

Sommaire

INTRODUCTION	1
Etape 1 : Construction de la question de départ	2
Etape 2 : Exploration du thème	2
<u>A - Cadre théorique</u>	2
1. Méthodologie	2
2. Concept d'éducation thérapeutique	3
2.1. Présentation de l'activité d'éducation thérapeutique	3
2.2. Démarche éducative	7
2.2.1. Présentation des étapes de la démarche éducative	7
a / Diagnostic éducatif	7
b / Objectifs pédagogiques et contrat d'éducation	8
c / Méthodes pédagogiques	8
d / Evaluation	10
2.2.2. Analyse de la démarche éducative présentée	11
2.3 Relation éducative	12
2.3.1. Concept d'éducation	12
2.3.2. La relation de pouvoir	13
2.3.3. Questionnement éthique en éducation du patient	14
3. De la relation intersubjective à la communication thérapeutique	15
4. Concept de compétence	16
3.1. Approche étymologique et historique	17
3.2. Concept de compétence, une approche vers la complexité	18
<u>B - Phase pratique</u>	21
1. Méthodologie	21
1.1. Objectifs d'investigation	21
1.2. Sources et instruments de recherche	22
1.3. Planification	22
1.4. Réalisation des entretiens	23
1.5. Analyse des entretiens	23
2. Présentation et analyse des données recueillies	24
2.1. Présentation synthétique de la pratique éducative dans les services	24
2.2. Entretiens avec les cadres de santé responsables des services	24
2.3. Entretiens avec les infirmières du service	25
Etape 3 : Problématique et hypothèse	32
CONCLUSION	34
Bibliographie	
Annexes	

INTRODUCTION

Le thème général de mon travail de fin d'études est l'éducation du patient et plus particulièrement l'éducation thérapeutique. J'ai choisi ce thème de recherche pour plusieurs raisons. Je porte un grand intérêt depuis longtemps pour tout ce qui touche à la relation soignant-soigné. Durant l'ensemble de ma formation, au travers de diverses expériences et de situations observées, cette thématique n'a cessé de m'interroger. C'est à l'occasion d'une conférence sur l'éducation thérapeutique du patient affecté par le VIH¹ réalisée par des infirmiers² que j'ai découvert cette nouvelle approche du patient. Les situations d'éducation vécues durant mes stages me paraissaient alors très distantes de l'approche exposée, voire même à l'opposé de celle-ci. J'ai donc choisi de centrer, durant mes stages ultérieurs, mon observation sur ce temps si particulier de la relation de soin, le temps d'éducation du patient. Par ailleurs, l'éducation du patient m'a paru constituer actuellement un véritable enjeu de société. Cette pratique ne cesse désormais de se développer dans le domaine sanitaire.

Fort de toutes ces motivations, deux situations vécues durant mes stages de deuxième année de formation, m'ont interpellé. Elles ont rendu possible la formulation de ma question de départ. Les différentes lectures réalisées m'ont permis d'identifier les concepts théoriques en jeu. Ensuite, grâce à la phase d'investigation et d'exploration, j'ai confronté ces données au terrain d'exercice infirmier. Enfin j'ai pu envisagé dans une dernière partie, la problématique ainsi que mon hypothèse de recherche.

¹ Virus de l'Immunodéficience Humaine

² Entendre dans l'intégralité du travail de fin d'études : infirmier ou infirmière

Etape 1 : Construction de la question de départ

C'est à la suite de situations vécues en service hospitalier³ que j'ai pu formuler ma question de départ. J'ai observé deux situations dont le dénominateur commun était le soin éducatif, mais dans des contextes de soin très différents :

- Un soin d'éducation d'un patient opéré de l'œil par une infirmière d'ophtalmologie.
- Un soin d'éducation de patients diabétiques par une infirmière de diabétologie.

Ces situations m'ont interpellé à plusieurs niveaux :

- Le comportement du soignant durant ce soin : quelle peut-être l'attitude soignante à adopter pour effectuer ce soin ? Y'a t-il un comportement soignant éducatif ?
- La relation développée : quelles particularités présente la relation éducative ? Quel type de relation soignant soigné faut-il adopter en éducation du patient ?
- La méthode employée : y'a t-il une méthode particulière à utiliser pour réaliser un soin éducatif ? La démarche de soins est-elle applicable en éducation du patient ?
- Les objectifs du soin : quel peut-être le but, la finalité d'un soin éducatif pour le soignant et pour le soigné ? Quels sont les éléments qui signent la qualité du soin ?

J'ai donc souhaité centrer mon travail de recherche sur le soin éducatif auprès du patient hospitalisé. Je n'ai choisi volontairement aucun contexte de soin particulier qui m'aurait permis d'orienter plus précisément ma question de départ. Mon souhait était de m'interroger sur le soin éducatif dans la pratique infirmière en général. Je pense en effet que tout professionnel de santé est confronté à l'éducation du patient, quel que soit son lieu d'exercice professionnel.

Ma question de départ s'est peu à peu éclaircie après consultations d'ouvrages de références sur l'éducation du patient. Ainsi j'ai pu la formuler de la manière suivante : **quelles sont les compétences nécessaires à l'infirmière pour réaliser un soin éducatif de qualité auprès du patient hospitalisé ?**

Ma question contient plusieurs expressions qu'il convient dès maintenant de justifier :

- Compétences : ce terme recouvre le comportement soignant, le savoir-faire, les connaissances, il convient donc parfaitement à ma réflexion.
- Nécessaires : pour effectuer un soin éducatif l'infirmier doit être "armé" de compétences, elles donnent à son action des gages de réussite.
- Qualité : la notion paraît abstraite, subjective et qualifie un type de soin éducatif, une manière "idéale" de réaliser ce soin que j'exposerai dans la seconde partie.

³ Cf. Annexe 1 pour la description détaillée des deux situations de stage observées.

Etape 2 : Exploration du thème

A - Cadre théorique

5. Méthodologie

Devant l'abondance d'ouvrages, d'articles de presse, de recommandations officielles, de sites Internet relatifs à l'éducation thérapeutique, il m'a fallu, avec rigueur, mettre constamment en lien les données produites avec ma question de départ. J'ai également éprouvé la nécessité de faire des abstractions théoriques développées, une connaissance pratique, applicable dans mon activité professionnelle future.

Au vu de ma question de départ, j'ai volontairement scindé le cadre théorique en deux parties distinctes. La première partie développe le concept d'éducation thérapeutique et se décline en trois niveaux. Tout d'abord, il m'a paru essentiel de donner une vue d'ensemble de la pratique d'éducation thérapeutique et de préciser ce que recouvre aujourd'hui cette activité. Puis j'ai choisi de décrire et d'analyser la démarche éducative. Enfin mon travail de recherche m'a conduit à appréhender la relation éducative. Dans une seconde partie, j'expose le concept de compétence et ses applications dans le domaine éducatif.

2. Concept d'éducation thérapeutique

*Si tu veux une année de prospérité, cultive du riz.
Si tu veux dix années de prospérité, cultive des
arbres. Si tu veux cent années de prospérité,
éduque des hommes.*

Proverbe chinois, Guanzi (environ 645 avant J. C.)

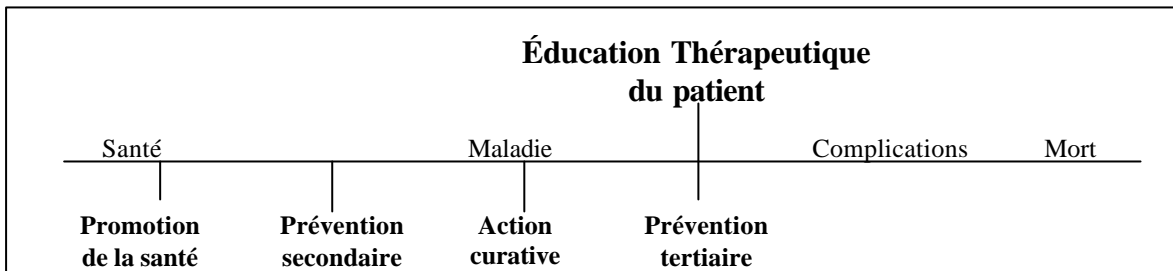
2.1. Présentation de l'activité d'éducation thérapeutique

L'appellation "éducation thérapeutique" est récente. Elle désigne une activité précise qui se démarque des autres pratiques éducatives du domaine sanitaire et notamment de l'éducation à la santé dont elle est issue.

Traditionnellement, les auteurs considèrent l'éducation thérapeutique comme une partie de l'éducation à la santé. Les deux disciplines ont de nombreuses similitudes idéologiques et méthodologiques mais se différencient à plusieurs niveaux. L'éducation à la santé s'adresse à un large public et recouvre tous les domaines de prévention alors que l'éducation thérapeutique appartient exclusivement au domaine de la prévention tertiaire et concerne la

personne porteuse de l'affection. Elle vise à retarder l'apparition et la gravité de complications liées à la maladie.

Le schéma ci-dessous permet de mieux appréhender les deux activités.



L'éducation thérapeutique s'est imposée dans le domaine sanitaire plus tardivement que l'éducation à la santé. Plusieurs phénomènes ont concouru à son développement⁴ :

- L'apparition des maladies dites chroniques nécessitant pour les soignants une approche thérapeutique associant le patient, devenu acteur principal de sa santé.
- La modification profonde du statut du patient, désormais usager des soins possédant et revendiquant des droits et responsabilités.
- Le coût économique important des dépenses de santé et la nécessité de les rationaliser. L'éducation thérapeutique constitue un moyen de réduire ce coût.

Dans ce contexte propice, l'activité éducative tournée vers le patient s'est peu à peu généralisée, comme une nécessité mais le plus souvent de manière spontanée et intuitive par les équipes soignantes qui n'y étaient pas familiarisées. Les appellations multiples pour qualifier l'activité témoignaient alors d'une grande disparité dans les références conceptuelles, les méthodes, les objectifs, et les moyens utilisés. Il paraissait nécessaire de clarifier ces pratiques.

En 1998, l'OMS-Europe⁵ établit, grâce à un comité d'experts, des recommandations officielles⁶ sur cette nouvelle pratique. Elle la définit comme :

" [...] *Un processus continu, intégré aux 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 possible, et*

⁴ J'invite le lecteur à se reporter ter à l'Annexe 2 pour de plus amples explications.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional Europe.

⁶ Rapport de l'OMS-Europe, *Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*, traduit par Alain Deccache dans la revue La Santé de l'homme, n° 341, mai juin 1999, p. 12 à 14

maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie".

Dans ce cadre, l'éducation thérapeutique apparaît comme une activité à part entière, présente tout au long de la prise en charge du patient. C'est à la fois une pratique soignante spécifique avec des outils et une méthode propre que l'on peut assimiler à un acte éducatif distinct des autres soins. Mais aussi une véritable approche soignante mise en œuvre dans la réalisation de chaque soin, qui leur confère une dimension éducative. Elle recouvre également pour les experts de l'OMS plusieurs "*sous-activités*" différentes qui sont complémentaires. On ne peut donc pas assimiler l'activité tout entière à une seule de ces sous-activités. Par exemple, l'information du patient effectuée isolément ne correspond que partiellement à un acte éducatif. Enfin ces recommandations établissent des objectifs de bonne pratique, guidés par des valeurs que l'on peut qualifier d'humanistes. L'élément principal de l'activité est le centrage sur le patient.

Le rapport de l'OMS est une référence fondamentale. Il clarifie l'activité et lui donne un cadre. Néanmoins il ne permet pas de répondre à plusieurs questionnements qui transparaissent au travers de l'analyse de la pratique actuelle.

Il convient, dans un souci de clarté, de compléter cette présentation par deux questions essentielles.

◆ Tout d'abord, à qui s'adresse aujourd'hui l'éducation thérapeutique ?

L'OMS, dans son rapport officiel de 1998, définit une liste de soixante maladies chroniques ou états du malade, où l'efficacité du traitement est déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade. Ces affections ont toutes un caractère chronique. Les publications concernant l'éducation thérapeutique, dans cette continuité, traitent quasi exclusivement des maladies chroniques. Ces maladies nombreuses posent de nos jours un véritable problème de santé publique. On pourrait croire par conséquent que seules ces maladies sont concernées par le champ de l'éducation thérapeutique. Mais en quoi l'approche éducative du patient est-elle spécifique des affections chroniques ? Le patient atteint d'une affection aiguë n'aurait-il pas besoin également du soin éducatif ? L'évolution actuelle en matière de prise en charge des patients tendant notamment à raccourcir le temps d'hospitalisation, rend de plus en plus fréquente l'exécution de soins à domicile effectués par le patient. De plus les patients de plus en plus acteurs de leur santé revendiquent d'être informés et plus largement d'être formés et considérés comme partenaires du soin quelle que soit leur situation. On ne peut donc pas limiter dans ces

conditions l'éducation thérapeutique du patient aux seules affections chroniques. Une approche éducative est à envisager dans un cadre élargi où toutes les affections sont comprises.

◆ Par qui est pratiquée aujourd'hui l'éducation thérapeutique ?

Selon l'OMS, l'usage du terme thérapeutique désigne le fait que cette partie de l'éducation du patient appartient exclusivement aux soignants. Dans un rapport de la DGS en 2000⁷ établissant une série de recommandations en éducation du patient les professionnels de santé, on peut noter que sont concernés par ce champ l'ensemble des professionnels de santé mais aussi "*des intervenants non soignants [...] le patient lui-même, les associations de patients, les travailleurs sociaux*". En effet il est tout à fait paradoxal dans une démarche dont l'objectif est de permettre au patient de devenir responsable et autonome d'écarter par la simple appellation, le patient ou d'autres acteurs dans la réalisation de la démarche.

En ce qui concerne la profession infirmière, on retrouve dès 1978⁸ en France, dans la définition de la fonction infirmière, les soins éducatifs du malade. Actuellement, les deux principaux textes législatifs⁹ régissant la profession, mentionnent l'action d'éducation à la santé et d'éducation du patient comme relevant des compétences infirmières¹⁰. Je retiendrai essentiellement que l'acte éducatif fait partie du rôle propre infirmier et que les soins infirmiers se doivent d'intégrer une dimension éducative. Néanmoins, il n'est pas fait mention dans ces deux textes de l'activité d'éducation thérapeutique du patient. Plusieurs activités éducatives sont désignées mais elles n'apparaissent pas homogènes, comme faisant partie d'une pratique éducative structurée et désignée avec précision. Dans ces conditions, à quel cadre se référer en tant que professionnel de santé pour pratiquer l'éducation du patient ?

On retrouve parmi de nombreux ouvrages et publications récents, les expressions "démarche éducative" ou encore "programme d'éducation thérapeutique". Elles semblent constituer aujourd'hui une véritable référence pour la pratique du soin éducatif auprès du patient. Il paraît incontournable dans une perspective pratique de décrire et d'analyser cette démarche.

⁷ Direction générale de la Santé, rapport consultable sur le site du Ministère de la santé et de la protection sociale à la rubrique Education thérapeutique du patient, à l'adresse Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>

⁸ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relative à la profession d'infirmier ou d'infirmière, article 1 : "[...] En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de formation ou d'encadrement [...]".

⁹ Le décret N°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières et le décret N°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

¹⁰ Cf. Annexe 3 reprenant les références législatives actuelles en matière d'éducation du patient.

2.2. Démarche éducative

La démarche éducative s'est imposée progressivement comme une stratégie d'éducation du patient. Bon nombre de publications et de recommandations officielles la citent et l'associent à la réalisation de l'éducation thérapeutique.

2.2.1. Présentation des étapes de la démarche éducative

La démarche éducative se déroule en quatre étapes successives :

- le diagnostic éducatif,
- les objectifs pédagogiques (ou d'apprentissage) et le contrat d'éducation,
- le choix des méthodes pédagogiques,
- et l'évaluation.

a / Diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif ou (anamnèse éducative) consiste à identifier chez chaque patient, les ressources, les potentialités, les besoins et les difficultés susceptibles d'intervenir dans le processus d'apprentissage. C'est un préalable, comme dans tout processus de soins, permettant au soignant de prendre connaissance du patient et de ses besoins. Mais en matière d'éducation du patient, plusieurs facteurs rendent cette étape incontournable.

Le patient confronté à l'apparition de la maladie se trouve dans une problématique de changement¹¹. Il entame sur un plan psychoaffectif un travail de deuil ou encore appelé expérience de perte qui constitue un véritable remaniement psychique. Selon Anne Lacroix et Philippe Assal¹², *"la survenue d'une maladie est, sans nul doute, un évènement ni choisi ni désiré et qui annonce la perspective d'interventions, de souffrances, de menaces parfois vitales"*. Il est indispensable pour le soignant d'identifier chez le patient le stade d'acceptation de la maladie et d'y répondre. On permet ainsi au patient de pouvoir entreprendre un processus éducatif. Sans cela, il peut être "figé" dans un stade de mise à distance, de refus de son affection et ne peut débiter un processus d'apprentissage sans que celui ci soit voué à l'échec.

Un autre élément doit nécessiter l'attention du soignant. Tout individu structure sa réalité au moyen de représentations (savoir de sens commun), de concepts (savoir d'élaboration plus personnelle) ou de croyances. Ces éléments agissent en éducation comme des ressources, des potentialités favorisant l'acquisition ou comme des obstacles et des facteurs

¹¹ Cf. Annexe 4 développant les deux processus psychoaffectifs de changement.

¹² Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *L'Éducation thérapeutique des patients Nouvelles approches de la maladie chronique*. Éditions Maloine, août 2003, p. 23 à 35

limitant. Ils constituent le savoir de l'apprenant sur lequel s'ancre les nouveaux acquis. Le soignant doit par conséquent faire "l'inventaire" de ces représentations. Il s'agit ainsi d'appréhender les connaissances du patient, son mode de raisonnement et globalement ses capacités cognitives, émotionnelles et affectives.

Enfin établir un diagnostic éducatif favorise et initie la qualité de la relation soignant soigné. C'est un temps d'écoute et de mise en confiance du patient. Le soignant adopte une position réceptive d'écoute active. À partir de là, il a plus de chance d'être à son tour entendu. Le diagnostic une fois établi par le soignant permet d'accéder à l'étape suivante. Néanmoins il n'est jamais définitif et sera complété durant l'ensemble du processus éducatif.

b / Objectifs pédagogiques et contrat d'éducation

Cette étape consiste, à partir du diagnostic éducatif, à formuler des capacités à acquérir pour le patient. Les objectifs, toujours négociés entre l'équipe soignante et l'apprenant, forment dans leur ensemble, le contrat d'éducation.

L'établissement d'objectifs rationalise le processus d'apprentissage et lui donne toute sa finalité. C'est aussi un élément concret, palpable, véritable source de motivation pour l'apprenant. Enfin il alimente un peu plus la relation interpersonnelle puisque chaque contrat est caractéristique de l'individu apprenant.

Cette étape fournit un but mais ne livre pas encore les moyens de sa réalisation.

c / Méthodes pédagogiques

C'est la mise en œuvre de l'enseignement proprement dit. Les méthodes qui permettent l'acquisition du savoir sont très diverses. Plus que l'exposé de telle ou telle méthode, il est intéressant pour la pratique soignante de décrire les principes fondamentaux de l'apprentissage, développés dans le domaine des neurosciences et de la psychologie cognitive.

Tout d'abord, il a été montré que l'apprentissage ne s'opérait qu'au travers de l'acquis, c'est à dire que l'assimilation du savoir nouveau s'établit grâce à l'articulation aux savoirs déjà acquis. Ainsi pour Philippe Meirieu, "*apprendre est une opération curieuse où la mobilisation des acquis permet leur enrichissement [...] on ne construit que sur du*

donné"¹³. Dans cette perspective, le soignant se doit d'établir des liens entre les éléments nouveaux de connaissances et les savoirs déjà présents chez l'apprenant.

Un autre principe fondamental est développé par Philippe Meirieu sous l'appellation de "*situations-problèmes*"¹⁴. Elles désignent selon lui "*une situation didactique dans laquelle il est proposé au sujet une tâche qu'il ne peut mener à bien sans effectuer un apprentissage précis*". Reprenant les travaux de Carl Rogers, il réaffirme que "*le seul apprentissage qu'influence réellement le comportement d'un individu est celui qu'il découvre lui-même et qu'il s'approprie*"¹⁵. L'apprentissage doit ainsi placer le sujet apprenant dans une position active et participative. Le soignant devra faire preuve de créativité et mettre en lien le savoir délivré à un problème clinique ou de la vie courante. L'apprenant va alors analyser la situation, établir des liens et des opérations mentales et résoudre finalement de manière adaptée le problème. L'autre intérêt de ce principe est de partir du concret et de l'agit. Les études ont en effet montré que l'abstraction et la rationalisation naissent toujours du concret (et non l'inverse). Exposer aux patients le mécanisme de l'insuline ou du poumon, même de manière très vulgarisée, peut s'avérer très pauvre en apprentissage.

Enfin, la motivation représente un des principes primordiaux de l'apprentissage. Jean-François d'Ivernois et Cyril Crozet la qualifient de "*source d'énergie*"¹⁶. C'est un processus complexe à la confluence des représentations du patient, de son désir de changement, de l'existence d'un sens pour le patient du processus éducatif et de l'attitude du soignant. Elle conditionne le degré de participation du patient, d'attention, de mémorisation et finalement d'acquisition. Le soignant doit dépister initialement le degré de motivation de l'apprenant par l'écoute et l'enrichit par la constitution d'une relation singulière, par l'établissement d'objectif et d'un contrat d'éducation que l'on peut qualifier de "*projet personnel*"¹⁷. Soutenir la motivation en apprentissage, c'est également dépister les échecs, la lassitude, l'épuisement de l'apprenant et y répondre de manière adaptée.

C'est en mettant en œuvre ces principes que le soignant aura le plus de chance de permettre l'acquisition de compétences spécifiques par le patient. Il lui reste alors à s'assurer que les objectifs fixés soient bien atteints et réalisés.

¹³ Philippe Meirieu, *Apprendre...oui, mais comment*. Éditions ESF, 1987, p. 64

¹⁴ *Ibid.* p. 129

¹⁵ Carl Rogers, *Liberté pour apprendre ?*. Éditions Dunod, 1973, p. 152

¹⁶ Jean-François d'Ivernois et Rémi Gagnayre, *Apprendre à éduquer le patient Approche pédagogique*. Éditions Vigot, 1995, p. 57

¹⁷ Monique Crozier, *Motivation, projet personnel et apprentissage*. Éditions ESF, 1993.

d / Évaluation

Niveaux d'évaluation

Selon Charles Hadji, "[...] évaluer signifie formuler un jugement de valeur sur une réalité, sur laquelle les exigences de l'action ont conduit à s'interroger"¹⁸. Il s'agit donc de mesurer l'écart entre une situation souhaitée (définie par les objectifs éducatifs) et la situation réelle. C'est interroger non seulement les acquis du patient et leurs mises en œuvre, mais aussi le comportement du soignant, l'environnement et l'ensemble du programme éducatif. Les soignants et les institutions privilégient actuellement une évaluation des compétences acquises par le patient. Les critères sont multiples : cliniques, biologiques, sociaux, culturels ou encore économiques. Il s'agit globalement de déterminer si le programme éducatif a permis d'améliorer l'état antérieur du patient, de diminuer l'existence de complications, le nombre d'hospitalisations, de favoriser la prise du traitement... Mais peu d'études évaluent les pratiques et les compétences des soignants¹⁹.

Méthodologie d'évaluation

La démarche éducative se veut tout entière centrée sur le patient. L'évaluation respecte cette philosophie en permettant au patient d'être acteur. Il construit avec le soignant les outils de son évaluation, en fonction de ses propres objectifs et réalise activement cette étape. L'apprenant est au centre du système d'évaluation. Ce type d'évaluation est qualifié dans le domaine des sciences éducatives, de formatrice ou formative²⁰. Elle s'appuie sur la valorisation des acquis et des progrès par le patient, puis sur le repérage et la correction de ses lacunes. Une autre méthodologie souvent retenue est celle d'une évaluation qualifiée de sommative, voire normative. Elle est inspirée des modèles scolaires traditionnels et consiste à mesurer une somme de connaissances, de savoirs acquis par l'apprenant. Les moyens couramment utilisés sont des questions fermées préétablies (telles que des questions à choix multiples). Le soignant confronte les résultats du patient à une grille de réponse (caractère normatif, non différencié). Cette méthodologie a l'avantage d'être standardisée et facile à réaliser pour le soignant. Elle permet également la production de "chiffres", de statistiques. Mais utiliser exclusivement celle-ci expose à certaines dérives. On privilégie notamment l'atteinte d'une norme définie exclusivement par les soignants. Elle s'apparente alors à une démarche prescriptive plus qu'éducative où la volonté est de

¹⁸ Charles Hadji, *L'évaluation des actions éducatives*. Éditions PUF, 1992.

¹⁹ Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *op. cit.*, p. 148 et 149

²⁰ Georgette Nunziati, *Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice*. Cahiers pédagogiques, n° 280, janvier 1990, p. 47 à 64

rendre le patient le plus conforme au modèle admis. Qu'accorde t'on comme place dans ces conditions à la liberté et à la singularité du patient ?

L'éducation du patient doit faire l'objet comme tout soin d'une étape d'évaluation. Mais il importe de bien s'interroger sur les niveaux d'évaluation et sur ce que l'on cherche réellement à évaluer et à réajuster. Enfin la méthode utilisée durant cette étape ne doit pas s'éloigner de la philosophie de la démarche éducative centrée sur le patient au risque de ruiner l'ensemble du processus entrepris.

2.2.2. Analyse de la démarche éducative présentée

La démarche éducative organise la pratique d'éducative auprès du patient. Elle l'inscrit dans un cadre ordonné, méthodologiquement validé et contribuant à une amélioration continue du processus éducatif. Fondée sur des approches diverses telles que les sciences éducatives, la psychologie cognitive, la psychanalyse...elle oriente l'éducation thérapeutique vers une démarche de qualité. Cependant elle présente plusieurs limites.

- Tout d'abord, elle nécessite pour le soignant de respecter rigoureusement la chronologie logique, rationnelle, des étapes et par conséquent de posséder de solides compétences méthodologiques.
- Deuxièmement, elle est inscrite dans le temps et dans le suivi du patient et semble plutôt tournée à priori vers les pathologies chroniques et difficilement adaptables au mode de prise en charge des affections aiguës. D'ailleurs les articles et ouvrages la citant traitent quasi exclusivement des affections chroniques.
- Enfin, elle présente des similitudes apparentes avec la démarche de soins à laquelle les soignants infirmiers sont familiarisés. Cette proximité peut les conduire à appliquer la démarche de soins à l'activité d'éducation au risque de méconnaître toute la spécificité du soin éducatif.

Dés lors l'activité d'éducation thérapeutique ne peut se réduire à la seule utilisation, si compétente soit-elle, de cette démarche. Le fondement de l'éducation thérapeutique réside dans la relation instaurée entre le soignant éducateur et le patient apprenant. L'éducation du patient à son traitement et à sa maladie ne peut s'établir qu'à partir de cette relation. Au-delà de l'outil que représente la démarche éducative, quel que soit son niveau de qualité et de maîtrise par le soignant, le processus relationnel engagé va considérablement influencer le déroulement et le résultat du soin éducatif. Questionner l'efficacité d'un soin éducatif, c'est questionner la qualité et les nécessités de la relation entreprise.

2.3 Relation éducative

"Présenter la santé comme le bien et le fait d'y tendre comme un devoir, c'est les condamner à n'être jamais désirable, seul le possible est désirable, il ne saurait être exigible"

Philippe Barrier, *Pour un libre patient* (2001)

2.3.1. Concept d'éducation

Le concept d'éducation bénéficie d'une abondante littérature et les éléments abordés ci-dessous ne seraient refléter de manière exhaustive l'ampleur du thème.

Étymologiquement issu de deux racines latines, le terme éducation est conçu comme un processus double²¹ :

- "educare" désignant l'action de nourrir, d'avoir soin de.
- "ex ducere" désignant l'action de conduire hors de, de guider, d'élever.

Éduquer serait à la fois apporter des connaissances au sujet mais aussi lui permettre de se développer en tant que personne, de se réaliser.

Dans le domaine des sciences éducatives dans la continuité de cette première approche, les auteurs s'accordent sur la finalité de l'éducation : le développement de l'individu. Noël Sillamy définit²² l'éducation comme "*l'art de développer les qualités potentielles physiques intellectuelles et morales d'une personne*". Ces éléments sont fondamentaux puisqu'ils pointent déjà les enjeux de l'activité. En effet, comment ne pas entrevoir dans le processus éducatif, non seulement les idées d'acquisition de savoir, de connaissances mais aussi celles de normes culturelles et morales. L'individu apprenant par l'intermédiaire de l'éducation se développe, mais ne rejoint-il pas par ce biais un modèle préétabli, conforme aux valeurs et aux normes véhiculées.

Ces éléments ont conduit plusieurs auteurs²³, dans le domaine de l'éducation thérapeutique à opter pour le terme de formation du patient. Selon Guy Avanzini²⁴, "*la formation est l'activité menée en vue de conférer au sujet une compétence qui est d'une part précise et limitée et d'autre part prédéterminée, c'est à dire que son usage est prévu avant qu'elle commence*". L'éducation thérapeutique correspond en effet à un processus d'acquisition par le patient de compétences thérapeutiques, donc à une activité de formation. Mais cela reflète-t-il l'intégralité de la pratique ? L'accompagnement psychoaffectif du sujet apprenant peut-il être qualifié également de formation ? Derrière ce choix d'appellations se cache la réalité d'une pratique qui ne peut éviter certaines dérives.

²¹ Paul Foulquié, *Dictionnaire de la langue pédagogique*. Éditions PUF, février 1997, 2^e édition.

²² Noël Sillamy, *Dictionnaire de psychologie*. Éditions Bordas, 1983.

²³ Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *op. cit.*, p. 93

²⁴ Guy Avanzini, *L'éducation des adultes*. Éditions Anthropos, 1996, p. 9

2.3.2. La relation de pouvoir

La relation éducative met en présence deux individus différents avec d'un côté l'enseignant formateur et de l'autre l'apprenant élève, elle apparaît asymétrique, confrontant l'individu qui sait à celui qui ne sait pas et qui ignore. Selon Charles Hadji²⁵ *"la première prétention de l'éducateur est bien, comme l'écrit pertinemment Descartes, de gouverner celui qui éduque. Gouverner c'est conduire, c'est guider, influencer... c'est intervenir dans le développement d'autrui pour le rendre conforme à certaines normes."* L'action éducative détournée ainsi de ses fondamentaux ne servirait en rien l'apprenant mais plutôt le modèle et les normes qu'elle impose au sujet.

Dans le domaine sanitaire, cette relation de "gouvernance éducative" est très proche de la relation traditionnelle soignant-soigné, qui met en présence un soignant actif possédant le savoir professionnel et un soigné malade passif qualifié de profane. Le soignant fort de son pouvoir de guérison de la maladie impose au soigné des commandements, des prescriptions. Le soigné pour guérir et pour répondre aux exigences de bonne santé doit alors coopérer et se conformer. Dans ce modèle de relation, le soignant éduque le patient pour le rendre compétent, il prescrit des comportements ou des changements d'habitudes chez le patient en transférant son savoir, ses compétences. Son action est par ailleurs tout à fait légitime puisqu'elle vise à éviter chez le patient les complications et à favoriser la qualité de vie. Dans ces conditions, l'éducation consiste pour le soignant à montrer comment faire, comment gérer la maladie, quel comportement avoir, quelle attitude adopter...et fournir au patient en quelque sorte un guide de bonne conduite.

Plusieurs éléments tendent aujourd'hui à démontrer que cette approche ne peut conduire qu'à l'échec. En effet, elle méconnaît tout d'abord, les principes de bases de l'apprentissage et notamment celui de conception préalable du sujet apprenant²⁶. Lors du colloque de Rimouski²⁷ en 1998, l'approche prescriptive en l'éducation du patient a été décrite comme la croyance des professionnels de santé selon laquelle *"des individus vont se soumettre en acceptant les demandes qui leurs sont adressées, en se "compliant" au changement attendu en terme de modifications des comportements et d'habitudes de vie"*. Ce raisonnement conduit à penser qu'il suffit pour le soignant, armé de bonnes convictions, de motivations, d'informer et d'éduquer en utilisant les injonctions, les directives ou les interdits. Fournir une connaissance seule a peu de chance d'entraîner des changements de comportements. Il

²⁵ Charles Hadji, *Penser et agir l'éducation*, Éditions ESF, 1992, cité par Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal.

²⁶ Giordan et Devecchi, *Les origines du savoir*, Éditions Delachaux et Niestlé, 1994.

²⁷ Jacqueline Billon Descarpentries, *La psychologie de la santé et l'éducation pour la santé : une rencontre possible*, revue Recherche en soins infirmiers, n°67, décembre 2004, p. 42

est nécessaire de considérer qu'il existe chez l'apprenant un savoir sur la santé et que celui-ci quel que soit son degré de cohérence, de véracité ou d'exactitude par rapport au savoir du soignant, constitue la structure susceptible d'accueillir de nouveaux savoirs.

A côté de l'inefficacité que peut engendrer cette approche, il existe des risques de dérives idéologiques. L'éducation du patient est centrée dans cette relation de pouvoir sur *'ce qu'il faut donner au patient'*²⁸ et non sur le patient. Il existe une véritable déshumanisation de l'apprenant, beaucoup plus objet que véritable sujet de soin. Le sujet est évité, sa spécificité superflue non entendue. On est plus proche d'un processus d'information ou de persuasion que véritablement d'éducation. L'information et la persuasion sont des méthodes²⁹ appartenant à l'approche prescriptive. Elles évitent les besoins du patient, ses attentes, son vécu et finalement son écoute. La relation éducative doit laisser la place au désir du sujet, lui offrir un espace d'écoute et de reconnaissance.

La relation entre le patient et le soignant est déséquilibrée, asymétrique, puisque l'individu soigné est dans une position de malade. Mais le soignant se doit de restituer cette part d'inégalité et *'le pouvoir et la puissance n'ont de place que dans l'énergie à développer cette créativité, à aider l'autre, à partir de ses attentes et de ses préférences, à retrouver son autonomie, à redonner du pouvoir pour agir à un individu vulnérable et fragilisé'*³⁰. Cette exigence que l'on peut qualifier d'éthique guide notre soin éducatif.

2.3.3. Questionnement éthique en éducation du patient

L'éthique désigne *'l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un'*³¹. Aborder l'éducation du patient à partir du questionnement éthique, c'est fixer à l'activité des principes et des règles, lui donner une légitimité et un sens.

L'éthique interroge la finalité de nos actes. En éducation thérapeutique, il existe un consensus des auteurs sur l'objectif d'autonomie du patient. Elle reste cependant relative quand l'affection du patient est chronique. En effet quel que soit son niveau de formation le malade restera toujours plus ou moins dépendant du système de soins. Néanmoins autonomie ne signifie pas indépendance ou encore auto prescription. Elle se définit littéralement comme la faculté de se donner soi-même la loi de son action (du grec *autos*, soi-même et *nomos*, la loi), c'est la capacité à décider par soi-même. L'éducation constitue

²⁸ Gérard Fitoussi, *Le pouvoir des mots*, revue Soins n°675, mai 2003, p. 37 à 39.

²⁹ Jacques Bury, *Éducation pour la Santé. Concepts, enjeux, planifications*, Éditions De Bock Université, 1988.

³⁰ B.D Coster, *L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agi : donnons du sens à nos pratiques*. Éditions Contact Santé, 2001, p. 166

³¹ Grand Larousse universel, édition 1993.

alors comme l'écrit Philippe Barrier, *'cet apprentissage de la liberté qui s'entraîne à en connaître les obstacles, et à intégrer les principes qui définissent sa fonctionnalité'*³².

L'autonomie et de manière plus large l'ensemble des valeurs humanistes imposent au soignant un référentiel éthique indispensable à l'activité d'éducation. Elles confèrent au patient un statut de sujet, dans toute sa singularité et permet d'instaurer un véritable dialogue, une relation éducative authentique.

2.3.4. De la relation intersubjective à la communication thérapeutique

La relation entre le patient et le soignant en éducation peut s'apparenter à une relation d'accompagnement, de partenariat où le rôle du soignant est beaucoup plus envisagé en terme de médiateur, d'accompagnateur, de facilitateur que d'enseignant ou de "maître à penser". On est proche d'une relation horizontale où le savoir transite d'un point à un autre et où l'enrichissement est partagé. Mais au-delà des préoccupations humanistes, l'exigence d'une relation interpersonnelle répond également aux caractéristiques de l'éducation des patients adultes. Guy Avanzini présente ces particularités³³ :

- Il existe chez l'apprenant *"un contentieux fréquent avec les expériences scolaires passées"*.
- L'éducation entraîne chez l'adulte un *"remaniement de soi"*.
- Elle provoque pour l'apprenant l'impression d'une certaine régression, d'un retour à l'enfance avec un caractère humiliant ou de culpabilité comme une faute à expier.

Plusieurs auteurs ont mis en évidence que de manière spontanée, les professionnels de santé, marqués par leur parcours de formation et d'apprentissage, avaient tendance à reproduire des méthodes souvent inspirées des modèles scolaires traditionnels (le maître avec l'élève, utilisant le cours ex-cathedra). Le risque par conséquent dans ce type de relation, est de renforcer chez l'adulte apprenant cette position infantile d'"éduqué" qui rendrait difficile le processus d'apprentissage.

L'accompagnement en éducation thérapeutique présente deux dimensions étroitement liées:

- un versant pédagogique qui se réfère aux principes fondamentaux de l'apprentissage précédemment évoqués³⁴ et qui développe la démarche éducative,
- et un versant psychologique qui se réfère à la communication thérapeutique et qui développe la relation d'aide, de soutien psychologique.

³² Philippe Barrier, *L'éducation comme apprentissage de l'autonomie*. Revue Soins, n°675, mai 2003, p. 39

³³ Guy Avanzini, *op. cit.*, p. 120

³⁴ Cf. p. 8 et 9

Les principes de la communication thérapeutique sont largement décrits dans la littérature. Ils font souvent référence à la psychologie d'origine rogerienne³⁵ avec l'écoute, l'empathie, l'authenticité, l'acceptation...ou encore en psychologie sociale avec les concepts d'attitude et de comportement. L'écoute³⁶ permet d'entendre l'autre dans toute sa singularité et de lui offrir un espace de reconnaissance de sa position de sujet. En matière d'éducation thérapeutique, elle est donc satisfaisante d'un point de vue éthique, idéologique. Mais surtout elle s'avère efficace, thérapeutique pour le patient. La communication établit dans le processus éducatif constitue la base du soin lui-même. Michael Balint, psychiatre anglais qui a beaucoup écrit sur la relation médecin patient, expliquait³⁷ d'ailleurs que le premier médicament du médecin, c'est le médecin lui-même. On rejoint Brigitte Sandrin Berthon³⁸ affirmant que *"La relation intersubjective qui s'établit entre le patient et le soignant est au service de la relation que le patient entretient avec sa santé"*.

Suite à l'étude de ce concept, je retiendrai plusieurs exigences qui confèrent à l'éducation thérapeutique des critères (que je qualifierai) de qualité :

- ❖ L'utilisation d'une démarche éducative centrée sur le patient se référant aux principes pédagogiques d'apprentissage,
- ❖ La mise en œuvre d'un référentiel éthique constitué de valeurs humanistes comme objectifs, finalité de la pratique éducative auprès du patient,
- ❖ Le développement d'une relation intersubjective d'accompagnement à visée thérapeutique.

³⁵ Fondée par Carl Rogers (1902 - 1987), psychologue américain.

³⁶ J'invite le lecteur à se reporter à l'Annexe 5 présentant les différentes phases du dialogue soignant-soigné.

³⁷ Michael Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*. Éditions Payot, 1988.

³⁸ Brigitte Sandrin Berthon, *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. Éditions CFES, 1999.

3. Concept de compétence

Aujourd'hui le thème de la compétence est incontournable dans le monde du travail. Chaque poste de travail, chaque profil professionnel est défini en terme de compétence. En matière d'éducation thérapeutique, on retrouve dans de nombreux articles, publications diverses et recommandations officielles, le vocable auquel s'ajoutent et se greffent d'autres appellations qui abondent : "acquisition de compétence", "transfert de compétence"...

Face à cette déferlante, une impression première domine : celle que le terme est admis de tous, que tous y adhèrent dans une certaine logique de système, comme une nécessité. Mais peu le définissent clairement. L'économiste Jean Cardinet déclare³⁹ sur ce point "*les diverses équipes qui emploient les termes d'objectifs, de compétences, [...] feraient bien de chercher à expliciter le statut scientifique qu'elles leur donnent... aucun terme dans ce domaine n'est à l'abri de connotations parasites et rien n'empêche un chercheur à utiliser un terme à sa guise s'il prend soin de le définir clairement*". C'est avec ce souci de clarté que je chercherai à définir ce que recouvre actuellement le terme de compétence.

3.1. Approche étymologique et historique

Le mot compétence est inscrit dans le langage courant et se définit⁴⁰ comme "*une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger en certaine matière*". En étymologie le vocable a plusieurs origines : du latin *competens, competere* et de l'indo-européen *pete, pot* (pouvoir). Il prend donc deux acceptions :

- convenir: adapté à, convenable pour (le savoir reconnu par des autres).
- rivaliser : compétition (notion de pouvoir).

Il existe donc un enjeu de pouvoir essentiel. C'est, selon Patrick Rozenblatt⁴¹, "*établir qui est compétent pour donner le sens hiérarchique des rapports que les hommes et les femmes établissent entre eux*". Le professionnel qualifié de compétent est porteur d'un statut et reconnu comme tel par les autres. Il lui confère et lui ouvre un droit, un pouvoir, une reconnaissance mais aussi une responsabilité. Être compétent, c'est également répondre de ses actes. En matière d'éducation thérapeutique, l'utilisation importante du terme dans la littérature renvoie à cette première approche. Le développement des compétences constitue une étape importante dans le processus de reconnaissance et de valorisation de l'activité.

³⁹ Jean Cardinet, *Capacités, compétences et indicateurs : quel statut scientifique ? Evaluation scolaire et pratique*. Éditions De Boeck, 1986, p. 129 à 138.

⁴⁰ Dictionnaire Le Petit Robert, édition 2002.

⁴¹ Patrick Rozenblatt, *Mirage de la compétence*. Éditions Sylepse, 2000.

Je m'éloigne un temps de ces premiers aspects pour situer le concept de compétence d'un point de vue historique. L'utilisation du terme est relativement ancienne mais son usage a profondément évolué face aux mutations qui ont touché le monde du travail. Dans les années 60, l'économiste Katz établit une typologie de la compétence⁴² qui fait encore aujourd'hui référence.

Il définit trois types de compétences :

- les compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique) désignées comme le savoir.
- les compétences techniques (méthodes, processus, procédures, techniques d'une spécialité) qualifiées de savoir-faire.
- les compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles) dénommées savoir être.

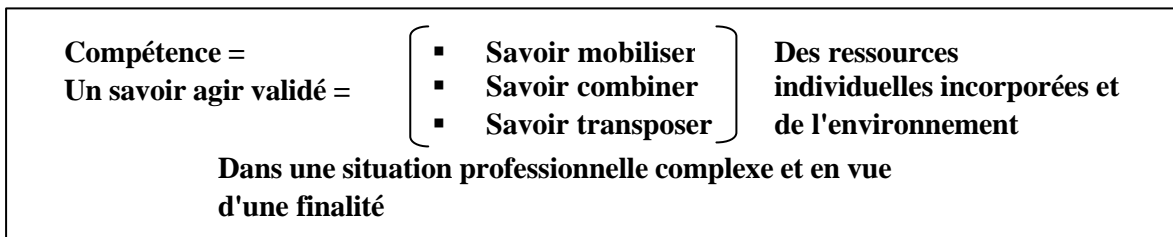
Pour l'économiste, la compétence d'un individu est formée de la somme de ces trois éléments : le savoir, le savoir-faire et le savoir être. Cette approche en terme d'addition a l'intérêt de clarifier et de rendre pratique le concept. Aujourd'hui encore les entreprises et les organisations utilisent cette déclinaison. Mais suffit-il dans le contexte actuel pour un professionnel, quel qu'il soit, de posséder cette liste de savoir, savoir-faire et savoir être pour être reconnu compétent ? Face à des situations de travail de plus en plus complexes, on demande aux travailleurs plus que d'appliquer strictement un mode opératoire, une tâche ou un savoir, de prendre des décisions de manière pertinente avec l'ensemble des ressources dont il dispose, pour réaliser un travail de qualité. Il doit être en mesure de sélectionner les savoirs dont il a besoin, les organiser, les combiner dans une certaine finalité. Ce modèle apparaît désormais insuffisant.

3.2. Concept de compétence, une approche vers la complexité

Guy le Boterf, expert et économiste, nous propose au travers de ces différentes publications⁴³ une exploration théorique de la compétence. Il définit la compétence comme "un savoir agir" construit par le professionnel dans une situation professionnelle donnée. On ne peut pas réduire selon lui la compétence à une simple addition stéréotypée de savoirs. Le professionnel pour répondre aux exigences de son emploi, mobilise, combine et transpose des ressources pour produire une action.

⁴² R.L. Katz , *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, Vol. 51, 1974.

La figure⁴⁴ ci-dessous reprend ces éléments.



Dans ce modèle, la compétence est caractérisée par :

- **Sa singularité** : la compétence relève d'une construction personnelle, c'est à dire individuelle. Dans une situation identique pour une finalité identique, des professionnels pourront faire appel aux mêmes ressources mais les utiliseront toujours dans des combinaisons distinctes. Ainsi les référentiels de compétences doivent être considérés "non comme des moules mais comme des attracteurs"⁴⁵.
- **Sa "contextualisation"** : la compétence n'a de sens que par rapport à une situation professionnelle, c'est "*une intelligence pratique des situations*"⁴⁶. Les situations professionnelles correspondent aux activités à réaliser à un moment donné de manière objective (définies par les exigences professionnelles) et aussi subjectives (la manière dont le professionnel les appréhende et les perçoit). Par conséquent bien avant de définir les compétences nécessaires au professionnel pour exercer telle ou telle activité, il est indispensable de clarifier l'activité auquel elle se réfère.
- **La finalité** : la compétence est tendue vers un but qui donne tout son sens à l'action du professionnel qui agit.

Ces éléments ne suffisent pas à rendre opératoire le concept. Le véritable enjeu actuel pour les entreprises et les organisations est d'établir les conditions nécessaires à l'émergence de la compétence chez les professionnels. Rendre possible l'émergence d'une compétence c'est intervenir, selon Guy Le Boterf, sur trois pôles⁴⁷:

- ◆ **Le savoir agir**, c'est le "savoir quoi faire" qui désigne la capacité d'un individu à répondre aux exigences d'une situation professionnelle. Il est renforcé selon l'auteur par la formation initiale et continue, les entraînements (simulateurs, logiciels, étude de problème), les boucles d'apprentissage (avec objectifs, évaluation et réajustement), la

⁴³ Guy Le Boterf, *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*, Éditions d'organisations, 1995 ou *Compétence et navigation professionnelle*. Éditions d'organisation, 1997.

⁴⁴ Selon Guy Le Boterf, *L'ingénierie des compétences*. Éditions d'Organisation, 1998, p. 69

⁴⁵ *Ibid.*, p. 28

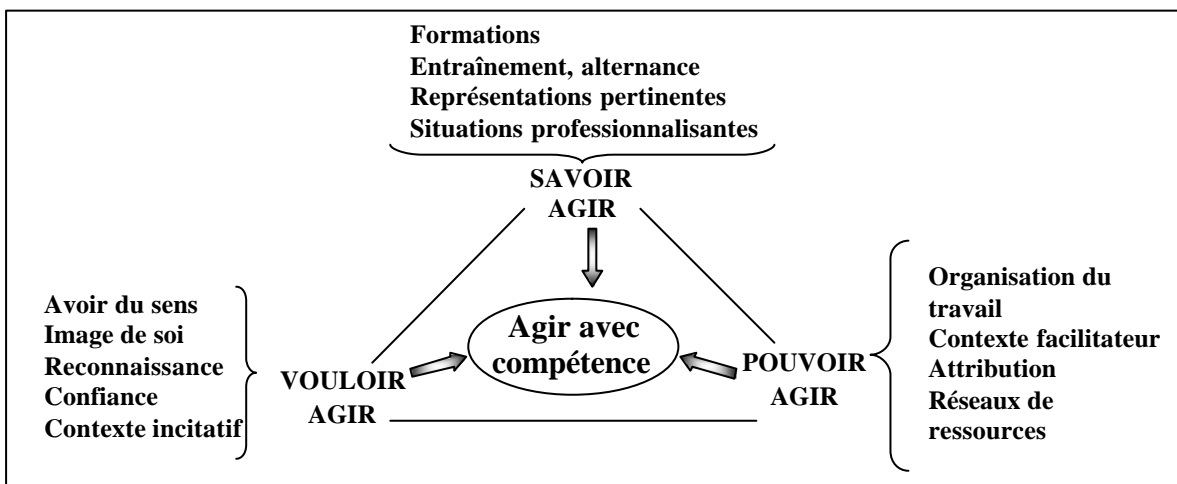
⁴⁶ Philippe Zarifian, *Objectif Compétence*, Éditions Liaisons, 1999.

⁴⁷ Guy Le Boterf, *op. cit.*, p. 196

construction de représentations opératoires (à une activité correspond une combinaison de ressources présélectionnées), les mises en situations professionnalisantes répétées...

- ◆ **Le vouloir agir** qualifie le sens donné à la situation par le professionnel, les enjeux perçus, l'idée que se fait le sujet de son métier... Si j'agis avec compétence, c'est surtout parce que la situation a pour moi un sens, une signification. Derrière le vouloir se trouve alors le besoin, le désir ou encore la motivation. Il est enrichi selon l'auteur par l'existence d'enjeux clairs pour le professionnel (objectifs d'action, finalité dans l'action...), l'image de soi positive et conquérante, un contexte de reconnaissance et de confiance en lien avec l'autonomie accordée et la créativité...
- ◆ **Le pouvoir agir** caractérise l'ensemble des éléments constituant l'environnement de travail qui facilite la réalisation de l'activité ciblée. Il est encouragé selon l'auteur par l'organisation du travail adaptée aux exigences de l'activité, les attributions constituant la marge de liberté et d'initiative nécessaire ("autorité à agir"), l'accessibilité aux réseaux relationnels, de données, de ressources...

Le schéma ci-dessous⁴⁸ rend compte de cette triple résultante :



Dés lors développer les compétences en éducation thérapeutique, c'est intervenir sur le savoir agir du soignant au travers par exemple de la réalisation de formation continue mais aussi prendre en compte les dimensions constitutives au contexte de travail et à l'acte d'éducation thérapeutique, notamment :

- La reconnaissance de l'acte éducatif (par l'institution, les autres professionnels...).
- L'organisation du travail adaptée aux exigences du soin éducatif (contexte facilitateur).

⁴⁸ Selon Guy Le Boterf, *op. cit.*, p. 95

- La construction de cadre de référence sur le plan des représentations en éducation thérapeutique (différenciation des activités d'information, d'éducation, développement de référentiel éthique...).
- Le développement de ressources facilitant la réalisation de l'acte éducatif (outils méthodologiques, pédagogiques...).

B - Phase pratique

1. Méthodologie

*"Comprendre, c'est perdre un peu de soi pour gagner
un peu de l'autre, accueillir l'inconnu
pour se dégager du connu."*

P. Paillé et A. Mucchielli

"L'analyse qualitative en sciences humaines" (2003)

La réalisation d'une phase pratique au sein de mon travail de recherche m'a semblé très longtemps inappropriée à mon questionnement et à ma méthodologie de travail. En effet, devant l'apport conséquent de données bibliographiques, théoriques ainsi que de diverses expériences de stages, une impression dominait : celle d'avoir déjà toutes les réponses à toutes mes questions. Les différents outils d'investigation ne pouvaient alors que m'apporter des données redondantes sans impact significatif dans ma démarche de recherche. Conscient néanmoins de l'intérêt d'investir le terrain pratique, toute la difficulté fut de me mettre réellement et complètement en position de chercheur. C'est à dire de quitter la position de celui qui sait et adopter une attitude d'écoute, de réelle volonté de découverte, de connaissance et de questionnement. L'ensemble de ma phase pratique fut guidé par cette réflexion et ce positionnement.

1.1. Objectifs d'investigation

J'ai ressenti rapidement la nécessité de poser des objectifs d'investigation. Ils me permettaient de donner une intentionnalité à mon travail ainsi qu'un cadre pratique de réflexion. Je les ai réalisés dans le prolongement de la phase théorique, en lien avec ma question de départ. Trois objectifs principaux ont pu être mis en évidence :

- Être capable de situer le soin éducatif infirmier dans un contexte d'exercice professionnel quotidien au niveau de l'environnement de travail quotidien, de l'organisation de l'activité dans le service, pour l'infirmière (organisation des soins), de l'existence de ressources et de contraintes environnementales pour la réalisation du soin éducatif infirmier.
- Analyser chez l'infirmière les différents éléments théoriques et pratiques lui servant de référence (de cadre) dans la réalisation du soin éducatif, sur le plan des représentations utilisées, des concepts théoriques de référence, de la méthodologie éducative ou encore des outils pédagogiques employés.

- Recueillir le vécu infirmier concernant la réalisation du soin éducatif dans sa dimension quotidienne.

Ces éléments m'ont permis de construire mes outils d'investigation et de choisir mes sources et mes instruments de recherche.

1.2. Sources et instruments de recherche

J'ai souhaité revenir sur les terrains de stage de diabétologie et d'ophtalmologie où j'avais pu observer mes deux situations initiales, point de départ de mon questionnement. Il me semblait essentiel d'avoir, en préalable à la réalisation des entretiens et au recueil d'informations, une connaissance pratique du terrain, de l'organisation générale de l'activité, de la réalisation du soin éducatif plusieurs fois observée. De plus, les liens de confiance établis avec les infirmières rendaient propices le recueil de données. Il était enfin tout aussi naturel au regard de ma question de départ et des orientations prises durant mon travail de fin d'études, d'orienter mon enquête auprès des infirmières exerçant dans ces services.

Concernant l'instrument de recherche, l'entretien m'a semblé le mieux adapté à ma phase pratique. Il donne plus que tout autre instrument, accès au vécu et aux représentations des personnes interrogées et facilite l'étape d'exploitation. J'ai choisi par ailleurs de réaliser deux entretiens par service :

- Un entretien structuré sous forme de questions semi-ouvertes avec le cadre de santé responsable de l'unité afin de mieux appréhender le contexte général de réalisation du soin éducatif.
- Un entretien libre sous forme de questions ouvertes avec une infirmière.

1.3. Planification

Cette étape a été ponctuée de difficultés qui m'ont contraint à réajuster ma stratégie d'exploration. Le service d'ophtalmologie s'est montré tout à fait disponible et ouvert à mon investigation. Les rendez-vous ont été posés rapidement et l'accueil fut chaleureux. La prise de contact avec l'unité de diabétologie fut plus difficile. J'ai été confronté à des réticences voire des refus relatifs à mon investigation. Les raisons évoquées étaient multiples (peu de disponibilité, manque de personnel, trop de charge de travail...) et rendaient défavorables un recueil d'information de qualité. J'ai donc fait le choix d'une autre stratégie de recherche.

En mars dernier, une infirmière de l'unité d'urologie était venue à l'IFSI⁴⁹ réaliser une intervention concernant l'auto-sondage vésical dans le cadre du module d'urologie. A la suite de ce cours, en lien avec mon thème de recherche, j'avais pu échanger chaleureusement avec cette infirmière. Suite aux difficultés rencontrées, j'ai décidé de prendre contact à nouveau avec cette infirmière. Je lui ai présenté mon travail de recherche et mon souhait d'effectuer plusieurs entretiens avec elle ainsi qu'avec le cadre du service. Sa réponse fut immédiatement positive et les entretiens réalisés la semaine suivante.

Plusieurs éléments néanmoins me paraissaient faire obstacle au recueil de données : l'absence de connaissance pratique des soins infirmiers effectués dans ce service, de l'organisation de travail, du contexte professionnel, des pathologies rencontrées et surtout des caractéristiques des patients concernés par les soins d'auto-sondage. Il m'a donc paru indispensable d'explorer davantage ces éléments durant les entretiens.

1.4. Réalisation des entretiens

J'ai pu réaliser mes entretiens selon un même déroulement dans les deux services hospitaliers. Les entretiens avec le cadre de santé et avec l'infirmière de l'unité ont été effectués le même jour et à la suite l'un de l'autre. Chaque entretien fut enregistré grâce à un magnétophone, dans un lieu calme et durant une trentaine de minutes à chaque fois. L'ensemble des questions fut réalisé préalablement avec mes objectifs posés et mes choix d'outils d'investigation.

Les deux infirmières interrogées me connaissaient professionnellement, préalablement à mon investigation. Une relation de confiance, d'écoute s'était donc déjà établie et rendait possible un recueil de données subjectives, personnelles.

1.5. Analyse des entretiens

Suite à la réalisation des entretiens, j'ai choisi d'effectuer un traitement qualitatif des données empiriques récoltées en deux étapes :

- ↳ une phase de condensation (ou regroupement) des données,
- ↳ puis une phase d'interprétation des résultats.

⁴⁹ Institut de Formation en Soins Infirmiers

2. Présentation et analyse des données recueillies

2.1. Présentation synthétique de la pratique éducative dans les services

	UROLOGIE	OPHTALMOLOGIE
Type de soin éducatif effectué dans le service	Education à l'auto-sondage vésical	Education de personnes opérées de l'œil avant leur sortie définitive
Objectifs du soin	Acquisition par le patient : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De la capacité à réaliser la vidange vésicale par sondage plusieurs fois par jour ▪ Des règles hygiéno-diététiques 	Acquisition par le patient : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De l'administration de collyre ▪ De la surveillance et prévention des complications ▪ Du respect des conseils hygiène de vie
Population concernée par le soin	Le plus souvent patient porteur d'une affection chronique	Le plus souvent patient avec affection aiguë

2.2. Entretiens avec les cadres de santé responsables des services

L'entretien effectué sous forme de questions semi-ouvertes avec le cadre du service m'a permis de mettre en lien les données recueillies auprès des infirmières des services avec l'environnement professionnel. Le tableau ci-dessous présente les questions posées durant l'entretien et les données recueillies.

	Cadre du service d'urologie	Cadre du service d'ophtalmologie
Y'a-t-il au sein du service une organisation particulière pour réaliser les soins éducatifs ?	OUI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient hospitalisé durant une journée pour le soin d'éducation ▪ Soins éducatifs effectués en premier par l'infirmière de consultation connaissant préalablement le patient puis par les infirmières du service 	NON <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient hospitalisé pour son intervention sur l'œil ▪ Soins éducatifs effectués par l'infirmière du service du jour avant la sortie du patient
Existe-t-il des outils pédagogiques utilisés durant le		OUI Une feuille d'information avec les conseils à suivre, les symptômes anormaux pouvant survenir en post-
Des outils d'organisation spécifiques à la pratique éducative ?	NON / OUI <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas d'éléments spécifiques à l'éducation utilisés par l'infirmière de manière courante ▪ Existence de protocoles développés par la cellule qualité du CHU d'Angers, consultables par les infirmières du service 	NON Utilisation des outils déjà présents au sein du dossier de soins du patient comme la feuille de recueil des besoins du patient, de transmission ou encore l'utilisation des cibles éducatives ou des diagnostics infirmiers éducatifs
Un environnement spécifique à la réalisation du soin éducatif ?	NON La salle de consultation ou la chambre du patient	NON Soins effectués dans la chambre du patient

Des formations à l'éducation du patient pour les infirmières du service ?	OUI Des formations internes développées par les infirmières du service en vue d'améliorer les pratiques et d'établir des référentiels de bonne pratique	NON Existence de formations continues mais non spécifique à l'éducation du patient
---	--	---

Globalement nous pouvons constater qu'il existe dans ces deux services :

- Une faible différenciation du contexte de réalisation du soin éducatif.
- Un faible développement de supports pédagogiques pour l'éducation (privilégiant les supports d'information seule).

Les services se différencient néanmoins sur plusieurs points. Le service d'urologie se caractérise par :

- ✓ Une organisation plus spécifique pour le soin éducatif, plus formalisée sous la forme de journée d'hospitalisation. Le patient est accueilli par l'infirmière de consultation qu'il connaît déjà (puisqu'elle est présente durant la consultation médicale d'annonce du diagnostic et de la nécessité d'auto-sondage). Elle effectue un premier temps de formation du patient. Puis les infirmières du service durant la journée le rencontrent à nouveau et poursuivent le processus d'apprentissage. La démarche mise en œuvre témoigne d'une réflexion sur les nécessités du processus éducatif mais aussi sur les spécificités du soin d'auto-sondage en urologie (mise en confiance très importante du patient et respect rigoureux de son intimité).
- ✓ Une formation interne à l'éducation du patient qui permet en outre d'obtenir une cohérence des infirmières du service dans la pratique du soin.

Les éléments exposés sont en lien avec le type de soin éducatif réalisé, les objectifs visés et la population concernée. D'un côté en urologie, il s'agit de former un patient à se prendre en charge à vie, à accepter sa maladie et à effectuer des soins vitaux et complexes. De l'autre en ophtalmologie, le soin consiste à permettre au patient d'effectuer un soin relativement peu complexe durant un temps déterminé et à éviter certains comportements et habitudes de vie pendant quelques jours.

2.3. Entretiens avec les infirmières du service

J'exposerai dans cette partie les différentes questions posées durant les entretiens et à la suite de chacune d'entre elle, les réponses obtenues, condensées et l'analyse correspondante.

J'utiliserai la légende correspondante : [Infirmière d'urologie](#) / [Infirmière d'ophtalmologie](#)

1) Dans votre contexte d'exercice quotidien, quels sont les éléments qui vous paraissent défavorables (freinateurs) et les éléments favorables (moteurs) à la réalisation d'un soin éducatif de qualité ?

FREINS	MOTEURS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'environnement de réalisation "<i>pas toujours calme</i> ", "<i>souvent dérangé</i>" ▪ Le temps trop court de formation du patient ▪ L'organisation informelle du soin "<i>pas une priorité</i>", "<i>entre les rendez-vous</i>" ▪ Les représentations de certaines infirmières "<i>l'impression qu'elles ont de perdre leur temps</i>" ▪ L'absence de formation initiale ▪ Les soins curatifs sont prioritaires "<i>les soins éducatifs sont entres</i>" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les années d'expérience ▪ L'existence de congrès d'urologie confrontant les pratiques ▪ La présence continue de la même infirmière de l'annonce du diagnostic au processus d'apprentissage ▪ L'évolution de la demande du public en terme d'autonomie ▪ Le travail en équipe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le manque de temps pour effectuer le soin éducatif, un temps d'hospitalisation très court ▪ Une charge de travail trop importante pour l'infirmière qui doit réaliser en priorité ses autres soins ▪ L'absence de réflexion d'équipe ▪ La difficulté à faire une évaluation par manque de temps ▪ L'absence de reconnaissance de l'acte éducatif notamment par les médecins "<i>jamais on entend un médecin nous dire assurez-vous qu'il sait mettre ses gouttes</i>" ▪ L'absence de prise en compte du soin éducatif dans la charge de travail "<i>ce n'est pas comptabilisé réellement, ce qui est comptabilisé c'est préparer les opérés par exemple</i>" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'environnement en chambre seule présente dans le nouveau service ▪ L'évolution de la demande du public en terme d'information et d'autonomie

Globalement pour les deux infirmières interrogées nous remarquons :

- Une majorité d'éléments défavorables perçus (douze réponses défavorables sur dix-huit cités). Mais aussi (n'apparaissant pas dans ce tableau), les éléments freinateurs sont cités d'emblée par les deux professionnels, à la suite de la question (indépendamment de sa formulation) et de façon très massive (en bloc). Ils sont de plus identifiés comme tels par les infirmières. Les éléments moteurs sont énoncés en dernier ou au fur et à mesure des autres questions posées durant l'entretien. Ils ne sont pas rarement désignés comme favorables à l'exercice éducatif par l'infirmière (c'est mon analyse qui les attache aux éléments moteurs).
- Des thèmes récurrents⁵⁰ :

⁵⁰ Relativement similaires à ceux décrits par la Direction Générale de la Santé dans son enquête *Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999*, en collaboration avec la Direction des hôpitaux, C. Fournier, D. Mischlich, Pr. A. Deccache, auprès de 1271 hôpitaux.

- Au niveau des éléments défavorables : le manque de temps, les représentations et modèles conceptuels, l'organisation du soin éducatif et la charge du travail.
- Du côté des éléments moteurs : la demande du public.
- Des thèmes qualitativement similaires. En effet les éléments défavorables appartiennent dans leur quasi-totalité au quotidien immédiat de l'infirmière alors que les moteurs sont plus à distance de l'exercice et de l'agit. Ils appartiennent peu au contexte d'exercice quotidien. Il y a donc peu d'éléments moteurs perçus au sein de l'institution qui rendraient possible un exercice éducatif de qualité.

Comparativement, on constate qu'il existe un déséquilibre plus grand chez l'infirmière d'ophtalmologie qui perçoit une quantité plus importante de frein à l'exercice éducatif que l'infirmière d'urologie (deux éléments favorables pour huit nommés au total). Le contexte de prise en charge aiguë semble peser plus lourdement dans la difficulté de réalisation du soin éducatif.

L'exercice éducatif dans ces services apparaît d'emblée difficile à mettre en œuvre par les infirmières et encore plus dans le service où les affections sont aiguës. Les éléments défavorables constituent par leur nombre important et leur vécu difficile, autant d'obstacles, de freins à la pratique éducative. Parallèlement les infirmières perçoivent peu de ressources disponibles dans l'environnement et celles-ci, quand elles existent, semblent éloignées de leur quotidien d'exercice.

2) Quelles différences faites-vous entre l'information, l'éducation et la persuasion du patient ?

Information	<i>"c'est expliquer le but, l'intérêt, ce que ça va pouvoir leur apporter"</i> <i>"c'est fournir des données de manière brute, non personnalisée"</i>
Éducation	<i>"c'est le geste à apprendre"</i> <i>"c'est la personnalisation de l'information"</i>
Persuasion	<i>"c'est influencer le patient et chercher qu'il fasse contre son grés quelque chose"</i> <i>"c'est donner des ordres [...] au risque de provoquer l'angoisse chez le patient"</i>

Les éléments cités présentent un caractère :

- **Empirique et subjectif** : le sens donné à ces trois activités est personnel. L'information est perçue avec tantôt une connotation positive tantôt négative. L'éducation est connotée positivement par les deux infirmières. Alors que la persuasion est décrite négativement.
- **Faiblement en lien avec les concepts théoriques** : globalement les données recueillies ne font pas référence à un modèle, à une approche théorique particulière.

Elles ne sont que faiblement ou partiellement en lien avec les concepts théoriques étudiés plus haut.

- **Très ancré dans l'agir, le faire** : l'activité est perçue dans sa partie pratique, il n'y a pas évocation des différentes étapes en amont ou en aval.
- **Centré sur la méthode** et non sur le patient : quel que soit le type d'activité, l'infirmière présente l'activité en se centrant sur le processus en jeu. Le patient n'est pas présent dans les réponses.
- **Prescriptif** : l'ensemble des réponses obtenues appartient à l'approche prescriptive, le soignant prescrit des comportements de santé. Les méthodes vont différer sur la manière dont elles sont réalisées et non sur la philosophie et les valeurs engagées.

3) Quelle méthode utilisez-vous pour réaliser le soin éducatif ?

- Temps d'analyse et d'observation du patient au cours de l'annonce du diagnostic médical au patient
 - Temps de "conseil, d'écoute et d'apprentissage" durant la journée d'hospitalisation ; avec évocation de la maladie et de son acceptation par le patient
- Absence d'outil spécifique utilisé par l'infirmière et notamment d'élément écrit (peu d'utilisation des feuilles de transmission)
La méthode est personnelle, elle est "propre à celui qui la réalise"
Il existe une trame, un fil conducteur mais jamais quelque chose de très précis :
" Le but c'est d'y arriver !"

La démarche évoquée par l'infirmière d'urologie est une méthode personnelle, subjective, qui ne se réfère pas à un cadre objectif. Son développement apparaît intuitif.

Elle s'apparente à une démarche logique comme la démarche de soins infirmiers et ne diffère pas véritablement du soin infirmier courant.

Les différents temps décrits ne correspondent que partiellement et incomplètement à la démarche éducative :

- Le temps de diagnostic éducatif qui vise notamment à identifier les représentations du patient vis à vis de sa maladie est perçu comme un temps de recueil de données (qui orienteront le processus d'apprentissage).
- Il n'y a pas d'étape d'élaboration d'objectifs éducatifs et de contrat éducatif.
- Les méthodes employées ont un caractère psychopédagogique (écoute, conseil, apprentissage).
- L'étape d'évaluation n'est pas nommée ici et rattachée à la démarche utilisée.

Comme l'a confirmé le cadre de santé du service, on ne retrouve pas de support méthodologique spécifique. L'infirmière utilise faiblement les outils d'organisation présents

dans le service. Le processus de raisonnement, de réflexion et de clarification de la pensée est, semble-t-il, intériorisé, l'effort dirigé sur l'objectif fixé.

- Temps d'analyse des capacités gestuelles, de la compréhension et des ressources environnementales par l'observation, le questionnement : *"est-ce que la personne peut le faire ou pas ?"*
 - Temps de démonstration dans un environnement calme, avec sensibilisation et mise en confiance.
 - Temps de réalisation par le patient du geste.
- "Vous êtes capable...Je vous montre...On prend le temps de...Et vous devez faire".***

L'approche méthodologique, citée par l'infirmière d'ophtalmologie, est également subjective. Il n'y a pas de références théorique et objective. Par ailleurs, elle est à nouveau proche d'une démarche de soins infirmiers.

Les étapes décrites sont différentes de la démarche éducative :

- ◆ Le premier temps correspond à un temps de recueil des données qui permettent à l'infirmière d'orienter son discours au plus près du patient.
- ◆ L'étape suivante correspond à la méthode employée pour effectuer l'apprentissage du patient. C'est un temps d'imitation après démonstration par l'infirmière.
- ◆ Enfin il n'y a pas d'étape d'évaluation mentionnée par l'infirmière.

La phrase surlignée apparaît très proche d'une formule toute faite, bien établie. Le "vous" utilisé est dépersonnalisant, valable pour tous sans distinction aucune. Enfin la dernière partie employée *"et vous devez faire"* s'apparente à un ordre, quasi militaire.

4) Comment vous assurez-vous de la qualité de votre soin éducatif ?

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▫ Contrôle toute la journée du geste réalisé plusieurs fois par le patient.▫ À distance durant les rendez-vous de consultation, contrôle du geste, du cahier mictionnel.▫ <i>"le sourire du patient"</i> à l'issu du soin. | <ul style="list-style-type: none">▫ Évaluation avec répétition du soin par le patient et questionnement sur la compréhension.▫ À distance par la clinique <i>"si l'œil est inflammatoire, c'est qu'il y a quelque chose qui n'a pas été acquis"</i>. |
|--|---|

Pour les deux professionnels, qualité rime avec évaluation. Il s'agit d'une évaluation du patient et de l'impact du soin éducatif sur son comportement, sur la clinique présentée ou encore sur l'absence de complications.

Elle repose sur des critères d'observation subjectifs comme "le sourire" et ne se réfèrent pas à un support écrit ou à un instrument d'évaluation validé, développé et utilisé par l'ensemble des professionnels de santé du service.

Concernant la méthodologie sous-jacente, l'évaluation se réfère à un modèle préétabli, prédéfini par le "pôle" soignant comme une norme. Elle n'est pas établie au regard de la

spécificité du patient et avec lui. Il s'agit d'observer le soigné et de mesurer l'écart qu'il peut exister avec le soin considéré comme "correct" par l'infirmière.

5) Quelles difficultés personnelles rencontrez-vous dans votre pratique d'éducation ?

- Les patients qui n'acceptent pas le soin et qui refusent de réaliser eux-mêmes le soin
- La difficulté émotionnelle à vivre "*ces situations d'échec*"

L'infirmière d'urologie évoque ici des situations où le processus d'apprentissage n'aboutit pas et les qualifie "d'échec". Elle exprime ensuite sa difficulté à les vivre.

Le terme "échec" a un sens très fort, il qualifie une activité qui n'a définitivement pas réussi. L'échec est attaché au refus du patient d'effectuer ses soins de manière autonome. Refus qui serait causé selon l'infirmière par une non-acceptation du soin. Hors la connaissance du processus psychoaffectif d'acceptation de la maladie et du changement de situation nous montre que ces situations de mise en échec de l'apprentissage sont souvent symptomatiques de l'adoption par le patient d'une position de déni, de distanciation de l'affection. Il ne s'agit donc pas véritablement d'un refus du soin mais plutôt de la maladie. Ces situations doivent être exploitées par le professionnel.

On perçoit également dans cette réponse un autre niveau d'analyse. L'échec évoqué semble correspondre plus à un échec d'ordre personnel, difficile à vivre, que celui du patient. Comme s'il reflétait l'incapacité de l'infirmière à "éduquer". Le vécu s'ancre une nouvelle fois dans un modèle où le patient apparaît peu acteur de son apprentissage et donc peu responsable des situations où il n'aboutit pas.

- Utilisez des mots justes, ne pas avoir d'hésitation, et établir "*une relation claire*"
- Le manque de temps
- Le manque de formation initiale en éducation
- Le manque d'évaluation de sa pratique éducative

L'infirmière d'ophtalmologie identifie plusieurs difficultés qui appartiennent à la fois à son environnement professionnel, à sa formation et à sa pratique éducative. Elle identifie également la nécessité dans le soin éducatif d'avoir une relation "*claire*" avec le patient, autrement dit authentique.

6) Comment percevez-vous votre rôle éducatif infirmier ?

<i>"ça m'apporte beaucoup" "c'est un bien ce que j'ai put leur apporter, leur dire, cela leur améliore la vie de tous les jours" "ce n'est pas la rengaine [...] y'a toujours quelque chose de nouveau"</i>	<i>"ce n'est pas la priorité pour 'infirmière" "c'est le summum, c'est que j'ai eu le temps de faire l'ensemble du rôle sur prescription" "c'est mettre fin à la routine [...] c'est la créativité, l'ouverture relationnelle"</i>
---	--

Le soin éducatif est vécu de manière très enrichissante sur un plan professionnel et personnel par les deux professionnels. Elles l'opposent au soin routinier. Le soin éducatif constitue ainsi une véritable ressources incorporées pour les deux infirmières pour l'ensemble de leur exercice professionnel quotidien.

Nous retiendrons finalement de cette partie pratique plusieurs points :

- L'environnement professionnel perçu par les infirmières apparaît lourd de contraintes pour la réalisation du soin éducatif et faiblement porteur de ressources.
- La démarche éducative est subjective, peu formalisée et l'évaluation caractérisée également par sa subjectivité, son coté normatif et centrée sur les acquisitions du patient.
- L'approche éducative est ancrée dans la prescription de comportement et focalisée sur la méthode et non sur le patient.
- La relation éducative est par conséquent plus transversale qu'horizontale.
- Le soin éducatif est vécu comme très enrichissant sur un plan professionnel et personnel. Il constitue une ressource pour l'exercice infirmier au quotidien.

Etape 3 : Problématique et hypothèse

Tout d'abord, quelles sont les diverses perspectives mises en évidence au travers de cette exploration ?

- L'éducation thérapeutique apparaît à la fois comme une dimension particulière de tous soins infirmiers et comme un acte distinct, le soin éducatif du patient. Elle n'est pas spécifique des seules affections chroniques. Par conséquent, il est nécessaire pour tout soignant, compte tenu des évolutions actuelles dans le domaine sanitaire et social, de maîtriser et d'utiliser cette approche thérapeutique, selon les besoins du patient, quelle que soit l'affection qu'il présente.
- Le soin éducatif nécessite une démarche méthodologique et pédagogique se différenciant de la démarche de soins infirmiers et d'un modèle scolaire traditionnel. Cette approche est centrée sur le patient et effectuée selon les principes psychopédagogiques de l'apprentissage.
- La relation éducative constitue le fondement du soin éducatif. Elle s'apparente à une relation de partenariat (ou d'accompagnement) où l'écoute active précède le libre apprentissage. Les valeurs éthiques guident le professionnel et le mettent à l'abri des dérives infantilisantes et déshumanisantes (modèle prescriptif de comportement) de la relation soignant soigné.
- Les compétences éducatives du soignant sont spécifiques au soin éducatif, d'ordre méthodologique et pédagogique, et également non spécifiques, de type psychoaffectif. On ne peut continuer à raisonner en terme de compétences "nécessaires" au professionnel pour une situation donnée. Il s'agit avant tout d'analyser les nécessités et la finalité de la situation professionnelle, c'est à dire du soin éducatif dans un contexte donné. Puis de mettre en œuvre ces éléments dans le contexte professionnel afin de favoriser la construction de compétences qui resteront toujours individuelles. L'investigation pratique nous montre un environnement hospitalier peu propice à la construction de compétences éducatives. La motivation si grande soit-elle du professionnel et la demande grandissante du public ne seraient suffire seules à l'élaboration de compétences éducatives.
- Le soin éducatif concerne tous les professionnels de santé. Si on ne réserve qu'à quelques professionnels de santé la possibilité de devenir compétent en éducation thérapeutique (par exemple en leur donnant les conditions environnementales favorables ou en les formant spécifiquement), on risque à terme de cloisonner

hiérarchiquement l'activité. La compétence prise dans sa dimension de pouvoir, ne sert qu'incomplètement les exigences de développement généralisé de l'approche soignante éducative.

Quelle est la perspective retenue et l'hypothèse de recherche ?

Éduquer pour mieux soigner, c'est prendre en compte la dimension éducative présente dans chaque soin, les besoins du patient en éducation et les nécessités environnementales du soin éducatif. C'est permettre à tout professionnel infirmier de construire ses compétences éducatives de manière individuelle en lui donnant les moyens favorisant l'émergence de celles-ci.

Par conséquent, comment permettre à tout professionnel infirmier de construire dans un environnement donné, dans un service donné, ses propres compétences éducatives ? Quels sont les éléments à mettre en œuvre dans un contexte professionnel pour favoriser chez l'infirmier l'émergence de compétences éducatives ?

J'é mets l'hypothèse suivante : le soin éducatif centré sur le patient et plus largement la dimension éducative des soins infirmiers ne pourront véritablement se développer chez les infirmiers que lorsque les conditions d'émergence des compétences éducatives seront réunies.

CONCLUSION

Beaucoup plus qu'une somme de connaissances éloignées et peu opérationnelles, j'ai cherché, au travers de la réalisation de ce travail de fin d'études, à rendre pratique et concret un exercice éducatif complexe. Je ne sais pas aujourd'hui où j'exercerai demain et quelle sera ma trajectoire professionnelle. C'est donc avec beaucoup d'intérêt et de conviction que j'ai pu mener cette recherche. Elle m'a permis d'orienter mon approche soignante sur le patient, véritable sujet de soins et de prendre en compte toutes les limites d'un exercice soignant proche d'une relation de pouvoir, de diktat.

L'éducation thérapeutique est une activité nouvelle dans le domaine sanitaire. Elle est aujourd'hui indispensable dans l'exercice infirmier quotidien. Cette pratique nécessite l'application d'une démarche d'accompagnement du patient pour construire, avec lui, une réponse originale, individuelle vers une plus grande autonomie, une plus grande responsabilité vis à vis de sa santé et de sa maladie. Afin de permettre le développement d'un soin éducatif authentique, l'enthousiasme et la motivation des soignants ne seraient suffire. L'éducation thérapeutique n'est pas seulement un soin précis, c'est également une véritable philosophie moderne du soin au service du patient et aussi de notre activité professionnel en général. Mon investigation pratique menée dans le cadre de ce travail et de nombreuses situations vécues en stage m'ont profondément interpellé. Les bénéfices de l'activité d'éducation thérapeutique sont réels mais encore faudrait-il pour qu'elle se développe et donne la pleine mesure de son efficacité et de sa qualité, lui donner les moyens nécessaires.

Bibliographie

Concernant l'éducation

1. Dictionnaires

- Foulquié P., *Dictionnaire de la langue pédagogique*. Éditions PUF, 1997, 2^e édition.
- Rey A., *Dictionnaire historique de la langue française*. Éditions Petit Robert, 2000.
- Sillamy N., *Dictionnaire de psychologie*. Éditions Bordas, 1983.

2. Ouvrages

- Avanzini G., *L'éducation des adultes*. Éditions Anthropos, 1996.
- Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*. Éditions Payot, 1988.
- Buckman R., *S'asseoir pour parler - L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. InterÉditions, 1994.
- Bury J., *Éducation pour la Santé. Concepts, enjeux, planifications*. Éditions De Bock Université, 1988.
- Coster B.D , *L'empowerment ou le développement du pouvoir d'agi : donnons du sens à nos pratiques*, Contact Santé, décembre 2001.
- Crozier M., *Motivation, projet personnel et apprentissage*. Éditions ESF, 1993.
- Giordan et Devecchi, *Les origines du savoir*. Éditions Delachaux et Niestlé, 1994.
- Hadji C., *L'évaluation des actions éducatives*. Éditions PUF, 1992.
- Hadji C., *Penser et agir l'éducation*. Éditions ESF, 1992.
- Lacroix A. et Assal J-P, *L'Éducation thérapeutique des patients Nouvelles approches de la maladie chronique*. Éditions Maloine, août 2003.
- Meirieu P., *Apprendre...oui, mais comment*. Éditions ESF, 1987.
- Rogers C., *Liberté pour apprendre ?*. Éditions Dunod, 1973.
- Rogers, *Le développement de la personne*. Éditions Dunod, 1970.
- Rogers, *La relation d'aide en psychothérapie*. Éditions ESF, 1971.
- Sandrin Berthon B., *L'éducation pour la santé des patients : une triple révolution*. Éditions CFES, 1999.

3. Rapports officiels

- Rapport de l'OMS Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action, 2003, consultable à l'adresse Internet : [http : //www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)
- Rapport de la Direction Générale de la Santé, Recommandations en éducation du patient, 2000.
- Rapport de l'OMS-Europe, *Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*, traduit par Alain Deccache dans la revue *La Santé de l'homme*, n° 341, mai juin 1999.
- Direction Générale de la Santé, enquête *Les pratiques en éducation du patient dans les établissements de santé français en 1999*, en collaboration avec la Direction des hôpitaux, C. Fournier, D. Mischlich, Pr. A. Deccache, auprès de 1271 hôpitaux.

4. Articles de revues

- Jacqueline Billon Descarpentries, *La psychologie de la santé et l'éducation pour la santé : une rencontre possible*. Revue Recherche en soins infirmiers, n°67, décembre 2004.
- Philippe Barrier, *L'éducation comme apprentissage de l'autonomie*. Revue Soins, n°675, mai 2003, p. 39
- Gérard Fitoussi, *Le pouvoir des mots*. Revue Soins n°675, mai 2003, p. 37 à 39
- Philippe Barrier, *Pour un libre patient*. Revue La Santé de l'homme, n°355, sept-oct 2001, p. 51
- Charles Hadji, *De la légitimité d'éduquer : développement, valeurs, éthique*. Revue Recherche en soins infirmiers, n°20, mars 2000.
- Georgette Nunziati, *Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice*. Cahiers pédagogiques, n° 280, janvier 1990.
- Szasz et Hollender, *A contribution to philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationships*. Archives of internal medicine, n°97, 1956.

5. Sites internet

- Dossier Éducation thérapeutique du patient, à l'adresse Internet : <http://www.sante.gouv.fr/> (Site du Ministère de la Santé et de la Solidarité).
- Recommandations de l'ANAES, Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent, à l'adresse Internet : <http://www.anaes.fr/>

Concernant la compétence

- Dictionnaire Le Petit Robert, édition 2002.
- Cardinet J., *Capacités, compétences et indicateurs : quel statut scientifique ? Evaluation scolaire et pratique*. Éditions De Boeck, 1986.
- Katz R. L., *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, Vol. 51, 1974.
- Le Boterf G., *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Éditions d'organisations, 1995.
- Le Boterf G., *Compétence et navigation professionnelle*. Éditions d'organisation, 1997.
- Le Boterf G., *Développer la compétence des professionnels*. Éditions d'Organisation, 2002.
- Rozenblatt P., *Mirage de la compétence*. Éditions Sylepse, 2000.
- Zarifian P., *Objectif Compétence*. Éditions Liaisons, 1999.

Annexe 1 : Situations de départ observées

Soin éducatif post chirurgical en ophtalmologie avant la sortie du patient

Le soin éducatif s'effectue quelques minutes avant la sortie du patient. Il s'agit de former le patient à reconnaître les symptômes anormaux pouvant se manifester suite à l'intervention et de favoriser l'adoption de conduite appropriée.

Auparavant l'infirmière a prévenu le patient, le matin même, qu'elle lui remettrait "*les papiers de sorties*"⁵¹ avant son départ. Ce moment est choisi comme temps de formation.

Le soin est réalisé dans la chambre du patient, en présence de sa compagne.

L'infirmière rentre dans la chambre, s'assoit près d'une table à quelques mètres du patient et lui dit "*j'ai quelques consignes à vous donner*". Puis elle lit sa feuille (reprenant les recommandations élaborées par le service et données à toutes les patients opérés) en regardant parfois le patient assis près du lit. Elle ne regarde jamais la conjointe du malade. Elle termine en demandant "*Avez-vous des questions ?*". Le patient regarde sa femme et répond négativement au soignant. L'infirmière lui remet alors les papiers de sortie et lui souhaite un bon retour. L'entretien aura duré une dizaine de minutes.

Je constate dans les semaines suivantes la répétition du "contenu" éducatif au mot près pour d'autres patients et pour une même pathologie.

Soin éducatif du patient diabétique hospitalisé

Le soin éducatif s'effectue durant l'hospitalisation du patient diabétique. Il s'inscrit dans un programme éducatif étalé sur une semaine, sous la forme de séances d'éducation quotidiennes se déroulant généralement en début d'après midi. Les patients hospitalisés dans le service sont "invités" à participer à ces séances (les infirmières leurs rappellent le fait qu'il existe une prescription médicale) mais au final, leur présence reste toujours facultative. Le programme des séances est affiché dans chaque chambre et est présenté au début de chaque hospitalisation.

J'ai choisi de présenter la séance d'éducation sur le pied diabétique. En début d'après midi juste après les transmissions, un membre de l'équipe infirmière effectue le tour des chambres pour avertir les patients concernés du début imminent du cours. Les patients se rendent s'ils le souhaitent dans la "salle de cours" telle qu'elle est nommée. L'éducation sur le pied diabétique est réalisée chaque semaine le même jour et généralement par la même infirmière (les autres cours sont effectués le plus souvent par l'infirmière de journée qui termine donc sa journée après la séance).

L'infirmière invite tout d'abord les patients à s'exprimer sur ce qu'ils savent du pied chez le diabétique. Puis elle expose les manifestations possibles du diabète sur le pied en montrant des photos, explique le mécanisme de formation de ces complications en échangeant régulièrement avec les patients (avec verbalisation des inquiétudes régulièrement par les patients sous la forme d'opinions personnelles). Puis vient le moment des conduites à tenir, l'infirmière donne les recommandations pour éviter toutes ces complications, montre les éléments à utiliser quotidiennement et les gestes à éviter. Elle s'assure régulièrement de la bonne compréhension des patients sous forme de questions fermées telles que "*Vous avez bien compris ?*" Les patients échangent peu entre eux et les échanges s'effectuent le plus souvent entre l'infirmière et un patient donné. A la fin de la

⁵¹ Les mots ou phrases entre guillemets correspondent aux propos retranscrits des infirmières.

séance, elle demande une nouvelle fois s'il y a des questions. Tout le monde peut alors sortir. La séance aura duré quarante-cinq minutes.

L'évaluation de l'ensemble du processus de formation se matérialise en fin de semaine sous forme de questionnaire constitué de questions à choix multiples reprenant l'ensemble des savoirs transmis pendant toute la semaine par les intervenants. Ce questionnaire est distribué en fin de semaine par une infirmière du service, aux patients concernés. Ils répondent à "tête reposée" à toutes ces questions. La séance d'évaluation a lieu le vendredi après midi. Sur les six patients hospitalisés en début de semaine seul deux sont présents (les autres sont sortis avant). Ce temps consiste à reprendre chaque question et la réponse choisie par le patient. L'infirmière "*corrige*" les erreurs éventuelles commises par les patients et reprend par une explication verbale détaillée (exemple : le mécanisme physiologique de l'insuline) la non-compréhension de ces connaissances.

Annexe 2 : Un aboutissement épidémiologique, social et économique

Sur un plan épidémiologique, on assiste dans les années 80 à un développement important des maladies dites chroniques. Elles présentent des caractéristiques communes qui ont été décrites par Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal⁵² :

- Le plus souvent, elles sont non guérissables (non curables).
- Silencieuses en dehors des crises.
- D'évolution incertaine.
- Pouvant être liées au mode de vie.
- Avec l'existence de faibles liens entre les plaintes et les données biologiques.
- Et la persistance des épisodes douloureux s'ils existent.

Ces affections requièrent une prise en charge spécifique qui ne peut s'apparenter à celle des troubles aiguës. Le malade vit quotidiennement avec son trouble, il doit gérer son traitement et les facteurs susceptibles d'intervenir sur l'évolution de son état. C'est l'acteur principal de sa prise en charge. Son comportement dans cette situation est déterminant et conditionne l'évolution du trouble et la qualité de vie. Par conséquent, la relation soignant-soigné ne peut s'effectuer sur le mode traditionnel actif-passif et devient une relation dite participation mutuelle⁵³ où le patient est capable de prendre en charge sa maladie, ses soins, et de prévenir ses complications de santé. Pour cela il doit bénéficier d'un apprentissage par les soignants et acquérir des compétences spécifiques.

D'un point de vue sociologique, le statut du patient s'est profondément modifié en quelques dizaines d'années. Au sens étymologique, le patient qualifie "*la personne qui supporte avec constance les défauts d'autrui et qui souffre sans murmurer les adversités, les contrariétés*"⁵⁴. Aujourd'hui les professionnels de santé sont plutôt amenés à rencontrer un patient acteur de sa santé qui réclame attention, écoute, information et participant de manière active à sa prise en charge. On observe ainsi une exigence de plus en plus grande en matière d'information de santé, de consentement éclairé, de qualité de soins, de participation aux décisions médicales, de respect, de dignité... Et les divers dispositifs législatifs dans le domaine du droit du patient ou droits de l'utilisateur consacrent cette évolution. Il est désormais plus pertinent d'utiliser le terme d'utilisateur de soins ou encore de citoyen de santé pour qualifier l'individu patient. Dans ce contexte, le soignant doit associer le soigné à sa prise en charge et le considérer comme un partenaire du soin possédant droits et responsabilités.

Enfin au niveau économique, l'éducation thérapeutique s'est imposée progressivement au travers des différentes publications scientifiques et médicales comme une approche incontournable. Les bénéfices prouvés sont multiples. Il s'agit globalement d'une diminution du coût sanitaire, d'une amélioration nette du rapport coût-efficacité des dépenses de santé engagées.

La plupart des publications scientifiques s'intéressent au domaine des maladies chroniques:

⁵² Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *op. cit.*, p. 64

⁵³ Szasz et Hollender, *A contribution to philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationships*, Archives of internal medicine, n°97, 1956, p. 585 à 592

⁵⁴ Alain Rey, *Dictionnaire historique de la langue française*, éditions Petit Robert, 2000.

- Pour les patients asthmatiques⁵⁵, l'éducation du patient diminuerait de :
 - ✓ 80% le nombre de visites en urgence.
 - ✓ 75% le nombre de crises (états aigus).
 - ✓ 50% le nombre d'arrêts de travail.
 - ✓ 50% du coût global du traitement.
 - ✓ 20% le nombre d'hospitalisation.

- Pour les patients diabétiques, elle diminuerait de :
 - 80% les comas hyperglycémiques⁵⁶ et 50% des comas acidocétosiques⁵⁷.
 - 75% des amputations du membre inférieur⁵⁸.
 - 50% l'apparition ou la progression de la rétinopathie et d'insuffisance rénale⁵⁹.

- Pour les patients hypertendus, elle réduirait de :
 - 20 à 30 mm de Hg la pression artérielle en améliorant l'observance médicamenteuse⁶⁰.
 - 30% la mortalité à cinq ans⁶¹.

Parallèlement, plusieurs études ont établi que l'observance médicamenteuse des traitements prescrits pour les maladies chroniques posait problème dans les pays développés. Selon un rapport⁶² récent de l'OMS près de 50% seulement des malades chroniques respecteraient leur traitement. Cette non-observance du traitement, définie communément comme le manque d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales, entraîne des complications de l'état de santé, diminue la qualité de vie des patients et provoque également un coût économique plus important pour la société. Elle serait liée, selon l'étude, à un manque de formation des soignants qui n'apporteraient pas une aide suffisante et adaptée aux besoins des patients. Le rapport concluant que l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies : "*C'est un investissement rentable, qui permettra d'éviter des dépenses excessives aux systèmes de santé déjà à la limite de leurs capacités et améliorera la vie des malades chroniques*".

⁵⁵ J-P Assal, A Golay, *Leçons à tirer de l'éducation du patient*, International Congress on treatment of chronic diseases, Genève, juin 1994.

⁵⁶ Miller, Goldskin, *More efficient care of diabetic patients in country hospital setting*, revue N. Engl. Med., 1977.

⁵⁷ Selon le Dr Oberkampf, Directrice de l'Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicales, revue Objectif Soins, n°109, octobre 2002.

⁵⁸ Davidson, *Clinical Diabetes Mellitus*, éditions Thieme, 1991, p. 128

⁵⁹ DCCT Study, revue N. Engl. Med., 1993.

⁶⁰ Nessman et al., revue Arch. Int. Med, 1980.

⁶¹ Morisky et al., *Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients*, revue Public Health, 1993.

⁶² Rapport de l'OMS Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action, 2003, consultable sur le site de l'OMS à l'adresse Internet : http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf

Annexe 3 : Législation infirmière et éducation

On retrouve dans les deux principaux textes législatifs concernant la profession infirmière plusieurs références au sujet de l'éducation.

- Le décret N°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières,

Dans l'article 20 : *"L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, **d'éducation de la santé**, de formation ou de recherche, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation [...]"*

- Le décret N°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier,

- Article 1 : *"L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation [...] et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et **d'éducation à la santé** [...]"*.
- Article 2 : *" Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade [...] dans le respect des droits de la personne, dans le **souci de son éducation à la santé** et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologique, économique, sociale et culturelle [...]"*.
- Article 5 : *" Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants [...] Aide à la prise des médicaments [...] **surveillance de leurs effets et éducation du patient** [...]"*.
- Article 14 : *" L'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : [...] **Formation, éducation**, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des **soins de santé primaires et communautaires** ; **Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité** [...]"*.

Annexe 4 : Acceptation et distanciation de la maladie

Reprenant les travaux psychanalytiques de Mélanie Klein et les publications de Elisabeth Kubler-Ross sur le travail de deuil, Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal reconnaissent qu'il existe deux processus psychoaffectifs différents chez les patients confrontés à la maladie⁶³.

- ◆ **Le processus d'intégration** caractérise un fonctionnement normal d'acceptation de la maladie avec une phase de choc suivi d'un remaniement psychique (ou phase du travail) évoluant vers l'acceptation de la maladie et le réinvestissement psychique. Le sujet retrouve finalement son équilibre psychique et réinvestit le monde extérieur. Dans cette perspective, le patient peut intégrer un processus d'apprentissage puisque la maladie est intériorisée psychiquement.
- ◆ **Le processus de distanciation** a un caractère pathologique. La phase de choc laisse place rapidement à des mécanismes de défense à type d'angoisse qui conduisent au déni, au refus et globalement à la mise à distance de la maladie. Le patient évitera alors de se confronter à la réalité de son état comme figé, prisonnier d'une attitude de défense et de résignation.

Snadden et Brown⁶⁴ ont montré parallèlement que plusieurs facteurs pouvaient influencer l'acceptation de la maladie :

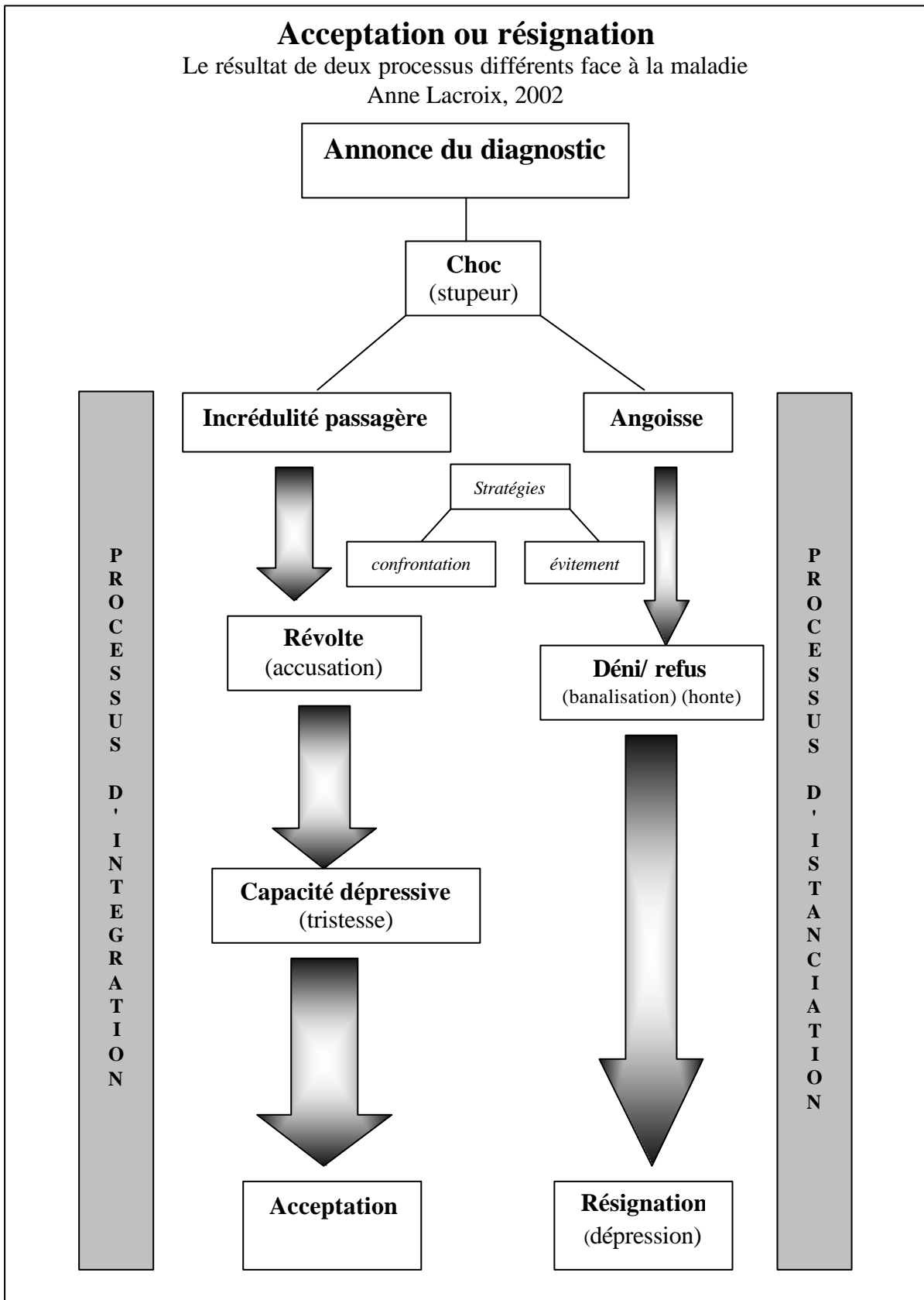
- La connaissance de la maladie par le patient.
- La perception des symptômes.
- L'expérience acquise au fil du temps par sa maladie et par la rencontre d'autres patients.
- Le soutien trouvé auprès de l'équipe soignante (dénommé mentoring).

Ainsi dans cette perspective, il est indispensable pour le soignant d'identifier chez le patient ces différents stades et d'y répondre. On permet ainsi au patient d'accepter progressivement son état et de pouvoir entamer un processus éducatif. Sans cela, un patient figé dans un processus de mise à distance de son affection ne peut débiter un processus d'apprentissage sans qu'il soit voué à l'échec.

⁶³ Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *op. cit.*, p. 23 à 35

⁶⁴ Snadden D, Brown JB. *The experience of asthma*, Editions Soc Sci Med, 1992, cité par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) dans son rapport *Éducation thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent*, juin 2001.

Le schéma⁶⁵, ci-dessous, présente les deux processus psychoaffectifs :



⁶⁵ Anne Lacroix et Jean-Philippe Assal, *op. cit.*, p. 25

Annexe 5 : Écoute active dans la relation soignant-soigné

Robert Buckman et Yvonne Kason décomposent dans un ouvrage⁶⁶ très pragmatique les différentes phases qui sous-tendent le dialogue entre patient et professionnel de santé. Plusieurs d'entre-elles sont essentielles à souligner.

- L'écoute nécessite une **phase de préparation**. Elle instaure le climat de confiance et une ambiance appropriée entre les deux partenaires. C'est l'application de règles de politesse élémentaires, de présentation mais aussi la prise en compte par le soignant du cadre physique comme son attitude corporelle ou le contact physique. Elle permet d'ancrer dès le départ, la relation dans un cadre de soutien et d'accompagnement. Selon les auteurs "[...] *les germes du mécontentement (du patient) sont souvent semés dans les toutes premières minutes.*"
- **L'écoute active** correspond à une attitude de réceptivité mais aussi de compréhension de l'autre. Le silence seul ne suffit pas. Il s'agit pour le soignant d'adopter un comportement signifiant à l'autre qu'il est entendu. Comportement à la fois non verbal encourageant le patient, facilitant sa verbalisation et verbal utilisant diverses techniques développés dans le domaine de la relation d'aide comme la reformulation, la réflexion (ou élucidation) ou la répétition.
- **La phase de réponse** à la demande du patient est constituée d'une palette d'attitudes possibles pour le soignant. L'attitude se définit⁶⁷ comme "*un état interne à l'individu résultant de perception, de représentation, d'émotion [...] qui rend plus ou moins probable un comportement déterminé dans une situation donnée*". Bons nombres d'attitudes du soignant nuisent au processus de communication, à la relation. Les réponses à type d'agressivité, de banalisation, d'interprétation, de jugement, de fuite...anéantissent la relation interpersonnelle. Il importe pour tout soignant de dépister chez lui ces attitudes bien souvent inconscientes et chronicisées. Seule la réponse empathique respecte le sujet et le soutient véritablement. A la différence de la sympathie ou de l'antipathie, l'empathie est un processus dans lequel le soignant tente de faire abstraction de son propre univers de référence (oublier ses propres valeurs) mais sans perdre contact avec lui, pour se centrer sur la manière dont la personne perçoit la réalité. Il s'agit de se poser régulièrement cette question : "Qu'est-ce qui se passe actuellement chez la personne en face de moi ?". La réponse empathique consiste alors à communiquer au patient notre compréhension de cette perception. De cette façon le sujet se sent écouté, clarifie son ressenti et mobilise par lui-même ses ressources.

⁶⁶ Robert Buckman, *S'asseoir pour parler - L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*, éditions InterEditions, 1994, p. 35 à 57

⁶⁷ Françoise Raynal et Alain Rieunier, *Pédagogie : dictionnaire des concepts clés*, éditions ESF, 1997.