétent, de ne pas pouvoir mener idéalement l'action souhaitée. On souligne ainsi l'importance du terrain, son esprit, son ouverture. Cette dualité effective permet même de construire, dans l'absolu, un tableau de contingence (annexe 7). Le constat est immédiat : étroite est la voie qui mène à un véritable accomplissement de l'ETP. Ses conditions ? Des opérants formés, bien sûr, mais également un terrain idoine c'est-à-dire formé lui aussi à cet esprit car, ne l'oublions pas, le contexte dont on parle est un lieu complexe de diversité et d'interdisciplinarité.

Évaluer un opérant est une action difficile et coûteuse car elle suppose le suivre sur le terrain et analyser sa pratique, qui peut varier en fonctions des conditions, du moment et du contexte. Par conséquent, il faudrait poursuivre l'exercice sur une certaine durée pour avoir une évaluation cohérente, sans compter le biais engendré par la présence de l'observateur, et disposer bien évidemment de critères clairs et consensuels d'évaluation. Tout cela ramené à

une structure ou un service nécessiterait d'évaluer de la même façon d'autres opérants, en admettant que leur somme évaluative soit bien représentative de l'endroit d'exercice : on le comprend, c'est mission impossible.

En revanche, on peut concevoir l'évaluation effective de la mise en œuvre et de l'application de la posture éducative d'une structure ou d'un service en empruntant un itinéraire d'une autre logique, et c'est là où les dimensions proposées et décrites par Pétré et son équipe prennent toute leur importance. Le cheminement en est comme suit : si les sept dimensions, véritables principes de la posture éducative, en représentent les sept fondements constitutifs non seulement pour un individu concerné mais également pour une structure ou un service (dualité), il est possible alors de les utiliser dans une perspective d'évaluation. Si c'est justement la structure ou le service sur lesquels est focalisé l'intérêt – comme on le propose - alors les opérants formés à l'ETP deviennent les évaluateurs les plus aptes à sonder cet univers, à travers la grille des sept dimensions.

5.4.2 Deuxième postulat : les dimensions deviennent des axes mesurables

En s'appuyant sur le paradigme énoncé plus haut, le deuxième postulat stipule de ramener les dimensions à des axes - indépendamment de la richesse de leurs contenus -, et, comme tout axe, susceptibles d'être « mesurables ». Chaque axe représente alors une qualité composante essentielle de la posture quels que soient les éléments le constituant ou le façonnant, et c'est justement-là l'intérêt. Pour reprendre l'analogie de l'arc-en-ciel, celui-ci n'existe pas sans ses couleurs, toutes ses couleurs : que l'une d'elle vienne à manquer ou à s'estomper et l'on viendra amoindrir sa plénitude ou, pire encore, compromettre son existence. En effet, une ou deux couleurs ne font pas l'arc-en-ciel car il faut la présence et l'expression de l'ensemble des couleurs pour le voir paraître. Certes, les couleurs peuvent être encore plus détaillées et analysées (spectre, etc.) mais le plus important est leur trace grossière et leur visibilité dans l'arc-en-ciel.

De même pour la posture, existante par l'expression simultanée de ses sept dimensions où chacune représente une qualité essentielle à son émergence et sa réalisation, et dont on garde simplement la trace de présence ou non et l'intensité de cette présence (cette couleur), sans en détailler, en première intention, les éléments constitutifs.

Pour faire court, la dimension devient axe et sa « mesure » renseigne sur son expression ou non et son intensité. Le jeu ou la palette des sept axes traduit ainsi la réalité de la posture. Tel est le deuxième postulat retenu.

5.4.3 Traduction pratique

Pratiquement, la difficulté réside à définir et composer une phrase ou une proposition qui caractérise chaque axe. Afin de ne pas s'éloigner de la pensée de l'auteur (Pétré) et de s'approcher le plus près possible de sa phraséologie pour ne pas dénaturer le sens, on s'est servi peu ou prou de ses propres termes de description des dimensions telles que décrites dans son article (2019). On obtient alors les propositions représentant les dimensions et c'est le répondant à ces questions - l'opérant formé en ETP - qui détermine leurs présences ou non et leurs intensités (échelles), permettant ainsi une évaluation effective du terrain.

5.5 Modélisation

Les points discutés conduisent à un modèle d'évaluation des structures ou services pratiquant l'ETP, s'appuyant sur les dimensions la caractérisant (posture éducative), transformées en axes à lecture d'échelles.

5.6 Avertissement

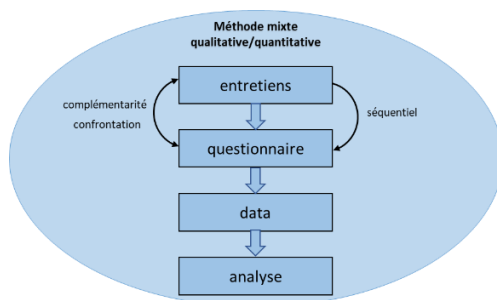
Les résultats de l'étude viendront confirmer ou non si l'hypothèse d'une telle évaluation tient ses promesses. Si tel devait être le cas, il semble avisé d'y mettre déjà un bémol de taille : un

tel « *outil* » n'est pas une fin en soi. Il n'est pas la vérité d'évaluation mais représente une sorte de « *baromètre* » utile, reproductible et adaptable à n'importe quel service ou structure (ou opérant) et relativement aisé à appliquer, sous forme de questionnaire. Sa force est de souligner la ou les dimensions en souffrance ou en question permettant, dans un deuxième temps, de réfléchir sur les constituants ou les occurrences de cette ou ces dimensions pour améliorer la prestation en ETP. En résumé, cet outil a vertu d'incitation à la réflexion et de support à la progression et l'amélioration de la pratique en ETP. Il peut être un élément pratique qui participe à - pour plagier Pétré -, « *ouvrir les perspectives de transformations des représentations professionnelles, ainsi que des recherches orientées sur les interventions pédagogiques en situation pour faire de la posture éducative un objet d'apprentissage à part entière* ».

6 Méthodologie

6.1 Design

La recherche s'inscrit dans une dimension exploratoire inductive ; c'est une étude descriptive mixte (qualitative/ quantitative), selon une conception dite concomitante convergente: « *les données quantitatives et qualitatives sont recueillies simultanément, puis les deux ensembles de données sont comparées pour voir s'il y a une convergence, des différences ou une combinaison des deux* » (Alison Krentel & Riris Andono Ahmad, 2021 p.149)



A cet effet, on a choisi de recourir à une série d'entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien, réalisés par visioconférence et enregistrés (partie textuelle), et d'utiliser un questionnaire en ligne (données quantitatives). Les entretiens précèdent le questionnaire mais, selon le format de l'étude, son élaboration n'en dépend pas.

6.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) contient cinq parties (introduction, questions personnelles, vision personnelle de l'ETP, pratique en ETP, fin d'entretien avec une question ouverte), abordées successivement par des questions d'appel et, pour un des thèmes, de questions de relance. Y figure également une question ultime permettant une expression libre.

6.3 Le questionnaire

Le questionnaire (annexe 2) comporte 24 items (6 questions personnelles (sexe, âge, spécialité, ancienneté d'exercice, type d'activité, participation ou non à l'entretien préalable), 17 questions thématiques et 1 question d'expression libre). Il est composé en s'inspirant entre autres des travaux de B. Pétré et son équipe décrivant les sept dimensions de la posture éducative : « *dimension éducative, relation au temps, bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant, mécanismes psychologiques, approche globale interdisciplinaire du patient, caractère professionnel de l'ETP, relation éthique de soins* ». Pour chacune de ces dimensions

a été formulée une question susceptible d'en être représentative ; elles se glissent au sein des 17 questions thématiques. Parmi ces 17 questions prennent également place 3 échelles visuelles analogiques (EVA), l'une concernant le pouvoir d'agir en ETP dans le contexte de travail (service, structure), la seconde sondant la formation initiale sous l'angle de son profil adapté ou non à la pratique quotidienne, la dernière évaluant le niveau de compétence en ETP. Ces échelles visuelles analogiques (EVA) ont le mérite de la simplicité, sont très fiables (Kuhlmann et al., 2017) et permettent d'être reproduites au cours du temps dans une perspective de comparaison des valeurs pour en évaluer l'évolution.

6.4 Population cible

Il s'agit du collectif de 168 infirmiers diplômés à la Haute école de Santé de la Source (Lausanne) en septembre 2020.

6.5 Déploiement et recueil de données

La figure en annexe 3 retrace la démarche avec ses tâches et ses jalons et le document intitulé « *Projet d'étude* » (annexe 4) aborde plus en détail les aspects techniques et logistique du déploiement et recueil de données.

Dans un premier temps, on a fait parvenir un courriel à l'ensemble du collectif de jeunes diplômés (21/03) leur exprimant le souhait d'un entretien enregistré d'une heure en visioconférence sur l'objet de l'étude, avec un document de consentement à remplir et retourner en cas de participation. Les entretiens se sont déroulés du 19/04 au 8/05/2022, après une relance (12/04). Au terme de ces entretiens, on a alors repris contact par courriel (10/05) avec l'ensemble du collectif pour leur proposer de remplir en ligne le questionnaire anonyme sur la même thématique.

L'entretien enregistré avec les jeunes diplômés a recueilli leurs propos génériques sur l'ETP, leurs constats et ressentis à propos de la posture éducative et son évolution, la mise en pratique de l'ETP et ses facteurs favorables ou défavorables et leurs ressentis quant à la formation reçue. Le questionnaire, quant à lui, a également prospecté le ressenti sur la formation reçue et plus systématiquement la posture éducative et la mise en pratique de l'ETP, inspiré des travaux et propositions de Pétré et al.

Concrètement, les entretiens ont été menés par l'enseignante en charge du projet, assistée d'un groupe de cinq étudiants ayant à assumer chacun un entretien, cette configuration étant imposée par l'institution dans un but pédagogique et de formation. En préalable à cette action, un groupe de discussion de trois heures a été organisé (7/03), en présence des cinq étudiants et de trois enseignants pour réaliser et consolider le guide d'entretien et les questions y relatives ; les étudiants par après ont testé cet outil parmi leurs pairs et une séance a été organisée (28/03) pour tirer les conclusions et parachever le document. Pour avoir une idée plus précise des représentations en ETP des étudiants en charge de réaliser des entretiens (minimiser des biais potentiels), on a également mené (13/04) un *Focus group* (annexe 5) à la demande du directeur de mémoire.

Un nombre de dix entretiens étaient retenus comme plafond (correspondant à l'estimation de la capacité maximale de réalisation) mais, en finalité, neuf personnes ont accepté de participer à l'entretien. De même, chaque étudiant devait réaliser un entretien (n=5), la chargée d'étude assumant le reste. Cependant, deux participants supposés être auditionnés par les étudiants concernés ont souhaité le faire avec la chargée d'étude ; la planification ayant été déjà formalisée, elle a donc ajouté ces deux personnes à son action (n=6).

Chaque entretien d'une heure, pour des raisons de commodité et de contrainte de réalité, a été mené par visioconférence.

6.6 Analyse des données

Les participants ont répondu en ligne au questionnaire thématique spécifique qui a préalablement été reporté dans le logiciel *Sphinx Declic* appartenant à la plateforme *Sphinx*. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits dans le même logiciel pour une analyse inductive de contenu afin de faire apparaître les diverses thématiques émergentes exprimées par les jeunes diplômés. Pratiquement, cette démarche s'est appuyée sur les verbatims constitués, desquels a été construit un ensemble de code-book et des analyses de contenu. Les thématiques émergentes traduites par les code-book ont été formalisées par la chargée d'étude, par ailleurs enseignante et responsable du module d'enseignement de l'ETP au sein de l'institution. Le questionnaire a fait l'objet d'une analyse permettant un regard croisé avec les thématiques obtenues au travers des entretiens.

6.7 La raison du choix d'une étude mixte

Elle est liée à l'ambition d'avoir un vrai ressenti des personnes - ce qu'un questionnaire ne permet pas - en même temps qu'une formalisation de l'état d'évaluation de la posture éducative inspirée des sept dimensions proposées par B. Pétré et son équipe. L'intention est de voir ces deux méthodes en quelque sorte s'interpeller et se questionner mutuellement.

On peut ainsi citer la remarque suivante, émanant du document de l'OMS précédemment mentionné : « *en fait, de nombreux projets de recherche de mise en œuvre utilisent des méthodes mixtes pour fournir une vision du problème meilleure que ne pourrait le faire séparément une approche de recherche quantitative ou qualitative* ». (Alison Krentel & Riris Andono Ahmad, 2021)

De même le propos de S. Ganassali : « *Il ne s'agit pas de séparer les méthodes à dominante qualitative ou quantitative, de choisir les unes plutôt que les autres, mais bien au contraire, elles doivent se compléter, se conforter, s'enrichir mutuellement, selon un processus de « fertilisation croisée »* » (Ganassali, 2014)

7 Résultats attendus

7.1 Deux points majeurs

Deux points majeurs sont en jeu :

- 1) l'impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés
- 2) le niveau de compétence en ETP et sa traduction dans leurs réalités professionnelles

7.2 Autres éléments contributifs

Au-delà des deux points majeurs cités s'ajoutent un ensemble d'éléments contributifs :

- savoir quels sont les thèmes exprimés spontanément par les jeunes diplômés sur la thématique de l'ETP et la posture éducative
- constater si ces considérations spontanées s'accordent avec le cadre plus formel de l'interrogation par le questionnaire, notamment selon les sept dimensions proposées
- comprendre dans quelle mesure les leviers ou les freins relevés par les jeunes diplômés rejoignent ceux décrits dans la littérature
- prendre note de leurs représentations de l'ETP et de la posture éducative
- connaître l'état de la posture éducative
- cerner la mise en pratique selon les différents terrains professionnels
- définir le pourcentage d'infirmiers jeunes diplômés mettant en pratique l'ETP

- traduire une sorte de « *cartographie* » des spécialités ou services favorables à l'ETP
- préciser les besoins exprimés concernant la formation en ETP

8 Impacts pressentis

8.1 Sur l'enseignement de l'ETP à la Haute Ecole de Santé la Source

Ce premier impact concerne l'enseignement de l'ETP à la Haute Ecole de Santé la Source, notamment quant à sa qualité de fond et l'évaluation de la posture éducative. Est par ailleurs questionné le bien-fondé ou non de l'utilisation des sept dimensions permettant de jauger la posture éducative pour les promotions futures.

8.2 Sur les jeunes diplômés participant à l'étude

Le deuxième impact touche les jeunes diplômés participant à l'étude. En effet, le fait d'avoir rappelé certains fondements de l'ETP et de la posture éducative à travers les énoncés des questions peut initier un réveil ou confirmer et conforter la pratique de cette approche.

8.3 Sur les cinq étudiants impliqués dans les entretiens effectués

On ne peut non plus ignorer l'impact de la recherche sur les cinq étudiants ayant partagé la construction de la partie de l'entretien et conduit eux-mêmes le dialogue avec les répondants et sa retranscription, de même que la découverte des résultats de l'étude.

8.4 Sur l'ambition d'un article à publier

Enfin, l'effort consenti et l'enjeu de la recherche de même que la robustesse des résultats décideront de la volonté à élaborer un écrit pour une publication dans une revue consacrée.

9 Résultats

165 courriels ont été envoyés car trois adresses manquaient dans la liste des jeunes diplômés et un courriel n'a pas trouvé de destinataire, ce qui porte l'effectif à 164 personnes. Par ailleurs, 9 personnes ont participé aux entretiens.

La partie des entretiens sera traitée tout d'abord suivie de celle du questionnaire. On abordera ensuite les similitudes ou les distorsions de contenu entre les deux approches.

9.1 Entretiens

Ils concernent les infirmiers diplômés ayant participé à l'entretien par visioconférence (n=9). Une analyse systématique du corpus a été réalisée par l'élaboration de *code-book inductifs* : « *Ce sont les propos des répondants qui façonnent le code-book (la grille de codification). L'analyse de contenu s'effectue ainsi au fil de l'eau, sans modèle de codage préalablement défini. Le code-book se constitue petit à petit, à mesure de la prise de connaissance du corpus* ». (Ganassali, 2014 p.117)

Ces code-book constituent quatre chapitres : la formation, la pratique, l'apport de l'ETP et la vision personnelle. On trouve sous annexe 13.9 les extraits caractéristiques de l'ensemble des verbatims y relatifs et l'annexe 13.10 énumère les différents code-book réalisés.

On ne relève aucune différence significative entre les entretiens effectués par les étudiants et ceux menés par l'enseignante en charge du projet, si ce n'est une proportion plus importante de l'effectif féminin pour celle-ci.

9.1.1 La formation

On s'est concentré sur l'élément central de l'ETP, la posture éducative, pour préciser dans quelle mesure la formation initiale en ETP avait aidé à sa mise en pratique et ce qui avait

favorisé ou limité son développement. On trouve les différents verbatims caractéristiques en annexe 13.09.1 et les code-book détaillés sous 13.10.1.

On relève l'apport des différentes techniques d'entretien et des outils enseignés, constituant une solide méthodologie et une base précieuse, et participant à la compréhension de l'importance de la centralité du patient et de l'attitude à développer envers lui-même et ses proches, ce qui renforce le rôle et la place de l'infirmière dans cette approche. Du point de vue pratique s'impose le bénéfice des simulations mais les cours, les séminaires, conférences et vidéos y contribuent également, de même que la possibilité de réaliser une ETP de A à Z. Persiste cependant une difficulté concernant le lien avec une véritable pratique de terrain, de même qu'une intégration réelle de ces principes et attitudes dans l'ensemble des autres matières enseignées tout au long des trois ans de formation.

Ainsi, le contenu du programme d'enseignement démontre une richesse de procédés et de contributions pour parvenir au but, avec une importance marquée concernant les simulations.

9.1.2 Pratique de l'ETP

On cible ici la pratique de l'ETP dans le contexte de travail, la façon de l'accomplir, la collaboration avec l'équipe de professionnels de santé, les principales difficultés rencontrées et les besoins pour aider la mise en pratique. On parle aussi de l'expérience de la posture éducative dans la pratique. Les verbatims caractéristiques sont en annexe 13.09.2 et les code-book sous 13.10.2.

Pour la plupart la pratique de l'ETP est quotidienne, même si elle reste tributaire du service dans lequel elle est exercée et du soutien institutionnel conféré. Sa pratique se porte en priorité envers le patient concerné et ses proches mais elle peut concerner également les collègues, tout en sachant qu'elle reste tributaire des capacités cognitives des résidents. La collaboration est unanimement relevée avec une place centrale pour la communication, permettant et facilitant ainsi des transferts de savoir et de compétence.

Les difficultés exprimées sont fonction du service, où dominant le manque de temps et le type de patients ; sont cités également les accompagnants, le souci de trouver les mots justes et parfois le manque de connaissances. On évoque aussi des considérations liées aux règles de santé instituées par la culture professionnelle, au manque de ressources humaines et à la charge de travail.

Concernant les besoins, le temps vient en tête avec la nécessité de revaloriser l'ETP, en la considérant notamment comme la délivrance d'un soin. Sont mentionnées la nécessité de ressources humaines supplémentaires et l'amélioration de l'organisation et la communication dans l'équipe, ciblant de facto une unification des pratiques, et la façon d'intégrer l'ETP à la pratique quotidienne. Sur le plan de la connaissance, un « refresh » est souhaité et pose la question de la formation continue.

Quant à l'expérience de la posture éducative, la dominante exprimée réside dans la compétence d'auto-soins du patient qu'elle induit. S'ajoutent la nécessité de saisir les opportunités et la notion de co-construction. Il est question de sa difficulté d'exercice et un ensemble de mots en précisent le périmètre : le respect, le fait de ne pas exercer de pression ou de jugement, la patience, la répétition des choses et le bon usage de demander la permission. Elle reste tributaire de la disposition du patient et du lien thérapeutique. De plus, dans certains lieux, la pratique de la posture éducative s'exerce également envers les collègues.

9.1.3 Apport de l'ETP

Ce questionnement concerne le bénéfice de la pratique de l'ETP pour le soignant, le patient et l'équipe. Le verbatim caractéristique est en annexe 13.09.3 et le code-book sous 13.10.3.

Quatre occurrences s'imposent : pour l'opérant une valorisation de son rôle et de son action, pour le patient une autonomie, une stimulation et un développement de son indépendance. Le patient développe sa confiance en lui, sa capacité de communiquer et exprime sa satisfaction d'être entendu. Les professionnels de santé voient un soulagement de leur charge de travail par le soutien du patient et un lien plus intense avec celui-ci et son entourage, entraînant un haut degré de satisfaction. Ils affinent leur lien avec le patient et développent leur compétence et leur réflexion tout en ayant conscience des limites de leur savoir ; ils renforcent la confiance dans leur pratique et apprécient le travail en interdisciplinarité, même si s'observe parfois un clivage entre ceux pratiquant l'ETP et les autres. La connaissance du patient leur semble limiter les potentiels effets secondaires du traitement.

La moitié des occurrences du code-book concerne des apports personnels et professionnels, un quart relève du patient et un quart est relatif à l'équipe.

9.1.4 Vision personnelle

On sonde ici les représentations sur le concept de l'ETP et sa mise en œuvre, de même que la posture éducative. Les verbatims caractéristiques sont en annexe 13.09.4 et les code-book sous 13.10.4.

Pour la plupart, l'ETP s'associe au développement de l'autonomie du patient, elle suppose la transmission d'informations et de conseils, aussi bien pour le patient lui-même que pour ses proches et elle est tributaire de l'implication de celui-ci. Elle signifie partage, apport d'un soutien, compréhension de la maladie et du traitement et développement de connaissances et de compétences dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient et sa prise de décision. Elle part des connaissances de celui-ci et requière un entretien structuré. Elle a un impact indéniable dans la sphère préventive et situe son action plutôt dans les soins somatiques.

Sa mise en œuvre est quotidienne et impactée par le temps disponible. Ce n'est pas un acte simple et, de plus, dépendant du patient, pouvant engendrer de la frustration. Elle est tributaire du service concerné, du cahier des charges et de la dynamique d'équipe en place, et doit composer avec les accompagnants. Elle est pleinement associée au rôle infirmier, nécessite de la préparation, notamment dans la connaissance de la pathologie concernée, et ne doit pas être reléguée à une place secondaire. Elle apporte de nombreux bénéfices et la résolution de situations complexes, permet une démonstration des connaissances acquises et son approche concerne aussi bien les maladies chroniques que les événements aigus.

La posture éducative, c'est être à l'écoute et se mettre au même niveau que la personne en respectant son savoir. Il s'agit de comprendre son niveau de littératie, explorer ses représentations sans attitude de jugement et percevoir ce qu'elle a retenu en utilisant le même vocabulaire sans vouloir imposer quoi que ce soit. C'est partir de ce que dit la personne pour l'aider à avancer sur son propre chemin. Cette démarche peut concerner également les proches, en présence ou non de la personne. Elle impose de rester professionnel et d'être centré sur le patient et c'est une activité à intégrer aux autres activités. Son application dépend du niveau d'investissement en ETP et se bonifie lorsqu'il y a un même fonctionnement au sein de l'équipe.

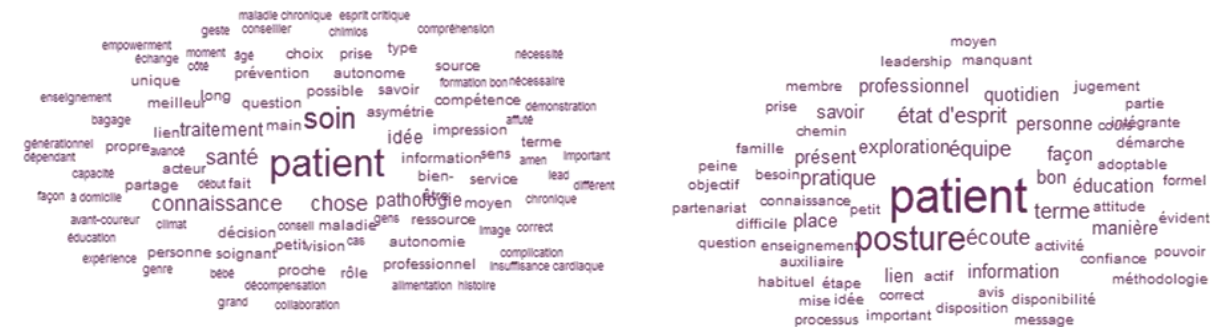
9.1.5 Analyse des opinions

Il s'agit d'une « *méthode de traitement automatique permettant de qualifier la polarité d'une réponse (très négative, très positive) et de repérer plus précisément les sentiments ou les émotions révélés par une analyse automatique du texte* ». (Ganassali, 2014 p.126). La question intéressante à traiter selon cette méthode est celle interrogeant la formation initiale en ETP à la Source, notamment son impact sur la mise en pratique de la posture éducative.

La tendance dominante dans les réponses reflète une orientation positive (63%) ; la tendance négative est de 25% et l'orientation « *partagée* » de 13% (annexe 13.11).

9.1.6 Classification statistique

C'est une « *classification automatique des mots-clés du corpus afin d'identifier statistiquement plusieurs groupes thématiques ou sémantiques* ». (Ganassali, 2014, p.126). La constitution des *nuages de mots-clés* d'intérêt ici sont ceux liés à la représentation des répondants concernant l'ETP et la posture éducative (annexe 13.12).



Pour les deux entités dominant la centralité et l'importance du *patient*. Puis viennent le *soin*, la *connaissance*, la *santé*, la *pathologie* pour l'ETP, la *posture*, l'*état d'esprit*, la *pratique*, l'*écoute* pour la posture éducative. D'autres termes viennent s'ajouter et compléter ces éléments majeurs de l'expression des répondants.

9.2 Questionnaire

165 courriels ont été envoyés car trois adresses manquaient dans la liste des jeunes diplômés. 115 de ceux-ci ont lu le message envoyé, ce qui détermine l'effectif réel, et 42 d'entre eux ont rempli le questionnaire. Le taux de retour est de 36.5% (42/115) et le rapport femmes/hommes de 76% et 24%.

9.2.1 Dépouillement

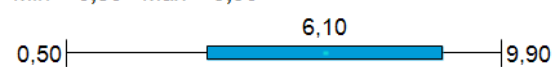
On trouve en annexe 13.13 l'ensemble du dépouillement à plat du questionnaire pour un accès complet aux résultats des différentes variables. On reprend ici les résultats des trois échelles visuelles analogiques (EVA) utilisées dans le questionnaire : le pouvoir d'agir, la formation initiale en ETP et le niveau de compétence. On poursuivra avec les facteurs facilitateurs et défavorables à la mise en pratique de l'ETP.

9.2.1.1 Le pouvoir d'agir

C'est l'élément central du questionnaire au côté des 7 dimensions. Il sonde le pouvoir d'agir en ETP de l'opérant dans son contexte de travail (service, structure, etc.).

EVA pouvoir d'agir en ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 6,10 Médiane = 6,75 Ecart-type = 2,55
Min = 0,50 Max = 9,90



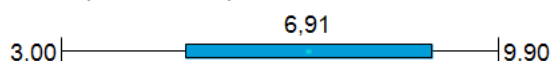
On constate une moyenne de 6,10 sur une échelle de 0 à 10 mais avec une dispersion assez large et des extrêmes démontrant une expression inhomogène du pouvoir d'agir. On observe même une valeur inférieure extrême de 0.5 et un pôle supérieur maximal de 9,9.

9.2.1.2 La formation initiale

C'est l'évaluation de la formation initiale en ETP sous l'angle de son profil adapté ou non à la pratique quotidienne.

EVA évaluation formation ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 6,91 Médiane = 7,00 Ecart-type = 1,94
Min = 3,00 Max = 9,90

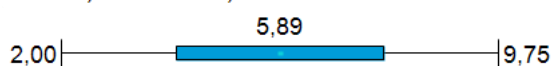


La moyenne est de 6,91 avec une dispersion moins importante que dans l'EVA du pouvoir d'agir. On note cependant une valeur inférieure minimale de 3 et un pôle supérieur maximal de 9,9.

9.2.1.3 Le niveau de compétence

EVA compétence en ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 5,89 Médiane = 6,00 Ecart-type = 1,83
Min = 2,00 Max = 9,75



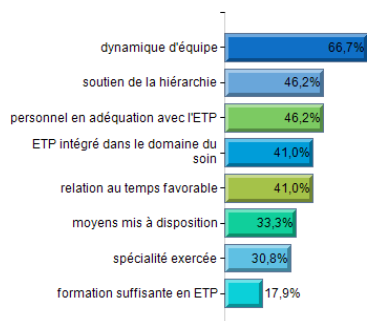
La moyenne se situe à 5,89 avec aussi une dispersion et, là encore, des extrêmes présents : on prend acte du chiffre inférieur de 2 et de la limite supérieure de 9,75.

9.2.1.4 Facteurs facilitateurs et défavorables pour l'ETP

Les facteurs facilitateurs (leviers) et défavorables (freins), tirés du questionnaire, se distribuent comme suit :

20. Leviers

Taux de réponse : 92,9%



On voit l'importance de la dynamique d'équipe, du soutien de la hiérarchie, l'apport précieux d'un personnel en adéquation avec l'ETP, la valeur de l'ETP intégrée dans le domaine du soin. On retrouve une relation au temps favorable, des moyens adéquats et une formation suffisante en ETP. La spécialité exercée joue également un rôle important.

21. Freins

Taux de réponse : 97,6%



On prend note de l'importance de la durée d'hospitalisation, de l'absence de connaissance de l'ETP mis à part les personnes spécifiques, le manque de ressources humaines. S'ajoutent l'ETP non valorisée par la hiérarchie, non prioritaire, la complexité des informations à livrer, le manque de confiance, le manque de crédibilité se heurtant aux règles de santé instituées par la culture professionnelle.

9.2.2 Analyses bivariées

On analyse ici les relations entre les variables, deux à deux (tableaux croisés) ou une variable croisée avec plusieurs (tableaux composites).

9.2.2.1 Tableaux croisés

Les observations statistiques significatives (annexe 13.15) concernent les couples suivants :

- *typologie d'entretien/genre*. Le nombre de personnes féminines pour les entretiens est plus important pour l'enseignante en charge du projet que pour les étudiants concernés ;
- *type de service /bilan éducatif partagé*. Le bilan éducatif partagé est plus accompli dans les services en ambulatoire ;
- *EVA compétence en ETP/dimension éthique du soin*. La dimension éthique du soin est moins présente pour l'effectif en dessous de la moyenne du niveau de compétence en ETP ;
- *Approche globale interdisciplinaire/âge*. Les jeunes diplômés de 25 ans et plus l'estiment plus accomplie.
- *Approche globale interdisciplinaire/genre*. Les personnes masculines ont tendance à penser qu'elle n'est pas présente
- *Approche globale interdisciplinaire/dimension éthique du soin*. Il y a une relation positive entre ces deux variables, la présence de l'une favorisant la présence de l'autre.

Les autres variables croisées ne montrent aucun résultat significatif. Ainsi, on n'observe aucune différence significative parmi l'ensemble des variables (questionnaire et code-book) entre l'effectif des participants à l'entretien et les autres. On ne constate pas de différence pour les entretiens réalisés entre les étudiants et l'enseignante en charge du projet, lié très probablement à la rigueur d'exécution et suivi du guide d'entretien. Exception faite des constats ci-dessus, le genre, le type de service, la durée d'activité dans le service et le pourcentage de patients pour l'ETP ne distinguent aucune particularité avec l'ensemble des variables.

9.2.2.2 Pouvoir d'agir, formation initiale et niveau de compétence : régression linéaire simple

La régression linéaire simple est l'approche pour étudier les liens entre deux variables de type numérique. On s'intéresse particulièrement aux trois questions d'échelle visuelle analogique (EVA : échelle de 0 à 10) sondant le *pouvoir d'agir* en ETP, la *formation initiale* en ETP et le *niveau de compétence* en ETP. On souhaite connaître le lien entre la formation et le pouvoir d'agir, le niveau de compétence et le pouvoir d'agir, la formation et le niveau de compétence. Les résultats détaillés se trouvent en annexe 13.16.

- *Pouvoir d'agir et formation initiale* : le modèle rend compte de 11.40% de la variance de la variable à expliquer avec un coefficient de corrélation de 0.34. L'influence de la formation initiale est donc faible mais présente.
- *Pouvoir d'agir et compétence* : le modèle ici rend compte de 20.54% de la variance de la variable à expliquer avec un coefficient de corrélation à 0.45. C'est toujours faible mais un peu mieux. L'influence du niveau de compétence est présente.
- *Niveau de compétence et formation initiale* : il n'y a pas de corrélation entre les deux variables ; la formation initiale n'a pas d'influence sur le niveau de compétence.

Quand on parle de la formation initiale, il faut garder à l'esprit que la question était de savoir si la formation initiale était adaptée à la pratique quotidienne, sur une échelle de 0 à 10. On se situe donc sur un registre spécifique et on ne se réfère pas à l'ensemble de la formation prodiguée.

9.2.2.3 Tableaux composites : les 7 dimensions

Les tableaux se trouvent en annexe 13.17 et concernent en priorité les 7 dimensions. On reproduit ici la distribution comparative des moyennes.

Moyennes 7 dimensions

	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducationnel clarifié	3,00

Le chiffre en bleu signifie un élément statistiquement sur-représenté et, en miroir, les éléments en rose sont sous-représentés. Par conséquent, dans le contexte professionnel, les *bénéfices observés pour les soignants* sont probants alors que la *relation au temps*, la *dimension éthique du soin* et le *rôle éducationnel clarifié* sont véritablement en souffrance.

Rappelons que la dimension *éthique du soin*, suppose que le patient dispose d'une information suffisante pour faire ses propres choix par rapport à son parcours éducatif.

Moyennes

	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Bilan éducatif partagé	3,90
Rôle éducationnel intégré	3,88
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducationnel clarifié	3,00
Démarche d'évaluation continue	2,68

Dans le tableau ci-contre, on a ajouté à la liste des 7 dimensions trois variables faisant partie du questionnaire : le *bilan éducatif partagé*, le *rôle éducationnel intégré* et la *démarche d'évaluation continue*. Cette dernière visiblement peine beaucoup sur le terrain, ainsi que le *rôle éducationnel clarifié*. On retrouve ensuite la même distribution que précédemment. Même si le *rôle éducationnel* n'est que peu clarifié dans les services ou les structures, le *rôle éducationnel intégré* fait un peu meilleur figure (même si son

score reste très bas). C'est probablement la pratique elle-même des professionnels de santé qui induit cette différence, de par leur approche du patient.

9.2.3 Analyses multivariées

Il s'agit ici de comprendre comment une variable est éventuellement influencée par une série d'autres variables : lesquelles ont le plus d'impact, lesquelles n'ont pas d'influence. On aborde ici une dimension explicative et la variable qui nous intéresse est le pouvoir d'agir en ETP (EVA).

9.2.3.1 Le pouvoir d'agir en ETP : régression multiple

On focalise donc sur le *pouvoir d'agir* afin de comprendre l'influence d'autres variables à échelles, notamment celles représentant les 7 dimensions. En effet, toutes les questions avec les modalités *oui*, *oui partiellement*, *non*, celle contenant *oui*, *non* et celle affichant *oui*, *non*, *pas d'avis* ont été dotées d'une gradation de 0 à 10. Cela permet de les aborder aussi bien comme des questions fermées (variables nominales) que des entités numériques.

Si l'on conduit l'analyse en fonction des 7 dimensions et des trois échelles visuelles analogiques (EVA), 3 variables contribuent à l'explication (au seuil de 5%) : l'*approche globale interdisciplinaire*, la *dimension éthique du soin*, l'*évaluation de la formation en ETP (EVA)*. Leur influence est comme suit :

- approche globale interdisciplinaire 40.54%
- dimension éthique du soin 31.74%
- la formation initiale en ETP 27.72%

Le modèle rend compte de 38.24% de la variance de la variable à expliquer et le coefficient de corrélation multiple est à 0.62. On prend acte de l'importance du terrain, dont la sommation influente représente 72.28%. (annexe 13.18)

Si maintenant, par pur intérêt, on conduit l'analyse selon l'ensemble des variables échelles (les trois variables : le *bilan éducatif partagé*, le *rôle éducatif intégré*, la *démarche d'évaluation continue* étant ajoutées aux 7 dimensions) et les EVA, 4 variables contribuent à l'explication (au seuil de 5%) : l'*approche globale interdisciplinaire*, le *rôle éducatif intégré*, l'*évaluation de la formation en ETP (EVA)* et la *démarche d'évaluation continue*. Leur influence se déploie comme suit :

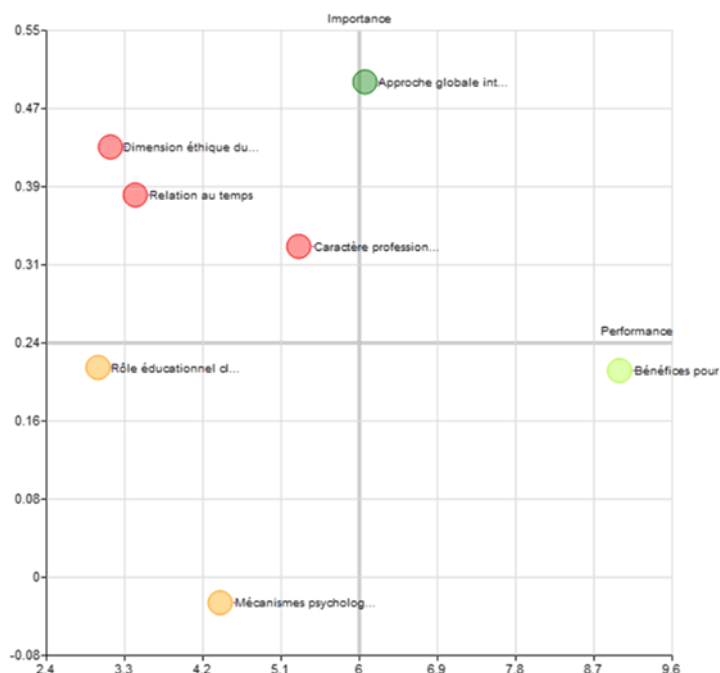
- l'approche globale interdisciplinaire 31.41%
- le rôle éducatif intégré 29.87%
- la formation initiale en ETP 19.88%
- la démarche d'évaluation continue 18.84%

Le modèle rend compte de 50.30% de la variance de la variable à expliquer et le coefficient de corrélation multiple est de 0.71. La sommation de l'influence du terrain est de 80.12%.

9.2.3.2 Matrice « importance-performance »

Cette matrice est construite par analogie avec celle de l'*importance-performance* concernant la satisfaction (Ganassali, 2014, p.170) et son explication détaillée et la carte obtenue se trouvent en annexe 13.14. La matrice *importance-performance* est fort appréciée par les décideurs car elle donne des indications concrètes sur les actions à mettre en œuvre dans le but d'amélioration.

La matrice permet d'établir et détailler le *pouvoir d'agir* des répondants dans leurs contextes de travail et l'importance (le poids) des différents critères évalués selon les 7 dimensions. La carte obtenue se déploie en quatre quadrants et se présente comme suit :



- en haut à droite les points forts (critères importants et accomplis) : on y trouve l'*approche globale interdisciplinaire du patient* ;

- en bas à gauche la zone neutre (critères pas très bien accomplis mais de plus moindre importance) : se situent-là le *rôle éducatif clarifié* (dimension éducative) et les *mécanismes psychologiques* ;

- en bas à droite la zone à maintenir ou de sur-qualité (critères bien accomplis mais de plus moindre importance) : ce sont les *bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant* ;

- en haut à gauche, la zone de progrès ou prioritaire (critères importants insuffisamment accomplis) : elle comporte la *relation au temps*, la *dimension ou relation éthique de soins* et le *caractère professionnel de l'ETP*.

Il faut garder à l'esprit que cette cartographie représente la réalité, l'image, le point de vue du contexte de travail (service, structure, etc). Elle n'est pas la représentation du point de vue du répondant.

9.3 Similitudes et distorsions entre les approches textuelles et quantitatives

On signifie par approche textuelle les interviews réalisés et leurs *code-book* et l'approche quantitative couvre les réponses au questionnaire. La question « pivot » entre les deux approches est celle concernant *les principales difficultés rencontrées au développement de l'ETP* (côté textuel) et *les facteurs défavorables pour la mise en pratique de l'ETP selon la littérature*, avec une liste proposée (côté questionnaire). L'analyse ne révèle aucune différence statistique entre le *code-book* de la question textuelle et celle du questionnaire, démontrant une similitude des deux approches. De plus, comme les propos spontanés et les réponses au questionnaire rejoignent *de facto* les thèmes de la littérature, on peut conclure que les principales difficultés ou facteurs défavorables à la mise en pratique ou développement de l'ETP rencontrés par les jeunes diplômés correspondent à celles rapportées dans la littérature.

Une autre similitude concerne la relation au temps qui semble souvent faire défaut. En effet, que l'on parle du temps hospitalier (durée d'hospitalisation) ou du temps d'action, on le retrouve en tête de liste des *freins*, des *principales difficultés* ou des *besoins* exprimés par les jeunes diplômés ainsi que dans leurs *commentaires*.

Du côté textuel cependant, les patients (patientèle) sont mentionnés comme difficultés de même que le service où l'action se décline puisque la mise en œuvre ou la pratique de l'ETP lui est tributaire. Ces deux notions ne figurent pas dans les propositions du questionnaire.

Pour les éléments et thématiques qui leur sont conjoints, on ne constate aucune distorsion entre les deux approches, textuelle ou quantitative.

10 Discussion

10.1 Quelques constats généraux

Le taux de réponse est relativement bas (165 courriels ; lecture du message par 115 d'entre eux ; taux de retour de 36.5% selon l'effectif réel), malgré deux relances. On ne sait si les messages non lus sont le reflet d'adresses courriels délaissées ou s'il s'agit d'une volonté délibérée de ne pas consulter le message. La première explication a été retenue, portant l'effectif réel à 115. C'est sur cet effectif qu'est formulé le taux de retour, relativement bas si l'on pense au lien privilégié qu'avaient les jeunes diplômés avec l'enseignante en charge du projet et de leur évaluation à l'époque du cours. Sans pouvoir l'affirmer, cela pourrait signifier que les non-répondants représentent l'effectif ne pratiquant pas du tout l'ETP – l'inconvénient d'un terrain trop hétérogène - ce qui porterait leur pourcentage à 63.5%, c'est-à-dire à peu de chose près les deux tiers. A moins que des considérations d'évaluation de leur service ait pu gêner certains d'entre eux, ou même le service ou l'institution, ou tout simplement le fait de ne pas avoir l'énergie ou envie de répondre.

On constate que dans ce type d'approche en ligne pour les réponses au questionnaire, la préférence va pour le smartphone (68%) et le PC (30%), le reste est couvert par les tablettes. Les personnes féminines représentent 76% de l'effectif et les personnes masculines 24%. La participation aux entretiens concerne 7,8% de l'effectif (7 personnes féminines et 2 personnes masculines).

Les services représentés sont très divers et, si on les classe sous le registre *type de service* (hospitalier, ambulatoire, à domicile), on obtient la distribution suivante : hospitaliers (69%), à domicile (16,7%), ambulatoires (14,3%).

10.2 L'importance du lieu d'implémentation

La mise en œuvre et l'application de l'ETP dépend beaucoup de considérations nationales ou locales. Selon notre observation, la France est le seul pays d'Europe à avoir légiféré sur la thématique de l'ETP. En effet, on note l'existence dès 2008 de recommandations de la société française de santé publique (Bourdillon F & Collin J-F, 2008).

Xavier de la Tribonnière écrit : « *L'ETP se déploie fortement en France depuis sa consécration par la loi dite hôpital, patient, santé et territoires (HPST) de 2009 et les décrets d'application de 2010, 2013 et 2015. A notre connaissance, notre pays est le seul à avoir légiféré sur ce point et fait entrer l'ETP dans le code de la santé publique... nous constatons que l'ETP est inscrite dans les recommandations de bonnes pratiques de toutes les pathologies chroniques* » (de la Tribonnière, 2020 p.483-489). On dispose-là d'un modèle avec vision globale (santé publique), pointant une cible précise - les pathologies chroniques – et armée d'une législation pour forcer la mise en route et l'atteinte des objectifs. Dont acte ! En ce sens, la France est certainement en avance et constitue ainsi, du point de vue scientifique et des chercheurs, une sorte de « *laboratoire* ».

Côté Suisse, on note une implémentation de culture différente. Ici, aucune loi ou décret ou programme institué de registre national ne régit ce chapitre, laissé aux bons soins de la science médicale et son jugement. C'est par une sorte de cooptation d'évidence scientifique que l'ETP s'inscrit là où elle sied d'être, selon le bon sens de son apport. L'implémentation n'est pas d'ordre pyramidal, sous une injonction, mais selon une forme « *tache d'huile* » englobant le tissu de soins peu à peu par son évidence.

Notre étude s'est déroulée dans ce terreau-là qui en connote bien évidemment les résultats observés. En effet, les jeunes diplômés sont égrenés dans des structures ou services divers avec des connotations d'exercice professionnel fortement différentes. Cependant, malgré cette hétérogénéité de contexte, force est de constater une homogénéité des pratiques et des vécus en ETP, ce qui constitue une sorte de paradoxe. Ainsi, ces diversités rassemblées sous la connotation du *type de soins* (ambulatoires, hospitaliers ou à domicile) ne montrent comparativement aucune différence pour tous les résultats obtenus. Ce paradoxe d'hétérogénéité d'exercice et d'homogénéité de pratique constitue vraisemblablement déjà un indicateur de la cohérence de l'enseignement prodigué et traduit l'impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés. On peut citer ici un des propos du verbatim : « *ça m'a donné une bonne base solide de méthodologie qui est très utile* ».

10.3 La réponse à la question de recherche

Le questionnement portait sur l'impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés. L'étude démontre qu'elle apporte une richesse de connaissances et de procédés (9.1.1) et donne, comme cité plus haut « *une bonne base solide de méthodologie* ». Cela explique une certaine homogénéité des pratiques malgré les champs extrêmement divers des contextes où s'exerce l'activité. Elle forge activement et durablement la vision des jeunes diplômés quant à l'ETP et la posture éducative (10.1.4) et l'on rejoint-là le constat de Deccache et al. 2009, p.47 : « *L'évaluation montre des effets positifs de la formation sur plusieurs aspects des représentations et des pratiques des soignants* ». Ainsi, les jeunes diplômés dans leur réponse à la question de la formation initiale confirment un

jugement nettement positif (9.1.5). On les voit dans leurs verbatims (13.9.2 ; 13.9.3 ; 13.9.4) déployer et couvrir avec diligence le champ de l'ETP sur l'ensemble de ses facettes : les facteurs cognitifs liés au patient (ses croyances, ses représentations, sa compréhension, ses idées reçues, ses a priori), les facteurs psychologiques et psychosociaux (motivation du patient, son moral, ses attentes, ses besoins), le soutien social (conseils de l'entourage, des proches, l'équipe soignante), les facteurs environnementaux (milieu socioculturel, culture, religion) et, bien évidemment, l'attitude du soignant avec son cortège d'éléments pratiques (l'écoute, la disponibilité, la confiance, la compréhension, le respect, la sincérité, la confidentialité, la patience, prévoir avec le patient ce qui sera fait, montrer les gestes au patient, évaluation de ce qu'il sait ou a appris, identification de ses attentes, prise en compte de l'environnement du patient et de sa famille, inciter le patient à s'exprimer, s'intéresser à ses désirs).

On peut ajouter deux remarques. L'une concerne la distinction opérée entre l'*autonomie fonctionnelle* ou *autosoins* (le savoir-faire que le patient déploie pour gérer sa maladie ou sa santé) et l'*autonomie décisionnelle* ou *compétence psycho-sociale* ou *d'adaptation* (la capacité du patient de poser des choix en matière de santé). L'étude révèle que la plupart des observations de la pratique éducative des jeunes diplômés relève plutôt de l'autosoins, avec l'exception du domaine de l'oncologie où s'applique les deux registres. C'est là également qu'on trouve le plus de moyens humains pour l'action, donc de temps disponible pour le patient. On pourrait être tenté d'en tirer un principe : l'*autosoins* est le premier niveau d'application de l'ETP et les soignants vont commencer dans cette voie-là et, si les facteurs du temps et de ressources humaines sont critiques, il est improbable de voir se réaliser le deuxième niveau de l'*autonomie décisionnelle*. On ferait face en quelque sorte à une *pyramide de l'accomplissement*.

La deuxième remarque se porte sur le déploiement de la pratique éducative, dont on a vu qu'elle est tributaire non seulement de l'opérant mais surtout du contexte et des conditions de l'environnement professionnel (le terrain). Même si les jeunes diplômés ont bénéficié d'une formation pour le moins judicieuse, il n'est pas toujours assuré qu'ils puissent appliquer leur art en toute sérénité et la « vraie » pratique éducative observée sur le terrain peut révéler des surprises.

Quelques questions d'origine (3.2) motivaient la question de recherche et il est aisé maintenant d'y répondre :

- Les étudiants infirmiers suite à ce module ETP mettent-ils en pratique l'ETP lorsqu'ils sont diplômés ? **Oui pour ceux qui ont répondu (36.5%) et l'on peut ajouter : malgré des conditions souvent difficiles, ils la pratiquent.**
- Ce module leur a-t-il permis de modifier leur posture, en perdant notamment leur posture d'expert ? **Oui, tous l'attestent.**
- Les étudiants ont-ils intégrés que l'ETP ne se résume pas à informer, transmettre des connaissances ? **Par défaut, l'information et la transmission de connaissance est ce qu'ils pratiquent essentiellement à de rares exceptions, même si l'accompagnement du patient est prioritaire pour eux.**
- De quoi ont-ils réellement besoin pour les aider à mettre en pratique l'ETP sur le terrain une fois diplômés ? **Les trois besoins prioritaires émergents, par ordre décroissant : du temps, la revalorisation de l'ETP dans le terrain, des ressources humaines adéquates (9.1.2).**

D'une manière similaire, on s'attendait au début de la démarche à l'apport d'éléments contributifs (7.2) dans le sillage de la question de recherche et les références à l'étude sont maintenant possibles :

- savoir quels sont les thèmes exprimés spontanément par les jeunes diplômés sur la thématique de l'ETP et la posture éducative (13.9.4.1 ; 13.9.4.3 ; 13.10.4)
- constater si ces considérations spontanées s'accordent avec le cadre plus formel de l'interrogation par le questionnaire, notamment selon les sept dimensions proposées (9.2.2.3)
- comprendre dans quelle mesure les leviers ou les freins relevés par les jeunes diplômés rejoignent ceux décrits dans la littérature (9.3)
- prendre note de leurs représentations de l'ETP et de la posture éducative (13.9.4.1 ; 13.9.4.3 ; 13.10.4)
- connaître l'état de la posture éducative (9.2.2.3 ; 9.2.3.2)
- cerner la mise en pratique selon les différents terrains professionnels (9.2.3.1)
- définir le pourcentage d'infirmiers jeunes diplômés mettant en pratique l'ETP (10.1)
- traduire une sorte de « *cartographie* » des spécialités ou services favorables à l'ETP (10.1)
- préciser les besoins exprimés concernant la formation en ETP (9.1.1 ; 13.9.1.3)

Quant aux impacts pressentis à l'origine (6), leurs liens avec l'étude réalisée sont comme suit :

- impact sur l'enseignement de l'ETP à la Haute école de santé la Source (10.9)
- impact sur les jeunes diplômés participant à l'étude : apparemment positif (« refresh »)
- impact sur les cinq étudiants impliqués dans les entretiens effectués (cf. stage)
- impact sur l'ambition d'un article à publier : l'hétérogénéité des sites de pratiques de l'ETP et les quelques apports à ajouter au questionnaire font différer cette ambition.

10.4 La posture éducative : évaluation selon les sept dimensions

La littérature a montré le défi et en quelque sorte l'impasse, on l'a vu, dans laquelle conduit la tentative d'évaluation de la posture éducative, élément pourtant central et constitutif de l'ETP. En effet, évaluer la pratique éducative - élément-clé dans le contexte de l'activité professionnelle - suppose pouvoir se prononcer sur la posture éducative. Un autre point est la dimension holistique et d'interdisciplinarité dont se réclame l'approche en ETP, ce qui convoque un corpus de soignants se trouvant alors, par défaut, eux-aussi impliqués dans cette approche. La posture éducative devient une affaire plurielle qui concerne alors tout un service ou toute une structure, et pas seulement une ou quelques individualités. C'est là où les dimensions proposées par Pétré (les 7 dimensions constitutives de la posture éducative) jouent un rôle-clé, surtout quand on les apparie avec une échelle d'évaluation traduisant leurs réalisations dans la structure ou le service concerné, c'est-à-dire leur présence peu ou prou. L'étude démontre une démarche d'évaluation assez aisée permettant de véritablement situer les dimensions par la distribution de leurs moyennes. On sait alors lesquelles sortent du lot et lesquelles sont en souffrance. On peut se reporter sous (9.2.2.3 ; annexe 13.17) pour en considérer les détails. On rappelle au passage que cette évaluation est une incitation à une réflexion et une reconsidération des composantes de la ou des dimension(s) en souffrance dans le but d'amélioration de la pratique en ETP (5.6).

Afin de compléter l'évaluation, on peut également ajouter d'autres entités à considérer qu'on traite de la même façon. Par exemple, on a complété les 7 dimensions par trois autres variables à nos yeux d'importance, le *bilan éducatif partagé*, le *rôle éducationnel intégré* et la *démarche d'évaluation continue*. L'important est de comprendre qu'au-delà des références

des 7 dimensions, on peut véritablement créer son propre cortège de variables d'évaluation. Enfin, on y reviendra plus loin, les 7 dimensions en lien avec le *pouvoir d'agir* (EVA) permettent de réaliser la carte de la *matrice importance-performance* utile pour clarifier les orientations de prise de décision.

10.5 La posture éducative : démonstration d'une entité duale

Toute la littérature et les propos tenus par les jeunes diplômés dans le cadre de notre étude retracent des difficultés similaires liées non seulement à la configuration du terrain mais, surtout, à la façon dont celui-ci accueille et met en œuvre l'ETP et sa référence, la posture éducative. La posture éducative n'est pas l'apanage d'un opérant mais de tous les opérants d'un service, reflétant ainsi l'état d'esprit de celui-ci au regard de l'ETP. Elle est donc par défaut duale et sa réalité est une équation à deux : l'opérant et les autres, c'est-à-dire le service. L'approche *de facto* par les 7 dimensions constituant le « squelette » de la posture éducative permet d'évaluer la pertinence du service concerné (traçage des moyennes, matrice importance-performance, etc.) - on l'a vu - et l'analyse plus détaillée démontre la part importante tenue par le terrain dans la possibilité de déploiement de l'ETP puisque, dans le cadre de notre observation, 72% du *pouvoir d'agir* relève de l'accomplissement ou non, ou partiel, des dimensions de la posture éducative par ce même terrain.

Pouvoir attribuer au terrain (le contexte de travail) une telle évaluation de l'accomplissement des dimensions constituant la posture éducative ou témoignant de sa présence, c'est concéder que celui-ci est aussi titulaire ou dépositaire de celle-là. On démontre ainsi la réalité d'une entité duale et elle concerne l'opérant et le contexte professionnel d'exercice. Une telle réalité est loin d'être banale car elle signifie, pour viser et espérer la réalisation de l'ETP dans une structure, de non seulement s'intéresser à l'opérant formé et le suivre dans sa pratique de l'ETP mais, plus épineux et ardu, de travailler sur et avec le contexte professionnel. En d'autres termes, c'est envisager l'ETP comme un projet de service prenant en compte les caractéristiques structurelles, organisationnelles, managériales et populationnelles.

10.6 Le pouvoir d'agir et la matrice importance-performance

Le pouvoir d'agir est un concept qui a été particulièrement développé par Y. Clot dans le cadre de l'activité professionnelle et des conséquences potentielles sur la santé des employés : « *le pouvoir d'agir signe l'efficacité dynamique de l'activité, ses métamorphoses entre sens et efficience* » (Clot Y, 2008, p.13).

L'échelle visuelle analogique (EVA) du pouvoir d'agir représente un outil simple, à notre sens efficient, à l'image de l'échelle de la douleur dont on s'est inspiré. Il est intéressant par sa simplicité mais également parce qu'il peut traduire plusieurs réalités, dépendamment du contexte dans lequel il est utilisé. Ainsi, trois cas de figure peuvent se présenter :

- 1) Il traduit l'obstacle ou l'inertie du milieu dans lequel se trouve l'opérant, lui, en pleine possession de sa compétence et par conséquent muselé dans son action ;
- 2) En dehors de tout contexte d'activité, il représente une autoévaluation du niveau de compétence du sujet, tel que lui-même le pressent. On pourrait parler dans ce cas du *savoir agir* : le sujet se sait pouvoir agir ou pas, il pressent sa capacité à le faire en fonction du ressenti de sa compétence ;
- 3) Il est l'expression d'une sommation, à la fois l'inertie et l'obstacle du milieu où se déroule l'action et la compétence discutable du sujet.

Le point 2) correspond à la situation de l'étudiant en fin de parcours de la matière enseignée dont on veut évaluer le niveau de compétence et de confort pour passer à l'action.

Au vu du bagage en ETP des jeunes diplômés et de l'expérience acquise durant leur temps d'exercice professionnel, on prend pour principe que la réalité correspond au premier cas de figure et le pouvoir d'agir reflète avant tout l'obstacle ou l'inertie du milieu dans lequel se trouve l'opérant. Certes, plusieurs répondants dans les entretiens ont fait état de leurs difficultés lorsqu'ils ont commencé leur activité dans leurs milieux professionnels, la nécessité de connaître et comprendre les pathologies avec lesquelles ils devaient composer, l'importance d'assimiler le fonctionnement et la culture du service, etc. Mais c'était au début de leur prise de contact et leurs propos ont démontré qu'ils avaient passé ce cap et l'expérience leur permettait maintenant une certaine action en ETP intégrée à leur pratique, tout en manifestant une réflexion critique.

On l'a vu, la moyenne du pouvoir d'agir (pouvoir d'agir en ETP) est 6,10 avec une dispersion traduisant un déploiement inhomogène, ce qui correspond bien à l'hétérogénéité des différents sites et aux difficultés inégales rencontrées dans le terrain. Actuellement, cette moyenne ne permet pas de réelles comparaisons et, par conséquent, commenter avec plus de précisions reste délicat ou hasardeux, même si on peut estimer son résultat encourageant au vu des obstacles et des vécus exprimés par les participants ; ce résultat est probablement le fruit de leur ingéniosité à intégrer l'ETP au sein de leur pratique. Dans la suite, en répétant l'évaluation pour les futures promotions, disposera-t-on alors d'éléments comparatifs utiles.

On l'aura perçu, le pouvoir d'agir (EVA) couplé avec les 7 dimensions représentant les composantes de la posture éducative - indicateurs du vrai déploiement de l'ETP – devient un outil puissant d'évaluation du contexte dans lequel prend place l'ETP. C'est ainsi qu'on est amené à concevoir et produire la matrice *importance-performance* dont la carte représentative (9.2.3.2 ; annexe 13.14) permet de situer les différentes dimensions dans les quatre quadrants considérés. Dans le cas de notre étude, la situation du terrain au regard de l'ETP, évaluée par les réponses des répondants, reste d'une façon générale quelque peu problématique. En effet, seul *l'approche globale interdisciplinaire du patient et les bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant* y tiennent une bonne place alors que toutes les autres dimensions (axes) nécessiteraient une réflexion et des actions à engager. On reste interpellé par la moindre importance donnée par le terrain au *rôle éducationnel clarifié* (dimension éducative) et les *mécanismes psychologiques* (clivage entre soins et dimensions psychologiques). En revanche, *l'approche globale interdisciplinaire du patient* bénéficie d'une grande importance même si sa performance d'accomplissement est plutôt basse. La performance plus importante concernant les *bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant* est en décalage avec l'importance que lui concède le terrain ; cette plus grande performance est probablement poussée par les professionnels de santé eux-mêmes.

Au fond, la carte représente la réalité du contexte global dans lequel les jeunes diplômés doivent tirer leur épingle du jeu afin d'intégrer l'ETP dans leur pratique.

Evaluer le lien unissant le pouvoir d'agir d'une part à la formation initiale et, d'autre part, au niveau de compétence en ETP présente un autre regard d'intérêt - pédagogique cette fois-ci - celui de savoir dans quelle mesure l'une ou l'autre de ces entités agissent sur lui. De fait, l'influence existe mais reste néanmoins de faible importance (9.2.2.2 ; annexe 13.16). Rappelons cependant que l'EVA de la formation initiale en ETP cible sur la question spécifique de savoir si elle était adaptée ou non à la pratique quotidienne.

Enfin, il est pertinent de sonder l'influence du cortège de variables (les 7 dimensions et les trois EVA) sur le pouvoir d'agir, ce qui permet de préciser les dimensions ou variables

influentes. On obtient trois entités qu'on retrace par ordre décroissant d'influence : l'*approche globale interdisciplinaire*, la *dimension éthique du soin*, la *formation initiale en ETP*. La première entité fait référence à la question sondant l'approche holistique, la deuxième englobant le niveau d'information suffisant donné au patient. L'influence des deux variables de terrain – on l'a déjà mentionné – est de 72%.

Le constat est sans appel : le contexte d'activité professionnel joue un rôle capital sur le pouvoir d'agir, c'est-à-dire sur le déploiement de l'action.

Si, par pur intérêt, comme on l'a fait précédemment, on complète les 7 dimensions et les EVA par trois autres variables à nos yeux d'importance, le *bilan éducatif partagé*, le *rôle éducationnel intégré* et la *démarche d'évaluation continue*, ressortent alors quatre entités qui sont, par ordre décroissant d'influence : l'*approche globale interdisciplinaire*, le *rôle éducationnel intégré*, la *formation initiale en ETP*, la *démarche d'évaluation continue*.

Une grande surprise réside dans le fait de ne pas voir émerger la relation au temps, pourtant retrouvée avec force aussi bien dans les propos des jeunes diplômés que dans le questionnaire. C'est de plus un thème constamment mis en exergue dans la littérature consacrée à l'ETP. Alors, quelle en est l'explication ? Probablement un biais, celui de l'intérêt immense du personnel de soins pour le patient et leur conscience professionnelle. Qu'il vente ou qu'il neige, ils accompliront au mieux ce qu'ils estiment être leur mission, leur charisme, au prix bien sûr de souffrance et de stress. Là réside le paradoxe, d'un côté une souffrance largement exprimée et, de l'autre, un accomplissement, tout de même, presque dans l'ombre, et qui ainsi ne viendra pas contrecarrer l'évaluation du pouvoir d'agir.

On l'aura compris, le pouvoir d'agir est central. Sa mesure elle-même représente déjà un pas important dans l'évaluation et, couplé avec diverses variables, il ouvre la possibilité d'une analyse plus détaillée, couvrant non seulement le lien avec la formation et le niveau de compétence, mais aussi l'influence du contexte de l'activité professionnelle.

10.7 Quelles influences dans le déploiement du pouvoir d'agir en ETP

On pose le regard ici sur le poids d'influence de la formation initiale, du niveau de compétence et du terrain sur le pouvoir d'agir, ce qui module sa possibilité de déploiement. On part de deux notions : d'une part le niveau de compétence et son lien avec la formation et, d'autre part, la pratique éducative elle-même, dont on sait par ailleurs qu'elle est largement tributaire des conditions d'exercice, c'est-à-dire du contexte professionnel dans lequel elle s'applique. C'est cet élément perturbateur qui rend visible une nouvelle pièce sur l'échiquier, le pouvoir d'agir (9.6). Ainsi, la pratique éducative en ETP n'est pas simplement le déploiement et le reflet d'une compétence mais elle implique de s'intéresser à trois paramètres, la formation initiale, le niveau de compétence, le pouvoir d'agir, et à leur degré d'interactions.

Le niveau de compétence est situé à une moyenne de 5,89 sur une EVA de 0 à 10 (9.2.1.3). Il exerce une faible influence sur le pouvoir d'agir et ne semble pas influencer quand on le considère avec toutes les EVA et les 7 dimensions (éléments du terrain). Deux observations sont surprenantes. L'une est l'absence de corrélation avec la formation initiale (9.2.2.2) ; on s'attendrait en effet à l'influence de la formation initiale sur le niveau de compétence mais on ne l'observe pas ici. C'est d'autant plus surprenant et paradoxale que les entretiens ont démontré combien les jeunes diplômés bénéficiaient de l'acquis de la formation dans le cadre de leur pratique en ETP. L'explication pourrait être liée au fait que l'EVA sur la formation initiale

pose spécifiquement la question de savoir si elle était adaptée à la pratique quotidienne. Or, l'aspect pratique à améliorer est une des remarques formulées par les jeunes diplômés. Le niveau de compétence serait donc potentiellement lié à d'autres aspects de l'ensemble de la formation mais ne ressortant pas ici au vu de la spécificité de la question, comme si cette spécificité entraînait de facto une sorte de biais dans cette analyse-ci. D'autre part, les jeunes diplômés ont acquis de l'expérience dans leur pratique et l'on sait que la compétence au cours du temps s'affine de par sa confrontation au terrain ; elle est donc au moment où l'on parle peut-être plus liée à cet acquis du parcours qu'à la formation initiale. Cette problématique a pour vocation de nous inciter à élaborer un nouveau questionnaire pour les futures promotions d'étudiants, où prendront place deux EVA concernant la formation, celle qui actuellement y figure et une autre de portée générale.

L'autre surprise tout aussi étonnante concerne la place du niveau de compétence parmi d'autres variables influant sur le pouvoir d'agir (EVA et les 7 dimensions), lorsqu'on considère le terrain : elle n'y figure pas alors que la formation initiale et d'autres variables de terrain y prennent leur place (9.2.3.1). Tout se passe comme si le niveau de compétence évalué par les répondants eux-mêmes ne détenait véritablement pas d'importance dans le pouvoir d'agir : il ne joue pas de rôle. Cette observation serait à vérifier lors de prochaines évaluations ou études.

La formation initiale analysée plus spécifiquement sous l'angle de savoir si elle était adaptée ou non à la pratique quotidienne, situe sa moyenne à 6.91 sur une EVA de 0 à 10 (9.2.1.2), cela malgré le fait d'une position critique quant à l'apport purement pratique de l'enseignement prodigué (9.1.1). Elle est en corrélation avec le pouvoir d'agir (9.2.2.2) et son effet persiste même dans le cas de comparaison multiple avec d'autres variables de terrain (9.2.3.1). En revanche, la formation initiale (toujours selon la spécificité d'être adaptée à la pratique quotidienne) n'a en apparence pas d'influence sur le niveau actuel de la compétence. Lorsqu'on se reporte au terrain d'activité, sa part dans le pouvoir d'agir est de 27,7%, le reste appartenant aux variables de terrain représentées par les 7 dimensions.

Le pouvoir d'agir est le paramètre prenant en compte la considération du terrain. Sa moyenne est de 6,10 (9.2.1.1) et le niveau de compétence et la formation initiale influent sur lui (9.2.2.2). Confronté aux EVA et aux variables de terrain, sous forme des 7 dimensions, il démontre le poids d'influence de ces dernières (72,3%). Il est le reflet de la vraie réalité de la pratique éducative en ETP au sein du contexte de l'activité professionnelle et la réalisation des dimensions de la posture éducative par le terrain, c'est-à-dire leurs présences et leurs accomplissements, reste capitale pour l'action de l'opérant.

10.8 Pertinence du modèle proposé

L'hypothèse était de parvenir à un modèle d'évaluation des structures ou services pratiquant l'ETP, s'appuyant sur les 7 dimensions la caractérisant (posture éducative), transformées en axes à lecture d'échelles. On a vu la pertinence de ce modèle et les réponses des jeunes diplômés ont permis au travers des moyennes des différentes dimensions de réellement rendre compte de la réalité de la posture éducative dans le contexte de l'activité professionnelle, celle-ci se déployant - si l'on retient l'image - tel un arc-en-ciel.

Mais mieux encore, en incluant le pouvoir d'agir dans cette construction, on multiplie fortement la capacité d'analyse et l'on se dote alors d'un arsenal d'outils pertinents : le pouvoir d'agir, les 7 dimensions et la matrice importance-performance.

10.9 Préconisations ou propositions

Les résultats obtenus encouragent à retenir le modèle d'évaluation proposé dans le cadre de l'étude pour les futures promotions d'étudiants à la Source, permettant d'obtenir au cours du temps une base de données comparatives. Un nouveau questionnaire intégrant les améliorations à faire sera élaboré. De plus, fort des constats de la littérature et des remarques des jeunes diplômés, certains aspects pratiques concernant la formation initiale à l'ETP sont à développer ou consolider (3.3.4) (Deccache et al., 2009 p.41) et le recours à des simulations avec l'aide de patients-simulés représente vraisemblablement un gain sur cette option. Peut-être est-il avisé également d'insister dans le cadre du cours sur le fait que l'ETP n'est pas que de l'information et la transmission de connaissances. D'autre part, il est souhaitable de mener une réflexion sur la manière d'intégrer les principes et attitudes de l'ETP dans l'ensemble des autres matières enseignées tout au long des trois ans de formation.

La difficulté du premier contact de l'étudiant avec le milieu professionnel dans le déploiement de l'ETP, relaté aussi bien dans la littérature (besoin de mentor, assister à un entretien-type avant de se lancer, être épaulé lors du premier entretien etc.) que rapporté dans les propos des jeunes diplômés incite, pour le personnel enseignant de la Source, à approfondir le travail avec le terrain (échanges, entretiens, conseils etc.) pour aplanir les barrières.

Enfin, l'expérience acquise dans la pratique de l'ETP par les jeunes diplômés durant l'exercice de l'activité professionnelle leur évoque l'utilité voire la nécessité d'un « refresh », qui serait effectivement l'occasion de partages sur les pratiques, les difficultés, les astuces. A ce propos, on pourrait envisager la mise sur pied annuel d'un module de formation continue rassemblant sur une journée les personnes ouvertes à cette opportunité.

10.10 Limites de l'étude

Elles concernent le taux de réponse entraînant la méconnaissance du vécu et de la pratique des jeunes diplômés n'ayant pas participé à l'étude, la réalité très hétérogène du contexte professionnel modulant la façon d'envisager et de délivrer l'ETP où l'on souhaiterait un substrat plus homogène à analyser. D'autre part, le lien particulier unissant les jeunes diplômés à l'enseignante en charge du projet peut avoir induit un biais chez les répondants et dans les réponses en raison de la *désirabilité sociale*. De plus, comme la posture éducative en ETP est un sujet de controverse et en pleine mouvance, la recherche pourrait venir contester les 7 dimensions comme représentations et éléments constitutifs de la posture éducative, ou les faire évoluer, ce qui viendrait questionner les postulats de l'étude.

10.11 Perspectives de recherche

Les perspectives de recherche seraient de parfaire et consolider le modèle abouti (pouvoir d'agir, 7 dimensions, matrice importance-performance) et le tester par après sur un terrain plus homogène dans la mise en pratique de l'ETP, ce qui suppose plusieurs points de réflexion et de développement à envisager :

- vérifier sur le champ théorique l'adéquation et la pertinence des 7 dimensions comme composantes effectives et représentatives de la posture éducative (consensus) ;
- consolider les phrases-types y relatives contenues dans le questionnaire ;
- inclure d'autres variables permettant d'améliorer la pertinence d'évaluation ;
- utiliser un terrain homogène dans la mise en pratique de l'ETP (la France pour les raisons déjà évoquées serait une référence de choix). On pourrait ainsi évaluer des

sites pratiquant l'ETP et faire passer un court questionnaire avec le module d'évaluation ad hoc, rempli par les personnes du lieu formées en ETP.

10.12 Champ réflexif

Les propos consensuels des jeunes diplômés concernant les difficultés rencontrées à la mise en pratique de l'ETP - malgré le caractère hétérogène des sites d'activité - et corroborés par les constats similaires provenant de la littérature, incite à penser que se jouent et se dessinent des enjeux plus vastes et de portée universelle à propos de l'ETP. Ainsi, pour prospecter quelque peu ce questionnement et achever notre démarche s'ouvre une réflexion selon quatre volets : l'ETP porte-à-faux, l'ETP *révolution symbolique*, la dialogique, la recherche d'un genre.

10.12.1 Essence de l'ETP : les aléas d'un porte-à-faux

L'ETP présente deux caractéristiques qui la différencient radicalement des approches de soins classiquement institués : sa relation au temps et son rapport à l'être.

Ces caractéristiques la mettent même en porte-à-faux en regard du travail prescrit des approches rationnelles de soins. « *Les politiques de santé favorisent des paradigmes qui vont à l'encontre de la logique qu'impose l'ETP. Dans ces logiques inverses, ETP versus rentabilité, les rôles attendus dans les activités de soin sont perturbés* ». (Llambrich et Pouteau, 2017, p.7). On voit apparaître la notion de rentabilité, notion intrinsèquement étrangère à l'esprit du soin, mais imposée par les dispositifs d'organisation et de management ancrés dans la spirale de l'économique. Le résultat est un temps rétréci, savamment axé sur l'essentiel, c'est-à-dire la priorité du soin « technique ». D'où la perte de dialogue car pour bâtir celui-ci et l'entretenir, il faut du temps, et parfois même beaucoup. L'ETP suppose une intersection heureuse entre le temps du patient et le temps du soignant, ce qui implique une disponibilité, c'est-à-dire disposer du temps nécessaire. On le voit, l'ETP impose réellement une logique inverse aux soins institués et le temps lui est un facteur fondamental. On comprend l'inconfort des soignants pris en tenaille entre ces deux logiques et manquant de temps pour un dialogue et une disponibilité effectives. C'est toute l'ambivalence quant à la conception du rôle (soins techniques ou soins relationnels) et le questionnement sur la priorité et la place du rôle éducatif.

Quant au rapport à l'être, l'ETP là aussi ouvre une voie différente : « *En s'adressant au patient, le docteur¹ s'adresse à la personne et la respecte en tant que sujet, ayant son langage et sa culture, ses émotions, ses préférences et sa volonté, et non en tant qu'objet du soin. Une telle « communication thérapeutique » mettant en œuvre une conversation entre deux sujets a un nom : « respect » - au fond, c'est la même chose* » (Reach, 2012). Tout se cristallise dans cette distinction entre le patient *sujet* ou *objet du soin*. Quand bien même l'ETP et le soin classique claironnent l'importance de la « *centralité du patient* » et s'en réclament, ils ne parlent pas de la même chose. Pour l'un, la centralité rejoint le patient-sujet et signifie « ouverture à », pour l'autre, la centralité pose le patient-objet et « enferme sur ». De fait, on parle bien d'un côté de la centralité du patient alors que, de l'autre, il s'agit plutôt de la centralité du soin : le patient devient prétexte au soin. On pourrait dire d'un côté la centralité du patient, de l'autre, celle du soin, avec la question à la clé : le soin est-il pour le patient ou le patient pour le soin ? « *Le sujet éprouve, rêve et exprime une « maladie du malade » qui se distingue radicalement de la construction médicale de la maladie. C'est en tant qu'objet que le corps du*

¹ Mais c'est vrai de tous les soignants

malade se trouve pris en charge par le « corps soignant », ses protocoles et ses stratégies thérapeutiques et ce d'autant plus massivement qu'une menace létale se profile à l'horizon du diagnostic ou de l'urgence » (Gori, R & Volgo M-J, 2009 p.93). Indéniablement, les soins habituels se situent plus dans le faire que dans l'être.

A ces positions opposées en ce qui concerne le temps, le rendement, l'éthique du patient, l'ETP, en transférant de plus un choix et un réel pouvoir de décision et de liberté au patient, ajoute encore un autre clivage : *« De fait, l'ETP se trouve à contre-courant d'un système de santé qui cherche à limiter les risques et qui a de plus en plus peur de la judiciarisation des différends médicaux ».* (Llambrih et Pouteau, 2017, p.6).

Avec ses deux caractéristiques liées à son essence – relation au temps et rapport à l'être -, l'ETP vient troubler l'usage du soin et se retrouve ainsi en porte-à-faux avec lui.

10.12.2 L'ETP : une révolution symbolique ?

C'est une première conséquence de l'effet causé par l'essence de l'ETP et ses caractéristiques. Nous avons vu tantôt les conflits de valeurs entre la logique « thérapeutique » de l'ETP et la logique technico-médicale du soin coutumier. Cette confrontation ne va pas sans difficultés ou souffrance pour le personnel concerné, et introduit un vrai questionnement - parfois même un véritable ébranlement ou séisme - dans « l'*habitus* » des soignants. On se réfère ici au terme et concept proposés par Bourdieu : *« ... habitus, systèmes de disposition durables et transposables, structures structurées disposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principe générateur et organisateur de pratiques et de représentations ... »* (Bourdieu, P, 1980 p.88-89)

« L'habitus est donc simultanément la grille de lecture à travers laquelle nous percevons et jugeons la réalité et le producteur de nos pratiques ; ces deux volets sont indissociables » (Bonnewitz P & Bourdieu P, 2009 p.78). Or, des bouleversements significatifs surgissent parfois dans l'ordre établi (« *habitus* »), propices à l'émergence d'un nouvel « *habitus* ». Ce processus en cours, en voie d'achèvement ou achevé est une « *révolution symbolique* » qui témoigne de la transgression et la rupture d'un ordre symbolique. Il vient interpellé ou ébranler la ou les normes jusque-là appliquée(s) et s'érige en vecteur de contestation car la norme est toujours porteuse d'une prétention de pouvoir : *« La norme, ce n'est pas simplement, ce n'est même pas un principe d'intelligibilité ; c'est un élément à partir duquel un certain exercice du pouvoir se trouve fondé et légitimé »* (Foucault M, 1999 p.46). Ce processus devient le ferment d'un changement, le lit d'une évolution inéluctable.

L'ETP est un élément qui peut modifier la culture du service en faisant évoluer les normes et les valeurs des acteurs (Llambrih et Pouteau, 2017, p.7) et nous sommes les témoins et les protagonistes d'un tel mouvement au sein des structures de santé. Deux camps se dessinent, celles et ceux limitant son champ d'action aux seules maladies chroniques, les autres souhaitant la voir généraliser comme principe de prise en charge du patient. L'ETP peut ainsi être intégrée au soin quel qu'il soit et oblige les soignants à modifier leur rôle ; il devient un catalyseur pour un changement de culture professionnelle et un paradigme à une autre forme de délivrance de soins et de rapport avec le patient. Il incite à une idéologie sur laquelle se rêve et se construit une autre médecine : un véritable enjeu des structures de santé et un défi politico-social !

Les pays n'ayant pas de réglementation concernant la mise en œuvre de l'ETP ont tendance à ne pas la cantonner seulement aux maladies chroniques et même en France, dont le dispositif réglementaire est pourtant très spécifique à ce propos, on observe quelques incartades. En effet, confrontés au manque de places de stages dans les services proposant de l'ETP, certains formateurs ont contourné cette difficulté en assurant que la posture éducative pouvait être adoptée dans tous les services, les soins techniques étant indissociables des soins relationnels : « *ce qui est surtout important c'est cette posture éducative qui est finalement dans chaque soin qu'on apporte* ». (Kaci et al., 2018 p.78). Ils relevaient de plus des actions d'éducation thérapeutique ciblée souvent pratiquées dans des unités en dehors de tout programme. De même pour les IFSI où l'on observe un enseignement de l'ETP associé à celui de pathologies chroniques pour la majorité d'entre eux (62%), laissant entendre que 38% ne sont pas de cette mouture.

Enfin, De la Tribonnière fait le constat d'une réglementation pensée comme une prestation supplémentaire intégrée dans le soin et reste le plus explicite quant à l'élargissement et la voie tracée par l'ETP : « *L'ETP constitue une ouverture vers la médecine intégrative qui commence à apparaître en France* » (de la Tribonnière, 2020 p.9). On vérifie ainsi la propension de l'ETP à initier un changement de culture et de normes.

On assiste bien à une « *révolution symbolique* », pour rester dans la logique de Bourdieu, mais le contenu lui-même est-il si nouveau ? Car au commencement le patient était tout aux yeux de la médecine et celle-ci convolait avec lui sous un rapport de sujet à sujet, dans une dimension de respect, et c'est cette réalité qui a accompagné et construit la pratique médicale - sa clinique - et l'éthique du soin au cours du temps. Au fond, l'ETP n'invente pas, elle rétablit. A l'origine, la dimension médicale et le soin étaient scellés dans l'approche d'un patient sujet et c'est le développement technico-scientifique assujéti à l'appareil de production et de rendement qui l'a réduit à un objet de soin, un consommable.

10.12.3 Dialogique et résolution

Une autre conséquence directement imputée à l'effet causé par l'essence de l'ETP et ses caractéristiques réside dans l'émergence d'une *dialogique*, avec son cortège de complexités et de tensions. Le concept de dialogique signifie « *des logiques différentes pouvant être à la fois complémentaires, concurrentes, voire antagonistes, réunies et coexistantes dans une même unité, de façon complexe, sans que leurs différences ne soient pour autant gommées par cette unité* ». (Genelot D, 2017 p.135)

La réponse pour traiter de telles logiques différentes est fréquemment de les disjointre et de les exclure mais il est apparu une façon plus féconde d'aborder la problématique, par le processus de « *distinction-conjonction* » (appelé aussi processus de « *reliance* » par E. Morin) : on distingue et on affirme chacune des deux logiques et on procède à une conjonction et articulation de celles-ci – on les relie - en vertu d'une logique de niveau supérieur qui les intègre sans réduire leurs spécificités. Les deux logiques sont ainsi reliées tout en étant distinguées.

Si l'on applique ce processus de « *distinction-conjonction* » comme réponse à la dialogique posée dans notre univers (soin coutumier et sa logique / ETP et sa logique), il se décline comme suit : on prend tout d'abord acte de la première logique, puis de la deuxième, et on passe alors à l'articulation des deux logiques, signifiant l'adoption d'orientations communes dans une zone d'accord, ce qui représente une « *logique de niveau supérieur* ». On devine la

place et la nécessité d'un réel dialogue entre les protagonistes dans une telle démarche : ils doivent se parler. Au fond, la dialogique – on le constate – appelle le dialogue.

Cela dit, dans l'univers du soin, la « *logique de niveau supérieur* » est aussi modulée par le patient. En effet, au(x) détenteur(s) de la première et de la deuxième logique s'ajoute un troisième intervenant directement concerné : ce n'est pas une équation à deux mais à trois partenaires où le patient est partie prenante des orientations communes et de la zone d'accord. Invariablement, on reste sous l'égide du dialogue et d'un critère fondamental : la centralité du patient en tant que personne !

Cette réponse spécifique à la réalité de dialogique par le processus de « *distinction-conjonction* » rejoint fortement le propos de Reach lorsqu'il place l'ETP comme élément structurant du parcours du soin. En effet, il démontre une réalité complexe avec des logiques diverses, non seulement du côté des différents intervenants, mais également concernant le patient, qui nécessite du dialogue transparent et accessible à tous les protagonistes. Ce véritable cheminement devient la trace visible de l'action d'ETP en cours qui oriente et structure le parcours du soin, aussi bien pour le patient que pour les intervenants (Reach, 2017). On peut consulter en annexe 19 le schéma explicatif qu'il expose à travers l'exemple d'une personne diabétique.

Ainsi, le cheminement engendré par l'approche effective de l'ETP s'apparente très fortement, dans sa pratique et son déroulement, à la résolution d'une tension dialogique par le processus de « *distinction-conjonction* » proposé par les auteurs dédiés à cette thématique. Et la clé de voûte de la résolution de toute tension dialogique émergente entre les intervenants eux-mêmes reste le patient, ce qui atteste et démontre par ailleurs sa vraie centralité dans la démarche du soin.

Donnons le mot de conclusion à R. Gori : « *Répetons-le encore et encore : nous ne pouvons nous résoudre à devoir choisir entre une médecine technico-scientifique redoutablement efficace et une médecine humaine privée de moyens, démunie de reconnaissance scientifique et sociale. La « biodiversité » des pratiques et de régimes thérapeutiques doit être maintenue non seulement pour la survie de l'espèce mais encore pour des raisons profondément éthiques d'un respect de ces « pluriels singuliers » que sont les humains* » (Gori, R & Volgo M-J, 2009 p.65) .

10.12.4 A la recherche d'un genre

Nous avons porté la définition de la posture à la frontière du construit, du visible et de l'action - on l'a vu – et, sous l'égide des sept dimensions dont on a parlé, elle a vertu d'être lue, analysée, évaluée et ... répliquée. Si tel est le cas, elle n'est plus seulement attachée à un seul protagoniste mais devient une sorte de modèle de référence pour plusieurs. Ce passage, cette détermination vers un modèle à suivre, cette transition entre un singulier et des pluriels a un nom : on parle ici de *posture professionnelle*. On peut alors évoquer le concept de « *genre* » et de « *styles* » énoncé et développé par Y. Clot dans son analyse de l'activité de travail. (Clot Y, 2008 p.107-113). Toute action professionnelle est liée à un *genre*, c'est-à-dire une référence-métier dont l'opérant est tributaire. Cette référence est la garantie d'une qualité d'exécution et de la possibilité d'évaluation du geste ou de l'action accomplis ; elle représente une pratique homogène de l'activité de travail considérée. Cela dit, le *genre* n'est pas immuable car il s'enrichit au travers des *styles* individuels qui s'exercent. On a là un réel cycle ininterrompu, les *styles* enrichissants voire métamorphosant au cours du temps le *genre*, accaparé alors à nouveau par les *styles* individuels s'exerçant : « *le style peut donc être défini comme une métamorphose du genre en cours d'action* » (Clot Y, 2008 p.80). Même s'il y a

enrichissement ou modification du genre au cours du temps, celui-ci reste une référence stable pour tout opérant.

La posture éducative en ETP manque manifestement de *genre*, probablement parce qu'on ne l'a jamais placée réellement comme *posture professionnelle*. Ainsi, par analogie, on pourrait dire que de nombreux *styles* s'exercent ou se sont exercés mais sans réelle référence « *métier* », ce que démontrent la réelle « mosaïque » observée (chacun aborde la posture comme il le présuppose) et l'absence de définition claire et consensuelle. Sur le terrain, « *cette posture pose deux questions majeures en termes d'analyse du travail. La première est que les soignants ne disposent d'aucune procédure formelle à laquelle se référer. La seconde est que le nombre de détenteurs de la compétence éducative est limité dans un service de soin* » (Baeza C et al., 2013 p.15). L'absence de référence à laquelle se mesurer, l'inexistence de procédure formelle, voilà le manque concernant la posture éducative en ETP et l'espace à combler pour parvenir à l'élaboration du « *genre* », garante d'une approche homogène et consensuelle. Là encore, les sept dimensions proposées par Pétré en constituent-elles éventuellement l'ébauche ou les prémisses !

Assurément, la posture éducative en ETP tâtonne à la recherche de son *genre*.

11 Conclusion

Partie du questionnement quant à l'impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des étudiants, la démarche a compilé les différentes publications, notamment celles relevant de la formation et l'évaluation de la pratique de l'ETP, et leurs méthodologies, pour attester d'une mosaïque d'études mais sans liens de comparaison. De même pour la posture éducative en ETP, rassemblant une polysémie de définitions mais dont les canevas d'évaluation restent pour le moins inexistant. Fort de ces constats l'étude a pris l'option d'une approche descriptive mixte (qualitative/ quantitative) avec l'ambition de formater et tester un modèle s'appuyant sur les 7 dimensions de la posture éducative développé par Pétré et al., et susceptible d'évaluer la pratique éducative à travers l'expression de la posture éducative au sein d'un service ou d'une structure. Ainsi, les jeunes diplômés de l'école ont été sollicités au travers d'un entretien par visioconférence et d'un questionnaire en ligne : 9 entretiens ont été réalisés et le taux de réponse au questionnaire est de 36.5%.

On a pu constater chez les répondants un fort impact de la formation initiale sur l'imaginaire et la vision des étudiants concernant l'ETP et la présence d'un fondement méthodologique robuste qui, malgré leur déploiement sur des terrains très variés et parfois même peu propices, leur a permis toutes sortes d'habiletés pour intégrer l'ETP dans leur pratique quotidienne, attestant de leur capacité à la décliner dans leurs réalités professionnelles. Eux-mêmes ont relevé la pertinence de leur formation initiale et ils ont pu exprimer sur une échelle de 0 à 10 leur propre évaluation quant à celle-ci et leur niveau de compétence (moyenne respective de 6.9 et 5.9). Les difficultés énoncées rejoignent les constats de la littérature et ces obstacles quasi universels malgré des champs d'action disparates poussent à une réflexion plus en amont et questionne l'ETP en tant que perturbateur en porte-à-faux de la délivrance du soin coutumier et vecteur de la transition d'une médecine centrée sur le patient à une médecine fondée sur la personne.

Le modèle développé a démontré sa pertinence et l'évaluation par les 7 dimensions est probante. De plus, lorsqu'on la couple avec le pouvoir d'agir, on obtient un module d'évaluation très puissant, permettant de sonder la vraie réalité de la pratique éducative sur le terrain. C'est ainsi que la formation initiale représente 28% du pouvoir d'agir alors que les réalités du terrain,

à travers la modulation de présence ou non des 7 dimensions, ont un poids de 72% sur cette possibilité d'action. On peut affiner le modèle en lui adjoignant d'autres variables de terrain (*bilan éducatif partagé, rôle éducationnel intégré, démarche d'évaluation continue, etc.*) et il sera désormais appliqué dans le cadre de l'évaluation de la pratique éducative des étudiants lors de leurs stages ou dans leur activité professionnelle même si, au stade actuel, il est susceptible d'évoluer et d'être encore amélioré.

11.1 Le mot de la fin

L'ETP est cheminement, mouvement. C'est une danse, danse sur une musique de fond évidemment – on ne danse pas sur du silence -, avec l'indispensable présence de l'autre, les pas ensemble, celui qui sait un peu et celui qui sait moins, pour parcourir le chemin à composer selon un destin partagé, dans une dialectique incessante de l'échange, une dimension sensible et parfois même poétique. Alors, quoi de plus naturel qu'un poème pour l'exprimer :

ETP, ETP, et la danse commence
Elle nous lie l'un à l'autre à l'étreinte serrée
Des pas ci et là ensemble à composer
Sous le carcan austère des rigueurs de la danse

Saurons-nous tournoyer comme veut la musique
Sauras-tu rester, dans ce mouvement, docile
Un, deux, trois, ce n'est, je le sais, pas facile
Quatre, cinq, six, émerge alors la panique

Allons donc, reviens, retourne dans le pas
Patient tu es et patiente je vais être
Pour t'inculquer le rythme où tu devras paraître
Tourne, tourne, et oublie ton tracés

Tu as dit avec vigueur ne pas savoir danser
Mais les mouvements se tracent
Et la mélodie peu à peu t'enlace
Jusqu'à ne plus te faire broncher

Te voilà sans mot sur la piste qui t'entraîne
Sept, huit, neuf, c'est à toi maintenant
De guider et poursuivre en avant
De savoir où tes acquis t'emmènent

Au son de ta musique te voilà funambule
À tournoyer dans l'air
Là où seulement naguère
Tu nageais dans ta bulle

Combien tu as appris à travers cette danse
À briser la chaîne des tabous
Qui t'empêchaient de rien, de tout
Avortait en toi toute saine émergence

Je te vois, tu dances maintenant ta danse
Celle que nous avons patiemment conquise
Soudés dans une commune entreprise
Et bercés dans son immuable cadence

Je sais que rien tout aussi bien ne peut s'arrêter
Ou au contraire le mouvement tout soudain s'interrompre
Pour ta cause te voir finalement triompher ou rompre
Et pour moi, d'aventure, applaudir ou tout recommencer

Et si c'était là le vrai secret et l'ultime réplique : laisser danser les funambules

12 Références bibliographiques

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Albano, M. G., de Andrade, V., Léocadie, M., & d'Ivernois, J. F. (2016). Évolution de la recherche internationale en éducation du patient : Une analyse bibliométrique. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 8(1), 10103. <https://doi.org/10.1051/tpe/2016003>
- Alison Krentel & Riris Andono Ahmad. (2021). *BOÎTE À OUTILS POUR LA RECHERCHE DE MISE EN OEUVRE* -. <https://docplayer.fr/80634971-Boite-a-outils-pour-la-recherche-de-mise-en-oeuvre.html>
- Baeza C, Tourette-Turgis C, & Wittorski R. (2013). *L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation* (Les dossiers des sciences de l'éducation).
- Bonnewitz P & Bourdieu P. (2009). *Vie, œuvres, concepts, les grands théoriciens* (Ellipses).
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique* (Minuit).
- Bourdillon F & Collin J-F. (2008). *Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France*.
- Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., Lager, G., & Golay, A. (2013). L'éducation thérapeutique du patient, quelle histoire! *Médecine des Maladies Métaboliques*, 7(6), 543-547. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(13\)70706-5](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(13)70706-5)
- Clot Y. (2008). *Clot Y., Travail et pouvoir d'agir* (Presses Universitaires de France).
- Coleman, D., & McLaughlin, D. (2019). Using simulated patients as a learning strategy to support undergraduate nurses to develop patient-teaching skills. *British Journal of Nursing*, 28(20), 1300-1306. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.20.1300>

- de la Tribonnière, X. (2020). L'avenir de l'ETP : Une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(3), 207-213.
<https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.03.006>
- Deccache, A., Berrewaerts, J., Libion, F., & Bresson, R. (2009). Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients : Que peut changer un programme ? *Education thérapeutique du patient - Therapeutic patient education*, 1(1), 39-48. <https://doi.org/10.1051/tpe/2009010>
- Delahaut, A., d'Ivernois, J.-F., & Albano, M. G. (2017). Enquête nationale sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique dans les instituts de formation en soins infirmier (2016). *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 9(2), 20205.
<https://doi.org/10.1051/tpe/2017015>
- Foucaud, J., Bury, J., Balcou-Debyssche, M., & Eymard, C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. In *Education thérapeutique du patient : Modèles, pratiques et évaluation* (Inpes).
- Foucault M. (1999). *Foucault M, Les anormaux, Cours au Collège de France* (Gallimard).
- Ganassali Stéphane. (2014). Enquête et analyses de données avec Sphinx. In *Enquête et analyses de données avec Sphinx* (Pearsons, p. 234).
- Genelot D. (2017). *Manager dans (et avec) la complexité* (Groupe Eyrolles).
- Gori, R & Volgo M-J. (2009). *La santé totalitaire*.
- HAS. (2009). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation : Juin 2007.
Obésité, 4(1), 39-43. <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>
- Kaci, C., Crozet, C., Gillard-Berthod, C., Van Rooj, G., & Marchand, C. (2018). La formation en éducation thérapeutique « niveau 1 » des étudiants en soins infirmiers : Étude de cas. *Recherche en soins infirmiers*, 133(2), 70-84. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/rsi.133.0070>
- Kuhlmann, T., Dantlgraber, M., & Reips, U.-D. (2017). Investigating measurement equivalence of visual analogue scales and Likert-type scales in Internet-based personality questionnaires. *Behavior Research Methods*, 49(6), 2173-2181. <https://doi.org/10.3758/s13428-016-0850-x>

- Lagger, G., Giordan, A., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A., & Golay, A. (2008). Education thérapeutique, 2ème partie : Mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*, 4(6), 269-273.
- Le Rhun, A., Gagnayre, R., Moret, L., & Lombrail, P. (2013). Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : Implications pour leur supervision. *Global Health Promotion*, 20(2_suppl), 43-47.
<https://doi.org/10.1177/1757975913483338>
- Llambrich, C., & Pouteau, C. (2017). L'éducation thérapeutique du patient : Du dire au faire. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(6), 546-551. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30127-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30127-X)
- Llorca, M.-C. (2018). Évaluer l'éducation thérapeutique du patient, c'est possible : Méthodes et outils. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 12(1), 71-78. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(18\)30012-9](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(18)30012-9)
- Mashhad University of Medical Sciences, Moonaghi, H. K., Emami Zeydi, A., Mashhad University of Medical Sciences, Mirhaghi, A., & Mashhad University of Medical Sciences. (2016). Patient education among nurses : Bringing evidence into clinical applicability in Iran. *Investigación y Educación En Enfermería*, 34(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a16>
- OMS. (1998). *Recommandations pour les formations en Education thérapeutique du patient*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
- Pétre, B., Gagnayre, R., De Andrade, V., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2017). From therapeutic patient education principles to educative attitude : The perceptions of health care professionals & a pragmatic approach for defining competencies and resources. *Patient Preference and Adherence*, Volume 11, 603-617. <https://doi.org/10.2147/PPA.S121892>
- Pétre, B., Margat, A., & Crozet, C. (2021). Un appel aux recommandations pour l'enseignement de l'ETP en formation initiale des professionnels de santé : Regards croisés entre exploration de

- la littérature et avis des acteurs européens de l'ETP. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 13(1), 10202. <https://doi.org/10.1051/tpe/2021002>
- Pétre, B., Peignot, A., Gagnayre, R., Bertin, E., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2019). La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'ETP. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 11(10501), 1-8.
- Reach, G. (2012). L'éducation thérapeutique du patient : À la recherche des portes d'entrée. *Le Journal des psychologues*, 295(2), 29. <https://doi.org/10.3917/jdp.295.0029>
- Reach, G. (2017). L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 11(1), 22-27. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(17\)30006-8](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30006-8)
- Reach, G & Grimaldi, A. (2011). Education thérapeutique, synthèse pratique. Synthèse pratique. Mise au point 2011-2012. *Editions scientifiques*.
- Rey, C., Verdier, E., Fontaine, P., & Lelorain, S. (2016). Renforcer l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique : Pistes pour la formation continue et l'accompagnement d'équipe. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 8(1), 10105. <https://doi.org/10.1051/tpe/2016005>
- Richard, E., Evans, T., & Williams, B. (2018). Nursing students' perceptions of preparation to engage in patient education. *Nurse Education in Practice*, 28, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.008>
- Roussel, S., Libion, F., & Deccache, A. (2012). Représentations en matière de santé, éducation et soin chez les soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient : Pistes pour la formation. *Pédagogie Médicale*, 13(2), 79-90. <https://doi.org/10.1051/pmed/2012011>
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Chenelière Education.

13 Annexes

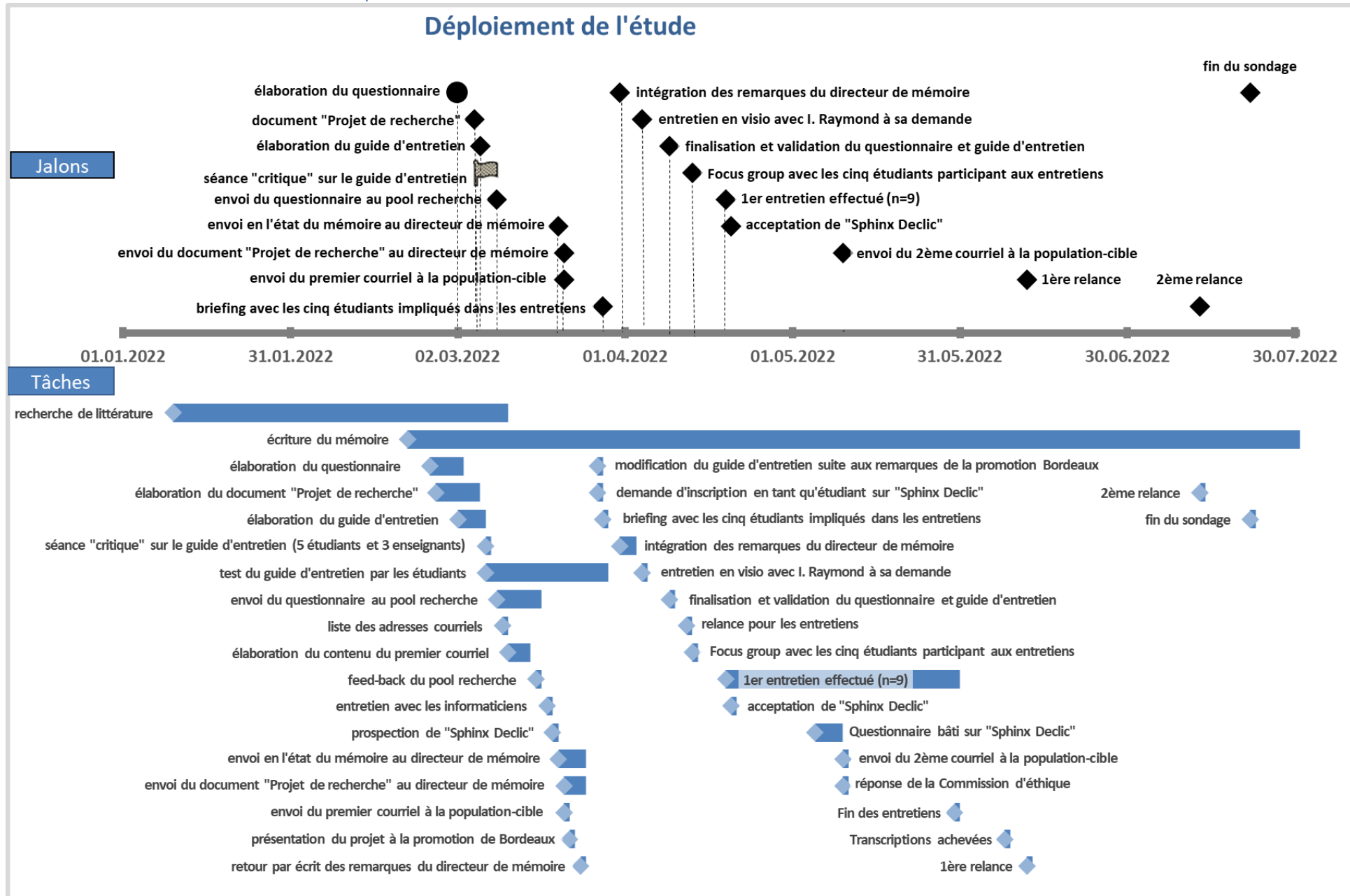
13.1 Annexe 1 : Guide d'entretien

Titre de la recherche	Impact de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés
Introduction	<p>Accueil, présentation du cadre de la recherche, but de l'entretien L'étude vise à évaluer l'impact de l'enseignement en ETP délivré par l'école, la posture éducative, et préciser la réalité de sa pratique dans le cadre de l'activité professionnelle</p> <p>Préciser la position de l'étudiant chercheur Accord sur le temps dédié à l'entretien, enregistrement audio, consentement, confidentialité, anonymat, destruction de l'enregistrement après retranscription</p> <p>Des questions ? Prêt à commencer ?</p>
Tout d'abord, quelques questions personnelles	Genre
	Age
	Service
	Type de service : ambulatoire /hospitalier/A domicile
	Durée d'activité dans le service (en mois)
Vision personnelle de l'ETP	Pour vous c'est quoi l'ETP ?
	Que dire sur sa mise en œuvre ?
	Qu'est-ce qu'a apporté l'ETP dans votre pratique ? - à vous (personnel et professionnel) - au patient - à l'équipe
	C'est quoi pour vous la posture éducative ?
	De quelle manière l'avez-vous expérimentée sur le terrain ?
Pratique en ETP	En quoi la formation initiale en ETP à la Source vous a-t-elle aidé à mettre en pratique la posture éducative ? et sur quelles dimensions ?
	Qu'est-ce qui dans cette formation a aidé à la développer ?
	Qu'est-ce qui vous a limité son développement ?
	Mettez-vous en pratique l'ETP dans votre contexte de travail ?
	Concrètement, comment pratiquez-vous l'ETP auprès des patients ?
	Comment collaborez-vous en ETP avec l'équipe des professionnels de santé ?
	Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au développement de l'ETP ?
De quoi auriez-vous besoin actuellement pour mieux pouvoir mettre en pratique l'ETP ?	
Fin d'entretien	Voilà, cet entretien est terminé, (faire une synthèse) Souhaitez-vous ajouter quelque chose que l'on n'aurait pas abordé ensemble ou quelque chose qui vous paraît particulièrement important ?
Conclusion	Remerciements Un questionnaire complémentaire sera envoyé pour compléter l'objet du travail de recherche Les résultats de l'étude seront communiqués ultérieurement

13.2 Annexe 2 : Questionnaire

N°	Libellé	Modalités
1	Âge	(chiffre)
2	Genre	féminin; masculin
3	Service	(texte)
4	Type de service	ambulatoire; hospitalier; à domicile
5	Durée d'activité dans le service (en mois)	(chiffre)
6	Avez-vous participé à l'entretien préalable au questionnaire ?	oui; non
7	L'ETP contraint les professionnels de santé à se mouvoir d'une relation de conseil à une relation tournée sur l'éducation. Ce rôle éducatif est-il clarifié auprès des professionnels de santé de votre institution ?	oui ; oui partiellement ; non
8	Ce rôle éducatif est-il réellement intégré aux soins dans votre institution ?	oui ; oui partiellement ; non
9	Est-ce que votre relation au temps vous permet d'appliquer une éducation thérapeutique appropriée dans votre institution ?	oui ; oui partiellement ; non
10	Pensez-vous que la pratique de l'ETP apporte des bénéfices pour les soignants ?	oui ; non ; pas d'avis
11	l'avez-vous observé dans votre pratique ?	si oui
12	Pour éviter les sujets émotionnels, les professionnels de santé tendent à se focaliser sur les aspects techniques de la prise en charge. Cet évitement, sous forme de clivage du système de soins entre les dimensions psychologiques et somatiques existe-t-il dans votre établissement ?	oui ; oui partiellement ; non
13	Une approche holistique du patient (aspects psychologiques, émotionnels, qualité de vie, interdisciplinarité) constitue un des critères de qualité pour une démarche de qualité en ETP. Expérimentez-vous une telle approche dans votre institution ?	oui ; oui partiellement ; non
14	Le bilan éducatif partagé avec le patient est mentionné comme une rencontre fondamentale avec le patient. L'avez-vous réalisée dans le cadre de vos activités ?	oui ; oui partiellement ; non
15	On recommande de mettre en place une démarche d'évaluation tout au long de processus d'ETP. Est-ce un objectif que vous avez pu réaliser dans le cadre de votre pratique ?	oui ; oui partiellement ; non
16	Selon votre perception, dans votre service, à combien estimez-vous le pourcentage de patients relevant d'une démarche en ETP ?	(chiffre)
17	Pensez-vous que les patients de votre service disposent d'une information suffisante pour faire leurs propres choix par rapport à leur parcours éducatif ?	oui ; oui partiellement ; non
18	Pour pratiquer l'ETP, il faut à la fois être formé dans ce domaine et dominer les connaissances bio-médicales de la maladie concernée. Pensez-vous satisfaire cet objectif dans le cadre de votre activité professionnelle ?	oui ; oui partiellement ; non
19	Dans la liste ci-dessous sont rassemblés quelques facteurs facilitateurs pour l'ETP décrits dans la littérature. Déterminez quel(s) facteur(s) se retrouve(nt) dans votre structure	soutien de la hiérarchie ; dynamique d'équipe; ETP intégré dans le domaine du soin; relation au temps favorable; personnel en adéquation avec l'ETP; moyens mis à disposition; spécialité exercée; formation suffisante en ETP
20	D'une manière identique sont énoncés ci-dessous quelques facteurs défavorables pour la mise en pratique de l'ETP. Relevez le(s) facteur(s) qui vous concerne(nt) dans le cadre de votre activité professionnelle	diminution du temps hospitalier; complexité des informations à donner; manque de moyens humains; manque de crédibilité; manque de confiance; pas de connaissance ETP en-dehors des gens spécifiques; pas prioritaire; règles de santé instituées par la culture professionnelle; ETP non soutenu ou non valorisé par la hiérarchie
21	En fait, si vous deviez situer sur la ligne ci-dessous votre "pouvoir d'agir" en ETP dans votre structure, où vous placeriez-vous ? (EVA)	pas de pouvoir d'agir _____ pouvoir d'agir important
22	Comment évalueriez-vous la formation initiale en ETP prodiguées à la Source (EVA)	adaptée à la pratique quotidienne _____ non adapté à la pratique quotidienne
23	En restant sur une même logique, où situeriez-vous votre compétence en ETP ? (EVA)	aucune compétence _____ compétence totale
24	Peut-être avez-vous un commentaire sur votre pratique ou autre chose à exprimer ?	(texte)

13.3 Annexe 3 : Tableau cursif du déploiement de l'étude



PROJET DE RECHERCHE

Impact de la formation initiale en éducation thérapeutique sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés

INTRODUCTION

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une histoire de longue haleine et un processus inachevé. Preuve en est la dissymétrie de sa pratique dans les lieux de soins ou les différents pays lors de sa mise en œuvre et l'hétérogénéité même de la façon d'en délivrer le substrat. De plus, son énoncé pratique de dimension éducative s'est trouvé devant un défi sémantique d'importance et à caractère conflictuel, entre *attitude* et *posture éducative*. De fait, la définition même et le consensus sur l'évaluation de la posture éducative - terme consacré - restent à consolider. Par conséquent, son champ d'évaluation est ouvert à toute prospection.

Deux études récentes menées par B. Pétré et son équipe (2017, 2019), tout en se déliant de l'impasse sémantique, ont à notre sens porté un pas décisif à la compréhension des éléments constitutifs de la posture éducative et proposé de les articuler selon sept dimensions. Les mêmes auteurs ont alors posé leurs regards du côté de la formation initiale de l'ETP (2021) dans le but évident d'un espoir de formalisation de son contenu. A n'en pas douter, fort de cette tentative de systématisation, on peut s'attendre à voir survenir tôt ou tard des propositions d'approches rationalisées d'évaluation.

ENONCE DU PROBLEME ET RECHERCHE PROPOSEE

Les étudiants bachelor de l'école de la Source reçoivent une formation initiale de 42 heures. Au sortir de leurs diplômes, ils entrent dans la vie professionnelle et prennent alors leurs fonctions dans les divers services de leurs choix. L'intérêt de pouvoir évaluer leurs postures éducatives, et pouvoir le faire le plus simplement possible d'une façon répétitive au cours des différentes volées successives d'étudiants, rejoint deux enjeux. Le premier est de traduire l'impact de l'enseignement délivré, c'est-à-dire sa réelle pertinence (l'évaluation du cours par les étudiants eux-mêmes est jusqu'ici très favorable) ; le deuxième enjeu concerne la concrétisation ou la transposition de cette posture éducative sur le(s) terrain(s), ce qui n'est pas étranger à l'enseignement prodigué mais en constitue en quelque sorte l'aboutissement ultime.

Ainsi se profile l'ambition d'une recherche visant à évaluer le niveau acquis en ETP en lien avec l'enseignement reçu avec, en corollaire, la transposition de ce niveau de compétence dans le(s) terrain(s), sous l'angle de la posture éducative.

CONCEPTION DE LA RECHERCHE

L'étude implique les anciens étudiants bachelor diplômés en septembre 2020 (n=168). Elle s'inscrit dans une dimension exploratoire inductive ; c'est une étude descriptive mixte (qualitative/quantitative), selon une conception dite concomitante convergente²: « *les données quantitatives et qualitatives sont recueillies simultanément, puis les deux ensembles de données sont comparées pour voir s'il y a une convergence, des différences ou une combinaison des deux* ». A cet effet, on a choisi de recourir à une série d'entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien, réalisés par visioconférence et enregistrés (partie textuelle), et d'utiliser un questionnaire en ligne (données quantitatives). Les entretiens précèdent le questionnaire mais, selon le format de l'étude, son élaboration n'en dépend pas.

² A. Krentel, R. Andono Ahmad, V. R. Louis, « Boîte à outils pour la recherche de mise en œuvre, méthodes de recherche et gestion des données », OMS, 2018.

DÉPLOIEMENT DE LA RECHERCHE

Le nombre d'entretiens se limite à dix dont cinq d'entre eux sont assumés par des étudiants en cours d'année, pour des raisons pédagogiques et de formation, de même que de ressources temporelles. La première étape est de formaliser un guide d'entretien qui, dans un deuxième temps, est soumis à un focus group composé des étudiants concernés par l'opérationnel de l'action et de trois enseignants de l'institution. La phase conclusive est un pré-test réalisé par ces mêmes étudiants parmi leurs pairs. Le guide d'entretien contient cinq parties (introduction, questions personnelles, vision personnelle de l'ETP, pratique en ETP, fin d'entretien avec une question ouverte), abordées successivement par des questions d'appel et, pour un des thèmes, de questions de relance. Y figure également une question ultime permettant une expression libre.

Le questionnaire comporte 24 items (6 questions personnelles, 17 questions thématiques et 1 questions d'expression libre). Il est composé en s'inspirant entre autres des travaux de B. Pétré et son équipe décrivant les sept dimensions de la posture éducative. Pour chacune de ces dimensions a été formulée une question susceptible d'en être représentative ; elles prennent leur place parmi les 17 questions thématiques. Le questionnaire est envoyé pour critique à une personne médicale extérieure au bénéfice d'un MPH. Au vu des contraintes de temps et de limites opérationnelles, le pré-test n'est pas réalisé sur un collectif mais conduit par la chargée d'étude et la personne extérieure déjà mentionnée.

L'information aux étudiants constituant la population-cible est accomplie par l'envoi de deux courriels successifs, le premier incitant les personnes à participer à l'étude. Après la première phase de réalisations des entretiens, le second courriel est adressé pour susciter les réponses au questionnaire; les personnes incluses dans l'entretien sont codifiées comme telles dans le questionnaire lors de la saisie en ligne, ce qui permet d'apparier spécifiquement le contenu de leurs entretiens et leurs réponses au questionnaire. Chacun des courriels contient en annexe le document de consentement à remplir.

Le choix du logiciel pour la base de données se porte sur *Sphinx Declic* sur la plateforme *Sphinx* car il offre un traitement textuel robuste de même que la possibilité de calculs statistiques. L'avantage d'une base de données unique, contenant et les verbatims et les éléments chiffrés permet un traitement plus vaste de la base de données et ajoute un lien et une comparaison entre les rendus textuels et l'univers des chiffres, notamment via les *code-book*. Un tel outil s'avère précieux dans le cadre d'une étude mixte telle qu'imaginée.

La nécessité éthique impose – et l'école de la Source y souscrit pleinement – le recours à un consentement de la part des personnes participant à l'étude, par le biais d'un document ad hoc faisant office de signature. Dans la logique de l'étude envisagée (déploiement de l'action en ligne), cela suppose l'élaboration d'un document électronique en retour satisfaisant cette contrainte. La contribution du pool informatique s'avère donc indispensable pour traduire et réaliser, en termes de technicité, serveur, plateforme d'hébergement, sécurité, l'ambition souhaitée.

Il est inévitable d'avoir l'identité des personnes pour le consentement ; en revanche, ni l'entretien ni le questionnaire n'en font état. La base de données est donc anonyme et les enregistrements lors des entretiens sont détruits par après.

LA RAISON DU CHOIX D'UNE ÉTUDE MIXTE

Elle est liée à l'ambition d'avoir un vrai ressenti des personnes - ce qu'un questionnaire ne permet pas - en même temps qu'une évaluation chiffrée et une formalisation de l'état de la posture éducative inspirée des sept dimensions proposées par B. Pétré et son équipe. L'intention est de voir ces deux approches, l'une textuelle et l'autre chiffrée, s'interpeller en quelque sorte et se questionner mutuellement.

On peut ainsi citer la remarque suivante, émanant du document de l’OMS précédemment cité : « *en fait, de nombreux projets de recherche de mise en œuvre utilisent des méthodes mixtes pour fournir une vision du problème meilleure que ne pourrait le faire séparément une approche de recherche quantitative ou qualitative* ».

De même le propos de S. Ganassali : « *Il ne s’agit pas de séparer les méthodes à dominante qualitative ou quantitative, de choisir les unes plutôt que les autres, mais bien au contraire, elles doivent se compléter, se conforter, s’enrichir mutuellement, selon un processus de « fertilisation croisée »* ».³

RÉSULTATS ATTENDUS

Deux points majeurs sont en jeu :

- 1) l’impact de la formation initiale en ETP sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés
- 2) le niveau de compétence en ETP et sa traduction dans leurs réalités professionnelles

Par ailleurs, d’autres éléments contributifs peuvent s’y ajouter :

- savoir quels sont les thèmes exprimés spontanément par les jeunes diplômés sur la thématique de l’ETP et la posture éducative
- constater si ces considérations spontanées s’accordent avec le cadre plus formel de l’interrogation par le questionnaire, notamment selon les sept dimensions proposées
- comprendre dans quelle mesure les leviers ou les freins relevés par les jeunes diplômés rejoignent ceux décrits dans la littérature
- prendre note de leurs représentations de l’ETP et de la posture éducative
- connaître l’état de la posture éducative
- cerner la mise en pratique selon les différents terrains professionnels
- définir le pourcentage d’infirmiers jeunes diplômés mettant en pratique l’ETP
- traduire une sorte de « *cartographie* » des spécialités ou services favorables à l’ETP
- préciser les besoins exprimés concernant la formation en ETP

IMPACTS PRESENTIS

Le premier impact concerne l’enseignement de l’ETP à l’école de la Source, notamment quant à sa qualité de fond et l’évaluation de la posture éducative. Est questionné le bien-fondé ou non de l’utilisation des sept dimensions permettant de jauger la posture éducative pour les volées futures.

Le deuxième impact touche les jeunes diplômés participant à l’étude. En effet, le fait de rappeler certains fondements de l’ETP et de la posture éducative peut initier un réveil ou confirmer la pratique de cette approche.

On ne peut non plus mettre de côté l’impact de la recherche sur les cinq étudiants ayant partagé la construction de la partie de l’entretien et conduit eux-mêmes le dialogue avec les répondants et sa retranscription, de même que la découverte des résultats de l’étude.

Enfin, l’effort consenti et l’enjeu de la recherche de même que la robustesse des résultats décideront de la volonté à élaborer un écrit pour une publication dans une revue consacrée.

³ S. Ganassali, « Enquête et analyses de données avec Sphinx », Pearson, 2014

13.5 Annexe 5 : Compte-rendu du Focus group du 13/04/2022

Focus Group du 13 avril 2022-Bordeaux par visioconférence

Florence : C'est une réunion qui se veut un focus Group qui a pour but de regarder un petit peu votre représentation de l'éducation thérapeutique et de la posture éducative. Cela a été demandé par mon directeur de mémoire donc je vous remercie beaucoup d'accepter d'y participer.

Est-ce que ça gêne quelqu'un si j'enregistre parce que, après, j'aimerais anonymiser ce que vous m'avez dit et puis le retranscrire mais sans qu'on sache qui c'est qui parle . Est-ce que quelqu'un est dérangé par le fait que j'enregistre.

Tous : Non

Florence : okay alors merci

Durant le focus Group je vais vous laisser vous donner entre vous des avis sur les questions que je poserai, mais moi, je resterai neutre. Est-ce que le fonctionnement est clair pour vous ?

Tous : oui

Florence : D'accord alors [la première question](#) que j'ai c'est : [c'est quoi pour vous l'éducation thérapeutique du patient ?](#) Comment est-ce que vous répondez à cette question si je vous dis c'est quoi l'éducation thérapeutique ?

A : Je considère ça comme outil un outil de renforcement, d'encouragement, il doit venir de lui-même dans le processus de prise en charge de de la maladie chronique, c'est lui donner les outils pour pouvoir mieux gérer sa maladie au quotidien d'un point de vue terre à terre au niveau du patient mais également au niveau de son entourage pour l'aider dans l'acceptation de sa maladie et lui permettre de mieux gérer sa maladie au quotidien typiquement en lui donnant des enseignements, et de comment bien prendre en charge sa maladie.

Florence : Est-ce que quelqu'un veut réagir à ce qu'a dit A ?

B : oui moi, en tout cas moi je partage ton avis, t'as dit le mot outil, c'est très parlant de l'idée d'amener des outils, d'aider le patient, le client à ce qu'il ait des stratégies d'adaptation, des outils pour mieux gérer sa maladie au quotidien.

Florence : ok, donc vous reprenez la question de gérer sa maladie au quotidien, d'avoir des outils, des méthodes, ok d'autres avis ?

C : je partage leurs avis, mais c'est pas seulement de pouvoir gérer sa maladie, c'est aussi pouvoir gérer sa vie, d'être indépendant, de surmonter des étapes, qu'il ne soit pas, genre, écrit sur le front, je suis diabétique, mais qu'il peut aller au-delà, continuer de vivre sa vie tout en gérant sa maladie, et en gérant sa famille aussi

Florence : donc ça s'élargit avec C, dans le sens que ça touche aussi la vie, pas que la maladie et aussi que ça touche la famille et pas seulement la personne concernée, ok, silence

B : Dans ce que tu dis C ça me fait penser que, parce que nous on a appris l'ETP avec le cadre du soin fondé sur les forces de Gottlieb, pour moi ça rejoint ce que tu dis C, dans le sens qu'on va aussi aller voir les forces de la personne et de l'entourage pour voir les ressources qu'il y a dans l'entourage. La notion de fondé sur les forces et d'aller chercher les ressources de la personne. Silence

D : alors moi, je suis d'accord avec ce qui a été dit, pour moi c'est des enseignements qui sont réalisés auprès des patients atteints de pathologies chroniques pour qu'ils puissent avoir le pouvoir de gérer leur propre maladie tout en ayant un réseau entre deux pour avoir des forces et des ressources.

E : ben après il y a le coté de la posture à avoir, d'une part, l'objectif c'est qu'ils apprennent à vivre avec leur maladie et d'autre part ça prend en compte l'attitude des soignants, donc la relation soignant-soigné.

Florence : et comment elle intervient cette relation soignant-soigné. C'est-à-dire quel lien vous faites avec l'ETP...quel lien, quelles différences vous faites entre la relation et l'ETP ?

E : ben, c'est toujours centré sur le patient, mais après il y a des valeurs, qui vont avec, l'écoute active,

B : moi ça me fait penser ce que tu dis E, je ne sais pas si ça répond à la question, mais que en fonction de nous, de notre posture, ça peut ne plus être de l'éducation thérapeutique, parce que pour moi, comme tu dis E, si on n'est pas centré sur le besoin du patient ou sur ce qui est important pour lui et qu'on essaye de lui enseigner quelque chose que peut-être il n'y a pas la « readiness » ou qu'il n'a pas l'envie, ou qu'il n'est pas dans le bon stade du changement ou qu'il n'a pas encore passé les étapes du deuil dans le sens de l'acceptation de la maladie, que si on force et que ce n'est pas le bon moment, pour moi c'est pas de l'éducation thérapeutique parce qu'on n'a pas la posture adaptée

Florence : c'est intéressant ce que vous amenez E et B, qu'est-ce que les autres ont envie de dire sur cette posture éducative et sa nécessité pour pratiquer l'ETP ?

C : moi je vous rejoins totalement les filles...

Florence : ok, maintenant on va passer à [la deuxième question : comment vous mettez en pratique l'éducation thérapeutique lors de vos stages ?](#) silence...qu'est-ce que vous mettez en pratique, si vous mettez en pratique l'éducation ?

E : Moi je fais attention à des petits détails dans la manière dans laquelle je vais parler avec la personne, je vais éviter de dire « il faut faire comme ci, comme ça » Je vais passer du temps à l'écouter, et ça permet de créer ce lien de base à partir duquel il va plus m'écouter aussi, et je vais essayer de profiter quand lui-même pose des questions, semble s'intéresser...

A : moi je dirais que je suis plus dans l'attitude, la bienveillance, lorsqu'on pratique l'éducation thérapeutique c'est quelque chose d'essentiel, c'est autre chose qui permet l'implication du patient, c'est faire tout pour qu'il soit acteur du projet, donc appliquer dans toutes les étapes et aller à son rythme, pour pouvoir atteindre les objectifs

Florence : et comment vous faites A pour qu'il soit acteur ?

A : pour qu'il soit acteur, c'est faire un plan avec lui, élaborer un plan, construire un projet, en détaillant les étapes, on va commencer par telle étape et on va aller à votre rythme et s'assurer qu'on a compris ce que la personne est en train de faire.

Florence : C'est construire pour lui un projet....

E : non, c'est construire avec lui, co-construire...

Florence : ok, merci, d'autres pratiques ou pas de pratique.... ?

C : ce que A a dit me fait penser que nous on est une ressource, on n'est pas des savoirs exacts, on n'a pas la science infuse, on est une ressource pour le patient, et on doit travailler avec, on doit le respecter, tout en faisant attention à notre conduite, à notre posture, dans le verbal et le non-verbal, et on essaye quand cela est possible d'inclure l'entourage du patient pour que quand le patient se retrouvera à la maison ils puissent travailler tous ensemble. Que l'entourage soit aussi une ressource pour la personne.

D : avant de faire l'éducation thérapeutique je fais attention à avoir assez de connaissances sur la pathologie et je fais attention à mon vocabulaire pour expliquer d'une manière que le patient puisse comprendre

Florence : Vous faites attention à votre vocabulaire pour qu'il soit adapté aux types de patient que vous rencontrez...Qu'est-ce que vous faites concrètement quand vous pratiquez l'ETP, c'est un entretien avec le patient, c'est pendant les soins, c'est un moment à part, concrètement c'est quoi ?

B : pour répondre à votre question, moi ça dépend en fonction du lieu de stage, par exemple le dernier c'était plutôt de l'aigu et là c'était plutôt pendant les soins, j'essayais de repérer le moment

où c'était possible de faire quelque chose même si c'est pendant un soin, même si c'est pendant autre chose, de saisir les opportunités, les perches données par le patient et puis où je suis maintenant en stage, c'est plutôt par des entretiens plutôt planifiés.

Florence : vous êtes où en stage actuellement ?

B : en foyer psychiatrique

E : moi, j'ai encore jamais pratiqué l'entretien motivationnel de manière planifiée, je vais parler de ce stage-là, aux soins intensifs en général, c'est plutôt dans la matinée quand je fais le tour des problèmes, des systèmes et des problèmes et puis que je vais creuser, j'en profite pour faire une anamnèse, et je vais lui demander comment il fait à la maison, comment il vit et j'essaie de situer la personne comment elle gère ses problèmes, s'il y a le CMS derrière ou quoi et là je vois s'il y a quelque chose à travailler ou pas et en général je valorise ce qu'il fait et puis s'il y a des manquements, j'essaie de lui glisser un petit objectif, enfin pas trop...un truc pas trop élevé pour pas que ça bloque...

A : je voulais rajouter que quand j'ai fait un stage en neuro-réhabilitation, c'était plutôt planifié, à un moment dans la journée, au moment où le patient était programmé en vue d'un retour à domicile et ça s'inscrivait à ce moment là et du coup on planifiait avec lui quelques séances avant qu'il puisse retourner à son domicile et c'était rarement fait pendant les soins.

Florence : et dans ces séances avant la sortie quel était l'objectif ou les objectifs ?

A : c'était de voir la compréhension du patient, et évaluer sa pratique pour voir s'il est prêt à se prendre en charge et puis éventuellement, si c'était des soins compliqués, voir si la famille pouvait pallier un manque quelconque, c'était une sorte de vérification de l'accompagnement et puis voilà.

D : moi ça a toujours été pendant les soins, quand je remarquais qu'il y avait des manques, je faisais attention à l'éclaircir et de fournir des détails, des explications nécessaires.

Florence : donc plus en fonction d'opportunités éducatives que vous rencontriez...

D : oui

C : là en stage je ne peux pas le faire car c'est des personnes handicapées mentalement, c'est plus un accompagnement réalisé par les éducateurs...mais dans mes stages précédents, c'était soit à la demande des patients, soit des réponses à des questions

Florence : [Alors la troisième question](#) qui a déjà été abordée un peu par B et E, [c'était la question de la posture éducative](#), c'est quoi pour vous la posture éducative, comment vous la définissez, même pour ceux qui ont déjà commencé à en parler....

B : pour moi, c'est des compétences, des caractéristiques que le soignant doit avoir pour faire de l'éducation thérapeutique, donc par exemple être empathique, à l'écoute

C : C'est ce qu'on devrait avoir comme attitude, le respect, le non-jugement

A : comme je l'ai dit précédemment c'est une attitude empathique qui s'acquière, c'est un élément tout autant important, c'est une manière d'être, de faire...des compétences au service de l'attitude.

B : c'est des compétences relationnelles, liées au savoir-faire, des compétences en motivation, car on doit susciter l'intérêt de l'autre, d'apprendre aussi à reconnaître la readiness, la volonté à apprendre, euh et qu'on vise dans notre posture, à économiser la personne

E : je rajouterai la congruence...les valeurs de l'entretien motivationnel...

Florence : maintenant, comment vous pensez la mettre en pratique cette posture ?

C : en stage c'est très compliqué de la mettre en pratique...souvent, par manque de temps, le manque d'accompagnement, par manque de pratique des collègues qui ne savent pas faire de l'ETP, donc du coup nous on a peur de pratiquer et de faire des erreurs.

Florence : ça va dépendre des collègues, de l'institution, s'ils sont favorables ou pas....

C : des opportunités qu'ils nous donnent aussi

Florence : les autres, est-ce que vous mettez en pratique la posture et si oui, comment ?

E : ça rejoint les mots qu'a dit C, saisir les opportunités...et c'est très contextuel...car même si le climat de l'équipe ne le permet pas, c'est de saisir les opportunités éducatives et elles existent

D : je pense qu'inconsciemment je la pratiquais en étant à l'écoute, empathique, je pense que quand je le faisais je ne pensais pas pratiquer de l'ETP mais je le pratiquais inconsciemment.

A : je te rejoins, on se rend pas vraiment compte qu'on la pratique, il y a peut-être une difficulté à repérer à quel moment on la met en pratique, mais je pense qu'en pratiquant l'ETP on se retrouve dans cette posture.

E : je pense qu'elle est praticable à tout moment, il faut juste être attentif...il faut saisir les opportunités...alors qu'aux soins intensifs au début je me disais que ce n'était pas forcément le bon milieu et en fait si. Je trouve qu'il y a pas mal d'opportunités.

Florence : donc comme vous le décrivez, la posture éducative, ce serait des opportunités de faire un enseignement et qu'il faut saisir ces moments ?

E : en fait ça change de forme selon les endroits et la patientèle, selon les endroits on peut le faire de manière planifiée et dans d'autres endroits on peut moins et les moments sont alors plus subtiles à saisir mais y en a quand même, je pense qu'il y a les deux versions.

Florence : Avez-vous quelque chose à rajouter sur votre pratique de l'ETP ou l'ETP en général ?

B : le module a option en 3^{ème} année a été pour une collègue très apprécié car ça lui a permis de se remettre dedans et renforcer les acquis, c'est dommage que ce soit un module seulement optionnel auquel seuls 40 étudiants peuvent participer...

Florence : merci de cet avis, j'en prends note

C : que l'ETP change en fonction de la personne qu'on a en face, et dépend de la relation qu'on a avec la personne.

13.6 Annexe 6 : Tableau synoptique freins/leviers cités dans la littérature

Etude	Leviers	Freins	Solutions / propositions
Cohen Jean-David (2008). Enquêtes sur un état des lieux de la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans un CHU : pour une dynamisation de l'ETP	Le soutien du CHU et du pôle. La satisfaction des patients. La motivation de l'équipe. La reconnaissance institutionnelle. Le soutien institutionnel, les compétences/la culture de l'équipe en ETP., l'exploration de nouveaux champs de compétence de l'équipe. Le temps dédié pour cette activité. Les apports financiers pour cette activité.	Les manques de moyens humains et matériels. La méconnaissance du programme. La difficulté à recruter pour les PE. Le peu d'implication médicale. Les difficultés de formation du personnel. Le manque de temps. La méconnaissance du programme. Le défaut de participation de l'ensemble des soignants.	L'activité éducative est jugée satisfaisante sur le plan quantitatif. Les propositions pour améliorer le fonctionnement du programme étaient le recrutement d'une infirmière dédiée à la coordination, une meilleure collaboration avec les médecins libéraux, une communication dans les médias, des réunions régulières des équipes et associer le PE aux évolutions et évaluations du programme.
Karimi Moonaghi H, Emami Zeydi A, Mirhagi A, Patient education among nurses: Bringing evidence into clinical applicability in Iran. Invest Educ Enferm. 2016; 34(1): 137-151	The most perceived facilitators of PE that could be considered as potential strategies to promote PE were "selecting and training special nurses for providing PE" and "increasing nursing staff in each working shift", "holding courses and seminars on teaching and learning strategies" and "providing appropriate place and facilities for PE", "considering special privilege for PE in annual evaluation of nurses", "development of more inclusive information guidance sheets to assist nurses in teaching specific topics to patients" and "developing PE protocols for each ward", "enhancing patient's interest and participation in education", "increasing nurses interested to identifying the learning needs of the patients", "registration of PE process in their medical record", "applying feedbacks for educational reform by nurses", "revision in supervision and feedback system", and "establishing a good relationship between patients, nurses and physicians".	The main barriers reported in the most papers can be categorized in three overall areas: 1) Nurse related factors 2) Administration-related factors and 3) Patient-related factors. The most reported barrier in this area was "nursing shortage, excessive workload and inadequate time". The other barrier was "lack of knowledge among nurses about PE" including "lack of awareness of nurses about educational methods and teaching/learning principles", "lack of awareness and appropriate knowledge of nurses regarding patient's educational needs", "insufficient attention of nurses to the educational, cultural and habitual needs of patients and their families", "negative attitude to PE", "believing that patient teaching is not nurses responsibility", "lack of knowledge about illness" and "nurses' lack of communication skills". The most barriers that perceived by nurses in this area were "inappropriate organizational culture" and "inappropriate place and facilities for PE". Nurses believed that there is not a supportive culture among managers as well as hospitals, so there is no effective management and collaboration either. They have reported "inadequate support from the managers", "lack of appropriate educational facilities in hospital", "lack of specialized nurse for PE", "no division of labor", "lack of financial incentives for nurses", "poor cultural adaptation for educator and patients in terms of sex", "lack of coordination by other members of the healthcare professionals with nurses" and "lack of evaluating PE activities".	-
Kaci, C., Crozet, C., Gillard-Berthod, C., Van Rooj, G., & Marchand, C. (2018). La formation en éducation thérapeutique « niveau 1 » des étudiants en soins infirmiers : Étude de cas. Recherche en soins infirmiers, 133(2), 70-84. Cairn.info. https://doi.org/10.3917/rsi.133.0070	-	Réduction des temps d'hospitalisation Complexité des informations devant être transmises aux patients	-
Le Rhun, A., Gagnayre, R., Moret, L., & Lombrail, P. (2013). Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : Implications pour leur supervision. Global Health Promotion, 20(2_suppl), 43-47. https://doi.org/10.1177/1757975913483338	-	Mise en évidence 3 types de tensions : - tensions dialogiques : discordances d'objectifs entre professionnels, priorités professionnelles différentes au sein de l'équipe - tensions cognitives : Ces tensions sont liées à la confrontation de « savoirs contradictoires ». Ces tensions personnelles pouvaient, notamment, résulter d'une confusion sur le rôle de chacun - tensions d'impulsion d'action : Ces tensions résultent d'une incapacité à transformer les pratiques ou le contexte d'exercice, pour les accorder à son idéal « désiré » de l'ETP (Le premier volet correspondait à la prise en compte du vécu, des émotions et des difficultés des patients, un deuxième aspect concernait la personnalisation du programme, le dernier domaine correspondait à l'évaluation et au renforcement des compétences des patients) Manque de moyens et de temps Les actes d'éducation sont peu reconnus. Les services hospitaliers ne sont pas tous organisés pour assurer les activités d'éducation dans de bonnes conditions	Supervision des soignants.
Llambrich Claire et Pouteau Cécile Les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP Éducation et socialisation, Les Cahiers du CERFEE 44 2017	formation à l'ETP, réunions pluridisciplinaires, réunions d'analyse de pratiques, transmission en binôme, reconnaissance des pairs, reconnaissance de l'institution, lâcher prise (patient capable de...), faire confiance, plusieurs personnes formées, valorisation par le chef de service,	Non-valorisation de cette activité (rémunération du temps dédié, formation), exclusion sociale, dialogique, temps dédié, non reconnaissance des pairs, non reconnaissance institutionnelle, changement de pratiques, changer la conception du soin, priorité aux soins techniques, ETP est une charge de travail chronophage, hiérarchisation officielle des rôles, travail prescrit, crainte des risques (judiciarisation), politiques de santé, rentabilité, identité du sujet soignant, culture de service, représentations des acteurs (besoins du malade, sens de leur travail), pression de l'environnement, organisation du service, non reconnaissance de l'ETP comme soin.	réunions d'analyse de pratiques transmission en binôme
Pétré, B., Gagnayre, R., De Andrade, V., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2017). From therapeutic patient education principles to educative attitude : The perceptions of health care professionals & a pragmatic approach for defining competencies and resources. Patient Preference and Adherence, Volume 11, 603-617. https://doi.org/10.2147/PPA.S121892	-	The literature review on educative attitude helped identify, first, articles on practices and barriers to self-care or TPE and those that emphasized the difficulties in transferring practices, the lack of time for TPE, the difficulties in handling psychosocial issues, communication with the patient and the lack of support and structure for such work	-
Rey, C., Verdier, E., Fontaine, P., & Lelorain, S. (2016). Renforcer l'implication des médecins hospitaliers en éducation thérapeutique : Pistes pour la formation continue et l'accompagnement d'équipe. Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education, 8(1), 10105. https://doi.org/10.1051/tp/2016005	Opportunité de recherche scientifique. La collaboration dans les pratiques est reconnue comme une source de satisfaction pour les médecins (enrichissement mutuel, complémentarité des rôles, écoute, confiance, autonomie). L'interdisciplinarité repose sur la communication permanente entre soignants, la définition d'objectifs communs pour le malade, un partage de responsabilité et une réelle estime entre les différents membres de l'équipe. La formation pluri-professionnelle en ETP apparaît positif dans la mesure où elle leur permet d'acquiescer des éléments théoriques et des techniques éducatives et d'évoluer dans leur réflexion sur leur rôle professionnel et leur relation à l'autre.	la formation inadaptée, le manque de temps, le financement absent ou inadéquat, les outils absents ou non pertinents, le découragement face à la résistance du patient et à la difficulté de modifier ses comportements, le manque de reconnaissance au sein de la communauté médicale, ne plus être reconnus par leurs pairs ou leur hiérarchie, faible potentiel de valorisation scientifique de l'ETP, non partage de la connaissance, perte du pouvoir médical, se voir déposséder d'une partie de sa mission. La méconnaissance des missions et des compétences de chacun, le cloisonnement des études des professionnels de santé et l'absence de formation pluri-professionnelle rendent cette coopération difficile.	Rappelons que l'ETP est une pratique qui n'a pas de corpus théorique et qui ne se rattache à aucune discipline universitaire à part entière. La formation peut être l'occasion de clarifier la légitimité de chaque intervenant en ETP, y compris celle d'un patient lorsque celui-ci participe à l'animation d'une séance au côté d'un soignant. L'objectif est d'éviter une confusion des rôles, celle-ci pouvant aller de pair avec une perte d'identité disciplinaire. Un médecin reconnaît que la posture éducative relève d'un véritable apprentissage, car profondément éloignée de la posture injonctive et prescriptive que lui a été enseignée durant ses études. Proposer des formations complémentaires pour continuer à interroger sa pratique et entretenir une posture réflexive. Un médecin reconnaît que la posture éducative relève d'un véritable apprentissage, car profondément éloignée de la posture injonctive et prescriptive qui lui a été enseignée durant ses études
Richard, E., Evans, T., & Williams, B. (2018). Nursing students' perceptions of preparation to engage in patient education. Nurse Education in Practice, 28, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.008	More preparation to engage in patient teaching, identifying health literacy levels, and increased recognition of patient teaching. Workshops on developing patient centred communication and improving nurses' knowledge and preparedness to engage in patient teaching. Students indicated that mentorship on a clinical unit was also important.	Heavy workloads, insufficient staffing, lack of recognition in performance evaluations, and cultural barriers have all been cited as deterrents to engaging in and evaluating the effectiveness of patient teaching. Students recognized that patient situations were "complex" so it was often difficult to "identify the priority for teaching". "If the patient doesn't have confidence in you, then you lose confidence in yourself". They did not always have the teaching tools available nor were workplace conditions conducive to supporting them in their patient teaching endeavours.	The use of standardized patients. The students also suggested including patient teaching as an element for evaluation of their clinical performance. In the clinical area it would be helpful to "watch other nurses do teaching" to "learn the tricks nurses tell patients", "have a buddy nurse beside you when you are doing it for the first time" or someone "who could give you tips about how to improve". Some students did take initiative to "first watch their nurse do it" and then the next time ask their nurse about how to improve their patient teaching. To any new clinical area they have to know "where all the resources were" to assist them with their patient teaching. "management and staff in the clinical area plays a huge part in it because "if it is not reinforced in your day-to-day activities then things can fall through the cracks". why the emphasis was so different from area to area within the hospital. It was their belief that patient teaching was always important no matter where a nurse might practice. To be effective patient teaching should reflect the health literacy level of the patient. There is a need to include the language of health literacy in the curriculum, evaluation tools, and in clinical faculty development. Periodic patient teaching workshops. Peer teaching projects can be used to enhance the importance of the nurse's role in patient teaching.

13.7 Annexe 7 : Tableau de synthèse freins et leviers

Tableau de synthèse des freins et leviers en ETP relevés dans la littérature, complétude et classification

En caractère noir les constats de la littérature, freins et leviers, qu'on a volontairement rangés en vis-à-vis, en miroir. En caractère bleu, les propositions n'émanant pas de la littérature mais composées librement en miroir du vis-à-vis

Les tensions signifiées proviennent de l'écrit de Le Rhun et al., 2013

Leviers	Freins	Classification
<p>augmenter le nombre de personnel dans le service</p> <p>ajuster les moyens matériel à la volonté de mise en œuvre de l'ETP</p> <p>acquérir et développer les outils d'enseignement nécessaires</p> <p>favoriser l'action des PE et rendre attrayante cette option</p> <p>prioriser les actions à mener et transmettre l'état des lieux à l'institution</p> <p>rendre suffisant le emps dédié à l'ETP</p> <p>réflexion sur la rémunération des actions d'ETP</p> <p>disposer de suffisamment de places et d'opportunités pour l'ETP</p> <p>adapter l'action d'ETP à la contrainte de réduction du temps</p> <p>intégrer une autre logique en parallèle de la question de rentabilité</p> <p>prioriser les informations devant être transmises aux patients</p> <p>réformer l'organisation des services hospitaliers afin d'assurer de bonnes conditions pour les activités d'éducation</p> <p>transformer la culture et l'organisation pour la place de l'ETP</p> <p>faire évoluer le contexte en faveur d'une dimension d'enseignement</p> <p>donner la place conséquente de l'ETP dans les politiques de santé</p> <p>faire évoluer le travail prescrit</p> <p>valoriser l'approche interdisciplinaire</p> <p>connaissance du programme</p> <p>valoriser l'activité d'ETP</p>	<p>manque de personnel</p> <p>manque de moyens matériel</p> <p>manque d'outils pour enseigner</p> <p>difficultés à recruter pour les PE</p> <p>manque de temps</p> <p>temps dédié à l'ETP insuffisant</p> <p>rémunération du temps dédié insuffisante</p> <p>pas de place ou d'opportunités pour l'ETP</p> <p>réduction des temps d'hospitalisation</p> <p>rentabilité</p> <p>complexité des informations devant être transmises aux patients</p> <p>services hospitaliers pas tous organisés pour assurer les activités d'éducation dans de bonnes conditions</p> <p>organisation et culture inappropriée pour l'ETP</p> <p>contexte peu propice pour enseigner</p> <p>politiques de santé</p> <p>travail prescrit</p> <p>hiérarchisation officielle des rôles</p> <p>méconnaissance du programme</p>	<p>organisation et management</p>
<p>reconnaissance des actes d'éducation</p> <p>reconnaissance de la place de l'ETP dans les soins</p> <p>donner une place privilégiée à l'ETP lors de l'évaluation annuelle</p> <p>reconnaissance de l'institution</p> <p>reconnaissance des pairs</p> <p>soutien institutionnel</p> <p>soutien du CHU et du pôle.</p> <p>valorisation par le chef de service</p> <p>réfléchir la place de l'ETP dans le rouage organisationnel du service</p> <p>workshops sur l'ETP au sein du service</p> <p>ouvrir le dialogue sur les représentations des acteurs</p> <p>exploration de nouveaux champs de compétence de l'équipe</p> <p>partage et discussion au sein de l'équipe</p> <p>travailler à l'obtention d'un meilleur équilibre</p> <p>le temps dédié pour l'EDP</p> <p>motivation de l'équipe</p> <p>apports financiers pour l'EDP</p> <p>former du personnel en ETP</p> <p>organiser des cours et des séminaires sur l'ETP</p> <p>compétence de l'équipe en ETP</p> <p>recrutement d'une infirmière dédiée à la coordination</p> <p>introduire une évaluation systémique de l'ETP</p> <p>développer des protocoles en ETP dans le service</p> <p>laisser la trace de l'ETP et son déploiement dans le cardex</p> <p>meilleure collaboration avec les médecins libéraux</p> <p>réunions pluridisciplinaires</p>	<p>non-valorisation de l'activité d'ETP</p> <p>actes d'éducation peu reconnus</p> <p>non reconnaissance de l'ETP comme soin</p> <p>manque de reconnaissance de l'ETP lors de l'évaluation</p> <p>non reconnaissance institutionnelle</p> <p>non reconnaissance des pairs</p> <p>pas de soutien de la part des managers</p> <p>peu de soutien de la structure hospitalière</p> <p>désintérêt pour l'ETP de la part du chef de service</p> <p>organisation du service</p> <p>culture de service</p> <p>représentations des acteurs (besoins du malade, sens de leur travail)</p> <p>difficulté de formation du personnel</p> <p>perte d'identité du sujet soignant</p> <p>pression de l'environnement</p> <p>charge de travail trop importante</p> <p>défaut de participation de l'ensemble du personnel</p> <p>aucun apport financier pour l'ETP</p> <p>formation insuffisante</p> <p>aucun cours ou séminaire envisagé sur l'ETP</p> <p>manque de connaissance en ETP parmi le personnel</p> <p>manque d'intérêt ou d'ouverture au besoin éducationnel du patient</p> <p>manque d'évaluation des activités liées à l'ETP dans le service</p> <p>protocoles en ETP inexistant dans le service</p> <p>pas de présence de l'ETP dans le cardex</p> <p>le peu d'implication médicale</p> <p>cloisonnement</p>	<p>reconnaissance soutien</p>
		<p>service / équipe</p>

<p>réunions d'analyse de pratiques réunions régulières des équipes réunions d'analyse de pratiques établir une supervision pour l'ETP dans le service établir une supervision pour l'ETP dans le service établir une supervision pour l'ETP dans le service établir une supervision pour l'ETP dans le service établir une supervision pour l'ETP dans le service établir une supervision pour l'ETP dans le service donner sa place à l'ETP associer le PE aux évolutions et évaluations du programme formation à l'ETP plusieurs personnes formées à l'ETP travailler la mise en pratique de l'ETP ne pas stigmatiser la pratique de l'ETP transmission en binôme lâcher prise (patient capable de ..) faire confiance satisfaction des patients reconnaissance d'un besoin d'enseignement pour le patient disposer d'un ou plusieurs mentors en ETP au sein de l'équipe être accompagné par un mentor en ETP lors du premier entretien d'ETP formation sur la ou les spécificités pathologiques du service assister à un entretien par un mentor en ETP du service avant de se lancer intérêt de l'utilisation de patients formateurs</p>	<p>dialogique discordances d'objectifs entre professionnels priorités professionnelles différentes au sein de l'équipe confrontation de « savoirs contradictoires » confusion sur le rôle de chacun incapacité à transformer les pratiques incapacité à transformer le contexte d'exercice incapacité à réaliser son idéal « désiré » de l'ETP changer la conception du soin priorité aux soins techniques rôle minimaliste du PE pas de formation à l'ETP acteur isolé l'ETP est une charge de travail chronophage exclusion sociale pratique isolée de l'ETP infantilisation du patient crainte des risques (judiciarisation) insatisfaction des patients se satisfaire d'un discours prescrit pas d'encadrement concernant l'ETP être laissé à soi-même lors du premier entretien d'ETP manque de connaissance sur la maladie spécifique du patient ne pas pouvoir s'inspirer de l'exercice d'une pratique locale en ETP pas de patients formateurs à disposition</p>	<p>tensions dialogiques tensions cognitives tensions d'impuissance d'action</p>	<p>exercice métier</p>
<p>opportunité de recherche scientifique collaboration dans les pratiques interdisciplinarité communication permanente entre soignants enrichissement mutuel complémentarité des rôles écoute confiance autonomie définition d'objectifs communs pour le malade partage de responsabilité estime entre les différents membres de l'équipe évoluer dans leur réflexion sur leur rôle professionnel évoluer dans leur réflexion sur leur relation à l'autre revisiter la formation actuelle en ETP ré-évaluer le financement consacré à la formation en ETP nécessité d'une valorisation de l'ETP dans la sphère médicale accorder le temps nécessaire donner des outils pertinents pour l'ETP</p>	<p>faible potentiel de valorisation scientifique de l'ETP se voir déposséder d'une partie de sa mission cloisonnement de la dimension médicale discours unilatéral non partage de la connaissance la méconnaissance des missions et des compétences de chacun pas d'écoute attitude distante perte du pouvoir médical dissymétrie médicale centralité médicale de la responsabilité distance posée par la dimension médicale rôle professionnel ancré dans le canevas formaliste relation à l'autre fondée sur un rapport de pouvoir formation inadaptée en ETP financement de formation en ETP absent ou inadéquat ne plus être reconnu par leurs pairs ou leur hiérarchie manque de temps outils pour l'ETP absents ou non pertinents</p>		<p>stagiaires néophytes</p>
			<p>médecins</p>

Posture éducative : tableau de contingence

		OPERANT	
		opérant non formé -	opérant formé +
TERRAIN	défavorable -	Pas d'accomplissement	Réalisation partielle = Pas d'accomplissement
	favorable +	Pas d'accomplissement	Accomplissement

13.9 Verbatims : extraits caractéristiques

13.9.1 Formation

13.9.1.1 *En quoi la formation initiale en ETP à la Source vous a-t-elle aidé à mettre en pratique la posture éducative ?*

“ Le fil conducteur d'ETP, c'est-à-dire identifier le besoin, puis discuter de ce qu'il sait, de ce qui manque dans sa prise en charge, ça m'est resté et m'a donné une bonne base solide de méthodologie qui est très utile. ”

“ La posture éducative c'est un savoir-être et la formation initiale nous a donné des outils, donc des savoir-faire, pour venir un petit peu nourrir ce savoir être le fait surtout ”

“ c'est un rôle infirmier important. ”

“ J'ai gardé de ce cours qu'il est important d'inclure la famille ”

“ Ce que j'ai retenu, c'est de ne pas être expert, dans une hiérarchie verticale, mais d'être plutôt horizontal, ça c'est quelque chose qui m'est resté, mais franchement, dans la vraie vie, ce n'est pas tout le monde qui fait ça. Pour moi, ça me paraît normal de le faire comme ça, mais tout le monde ne réagit pas comme ça. ”

“ Eh bien déjà de savoir ce qu'est l'éducation thérapeutique du patient, parce que sincèrement avant de suivre ce module l'éducation thérapeutique je ne connaissais pas du tout. ”

“ On a dû faire une éducation simulée pour la validation et ça a permis, parce qu'on avait dû se creuser la tête pour que ce soit quelque chose de réaliste, de se rendre compte que ce n'est pas une seule explication donnée et c'est terminé. Au contraire, ce sont plusieurs explications et ça prend du temps. Par moment on peut remarquer que notre méthode ne fonctionne pas et il faut donc trouver d'autres explications, d'autres alternatives pour que le patient puisse comprendre et après on n'y pense pas forcément tout le temps. Quand on perd dix minutes à expliquer au patient, en fait on en gagne du temps puisqu'il aura gagné en autonomie. ”

“ Quand on perd dix minutes à expliquer au patient, en fait on en gagne du temps puisqu'il aura gagné en autonomie. C'est une manière de penser importante et qu'on ne doit pas oublier, c'est du temps gagné. ”

“ Rendre le patient autonome, voilà ce que m'a apporté la formation ”

“ des fois des tournures de phrases, des manières de poser des questions, d'y répondre aussi, c'est une inspiration. Ainsi, des exercices ou des manières de formuler les choses me reviennent en tête sur le terrain. ”

“ Le fil conducteur d'ETP, c'est-à-dire identifier le besoin, puis discuter de ce qu'il sait, de ce qui manque dans sa prise en charge, ça m'est resté et m'a donné une bonne base solide de méthodologie qui est très utile. ”

“ La posture éducative c'est un savoir-être et la formation initiale nous a donné des outils, donc des savoir-faire, pour venir un petit peu nourrir ce savoir être. ”

“ c'est un rôle infirmier important. ”

“ J'ai gardé de ce cours qu'il est important d'inclure la famille ”

“ Ce que j'ai retenu, c'est de ne pas être expert, dans une hiérarchie verticale, mais d'être plutôt horizontal, ça c'est quelque chose qui m'est resté, mais franchement, dans la vraie vie, ce n'est pas tout le monde qui fait ça. Pour moi, ça me paraît normal de le faire comme ça, mais tout le monde ne réagit pas comme ça. ”

“ Cela m'a aidé à voir le patient comme une ressource et de lui faire confiance ”

13.9.1.2 *Qu'est-ce qui dans cette formation a aidé à la développer ?*

“ Les cours tout simplement. Ce sont les cours, les exemples des profs, ”

“ Je mettrais les simulations au même niveau. ”

“ Dans mes souvenirs on avait quand même des petits jeux de rôle à faire. ”

“ Surtout la simulation, notamment la préparation de cette simulation. ”

“ Apprendre des tournures de phrases, des manières de poser des questions et d'y répondre. ”

“ Également le fait de réaliser une ETP complètement. ”

“ la mise en pratique en lien avec des situations concrètes. ”

“ c'est durant les séminaires que tout a pris sens ”

“ Je pense la théorie, qui était assez complète, mais à compléter au niveau de la psychiatrie ”

“ les vidéos surtout, c'est-à-dire observer le bon, le moins bon. ”

13.9.1.3 *Qu'est-ce qui vous a limité son développement ?*

“ Moi je suis quelqu'un qui est très pratico-pratique et du coup de ne pas l'avoir pratiqué dans un vrai service avant d'être engagée ça a été un frein pour moi parce que je n'arrivais pas concrètement à l'intégrer dans ma vision de prise en charge. Je ne voyais pas comment j'allais avoir le temps et tout ça et donc c'était plus le manque d'expérience. Mais en soi la formation était bien, enfin la théorie et le jeu de rôle et tout, c'était plus le manque de pratique réelle. ”

“ ce qui serait bien, ce serait d'entraîner la façon d'identifier rapidement les besoins du patient, car dans la formation on le voit d'une manière très formelle et longue et, en fait, ce serait plus utile de savoir saisir les opportunités éducatives et savoir y répondre. ”

“ Rien n'a limité son développement dans la formation. ”

“ Il y a quelque chose que j'aurais aimé avoir au niveau de la formation initiale en ETP que je n'ai pas eu forcément à la Source, c'est qu'il y ait une première approche en première année, quelque chose de plus conséquent en deuxième et un rappel en 3ème année, et que ça se retrouve ailleurs que dans le module MDO, que ce soit applicable dans tous les autres modules en fait, pour remobiliser les connaissances et compétences dans d'autres contextes. Par exemple, quand on apprend à faire un pansement, qu'on mette en pratique

l'éducation autour du pansement. En fait, qu'il y ait plus de pratique intégrée de l'ETP, comme par exemple avoir de l'ETP dans l'hôpital immersif."

" la façon théorique peut paraître presque un peu comme une procédure. Il y a un côté très carré, pas très humain, qui au début m'a un peu fait mettre les pieds au mur. J'avoue avoir été surpris par ce côté très carré et un peu télégraphique. "

" Le manque de ciblage sur la psychiatrie. La formation entière n'est pas assez axée sur la psychiatrie, je manque d'outils et, par conséquent, je manque d'assurance et je ne peux ainsi pas rendre visible ce que je fais. Cela m'agace un peu car ce que je fais dans la posture éducative passe un peu incognito dû à mon manque d'outils en psychiatrie et mon manque d'assurance. "

13.9.2 Pratique

13.9.2.1 *Mettez-vous en pratique l'ETP dans votre contexte de travail ?*

" Tous les jours "

" Oui tous les jours. "

" Oui "

" aussi bien pour les patients "

" pour l'équipe. "

" On a le soutien de la direction et, au niveau institutionnel c'est soutenu aussi et c'est légitime de pouvoir faire de l'ETP. "

" Il y a une certaine frustration à ce niveau, en tout cas quand on parle d'ETP de manière générale, ça amène de la frustration pour moi, dans le sens où j'aimerais en faire plus, et du coup je m'adapte en appréciant des choses plus ponctuelles. Par exemple s'il y a une question qui est posée, de pouvoir y répondre, même si c'est trois minutes. Au final c'est plus comme ça que ça va fonctionner plutôt que vraiment prendre le temps d'avoir un moment d'ETP. "

" C'est quotidiennement dans nos soins qu'on le fait, c'est ancré dans le service "

" C'est donc attendu mais pas vraiment verbalisé et pas rendu visible non plus par écrit. Par contre, c'est compté dans la charge de travail, dans la dotation. On dispose de clinico-codes et on doit rentrer les soins éducatifs, ça c'est compris. Il y a là en quelque sorte une reconnaissance par cet aspect-là même si ce n'est pas cité comme ETP "

" On s'occupe également de l'enseignement aux proches, des conseils par rapport à la gestion du conjoint qui va rentrer à la maison. Dans ces cas-là, on donne plutôt des informations avant le retour à domicile. "

" Il y a des services qui se prêtent plus que d'autres, des services où on va peut-être rencontrer plus de patients en situation de maladie chronique. il y a quand même des services où l'on va avoir plus besoin d'ETP que d'autres. "

" Tous les ASSC, les infirmières et les autres professionnels font de l'ETP "

" Ce qu'on fait au niveau de l'ETP en psychiatrie n'est pas très cadré, pas très visible. "

" L'ETP est surtout mise en place par rapport à la gestion de la douleur car en salle de réveil on travaille beaucoup avec la gestion de la douleur. "

13.9.2.2 *Concrètement, comment pratiquez-vous l'ETP auprès des patients ?*

" Concrètement, ça peut être soit auprès de proches-aidants "

" soit auprès de la personne elle-même "

" ça peut être aussi auprès des collègues quand on est dans une équipe pluridisciplinaire, notamment avec des éducateurs. "

" C'est un peu constant car il y a tellement d'instant de facto où l'on pourrait faire de l'éducation thérapeutique auprès de nos patients. Du coup, à chaque fois, je me concentre un peu sur un aspect particulier ; par exemple vous avez dit avant le changement de couche, eh bien, je vais me focaliser plus là-dessus. Plutôt que de faire une éducation sur la prise en charge totale, je vais déjà voir qui sont disponibles parce que c'est quand même un service hospitalier où il y a souvent des émotions fortes, donc j'essaie de choisir un moment où ils sont prédisposés à entendre ce que j'ai à dire car si ce n'est pas le bon timing, ça passe devant. Il faut donc choisir le bon moment avec cette famille, s'assurer aussi d'avoir un contexte suffisant pour faire cette éducation, donc connaître un minimum d'où ils viennent et puis un peu leur parcours parce qu'on s'adapte aussi en fonction de ça, et moi j'essaie vraiment d'utiliser des mots simples. J'essaie vraiment de m'adapter à leur niveau et puis que ça leur parle en fait concrètement. C'est ainsi que je fais et j'essaie d'éviter des éducations à rallonge, c'est un moment de soins et puis enfin on s'arrête là et après je leur permets de poser des questions. Ce qu'on voit beaucoup, c'est qu'un des parents sera prêt à par exemple changer la couche de son enfant mais l'autre va prendre un peu plus de temps du fait de l'appareillage et tout, du coup, là, je m'adapte en fait beaucoup à qui est prêt à faire quoi et comment l'autre souhaite participer ou pas ou se mettre en retrait et observer la première fois ; enfin, souvent on a justement ce décalage entre les deux parents qui ne sont pas au même niveau. "

" Cela dépend des capacités cognitives des résidents. "

" Cela dit, l'ETP, on la fait surtout par rapport aux équipes. En effet, nous avons 42 résidents et je suis la seule infirmière, par conséquent si je dois faire chaque petit geste, je ne m'en sors pas. J'ai donc besoin de l'équipe et je leur montre des gestes à leur portée qui les valorisent dans leur travail car juste faire des toilettes, ce n'est pas très intéressant. J'ai un peu le rôle de formatrice vis-à-vis des autres professionnels pour qu'ils soient plus autonome, un peu comme on le fait avec les patients. "

" On a une résidente diabétique qui ne peut plus s'injecter l'insuline car elle est hémiparétique, mais par contre c'est elle qui doit dire à quel endroit on doit la piquer car on change d'endroit chaque jour. La dame qui a une colostomie prépare elle-même le matériel et elle nous rappelle qu'il faut la changer car elle sait estimer quand il faut changer la poche. Ce sont des façons de faire qui développent les compétences des patients et les stimulent à les utiliser, les mobiliser. C'est vraiment du maintien des connaissances qu'ils ont pu avoir. "

" Clairement, je n'arrive pas à mettre en pratique l'ETP ou alors c'est très court. Si un patient exprime un besoin d'information, alors c'est sur 5 minutes et c'est impossible de faire plus long parce qu'on regarde aux priorités et la priorité ce sont les soins, les traitements à donner, les paramètres. "

“ Mais pour les familles c'est très difficile, elles ne sortent pas indemnes de ces traitements, car ce sont des traitements vraiment lourds et certains sont choqués de voir leur proche dans cette situation. On parle beaucoup avec les familles et en général on leur donne aussi à eux des ressources. Il faut aussi beaucoup veiller sur les proches, c'est plus que de l'écoute, c'est de l'accompagnement. ”

“ On passe beaucoup de temps à l'écoute de la personne, la compréhension de son vécu et l'accompagnement. ”

“ Ma démarche est vraiment d'explorer les connaissances et tout ce qui a été fait avant, également travailler au maximum avec le matériel utilisé par les patients car ça peut vite être un peu déroutant si on leur change leurs aiguilles à insuline. Donc, demander quelle est l'habitude de faire à la maison, à quel moment. En finalité, c'est dialoguer pour savoir comment c'était avant et est-ce qu'on peut s'adapter pour que ce soit au plus proche de leurs habitudes. Cela peut être aussi par rapport à l'alimentation. On a l'impression que c'est hyper rigide, cadré et fermé mais en fait il y a quand même des choses qu'on peut faire pour que ça soit le moins limitant possible pour le patient. ”

“ L'important pour moi c'est d'explorer et donner aussi de la place à l'entourage. ”

“ C'est donc surtout identifier le besoin et orienter vers quelqu'un de spécialisé qui a plus de temps. Par exemple, si je prends la problématique du diabète, je peux accompagner le patient un petit bout dans tout ce qui est la réalisation des gestes, qu'il comprenne pourquoi il ne doit pas manger avant de faire la glycémie, tout ce qui est un peu technique, lui donner des informations comment se piquer, le superviser, lui redire les choses plusieurs fois chaque jour et aussi lui expliquer le traitement, vraiment vérifier la compréhension, lui expliquer le type d'insuline. Il s'agit donc d'éducatives ponctuelles sur des choses assez précises ”

“ Tout ça reste toujours informel. Je pratique la posture éducative, un petit peu d'éducation mais il n'y a pas de moments réservés avec un groupe de patients ou même seule avec un patient. Et ça c'est aussi dû à l'organisationnel chez nous, c'est un peu spécial. Il n'y a pas de moment particulier pour des entretiens formels. C'est toujours nous qui devons inventer une raison pour faire de l'ETP. Lorsque le patient amène un truc, alors on prend 15 minutes, mais il n'y a jamais de groupes, enfin il existe un groupe de prévention de la rechute mais c'est plus cognitif, avec un psy, et ça n'a rien à voir avec l'ETP. C'est toujours nous qui devons inventer une raison pour faire de l'ETP. ”

“ L'ETP apporte une meilleure compréhension de ce que vit le patient et une adaptation, individualisation des soins. Moi j'aime bien leur demander s'ils la traiteraient ou pas cette douleur, si elle survient à la maison. Cela permet une diminution du temps passé en salle de réveil et c'est une collaboration réelle avec le patient. Ça permet de réellement répondre aux besoins du patient car on travaille avec lui. ”

13.9.2.3 *Comment collaborez-vous en ETP avec l'équipe des professionnels de santé ?*

“ On collabore énormément. ”

“ Auprès des collègues, c'est la transmission de savoir. Si on doit apprendre, on a des collègues, des colloques une fois par semaine ”

“ puis parfois aussi de compétences ”

“ Dans mon service on a ce qui s'appelle un plan de soin partenarial qu'on remplit, en notant dedans ce qui a été vu, où en sont les parents dans la participation des soins à l'enfant ou dans l'alimentation ou divers onglets qu'on a, et on remplit pour justement avoir cette communication entre collègues sur leur suivi de formation. ”

“ La communication au sein de l'équipe, c'est une entraide mutuelle ”

“ C'est nous l'équipe d'infirmière qui formons les ASSC et les aides-soignants. ”

“ On fait des ateliers pour les former ”

“ Pour faire circuler l'information, on utilise un système comme Soarian, on inscrit dans le rapport journalier, c'est visible quelque temps et on fait aussi un rapport oral aux équipes. ”

“ Au sein de l'équipe, la posture éducative est quelque chose de plus flou, mais c'est quand même exprimé quelques fois, ça se dit dans les colloques. Avec d'autres professionnels, par exemple le physio, ça dépend si on le croise le ou pas, et ça dépend des situations. ”

“ On collabore avec les médecins, on regarde avec eux à partir de quand on pourrait favoriser l'activité physique et aussi avec les physios, une fois que le patient est sorti d'isolement protecteur, et du nutritionniste pour l'alimentation. On a aussi une unité qui fait de l'hypnose, des massages. Les médecins ne collaborent pas vraiment à l'ETP, ils sont plus en retrait et se cantonnent plus dans le conseil des choses auxquelles faire attention. Ils savent par contre que l'équipe infirmière travaille beaucoup l'ETP et l'encouragent. ”

“ On partage sur les besoins du patient actuels au travers de rapports qu'on se fait entre nous, chacun ainsi amène un peu sa pièce au puzzle. ”

“ J'ai l'impression que pour chaque catégorie professionnelle c'est un peu différent. Il y a toujours beaucoup de moments d'échange, pour le médecin ça va être pendant la visite et je pense aux services de chirurgie parce que je suis quand même plus en chirurgie qu'en médecine. Du coup eux aussi ont pu en amont, avant l'événement aigu, explorer des choses. Donc c'est assez intéressant aussi d'aller rechercher ces éléments et on collabore dans les moments dédiés à ça, c'est-à-dire la visite médicale. Il y a aussi des moments de type grand colloque comme il y aurait dans les CTR par exemple, cela concerne les services plutôt moyen ou long séjour typiquement gériatrie aigue ou bien silvana. Là on va pouvoir parler autour d'une situation tous ensemble en interprofessionnalité. Et puis il existe également les moments informels où l'on se croise dans le couloir et l'on aborde la situation de tel patient ; bon ça, c'est toujours un peu risqué parce que ça ne laisse pas de trace et on ne sait jamais, il faut pouvoir pister ce qui va être fait après. D'une manière similaire, on va dire au patient voilà vous allez sortir dans trois jours et ça va se passer comme ci et comme ça. C'est aussi notre rôle bien des fois de sortir un peu de cette image-là et de cette posture de l'infirmier ou l'infirmière qui dit oui, amen au lieu dire en fait non voilà comment ça se passe à domicile et voilà ce que j'ai pu observer. On doit prendre notre place et, de toute façon, il y a une partie de rôle propre et aussi une partie de sortir de toutes les représentations qu'il y a pu y avoir par rapport au rôle infirmier. Tout cela fait partie des points d'amélioration. ”

“ Par exemple, les physios etc. nous donnent un retour ou on accède à leurs notes sur le dossier. ”

“ On travaille essentiellement à l'aide des cibles, que ce soit sur la question de la douleur, de la mobilisation ou de la nutrition. Il y a une collaboration assez étroite entre tout le monde. Tous les ASSC, les infirmières et les autres professionnels font de l'ETP. ”

“ Cela se fait un peu en secret et il n'y a pas de réelle visibilité de cet apport d'éducation dans le dossier infirmier ni dans la discussion au colloque. Comme je ne sais pas trop ce que font les autres, les collègues, donc il n'y a pas un réel travail interdisciplinaire autour de l'éducation. Quand on a les entretiens médico-infirmiers, les médecins, en fait surtout le chef de clinique, fait instinctivement automatiquement presque ce que j'appelle l'ETP en parlant de la réduction des risques et en expliquant bien que tel et tel produit a tel et

tel impact. Là je me dis trop bien, il est en train de faire ça mais il ne m'inclue pas. Décidément, il y a un manque de travail ensemble et sur qui fait quoi dans l'éducation, ça manque un peu de fil rouge tout ça. ”

“ Moi, je le mets quand même dans Soarian. Il y a bien le support clinicode, selon les actions qu'on a faites durant la journée et il y est fait mention en effet de l'éducation au patient, à la famille, l'activité éducationnelle, mais c'est en fait un peu un fourre-tout. Il y a bien une trace, mais on ne sait pas quoi exactement. ”

“ On collabore beaucoup avec les médecins anesthésistes, et les médecins plus jeunes sont plus enclins à nous écouter. Avec les physios, on collabore relativement peu parce qu'ils viennent surtout pour faire de la physio respiratoire chez nous, c'est ultra aigu et c'est très difficile de vraiment collaborer avec eux. On collabore aussi avec les infirmiers d'antalgie et avec les techniciens en radiologie. En fait, on collabore finalement assez peu et on ne discute quasiment jamais d'un patient en équipe. C'est dommage, mais c'est dû à l'organisation du service car chaque patient est attribué à une infirmière et on n'a pas de colloque d'équipe, on travaille donc très peu en équipe. ”

“ On peut adapter la prise en charge, les traitements, en post-op, si on estime que le traitement n'est pas suffisant on peut en parler avec eux ”

13.9.2.4 Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez au développement de l'ETP ?

“ Les principaux obstacles, ça dépend vraiment du service dans lequel on travaille ”

“ c'était le temps ”

“ Aujourd'hui, la difficulté est plus dans la patientèle elle-même ”

“ S'il faut courir, on ne va pas avoir le même cadre d'entretien, dépendamment aussi s'il y a une collègue qui est malade ou pas. Enfin voilà, la dotation. ”

“ Bon au début, c'était vraiment le manque de connaissances dans mon travail ”

“ Maintenant, je n'ai plus trop de difficulté mais tout dépend des familles. Les familles avec lesquelles j'ai peut-être plus de peine à le mettre en place sont des familles qui ont des habitudes différentes de nous, notamment au niveau culturel ou religieux. ”

“ Puis, en tant qu'étudiante, cela concernait un petit peu les connaissances mais surtout de trouver les mots, de trouver comment dire les choses aux gens sans les brusquer. En fait, ne pas leur donner une liste de choses à faire et puis partir, mais plutôt prendre le temps de leur expliquer, de trouver les bons mots et s'assurer qu'ils aient bien compris et ne pas juste se satisfaire d'un oui, où l'on se rend compte par la suite qu'en fait il n'y a rien qui a été intégré. ”

“ le temps ”

“ L'avancée des troubles cognitifs ”

“ Le temps car on a difficilement le temps de passer du temps pour discuter avec le patient. Les patients disent tout le temps qu'on est là sans être là, on est toujours en mouvement. On n'a pas la possibilité de se poser à côté du patient, on n'a pas la possibilité de lui montrer cette posture et dire on est là, vous pouvez poser vos questions ”

“ Pour l'institution, l'ETP en apparence fait partie des priorités, mais les moyens qui nous sont donnés ne nous permettent pas de dégager du temps pour le faire réellement et correctement. ”

“ Ce qui limite le développement de l'ETP dans ma pratique est lié aux patients, avec les traitements lourds, la condition de santé, l'état de fatigue. C'est donc surtout relatif à l'état du patient car on dispose du temps nécessaire. ”

“ On n'a pas beaucoup de temps lié à l'aspect un peu personnel et aussi à l'aspect organisationnel des unités de soins. ”

“ Une autre difficulté concerne la typologie de patients qu'on rencontre dans les services parce qu'on a des personnes de plus en plus âgées et souvent avec des troubles cognitifs bien présents. ”

“ C'est là que qu'on doit pouvoir compter sur les proches alors qu'actuellement ils ne sont pas suffisamment intégrés à la prise en charge. Ainsi, il y a ce côté vraiment difficile des troubles cognitifs et la non-visibilité des proches démontrant le peu d'intégration les concernant. Tout cela était mieux avant la pandémie et celle-ci a rendu plus difficile l'intégration des proches. ”

“ C'est le manque de temps ”

“ La charge de travail. ”

“ La communication entre nous et le fait que ce ne soit pas visible, il n'y a donc pas de cohésion de groupe. Je pense que c'est plus au niveau de l'équipe que des patients ”

“ Il faudrait en fait un environnement assez propice à la pratique de l'ETP, pas en coup de vent. Un environnement propice, ça c'est important. Il faudrait que ce soit vraiment visible et clair. Pas reconnu à sa juste valeur et donc peu officialisé comme acte infirmier qui devrait être reconnu et favorisé. ”

“ Le plus dur chez nous est qu'on a peu de temps pour mettre en place la réelle ETP car l'attente de l'institution est une prise en charge rapide. ”

“ Voilà les difficultés, le grand flux de patients, le fait qu'on n'a jamais de moments où on peut discuter de tout cela dans l'équipe, le fait qu'on a beaucoup d'infirmiers étrangers dans le service qui n'ont pas reçu forcément la même formation que nous, du coup on ne peut pas en discuter ensemble. ”

“ On doit être efficace et rapide dans ce qu'on fait, ne pas garder les patients trop longtemps. ”

13.9.2.5 De quelle manière avez-vous expérimenté la posture éducative sur le terrain ?

“ on m'a demandé d'apprendre à certains patients à se faire eux-mêmes leur injection d'anticoagulant, Clexane. Donc, comment faire une intramusculaire, comment faire une sous-cutanée etc. Faire bien la différence, expliquer la différence, faire en sorte que la personne ait compris la différence. S'adapter aussi à la morphologie de la personne ”

“ Mais vu que je suis dans une équipe pluriprofessionnelle, il y a aussi plein de gestes que je dois expliquer à mes collègues. ”

“ Donc tu ne peux pas arriver et juste dire on va faire ça et je me barre. Tu arrives, tu dois aussi prendre en compte ton environnement et puis essayer de faire ce lien thérapeutique ”

“ Je fais donc très attention à l'environnement en sorte que la personne soit présente mentalement. C'est à dire que si on va pour faire une ETP et que la personne est complètement angoissée sur un autre sujet, il faut d'abord parler de ce sujet-là, pour pouvoir soit le mettre entre parenthèse soit le résoudre, donc pas le temps de tout faire en même temps. ”

“ Poser la question à la personne, voir si elle est présente, dire est ce que vous êtes d'accord que... toujours demander la permission, c'est super important. Demander la permission, parce que ça permet aussi à la personne d'être connectée à ce qu'on va lui dire ”

“ Pas hésiter à répéter les choses et ensuite ce qu'on fait, on demande à la personne... on montre, puis ensuite on demande à la personne de nous montrer. C'est un peu un jeu de rôle. ”

“ Arriver de manière non jugeante, vraiment comme allié, en fait c'est se mettre au même niveau de la personne pour aller de l'avant. pas tout de suite partir dans le jugement sur les actions ou conseils des proches aidants qui veulent bien faire et qui ne font pas parfaitement, ça arrive, c'est normal. ”

“ ne pas essayer de la tirer ou de la pousser. Ça ne marche pas, ça fait tout de suite des conflits d'egos. ”

“ Il faut lui dire que c'est tout à fait normal si elle oublie ou si elle a des questions ”

“ Donc tu ne peux pas arriver et juste dire on va faire ça et je me barre. ”

“ ce qu'on fait, on demande à la personne... on montre, puis ensuite on demande à la personne de nous montrer ”

“ En prenant un peu du recul, enfin, en essayant un peu de prendre du recul et puis de comprendre les situations de notre mieux et saisir pourquoi les choses sont faites de cette manière. Je pars toujours du principe que si une personne fait quelque chose, c'est qu'elle a un raisonnement derrière et que ça lui semble logique. ”

“ j'ai de la théorie à leur apporter, mais eux ils ont aussi tout autant de connaissances. C'est un peu de trouver l'entre deux de leurs connaissances et de mes connaissances, de trouver un terrain d'entente entre guillemets pour le bien-être du patient. ”

“ Au début ça a été difficile honnêtement de devoir la mettre en pratique parce que c'est difficile d'être légitime en tant que jeune diplômé plongé dans un service très spécifique comme ça. au fil du temps que je me suis sentie plus légitime et plus à l'aise et je l'ai implémentée beaucoup plus régulièrement dans ma pratique. ”

“ ça m'a demandé d'acquérir moi-même des connaissances avant de pouvoir les enseigner correctement aux patients ”

“ on a eu l'entrée d'une dame avec une colostomie dont elle s'occupe en partie, et ce n'est pas un soin très fréquent, par conséquent ça a été plus de l'ETP vis-à-vis de l'équipe, parce qu'il y a une partie infirmière et aide-soignante aussi. Dans ce cas, ça été de mettre tout le monde à niveau sur les connaissances pour que notre prise en soins soit le plus efficiente possible pour notre résidente. C'était donc une démarche éducative qui s'adressait à la fois à la patiente et à la fois à l'équipe soignante interdisciplinaire. ”

“ Il a fallu devoir combiner les gestes que nous faisons et les gestes que la patiente doit faire. ”

“ on a eu l'entrée d'une dame avec une colostomie dont elle s'occupe en partie ”

“ c'est un peu comme cela que je définirais la posture éducative, saisir des opportunités éducatives. Dès que je repère une situation où ce n'est pas clair pour le patient, j'essaie de creuser du mieux que je peux et je réponds à ses questions en vérifiant qu'il ait bien compris. Donc je saisis des opportunités d'éducation, sans que ce soit formel. Saisir un moment éducatif en me disant, là il y a un besoin et y répondre, bon, c'est aussi en lien avec les familles. ”

“ Je réponds à ses questions en vérifiant qu'il ait bien compris. ”

“ On a plusieurs manières de faire de l'éducation thérapeutique, notamment en donnant des conseils, en termes de chimio, les choses à faire attention, comme les effets secondaires, etc. La partie chimio, cela signifie pour les proches des conseils quand ils viennent rendre visite, et par la suite, quand ils doivent rentrer à la maison avec des traitements anti-viraux ou anti-fongiques, ce sont des traitements qui doivent être pris sur du long terme avec des risques infectieux assez importants. Donc, c'est autour de ça que nous faisons de l'ETP. Il y a aussi toute une éducation autour de l'aérosol, son traitement, etc. C'est quelque chose qui nous mobilise pas mal. ”

“ C'est intégré dans le quotidien et, bien sûr, on va essayer d'utiliser des bouts de ce que on a appris pour le mettre en place mais, en tout cas jusqu'à maintenant, je n'ai pas encore réussi une seule fois à vraiment être dans une démarche d'éducation thérapeutique complète du début à la fin. ”

“ Je pratique l'écoute active. Si l'on explique pourquoi est-ce qu'on pique tous les matins, qu'est-ce qu'on cherche, ça va être peut-être beaucoup plus supportable pour lui. ”

“ j'ai beaucoup tendance à expliquer et à dire tout ce que je fais et, du coup, c'est tout bête mais ça fait aussi partie d'une posture de d'éducation thérapeutique. ”

“ Je ne pense pas la mettre en pratique complètement. Il y a des situations où je peux, d'autres fois non. Si j'ai quelqu'un de réceptif en face de moi, qui a envie de se poser des questions, alors là oui, sinon je l'oriente. J'essaie d'identifier les besoins des patients et si je n'ai pas le temps je l'oriente vers une spécialiste. ”

“ j'ai des petites astuces, qu'est-ce que vous comprenez de ça, qu'est-ce que vous pouvez faire pour améliorer. Donc c'est assez varié dans ma pratique, ça peut être soit somatique, soit au niveau des produits, mais toujours des petites choses. Je mets ensemble l'ETP et la prévention car on fait pas mal de réduction de risques et pour moi ça rentre là-dedans. En fait, pour l'ETP en psychiatrie, j'essaie de la faire entrer par ce biais de la prévention. C'est en quelque sorte une éducation dans la prévention, l'éducation des seringues, les différentes façons de procéder, attention à faire ceci et à ne pas faire cela. ”

“ C'est un peu saisir des opportunités dans la journée d'éducation ”

“ C'est surtout la gestion de la douleur, car on voit les patients environ 1 heure pour saisir ce qu'ils comprennent de la douleur, savoir ce qu'ils ont compris de cette douleur. En cas de douleurs chroniques, si cette douleur est plus forte que l'habituelle. J'aborde la question du vécu et j'essaie de voir si dans le passé ils ont déjà eu des interventions avec douleurs et ce qui les avaient aidés. ”

13.9.2.6 Peut-être avez-vous un commentaire sur votre pratique ou autre chose à exprimer ?

“ On nous dit plus que c'est un acte qu'on va nous demander de faire, ce qui est dommage parce que c'est vraiment le rôle propre infirmier : il se déploie énormément là-dedans. C'est une partie importante dans le sens où, si on ne le fait pas, personne ne va le faire. C'est vraiment ce qui permet de développer l'autonomie chez un patient, donc c'est énorme. ”

“ non ”

“ non, rien ”

“ non ”

“ Je suis intervenue comme vacataire à l'école dans le module oncologie et j'ai trouvé cela super intéressant d'être dans une autre posture. ”

“ non ”

“ Tout de suite je n'ai pas répondu à votre mail, car j'avais pas l'impression de faire de l'ETP tel qu'on l'a appris à l'école, mais si je laisse ma frustration de côté, je fais ce que je peux faire et je me dis que c'est déjà bien. C'est pas l'envie de la faire qui me manque mais c'est le temps, la charge. ”

“ Je pense avoir fait le tour. J'aimerais que ce soit reconnu et avoir un retour, de ma part il y a un manque de confiance et d'expérience parce qu'il y a des questions auxquelles je ne peux pas répondre et je suis frustrée. De plus, je ne peux pas tout savoir mais rendre un peu plus visible le somatique, ça c'est mon challenge en ETP en tout cas. ”

“ non ”

13.9.2.7 *De quoi auriez-vous besoin actuellement pour mieux pouvoir mettre en pratique l'ETP ?*

“ Actuellement, je pense qu'un refresh sur les outils de communication, ça peut être bien. Tout ce qui est autour de l'écoute active notamment. ”

“ une espèce de formation continue, ça serait génial. ”

“ Du temps. Le temps est une source de difficulté pour mettre l'éducation thérapeutique en œuvre. ”

“ Si l'on avait moins de patients à charge ou plus d'aide au niveau même d'autres professionnels, des ASSC ou ce genre de choses, on aurait plus de temps aussi à consacrer aux parents à les laisser faire, on pourrait vraiment prendre le temps dont eux ont besoin pour recevoir cet enseignement et pour faire ce soin plutôt que d'avoir toujours un œil sur la montre et se dire, je suis en train de faire un enseignement mais je prends du retard sur mes trois autres patients à côté qui m'attendent. ”

“ l'éducation thérapeutique n'est pas considérée en soi comme un soin, dans le sens où on ne va pas le compter comme charge de travail. A mon avis c'est tout autant un soin qui vaut la peine et qui doit être fait et comptabilisé dans le temps d'une infirmière. Ma vision est que c'est tout autant mon rôle comme infirmière que de faire une prise de sang, ça fait autant partie de mon cahier des charges. L'ETP est un peu moins valorisé que les soins techniques et je pense que ce serait important de le faire revaloriser. Parmi les soignants on est tous au clair que c'est hyper important. ”

“ Par conséquent, c'est hyper important de le revaloriser, non pas au sein des équipes parce que souvent les équipes sont très au clair de son importance mais plus au niveau des ceux qui gèrent ça. Cela concerne la dotation en personnel et l'attribution des patients et il est logique que ça soit compté comme un soin et pas juste en plus. ”

“ Du temps ”

“ une sorte d'unification des pratiques. En effet, les pratiques évoluent et quand je vois les pratiques de mes collègues sensiblement différentes des miennes, se pose alors la question de qui fait juste. On aurait besoin de savoir les dernières manières de faire. C'est l'unification des pratiques qui manquent, c'est de trouver les moyens d'être mis au courant des modifications des techniques. ”

“ Le temps ”

“ Les informations, car en tant que jeune diplômée, c'est souvent difficile de tout savoir, il y a des maladies qu'on voit peu souvent et on manque d'informations et du coup c'est déstabilisant, ”

“ du matériel pour donner des ressources aux patients, qui sont manquantes, du style des coussins, des clexanes fictives, des fiches informatives, des flyers. Ce serait mieux des fiches courtes mieux adaptées pour le patient. Mon besoin se situe plus au niveau d'outils qu'au niveau de développement de compétences personnelles. ”

“ De temps ”

“ Comment arriver à intégrer ça à la pratique quotidienne. Ce n'est pas encore assez fluide mais peut être que ça va aussi venir avec le temps, ça c'est possible. Pour donner une idée concrète, en 3ème vous avez le l'hôpital immersif et il pourrait être très intéressant de pouvoir intégrer un moment d'ETP à ça plutôt que de juste faire des actes de soins. ”

“ Plus de monde et moins de responsabilité de patients. Il y a donc un manque de personnel et trop de charge de travail. Ce n'est pas l'envie de faire l'ETP qui me manque mais c'est le temps, la charge. ”

“ La visibilité clairement ”

“ Mieux mettre au clair qui fait quoi. Le problème est plus au niveau institutionnel. S'il y a une glycémie ou une auscultation, ça ne se fait pas parce que ce n'est pas son domaine, et, en effet, il y a des infirmières qui sont là depuis longtemps en addicto, et qui doivent être très bonne en prévention, en conseils, au niveau psy oui, mais somatiquement non ”

“ Une meilleure communication entre les membres de l'équipe ”

“ Un projet institutionnel qui vise à mettre en pratique au niveau de toute l'institution l'ETP, avec un pool de référence qui soutienne cette mise en place avec des personnes à qui on pourrait faire appel en cas de besoin. Je pense que si c'était un projet institutionnel qui véhicule les valeurs de l'ETP, on pourrait la mettre en place à toutes les échelles et dans tous les services, pas seulement au niveau infirmier ”

13.9.3 Apport de l'ETP

13.9.3.1 *Qu'est-ce qu'a apporté l'ETP dans votre pratique ?*

“ Je trouve que c'est très valorisant parce que justement dans une équipe pluri professionnelle, on se rend compte qu'on a notre champ de compétences et de connaissances personnelles et ça nous permet de le mettre en avant, que ça soit auprès des collaborateurs ou des familles. ”

“ ça nous permet aussi de se rendre compte de ce qu'on ne sait pas ”

“ et d'aller faire des recherches sur les différents sujets. ”

“ développement d'indépendance ”

“ au final une autonomie très importante. ”

“ En ce qui concerne l'équipe, ça les met en confiance aussi. Une confiance à notre égard déjà, ”

“ Puis ça développe aussi leurs compétences et leurs connaissances. ”

“ Mais ça leur apporte aussi la confiance en eux-mêmes dans leur pratique, parce que quand nous on n'est pas là, ils savent quels sont les points essentiels à surveiller. ”

“ Ce qui m'apporte le plus est d'individualiser ce que je fais. c'est plus cette diversité qui m'apporte : l'individualité de chacun, l'individualité de chaque prise en charge et d'adapter cet enseignement-là à la famille. Et cet apport pour moi est aussi bien à titre personnel que professionnel. ”

“ Ce qui peut changer pour les parents est le fait qu'on ne va pas leur répéter des choses qu'ils ont peut-être déjà vu dans le sens où s'ils ont déjà eu un enfant prématuré ou autre, ils ont déjà des compétences que peut-être d'autres parents n'ont pas. ”

“ ça permet l'autonomisation des parents même si tout dépend des prises en charge ”

“ Pour l'équipe, c'est un grand soutien. On peut inclure les parents dans les soins et ils peuvent prendre leur rôle de parents plus que si on n'avait pas fait cela ”

“ Donc, c'est vraiment essayer de soulager la charge de travail ; certes, ce n'est pas le but premier mais ça arrive inévitablement parce qu'ils deviennent en soi presque experts de leur enfant et puis ils le connaissent presque mieux que nous au final. ”

“ A moi personnellement c'est beaucoup le lien. C'est vraiment ça, le lien avec le patient et le fait qu'en lui montrant les gestes et en lui expliquant plusieurs fois, ça lui permet de comprendre ce qui est en train de se passer. ”

“ ça me permet de justifier le temps que je passe avec le patient car comme partout, les minutes sont comptées. ça légitime le temps passé avec lui ”

“ le fait qu'en lui montrant les gestes et en lui expliquant plusieurs fois, ça lui permet de comprendre ce qui est en train de se passer. ”

“ C'est vraiment ça, le lien avec le patient. Cela améliore la relation avec le patient et ça l'approfondit . ”

“ Cela permet de pouvoir avoir le lien avec la famille et de montrer que je ne suis pas là juste pour les surveiller mais que j'ai des connaissances quand même et qu'il faut que je parvienne à lui expliquer ce qui va se passer et comment on fait réellement les choses. ”

“ Pour le patient, ça signifie de pouvoir garder son autonomie, c'est la principale raison. ”

“ L'image qu'il a de lui est renforcée, il voit qu'il est capable de faire des choses et la confiance en lui est un peu plus valorisée que si tous les jours il doit nous attendre pour faire tel ou tel acte. Cela doit aussi l'aider. ”

“ Concrètement, ça donne moins de travail à l'équipe car une fois qu'il a acquis ces gestes, c'est lui qui les fait. On a donc plus de temps pour les autres. ”

“ Les patients m'ont parfois aussi appris des choses, ils me donnent aussi un peu de leur savoir, c'est donc très intéressant car le patient se connaît beaucoup mieux que nous. C'est d'autant plus important d'avoir le savoir expérientiel du patient. ”

“ en EMS, nous avons un rôle assez important en tant qu'infirmière parce qu'il n'y a pas de médecin sous la main et c'est à nous de décider si nous devons nous alarmer ou si on laisse aller et on surveille. ”

“ L'ETP m'a apporté l'expertise, dans le sens où on est sensé être les porteurs de l'expertise. On a l'impression d'être utile. ”

“ donc je ne sais pas nécessairement tout ”

“ Du point de vue personnel, je vois que ça rassure les patients, le fait de pouvoir apporter des information. ”

“ ça l'aide à aller de l'avant. ”

“ le problème, c'est qu'on ne se le transmet pas assez, on se le partage pas tellement en équipe, on va peut-être se dire en équipe, ça c'est du ressort de l'équipe mobile et faire appel à eux. Donc, je ne partage pas vraiment ce que je fais en ETP, même pas avec les collègues infirmières à moins que ça soit vraiment important, ou marquant, et on ne le transmet même pas par écrit. ”

“ Cela me permet de me remettre en question sur mes connaissances. ”

“ Quand on nous pose une question sur quelque chose qu'on ne sait pas, ça permet d'aller chercher ces connaissances. De remettre à jour nos connaissances, les approfondir, voir qu'il y a des lacunes chez certains patients, pas chez d'autres, c'est intéressant de voir qu'ils ne sont pas tous au même niveau avec une même maladie pourtant, c'est s'adapter à chaque situation en fait. ”

“ Pour l'apport aux patients, je rejoins toujours l'autonomie, le rendre actif dans ses soins et son parcours, pas qu'ils vivent cela de l'extérieur, mais qu'ils soient impliqués dans la démarche, qu'ils aient l'impression d'être partie prenante de la démarche et pas seulement spectateur. ”

“ Pour l'équipe, ça permet de nous décharger de certains soins le fait de rendre le patient autonome ”

“ c'est aussi des échanges qui sont permis au sein de l'équipe, qui sont intéressants, qui favorisent la communication dans l'équipe et le partage de connaissances et expériences. ”

“ ça permet aussi de communiquer entre nous, les plus anciens, sur ce qu'ils donnent comme information et nous les plus jeunes qu'est-ce qu'on connaît comme nouvelle pratique. ”

“ Personnellement ça m'a apporté des choses simplement parce que j'accompagne une de mes proches dans un parcours de maladie chronique, déjà quand j'étais encore à l'école d'infirmier et ça m'a donc fait évoluer dans ma posture de proche aidant et ça a été très bénéfique. ”

“ Professionnellement ce qui me reste quand même le plus de ces cours d'éducation thérapeutique et que je garde vraiment avec moi, au-delà de de tout ce que je vous ai dit jusqu'à maintenant, c'est vraiment cette notion des représentations et puis de tout ce qu'il y a eu avant qu'on arrive dans le parcours de santé du patient. Dans les services aigus, c'est vrai, on a beaucoup tendance à être dans l'ici et maintenant et dans le faire et on oublie qu'il y a peut-être d'autres événements avant qui ont affecté le patient et expliquent la façon dont il vit l'événement actuel. Il a tout plein de représentations et d'idées de ce qu'est sa maladie et c'est quelque chose d'important à explorer et ça peut être fait très rapidement, et en même temps qu'autre chose. ”

“ Quant à la question de savoir ce que l'ETP a apporté au patient, c'est difficile de dire vraiment les résultats concrets. J'espère que ces patients se sont senti plus entendus dans leur vécu de la maladie, enfin c'est le but. En fait, je ne sais pas s'il y a eu des bénéfices à

moyen ou à long terme, j'ose espérer. Selon mon sentiment, les bénéfiques, ils sont encore limités et j'ai l'impression de ne pas pouvoir faire autant que je souhaiterais. Encore plus en tant que pooliste parce que c'est rare pour moi de faire plusieurs jours dans le même service. Le temps manque donc c'est difficile de mettre en place tout ce qu'on voudrait, surtout que les hospitalisations sont de plus en plus courtes. J'ai vraiment cette sensation qu'on est là pour gérer l'événement aigu et puis qu'après on ne sait plus. ”

“ Par rapport à l'équipe, c'est vraiment le travail en interdisciplinarité et ça c'est la clé d'une ETP réussie car on est quand même tous garant de la prise en charge et chacun va observer des choses différentes avec des regards différents. Pratiquer activement de l'ETP nous pousse à travailler en interdisciplinarité. Donc, le travail en interdisciplinarité, c'est hyper important et l'ETP nous pousse à collaborer efficacement. ”

“ Une satisfaction quand mon patient a compris ce qu'on lui fait et pourquoi on fait ces choses. C'est donc une satisfaction quand mon patient me cherche, me demande des informations en disant qu'il n'a pas très bien compris. A la fin de la journée, si je vois qu'il y a des progrès, je me dis que j'ai bien pu faire mon travail. ”

“ J'ai aussi l'impression d'être dans mon rôle d'infirmière aussi et que l'éducation fait partie de mon rôle. ”

“ Je suis vraiment contente quand il y a ce lien qui se crée avec le patient, j'ai une satisfaction personnelle, parce que c'est vrai que déjà, il faut établir un lien de confiance et ce n'est pas toujours facile car certains sont réticents et, en plus, on n'a peu de temps. ”

“ Pour le patient, la satisfaction d'avoir compris quelque chose qu'avant il ne comprenait pas, surtout après la visite médicale, comme ils n'osent pas poser des questions. ”

“ Quand il y a le lien de confiance avec nous, ils nous posent les questions. Si le lien de confiance a été établi, ils le disent qu'ils n'ont pas compris ”

“ Avec l'équipe, on travaille beaucoup ensemble grâce aux cibles, qu'on utilise pour communiquer entre nous. Si un collègue fait une éducation et le note dans la cible, on sait que c'est déjà fait et on peut poursuivre. On parle par le biais des cibles entre nous sur les actions en ETP. ”

“ Cela m'apporte parce que j'ai la base dans la tête, mais j'aimerais plus mettre en pratique. ”

“ Les patients en général sont très reconnaissants à chaque fois, d'autant plus que j'essaie de prendre du temps avec eux, pour qu'ils soient maître de leurs soins, qu'ils soient acteurs, et ça c'est très satisfaisant. ”

“ En même temps le patient a envie, il veut mieux comprendre et ça l'aide à avoir une meilleure adhésion aussi et une meilleure compréhension, ce qui est logique, de par le fait de prendre le temps, de faire avec, de lui dire asseyez-vous on va chercher ensemble, le lien se fait mieux comme ça. ”

“ Sa confiance naît grâce à cette approche d'ETP. ”

“ Je pense que si c'était plus visible, ça créerait plus une sensation d'équipe soudée, de lien aussi, parce que là, typiquement, ça fait un peu chacun de son côté, parce que moi je ne sais pas ce que les autres font. En fait, on ne s'est jamais dit, toi tu expliquerais comment etc. Enfin, moi je pose souvent ces questions parce que je suis jeune diplômée mais je pense que si c'était plus visible au sein de nous, ça pourrait amener une plus-value au niveau des connaissances, une cohésion, des savoirs, des compétences de la part des plus anciens. Oui, ce serait le genre de chose dont je pourrais parler typiquement au colloque par exemple. ”

“ Au niveau personnel, c'est satisfaisant parce qu'on n'a pas été juste une personne qui donne un traitement sans prendre en considération le patient. Ça rend la prise en charge plus unique et ça me donne une satisfaction car on n'est plus dans le faire mais dans l'échange avec le patient. ”

“ Ça permet d'individualiser les soins, de travailler l'esprit créatif car les patients ont plein de méthodes antalgiques, parfois ce sont des positions, parfois c'est d'appeler la famille. ”

“ Pour le patient, l'apport réside dans le sentiment d'être entendu, écouté, pris en considération, de réduire la longueur du séjour, les effets secondaires médicamenteux, car au lieu de donner un traitement la personne a besoin de 15 minutes de conversation avec nous pour se sentir mieux. ”

“ Ça limite les effets secondaires, les traitements administrés ”

“ ça rend la personne active dans sa prise en soins. ”

“ Quant à l'équipe, l'apport est plus difficile à considérer parce qu'on travaille de façon assez individuelle chez nous. Chaque patient est attribué à une infirmière et on n'a pas de colloque d'équipe, on travaille donc très peu en équipe. Pour ma part, je vois ce que je fais individuellement avec mes patients mais il n'y a pas grand-chose mis en place au sein de l'équipe. ”

“ Mais si le patient reste moins longtemps, ça fluidifie le flux en salle de réveil et ça permet de prendre en charge les patients dans de meilleures conditions, car une salle de réveil moins pleine, c'est mieux au niveau sonore et pour l'intimité des patients. Si l'on transfère rapidement nos patients, ça permet d'avoir moins de personnes à la fois, ce qui nous permet de nous centrer davantage sur un patient. ”

13.9.4 Vision personnelle

13.9.4.1 Pour vous, c'est quoi l'ETP

“ la première chose qui me vient en tête, c'est le fait de transmettre. ”

“ C'est un entretien qu'on fait avec un patient ou avec sa famille ”

“ pour essayer de voir quelles sont les compétences et les connaissances au sujet soit d'un soin ou pathologie de développer à partir de là des compétences chez la personne pour qu'elle puisse continuer son traitement, ”

“ C'est un moyen de développer l'autonomie ”

“ ans le cadre d'un entretien que ça se passe dans le sens où ça doit être quand même structuré parce que si on fait ça sous forme informelle, ou trop de manière mal cadrée, on ne s'assure pas forcément de la bonne transmission des gestes ou des connaissances qu'on veut transmettre. ”

“ l'enseignement aux proches ”

“ Pour qu'ensuite ils puissent être plus autonome. ”

“ On leur apporte un soutien et une bonne ressource. ”

“ ’est le fait de pouvoir mettre le patient avec nous dans sa prise en soins, de le convier à participer à ses soins ”

“ Pour qu’il puisse garder son autonomie ”

“ l’enseignement aux proches ”

“ Pour qu’ensuite ils puissent être plus autonome. ”

“ On leur apporte un soutien et une bonne ressource. ”

“ ’est le fait de pouvoir mettre le patient avec nous dans sa prise en soins, de le convier à participer à ses soins ”

“ Pour qu’il puisse garder son autonomie ”

“ C’est apporter au patient les informations dont il a besoin ”

“ ’est apporter au patient les informations dont il a besoin pour prendre en mains sa santé, ”

“ pour qu’il puisse comprendre sa situation et prendre les décisions pour qu’il prenne le lead sur son parcours de santé, sur ce qu’il veut faire de sa santé, qu’il reste au centre des décisions, bref agir sur son empowerment. ”

“ pour qu’il prenne le lead sur son parcours de santé, ”

“ C’est de pouvoir rendre le patient autonome dans ses gestes quotidiens ”

“ que ce soit des conseils, recommandations ”

“ J’ai plutôt une vision qui est de l’ordre du partage. En tant que professionnel on a tout un bagage de connaissances et de compétences et différents types de savoir et de savoir-faire. Bien sûr qu’on a probablement des choses à apporter au patient en lien avec tout ça mais lui il a sa propre connaissance de sa pathologie, de qui il est et de son parcours de vie et de santé. On va essayer de composer avec ces deux choses et l’idée pour moi est qu’il y ait un échange entre tout ça et que cela ne soit pas juste à sens unique où on vient éduquer le patient justement. Il y a un partage de connaissances et de compétences. ”

“ augmenter la survie à long terme avec la meilleure qualité de vie possible ”

“ on se doit d’être quand même dans un rôle de prévention. Cela reste de la prévention quoi, peut-être plutôt dans le secondaire, tertiaire je pense. ”

“ pouvoir explorer avec le patient sa compréhension de la maladie et de son traitement ”

“ non seulement avec lui mais souvent avec les proches également ”

“ C’est pouvoir expliquer ou conseiller sur des pratiques ou des questionnements que peuvent avoir des patients ”

“ Quand on pense à l’ETP, pour moi dans ma tête c’est plus en lien avec les soins somatiques, c’est ce que j’ai retenu de la formation. ”

“ C’est partir des connaissances du patient ”

“ pour lui apporter les informations dont il a besoin par rapport à sa santé ”

“ pour lui permettre de devenir acteur ”

“ pour instaurer un climat de collaboration, éviter une asymétrie dans la relation avec lui et le voir comme une ressource. Par asymétrie, je veux dire que toutes les connaissances viennent du soignant, que le patient doit apprendre de nous et que nous sommes la seule source de savoir, alors qu’en fait dans l’ETP, on doit s’enquérir du savoir du patient et on s’adapte à ses connaissances pour son bien-être et sa santé. ”

13.9.4.2 *Que dire sur sa mise en œuvre ?*

“ ça dépend des services ”

“ dépendamment du cahier des charges qu’on a ”

“ dans le sens où on n’a pas forcément le temps. c’est qu’on se retrouve à devoir faire des ETP sur des sujets qu’on on vient de découvrir, donc des fois c’est un peu bancal. ”

“ il y a cette patiente qui aura tel équipement donc un drainage pleural avec atrium. Il faudra faire un akinérase à telle heure. T’es là, « oui, ok », et en fait tu ne sais pas du tout. Tu demandes à ton chef, il ne sait pas non plus ”

“ Du coup tu dois aller voir dans le service de pneumologie, prendre sur ta journée quinze minutes pour aller voir qu’ils t’expliquent etc. Ensuite quand tu reviens vers le patient, là : « est-ce que c’est grave si tu tires dessus, est-ce que c’est grave si je me tourne » et tout, tu dois vite lui retransmettre tout ce que t’avais appris mais dans une version extra condensée ”

“ Cela peut se présenter et, selon comment, dépend de la dynamique de l’équipe etc. Les gens qui s’y connaissent ne sont pas forcément disponibles, donc ça peut poser problème parfois. ”

“ Dans ma pratique c’est un peu tous les jours. C’est vraiment mon quotidien et la mise en œuvre c’est tout le temps ”

“ c’est au quotidien à chaque moment qu’on leur enseigne la manipulation d’un prématuré avec les ressources qu’ils ont et on apprend à interpréter leurs gestes, leur mimiques à changer une couche tout simplement chez un bébé qui est appareillé de tous les côtés avec des câbles et soutien ventilatoire. ”

“ Ce n’est pas quelque chose de très simple à faire. ”

“ ça dépend du patient. La difficulté de mise en place est généralement liée à la compliance du patient, s’il a accepté sa maladie. ”

“ Cela fait partie de notre rôle. ”

“ ça permet de montrer nos connaissances. ”

“ ça dépend surtout du patient et de son parcours lié à la maladie, mais également du temps à disposition pour le mettre en place. ”

“ En théorie, c’est génial et facile mais en pratique ça ne l’est pas tant que ça ”

“ nous avons plus une place secondaire. au niveau du diabète, quand il y a un diabète inaugural, c’est l’infirmière diabétologue qui vient faire l’éducation, et nous on peut faire une partie, mais on sait qu’il y a un relais qui est pris. Elles font le tout et ensuite, c’est le médecin traitant. Nous on intervient plus avant le passage de l’équipe mobile. ”

“ en plus, nous n'avons pas le temps. on n'a pas le temps parce qu'il y a 36 milliards d'autres priorités, par conséquent on ne peut pas avoir cette discussion qui nous mène à savoir quel moyen on peut mettre en œuvre pour l'aider. ”

“ quand on parle d'ETP de manière générale, ça amène de la frustration pour moi, dans le sens où j'aimerais en faire plus, et du coup je m'adapte en appréciant des choses plus ponctuelles par exemple s'il y a une question qui est posée, de pouvoir y répondre, même si c'est trois minutes. ”

“ soit le patient arrive avec des maladies chroniques et sait déjà plein de choses et nous, on fait juste des ajustements, on doit se coordonner avec lui, soit le patient ne connaît pas et c'est des équipes mobiles qui répondent à ces besoins. ”

“ D'abord voir avec le patient ses besoins en ressources, voir ce qu'il sait déjà, ensuite de là, voir ce qu'on peut lui apporter comme ressources extérieures, et en plus se mettre d'accord sur un objectif en lien avec cette éducation, vers quoi il aimerait arriver, et puis ensuite travailler autour de ça durant le temps de l'hospitalisation. ”

“ C'est difficile. ”

“ Ce qui ressort le plus est la question du temps et comment est-ce qu'on va réussir à finalement caser ça dans nos activités du quotidien car c'est difficile de trouver le temps et de le prendre. ”

“ Je pense qu'on a un bagage suffisamment bon pour avoir des outils et on est préparé pour, on est vraiment outillé. L'ETP est quand même un joli morceau du programme bachelor, en tout cas ça l'était il y a deux ans. ”

“ Cela dit, il n'y a pas que des barrières et souvent il existe quand même une ouverture des patients qui sont en général assez rapidement preneurs. Ils sont même souvent en demande d'avoir une compréhension peut être plus fine. ”

“ je sais que l'ETP c'est quand même toujours beaucoup axé sur la maladie chronique mais même lors d'un événement aigu on peut apporter quelque chose peut être dans du plus court terme. ”

“ je suis convaincu de l'ETP et des bénéfices que cela peut avoir. Je pense que c'est un investissement et si l'on arrive à pouvoir prendre ce temps et le faire correctement, on va aussi probablement gagner du temps après car les patients seront peut-être plus autonomes plus indépendants au quotidien. En plus, on risque de les ravoir moins souvent dans les services. C'est un cercle vertueux en quelque sorte. ”

“ On n'arrive pas vraiment à faire l'ETP telle qu'on l'a apprise à l'école, par contre on peut mettre en évidence des problématiques et faire appel à des personnes ressources qui pourront prendre le relais à long terme. ”

“ Nous on peut faire des petits bouts, mais on n'a pas suffisamment de temps à long terme pour voir les résultats. ”

“ C'est donc surtout identifier le besoin orienter vers quelqu'un de spécialisé qui a plus de temps. Les infirmières spécialisées ont plus de possibilités pour mettre en œuvre l'ETP. Il s'agit donc d'éducatrices ponctuelles sur des choses assez précises. ”

“ Dans le milieu psychiatrique où je suis, c'est moins explicite. ”

“ en psychiatrie c'est plus subtil en fait, on ne prend pas un moment exprès pour faire une ETP, ça ne se fait pas naturellement mais informellement, comme ça. A l'école, on nous a beaucoup dit pour le somatique, mais en psychiatrie il y a moins de soins somatiques et on se retrouve plus par rapport à des questions, à des traitements, c'est autrement qu'en somatique. ”

“ Elle peut se mettre en œuvre selon plusieurs formes différentes. Par exemple chez un patient atteint d'HTA, on chercherait à savoir ce que ça veut dire pour lui, on essaierait de voir ce qu'il sait sur le traitement, s'il le considère utile ou pas, comment il vit la situation et voir avec lui comment on peut l'aider dans sa vie, son mode de vie, pour qu'il puisse prendre en charge sa santé le mieux possible. ”

13.9.4.3 *C'est quoi pour vous la posture éducative ?*

“ C'est de se mettre au niveau de la personne qu'on a en face de nous ”

“ comprendre par exemple son niveau de littératie ”

“ Est-ce que on a le même vocabulaire ”

“ Il faut vraiment prendre le temps d'essayer de comprendre ce que la personne est en capacité de comprendre et ce qu'elle a retenu de ce qu'on lui a dit. ”

“ être à l'écoute de la personne. ”

“ C'est centré et sur le patient ”

“ un peu de non jugement ”

“ poser une manière de faire. Oui, c'est plus apporter de l'information tout en respectant où en est l'autre, ”

“ les termes que je vais utiliser ”

“ Il faut aussi que la famille soit présente ”

“ C'est donc un petit peu une façon d'être qui est semblable avec les autres membres de l'équipe ”

“ L'écoute ”

“ ça devient évident que l'écoute est ce qui est le plus important selon moi. ”

“ ça serait de rester professionnel dans cette posture vis-à-vis du patient, ”

“ un enseignement adapté à la personne, c'est pas un cours qu'on va donner au patient mais c'est vraiment faire avec ce qu'il connaît et transmettre les points manquants. Je vois ça comme une posture de transmission en fait, c'est-à-dire combler les besoins que le patient a mais en transmettant nos connaissances. ”

“ donner au patient mais c'est vraiment faire avec ce qu'il connaît et transmettre les points manquants. J ”

“ as juste faire notre travail habituel du quotidien Idéalement, que ça ne soit pas en plus mais faisant vraiment partie intégrante des activités du quotidien. ”

“ C'est une posture d'écoute active ”

“ justement être dans l'exploration des représentations de la personne et, quand on dépasse ce stade d'exploration, de pouvoir fixer des objectifs. ”

“ C'est une posture d'écoute active ”

“ c'est à quel point je m'investis, à quel point je suis disposée de le faire, de m'impliquer pour faire passer un message, la disposition, l'état d'esprit. ”

“ J'essaie toujours de faire d'égal à égal, C'est un partenariat et c'est ça qui fait le lien, qui donne ce lien de confiance. ”

“ C'est partir de ce que dit le patient pour l'aider à avancer sur son chemin ”

“ ne pas arriver en disant je sais ce qui est bon pour vous, écoutez-moi ”

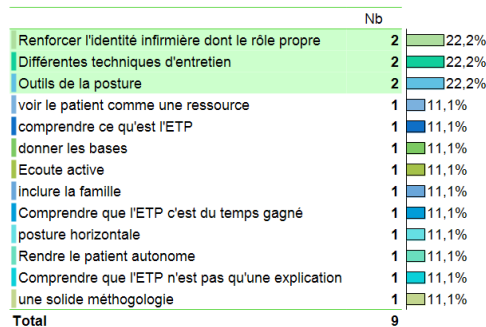
“ on peut l'adopter souvent et se positionner auprès du patient en l'intégrant dans la prise en soins. ”

“ 'est respecter le savoir du patient et faire avec, c'est quelqu'un qui voit son patient comme une ressource. ”

13.10 Les code-book

13.10.1 Formation

En quoi la formation initiale en ETP à la Source vous a-t-elle aidé à mettre en pratique la posture éducative



Qu'est-ce qui dans cette formation a aidé à développer la posture éducative

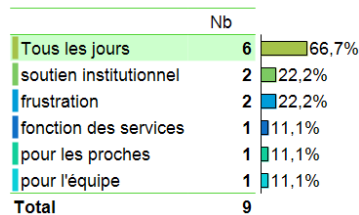


Qu'est-ce qui dans cette formation a limité le développement de la posture éducative ?

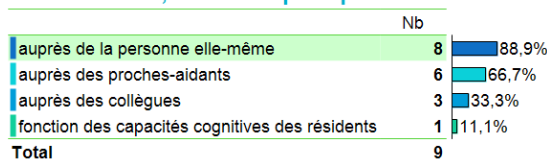
le manque de pratique sur le terrain	1	20%
manque d'apprentissage pour saisir les opportunités éducatives	2	40%
avoir un apport sur les trois ans : une pratique intégrée de l'ETP	1	20%
le côté procédural de l'enseignement de la méthodologie	1	20%
le manque de ciblage sur la psychiatrie	1	20%
total	5	

13.10.2 Pratique

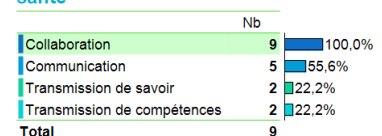
Mettez-vous en pratique l'ETP dans votre contexte de travail



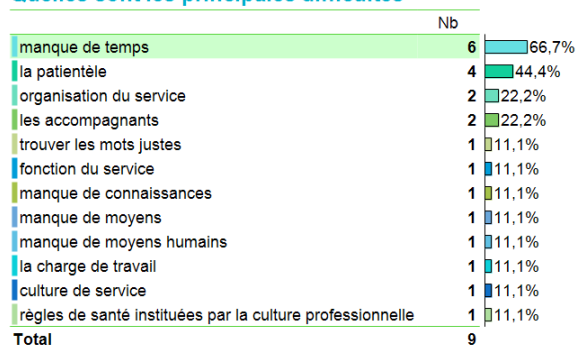
Concrètement, comment pratiquez-vous l'ETP



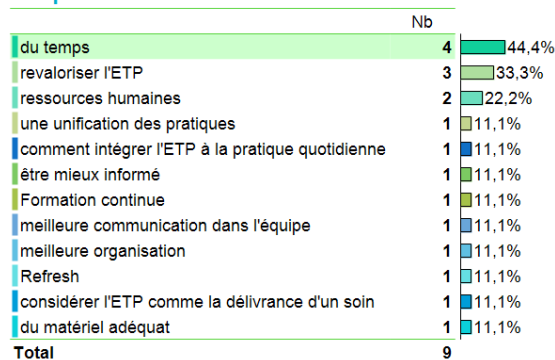
Comment collaborez-vous en ETP avec l'équipe des professionnels de santé



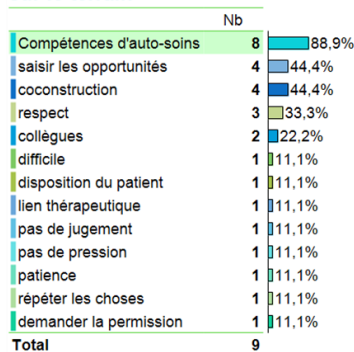
Quelles sont les principales difficultés



De quoi auriez-vous besoin actuellement

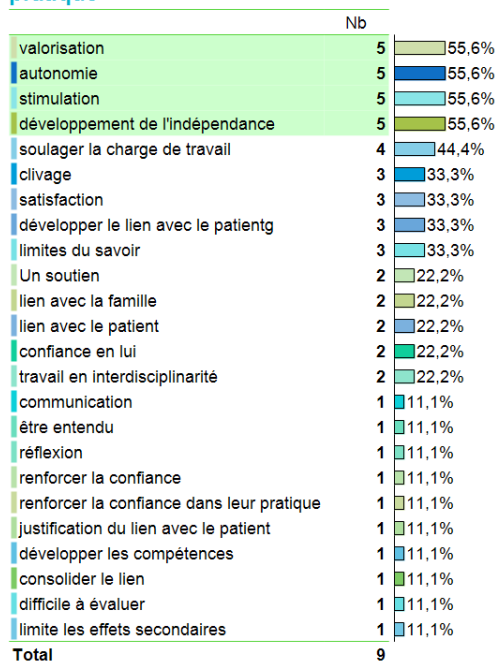


De quelle manière avez-vous expérimenté la posture éducative sur le terrain

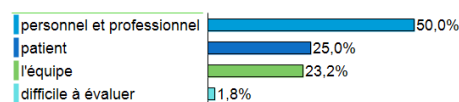


13.10.3 Apport

Qu'est-ce que l'ETP a apporté dans votre pratique

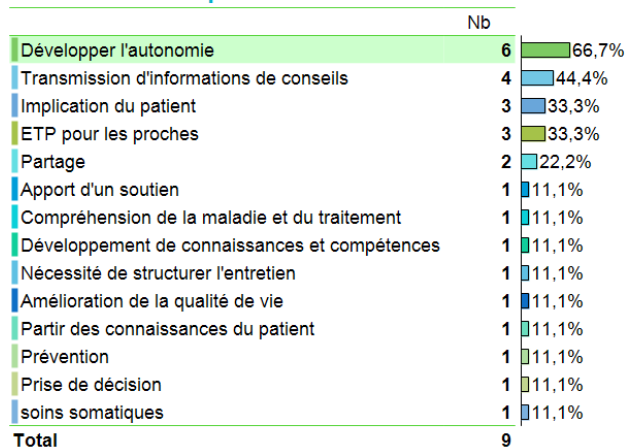


Qu'est-ce que l'ETP a apporté dans votre pratique

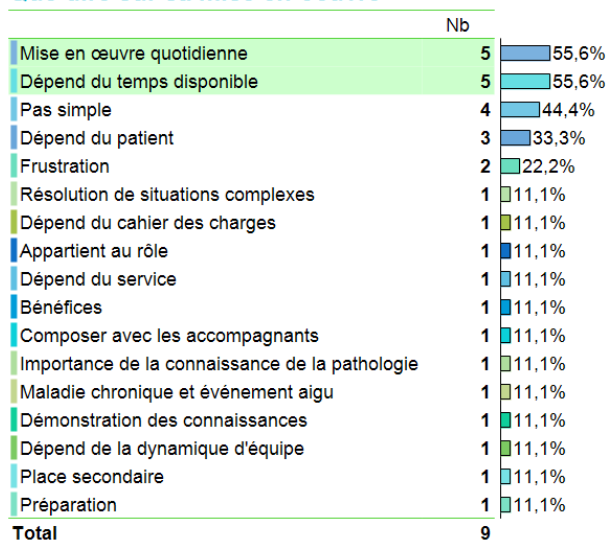


13.10.4 Vision personnelle

Pour vous c'est quoi l'ETP



Que dire sur sa mise en oeuvre



C'est quoi pour vous la posture éducative

	Nb	%
même niveau que la personne	3	33,3%
être à l'écoute	3	33,3%
Respect du savoir du patient	2	22,2%
activité intégrante aux autres activités	2	22,2%
enseigner en comblant les manques C'est partir de ce que dit le patient pour l'aider à avancer sur son chemin	2	22,2%
même vocabulaire	2	22,2%
un même fonctionnement au sein de l'équipe	1	11,1%
être centré sur le patient	1	11,1%
exploration des représentations	1	11,1%
le non-jugement	1	11,1%
degré d'investissement en ETP	1	11,1%
comprendre ce qu'elle a retenu	1	11,1%
ne pas imposer	1	11,1%
présence de la famille	1	11,1%
comprendre son niveau de littératie	1	11,1%
Rester professionnel	1	11,1%
Total	9	

Souhaitez-vous ajouter quelque chose

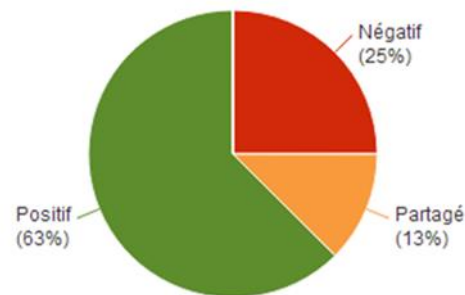
Taux de réponse : 21,4%

	Nb	%
Non	5	55,6%
Rôle autonome de l'infirmier	1	11,1%
témoignage	3	33,3%
Total	9	

13.11 Analyse des opinions

En quoi la formation initiale en ETP à la Source vous a-t-elle aidé à mettre en pratique la posture éducative ? et sur quelles dimensions ?

	%
Négatif	25%
Partagé	13%
Positif	63%
Sans opinion	0%
TOTAL	100%



13.12 Classification statistique : nuage de mots

Pour vous, c'est quoi l'ETP ?



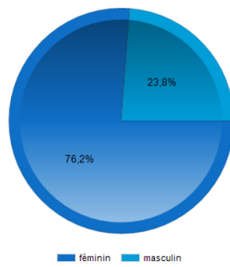
C'est quoi pour vous la posture éducative ?



13.13 Dépouillement du questionnaire

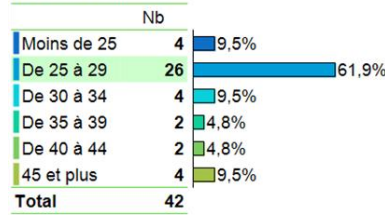
3. Genre

Taux de réponse : 100,0%



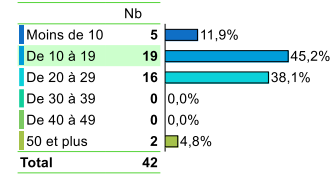
Age

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 30,40
Min = 23 Max = 52



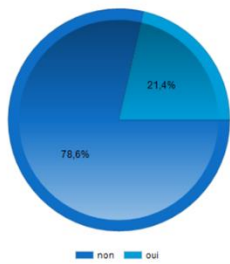
Durée d'activité dans le service (en mois)

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 19,02
Min = 2 Max = 90



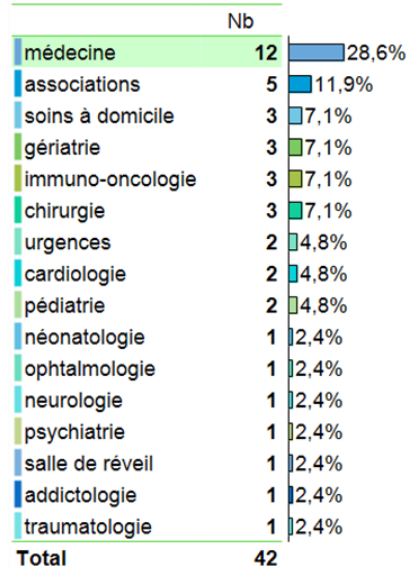
7. Avez-vous participé à l'entretien préalable au questionnaire ?

Taux de réponse : 100,0%



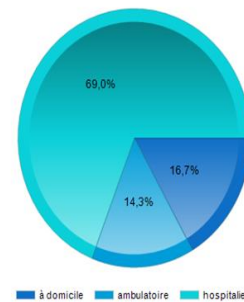
Service

Taux de réponse : 100,0%



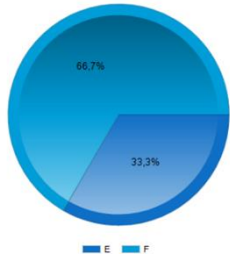
5. Type de service

Taux de réponse : 100,0%



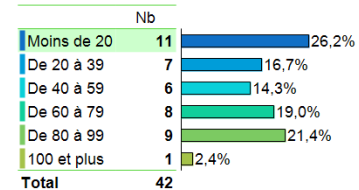
26. Typologie

Taux de réponse : 21,4%



Pourcentage de patients pour l'ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 46,07 Médiane = 50,00 Ecart-type = 31,81
Min = 0 Max = 100

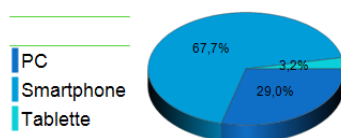


Entretiens : E=étudiants
F=chargée de projet

Moyennes

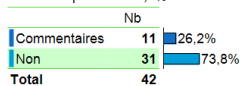
	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Bilan éducatif partagé	3,90
Rôle éducatif intégré	3,88
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducatif clarifié	3,00
Démarche d'évaluation continue	2,68

49- Appareil utilisé pour la saisie



Commentaire

Taux de réponse : 100,0%

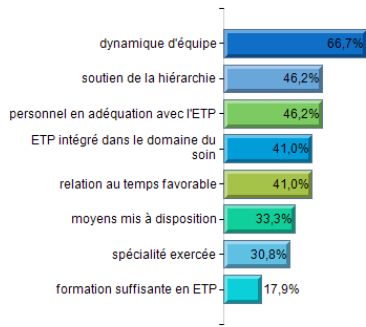


Moyennes 7 dimensions

	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducatif clarifié	3,00

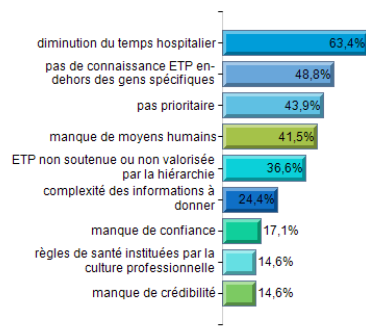
20. Leviers

Taux de réponse : 92,9%



21. Freins

Taux de réponse : 97,6%



Bénéfices pour les soignants

Taux de réponse : 100,0%

Nb	Taux de réponse
oui	40 (95,2%)
pas d'avis	2 (4,8%)
Total	42

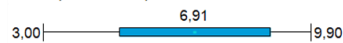
EVA pouvoir d'agir

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 6,10 Médiane = 6,75 Ecart-type = 2,55
Min = 0,50 Max = 9,90



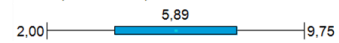
EVA évaluation formation ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 6,91 Médiane = 7,00 Ecart-type = 1,94
Min = 3,00 Max = 9,90



EVA compétence en ETP

Taux de réponse : 100,0%
Moyenne = 5,89 Médiane = 6,00 Ecart-type = 1,83
Min = 2,00 Max = 9,75

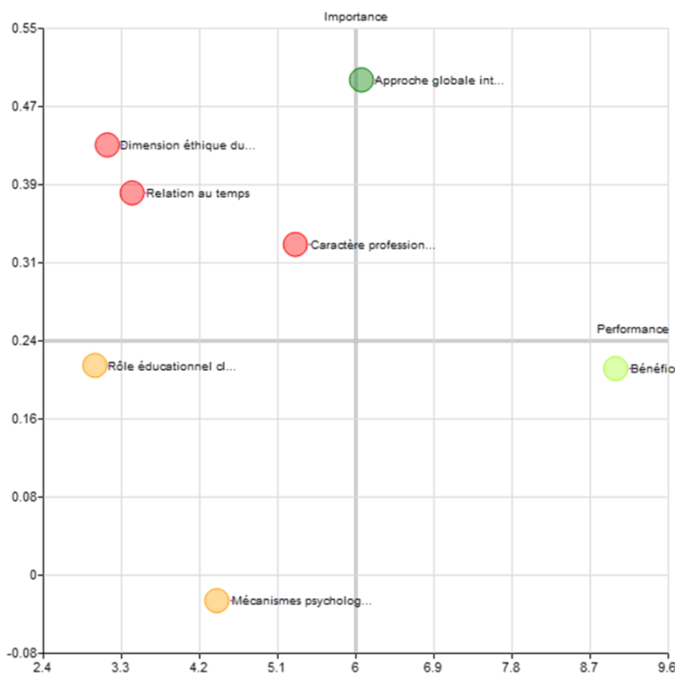


13.14 Matrice importance-performance

Cette matrice est construite par analogie avec celle de l'importance-performance concernant la satisfaction (Ganassali, 2014, p.170). Dans notre cas, on dispose d'une mesure du *pouvoir d'agir*, puis d'une mesure détaillée d'un ensemble de critères identifiés *a priori* comme les composantes partielles (*pouvoir d'agir partiel*), ici les sept dimensions. Cette analyse aboutit à la production d'une carte où chaque critère est placé sur deux dimensions : horizontalement la *performance* et verticalement l'*importance*. La *performance* se mesure par la note moyenne du critère sur l'ensemble des répondants, ici la moyenne sur 10. L'*importance* est mesurée grâce au coefficient de corrélation de chaque critère avec le *pouvoir d'agir* global. Ainsi, selon ces principes de calcul, plus la corrélation est forte entre un critère et la note du *pouvoir d'agir* global (plus elle est proche de 1), plus le critère est lié statistiquement au pouvoir d'agir global et, par conséquent, plus il est important.

La matrice permet d'établir et détailler le *pouvoir d'agir* des répondants et l'importance (le poids) des différents critères évalués selon les sept dimensions. On obtient alors quatre quadrants dont l'interprétation se fait comme suit : en haut à droite les points forts (critères importants et accomplis) ; en bas à gauche la zone neutre (critères pas très bien accomplis mais de moindre importance) ; en bas à droite la zone à maintenir ou de sur-qualité (critères bien accomplis mais de moindre importance) ; en haut à gauche, la zone de progrès ou prioritaire (critères importants insuffisamment accomplis).

Carte des critères



13.15 Tableaux croisés

Ne figurent ici que les tableaux présentant des éléments statistiquement significatifs.

Typologie entretien / genre

	E	F
féminin	1	6
masculin	2	0
Total	3	6

p = 0,02 ; Khi2 = 5,14 ; ddl = 1 (S)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

Type de service / bilan éducatif partagé

	à domicile	ambulatorio	hospitalier	Total
non	3	1	16	20
oui	4	5	5	14
oui partiellement	0	0	8	8
Total	7	6	29	42

p = 0,01 ; Khi2 = 13,12 ; ddl = 4 (S)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

Approche globale interdisciplinaire / âge

	non	oui	oui partiellement
Moins de 25	0	0	4
25 et plus	6	21	11
Total	6	21	15

p = 0,02 ; Khi2 = 7,96 ; ddl = 2 (S)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

EVA compétence en ETP / dimension éthique du soin

	EVA_competence_en_ETP -	EVA_competence_en_ETP =	EVA_competence_en_ETP +
non	8	1	3
oui	0	2	4
oui partiellement	5	13	6
Total	13	6	13

p = 0,005 ; Khi2 = 14,93 ; ddl = 4 (TS)

La relation est très significative.
Répartition en 3 classes (amplitude 1 écart-type) autour de la moyenne
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

Approche globale interdisciplinaire / genre

	non	oui	oui partiellement	Total
féminin	2	15	15	32
masculin	4	6	0	10
Total	6	21	15	42

p = 0,004 ; Khi2 = 11,03 ; ddl = 2 (TS)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

Approche globale interdisciplinaire / dimension éthique du soin

	non (Approche globale interdisciplinaire)	oui (Approche globale interdisciplinaire)	oui partiellement (Approche globale interdisciplinaire)	Total
non (Dimension éthique du soin)	3	6	3	12
oui (Dimension éthique du soin)	0	6	0	6
oui partiellement (Dimension éthique du soin)	3	9	12	24
Total	6	21	15	42

p = 0,05 ; Khi2 = 9,53 ; ddl = 4 (S)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

13.16 Pouvoir d'agir, formation initiale, niveau de compétence : régression linéaire simple

La régression linéaire consiste à produire l'équation permettant de calculer au plus juste la valeur de la variable à expliquer.

On peut ainsi déterminer si la variable analysée (variable explicative) a une influence. Estimation de la valeur de la variable : EVA_pouvoir_agir_en_ETP à partir de la variable : EVA_competence_en_ETP

Estimation de la valeur de la variable : EVA_pouvoir_agir_en_ETP à partir de la variable : EVA_evaluation_formation_ETP

Matrice des corrélations

	EVA_pouvoir_agir_en_ETP	EVA_evaluation_formation_ETP
EVA_pouvoir_agir_en_ETP	-	0,34
EVA_evaluation_formation_ETP	0,34	-

La variable contribue à l'explication (au seuil de 5%) : EVA_evaluation_formation_ETP

Equation du modèle

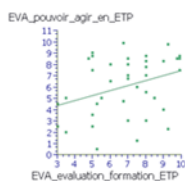
$$EVA_pouvoir_agir_en_ETP = 3,04 + 0,44 * EVA_evaluation_formation_ETP$$

Influence de la variable explicative

	Coefficient	p-value	Coefficient standardisé	Contribution
const	3,04	0,04	-	-
EVA_evaluation_formation_ETP	0,44	0,03	0,34	100,00

Indicateur de la qualité du modèle

Le modèle rend compte de 11,40% de la variance de la variable à expliquer.
Coefficient de corrélation : R = 0,34.
P-value de R : p(R) = 0,03.
Coefficient de Fisher : F = 5,14.
P-value de F : p(F) = 0,01.



Matrice des corrélations

	EVA_pouvoir_agir_en_ETP	EVA_competence_en_ETP
EVA_pouvoir_agir_en_ETP	-	0,45
EVA_competence_en_ETP	0,45	-

Les résultats du modèle de régression linéaire

La variable est influente et contribue à l'explication (au seuil de 5%) EVA_competence_en_ETP

Equation du modèle

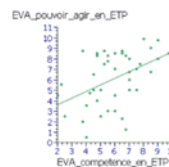
$$EVA_pouvoir_agir_en_ETP = 2,40 + 0,63 * EVA_competence_en_ETP$$

Influence de la variable explicative

	Coefficient	p-value	Coefficient standardisé	Contribution
const	2,40	0,05	-	-
EVA_competence_en_ETP	0,63	<0,01	0,45	100,00

Indicateur de la qualité du modèle

Le modèle rend compte de 20,54% de la variance de la variable à expliquer.
Coefficient de corrélation : R = 0,45.
P-value de R : p(R) = <0,01.
Coefficient de Fisher : F = 10,34.
P-value de F : p(F) = <0,01.



Estimation de la valeur de la variable : EVA_competence_en_ETP à partir des variables : EVA_evaluation_formation_ETP

	EVA_competence_en_ETP	EVA_evaluation_formation_ETP
EVA_competence_en_ETP	-	
EVA_evaluation_formation_ETP	0,29	-

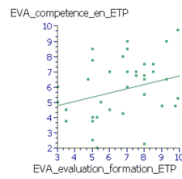
Les résultats du modèle de régression linéaire

Variables sans influence

La variable EVA_evaluation_formation_ETP ne contribue pas à l'explication (au seuil de 5%) de la variable EVA_competence_en_ETP

Indicateur de la qualité du modèle

Le modèle rend compte de **8.70%** de la variance de la variable à expliquer.
 Coefficient de corrélation multiple : R = **0.29**.
 P-value de R : p(R) = **0.06**.
 Coefficient de Fisher : F = **<0.01**.
 P-value de F : p(F) = **<0.01**.



Idealement, tous les points sont alignés sur la droite (100% de la variable est expliquée)

13.17 Tableaux composites

Tableau comparatif des dimensions

	non	oui	oui partiellement
Rôle éducationnel clarifié	14	6	22
Relation au temps	15	9	18
Mécanismes psychologiques	13	14	15
Approche globale interdisciplinaire	6	21	15
Dimension éthique du soin	12	6	24
Caractère professionnel de l'ETP	5	16	21

p = 0,002 ; Khl2 = 27,25 ; ddl = 10 (TS)

Tableau récapitulatif

	Modalité la plus citée
Rôle éducationnel clarifié	oui partiellement
Relation au temps	oui partiellement
Mécanismes psychologiques	oui partiellement
Approche globale interdisciplinaire	oui
Dimension éthique du soin	oui partiellement
Caractère professionnel de l'ETP	oui partiellement

Moyennes 7 dimensions

	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducationnel clarifié	3,00

Moyennes

	Moyenne
Bénéfices observés pour les soignants	9,00
Approche globale interdisciplinaire	6,07
Caractère professionnel de l'ETP	5,31
Mécanismes psychologiques	4,40
Bilan éducatif partagé	3,90
Rôle éducationnel intégré	3,88
Relation au temps	3,43
Dimension éthique du soin	3,14
Rôle éducationnel clarifié	3,00
Démarche d'évaluation continue	2,68

13.18 Pouvoir d'agir : régression linéaire multiple

Les résultats du modèle de régression linéaire

Variables sans influence

5 variables ne contribuent pas à l'explication (au seuil de 5%) :

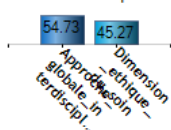
Role_educationnel_clarifie, Role_educationnel_clarifie, Caractere_professionnel_de_ETP, Caractere_professionnel_de_ETP, Demarche_evaluation_continue.

Variables influentes

2 variables contribuent à l'explication (au seuil de 5%) :

Approche_globale_interdisciplinaire, Dimension_ethique_du_soin.

Influences des variables explicatives



Indicateur de la qualité du modèle

Le modèle rend compte de **31.19%** de la variance de la variable à expliquer.
 Coefficient de corrélation multiple : R = **0.56**.
 P-value de R : p(R) = **<0.01**.
 Coefficient de Fisher : F = **8.16**.
 P-value de F : p(F) = **<0.01**.

Les résultats du modèle de régression linéaire

Variables sans influence

9 variables ne contribuent pas à l'explication (au seuil de 5%) :

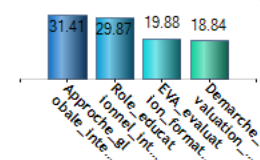
Caractere_professionnel_de_ETP, Mecanismes_psychologiques, Caractere_professionnel_de_ETP, EVA_competence_en_ETP, Pourcentage_de_patients_pour_ETP, Dimension_ethique_du_soin, Relation_au_temps, EVA_competence_en_ETP, Dimension_ethique_du_soin.

Variables influentes

4 variables contribuent à l'explication (au seuil de 5%) :

EVA_evaluation_formation_ETP, Role_educationnel_integre, Approche_globale_interdisciplinaire, Demarche_evaluation_continue.

Influences des variables explicatives



Indicateur de la qualité du modèle

Le modèle rend compte de **50.30%** de la variance de la variable à expliquer.
 Coefficient de corrélation multiple : R = **0.71**.
 P-value de R : p(R) = **<0.01**.
 Coefficient de Fisher : F = **8.60**.
 P-value de F : p(F) = **<0.01**.

D'une médecine centrée sur le patient à une médecine fondée sur la personne

