

## Transformer son identité professionnelle : impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient

### *Changing professional identity : the impact of a programme for continuing education for health care practitioners in the field of therapeutic patient education*

Aline LASSERRE MOUTET<sup>1</sup>, Juliette DUPUIS<sup>2</sup>, Monique CHAMBOULEYRON<sup>1</sup>,  
Grégoire LAGGER<sup>1</sup>, Alain GOLAY<sup>1</sup>

**Résumé** **Contexte :** Le Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DiFEP) décerné par la Faculté de Médecine de l'Université de Genève a été créé en 1998 pour encourager le développement des compétences des soignants dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique. Selon nous, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) remet profondément en question le rapport soignant-soigné et incite le soignant à faire évoluer son identité professionnelle. **But :** Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact du DiFEP sur la transformation de l'identité professionnelle des soignants. **Méthode :** Un questionnaire a été adressé aux 49 soignants diplômés ; 28 questionnaires nous ont été retournés (57 %). **Résultats :** Les résultats montrent que 65 % des soignants ont tout à fait évolué dans leur perception du rôle du patient dans son traitement : de profane, celui-ci devient partenaire de soin ; 53 % des soignants témoignent d'une importante évolution de leur perception de leur rôle : la relation thérapeutique est maintenant considérée comme un soin à part entière. Enfin, 44 % des soignants occupent de nouvelles responsabilités en lien direct avec l'éducation thérapeutique du patient au sein de leurs institutions. **Conclusion :** La formation continue est donc l'occasion de transformations qui ont une portée identitaire. Les formateurs doivent se préoccuper non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais aussi d'accompagner ces transformations identitaires.

**Mots-clés** Éducation thérapeutique du patient ; formation des soignants ; identité professionnelle ; relation thérapeutique.

**Abstract** **Context:** The Diploma for Continuing Education in Therapeutic Patient Education (DiFEP), awarded by the Faculty of Medicine of the University of Geneva, was created since 1998 in order to promote the development of Health Care Practitioners (HCP) competences related to the accompaniment of chronically ill-patients. According to our point of view, therapeutic patient education deeply questions the relationship between the patient and the HCP and it prompts the HCP to bring about some changes in his professional identity. **Objectives:** The objective of this study is to evaluate the impact of the DiFEP on the HCP's professional identity transformation. **Method:** A questionnaire was sent to 49 certified HCP; 28 questionnaires were completed (57%). **Results:** The results have showed that 65% of HCP have completely changed their perception regarding the role of the patient in his treatment: from layman, the patient becomes a partner in his treatment. 53% of HCP have indicated an important evolution in their perception about their role: the therapeutic relation is now considered as a treatment in itself. Finally, 44% of HCP occupy new positions directly linked to therapeutic patient education in their institution. **Conclusion:** Continuing education is therefore an opportunity for HCP professional identity transformation. Trainers must not only be preoccupied by the importance of knowledge transmission, but they also must pass on these professional identity transformations.

**Key words** Therapeutic Patient Education; Training of HCP; professional identity; therapeutic relationship.  
Pédagogie Médicale 2008;9:83-93

1- Service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques (SETMC), Faculté de Médecine, Université de Genève.

2- Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Université de Genève.

Correspondance : Aline Lasserre Moutet, Service d'enseignement thérapeutique pour les maladies chroniques (SETMC) - Hôpitaux universitaires de Genève - 24 rue Micheli-du-Crest - 1211 Genève 14, Suisse. Téléphone : 00 41 22 372 97 08. Mailto:aline.lasserre@hcuge.ch.

## *Introduction*

Depuis une dizaine d'années, les programmes de formation continue en éducation thérapeutique du patient se développent un peu partout en Europe. Ils font suite à la publication en 1998 d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé<sup>1</sup>, qui souligne la plus-value des pratiques d'éducation thérapeutique dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique et propose des recommandations pour la mise en œuvre de programmes de formation pour les soignants. C'est dans ce contexte que l'Université de Genève a soutenu la création, au sein de la Faculté de médecine, d'un diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DiFEP). Dès le commencement, l'équipe pédagogique du DiFEP s'est préoccupée de soutenir une réflexion sur l'identité du soignant spécialisé dans l'accompagnement des patients chroniques. Loin d'être une boîte à outils pour soignants démunis, l'éducation thérapeutique remet profondément en question le rapport soignant-soigné<sup>2</sup>. Elle invite le soignant à s'interroger sur son expertise, son pouvoir et la légitimité de ses interventions en regard de l'autodétermination du patient.

Le concept d'éducation du patient a émergé dans la pensée médicale au cours des années 1970 pour aider la personne vivant avec une maladie chronique à mieux gérer sa maladie et son traitement. Pendant longtemps, les pratiques éducatives sont restées surtout informatives : l'objectif était de transmettre au patient les connaissances sur la maladie, dont il aurait besoin pour se traiter au quotidien. L'expert-soignant partageait ses connaissances avec le patient-profane. Au vu des résultats décevants et au contact des sciences sociales, particulièrement des sciences de l'éducation, les pratiques éducatives se sont ensuite axées plus spécifiquement sur les comportements de traitement. La personne vivant avec une maladie chronique a, dès lors, été considérée comme un apprenant potentiel et la notion d'activité de l'apprenant a été valorisée dans tous les programmes d'éducation thérapeutique. Pour mieux gérer son traitement, il était dorénavant acquis que le patient devait acquérir des compétences<sup>3</sup>. En se centrant sur les comportements de traitement, les soignants ont aussi découvert l'expérience du patient, ses croyances et ses peurs. Ils sont restés des experts tentant d'appréhender l'expérience du patient de manière positive, essayant donc de le considérer lui aussi comme un expert. L'élargissement de l'éducation thérapeutique à des maladies chroniques comme l'obésité a ensuite élargi encore l'approche éducative. Les notions de changement et de motivation ont pris une grande ampleur en regard de la

complexité de la maladie<sup>4</sup>. Dans certains cas, les soignants ont dû reconnaître, parfois douloureusement, leur propre impuissance à motiver les patients à adopter des comportements plus adéquats pour leur santé. Ils ont été jusqu'à remettre en question leur expertise, permettant ainsi à une nouvelle forme du rapport soignant-soigné d'émerger : le partenariat de soin. Les soignants accompagnant des personnes vivant avec des maladies chroniques sont, aujourd'hui plus qu'hier, soucieux de les soutenir dans un processus d'autodétermination. Il s'agit alors d'aider la personne à mobiliser ses ressources pour parvenir à intégrer la maladie et le traitement dans sa vie ; la clinique des maladies chroniques nous rappelle ainsi que « l'enjeu de leur processus d'adaptation psychosociale à la maladie est de se sentir suffisamment en bonne santé pour mener une vie qui soit la plus proche possible de la représentation qu'elles se font d'une vie "normale" »<sup>5</sup>. Nous sommes loin de la finalité de la compliance, aujourd'hui encore visée par un grand nombre de soignants. Aussi le partenariat de soin repose-t-il sur le principe de la collaboration entre patients et soignants et sur la cocréation du projet thérapeutique dans le cadre d'un réel partenariat. Résolument fondée sur le respect, cette nouvelle figure du soin se caractérise principalement par « la sauvegarde des conditions d'existence et d'interaction des subjectivités au sein même d'une relation par essence asymétrique »<sup>6</sup>.

Dans les parcours professionnels, la formation initiale fonctionne comme un vecteur de construction professionnelle. La formation continue aborde les mêmes champs de professionnalité mais offre de nouvelles perspectives qui engendrent des ébranlements identitaires et des remises en question<sup>7</sup>. Pouvant être conçue comme un complément à la formation initiale et comme une occasion de structurer les apprentissages expérientiels, la formation continue modifie, au travers de nouveaux apports, la construction globale de l'édifice personnel. L'investigation de l'identité professionnelle a donc pour but de repérer les transformations principales ayant eu lieu au cours de la formation. Si l'on convient que l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique transforme le rapport entre le soignant et le soigné, nous faisons l'hypothèse que le soignant se formant à l'éducation thérapeutique dans le cadre du DiFEP va évoluer dans les perceptions qu'il a, à la fois du rôle du patient dans sa prise en charge et de son propre rôle. Nous nous intéressons à cette évolution et à la manière avec laquelle les soignants décrivent le rapport soignant-soigné à l'issue des trois années de la formation.

Pour que la transformation de leur identité professionnelle puisse véritablement s'opérer, il est nécessaire que les

soignants formés soient reconnus par leurs pairs et leurs institutions. En effet, le fait de se reconnaître une identité professionnelle dépend de la nature des relations de pouvoir dans l'espace de travail et de la place qu'y occupent la personne et son groupe d'appartenance<sup>8</sup>. Nous nous sommes donc aussi intéressés à l'évolution des soignants dans leurs parcours professionnels après leur passage dans notre formation. Nous considérons cet élément comme un indicateur de la reconnaissance institutionnelle des pratiques d'éducation thérapeutique et de l'accueil qui est fait par ces mêmes institutions à la remise en question du rapport soignant-soigné. Notre étude a donc pour objectif d'évaluer l'impact du diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient sur la transformation de l'identité professionnelle des soignants ayant suivi le programme.

## **Matériel et méthodes**

### **Caractéristiques et principes pédagogiques du diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient (DiFED)**

Le DiFEP est un programme de formation continue en cours d'emploi. Au moment de l'étude, il comporte huit modules de cinq jours répartis sur deux ans et deux modules de trois jours au cours de la troisième année. Les modules des deux premières années sont centrés sur les huit compétences principales du soignant-éducateur : connaître les caractéristiques de la maladie chronique et du suivi à long terme et s'interroger sur son rôle professionnel ; comprendre le patient pour mieux situer ses besoins ; planifier une séquence éducative qui tient compte des besoins et ressources du patient ; utiliser des stratégies pédagogiques adaptées aux différents contextes éducatifs -individuel et groupe- ; évaluer l'éducation thérapeutique pour améliorer les compétences ; planifier un projet d'éducation thérapeutique du patient ; renforcer la motivation du patient à commencer et poursuivre son projet d'éducation thérapeutique ; et gérer dynamiquement le suivi à long terme et s'interroger sur son rôle professionnel. La dernière année est centrée sur la mise en œuvre sur le terrain du projet de recherche-action en éducation thérapeutique que le participant aura conçu à l'aide d'un tuteur dès le début de sa formation.

Préoccupés de permettre aux participants d'être acteurs de leur apprentissage, des modalités pédagogiques interactives et diversifiées sont proposées : groupes de travail, études de situation, mises en situation, ateliers d'expression créatrice, etc. Elles sont rendues possibles par le nombre restreint de participants de chaque promotion (entre 12 et 15 personnes). Au cours de la première année, plu-

sieurs jours sont exclusivement consacrés au développement de compétences relationnelles (connaissances psychologiques et compétences de communication). Ce socle permet ensuite d'aborder la pédagogie et ses outils en restant centré sur le patient et ses besoins. Notre souci est de travailler à une constante articulation entre la maîtrise nécessaire d'outils éducatifs et la réflexion critique sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient, à savoir l'autonomie, le partenariat et le soutien à la transformation du patient. C'est en effet au niveau de ces principes que la question de la transformation identitaire se pose. L'adoption d'un modèle global d'approche des problèmes de santé par les professionnels<sup>9</sup> les oblige à faire évoluer leurs représentations du rôle du patient et de leur propre rôle dans la relation de soins. Il nous semble que c'est à cette condition seulement qu'autonomie et partenariat se traduiront concrètement dans les soins. L'accompagnement personnalisé de chaque participant par un membre de l'équipe pédagogique vise à soutenir le développement de cette posture dans la clinique.

Ce diplôme de formation continue offre, par ailleurs, la possibilité à tous les participants d'élaborer et de réaliser sur leur lieu de travail un projet de recherche-action dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient. Chacun devra analyser les caractéristiques de son contexte de travail et les besoins spécifiques des patients et soignants concernés, et créer un programme éducatif sur mesure.

Enfin, le dispositif est conçu pour promouvoir l'autonomie de l'apprenant. En sus des modalités pédagogiques interactives et de l'accompagnement individualisé du projet de recherche-action, les responsables de formation veillent à rendre les évaluations transparentes et formatives (coconstruction ou mise à disposition des critères d'évaluation, propositions de réajustements) et à tenir à la disposition des participants toutes les ressources nécessaires pour qu'ils puissent résoudre leurs problèmes d'ordre pédagogique ou institutionnel.

### **Protocole de l'étude conduite auprès des participants du DiFED**

#### *Entretiens préalables*

Dans un premier temps, quatre entretiens semi-structurés ont été menés avec quatre soignants tirés au sort ayant obtenu le DiFEP. Les thèmes principaux étaient les suivants : apprentissages effectués au cours de la formation, transfert de ces apprentissages dans la pratique et définition du rôle de spécialiste en éducation thérapeutique.

## Recherche et Perspectives

### Construction du questionnaire et exploitation des réponses

Un questionnaire a été développé à partir de ces thèmes et du cadre théorique. Ce questionnaire explore :

- trois dimensions en utilisant des questions fermées avec des échelles de Likert de 1 (pas du tout) à 6 (tout à fait) : l'évolution de la perception qu'a le soignant du rôle du patient dans sa prise en charge, l'évolution de la perception qu'a le soignant de son propre rôle et l'évolution du soignant dans son contexte professionnel. Des questions ouvertes permettent d'enrichir notre compréhension des trois dimensions. Les données qualitatives ont été traitées par analyse de contenu thématique. Les catégories d'analyse ont été proposées par le premier auteur. Une recherche de consensus s'est effectuée avec le second auteur ;
- l'atteinte des objectifs spécifiques du programme et la mise en lumière des éléments qui contribuent à ce résultat, également par le biais de questions fermées et de questions ouvertes.

### Test du questionnaire

Quatre autres participants ont été tirés au sort parmi ceux ayant obtenu le DiFEP et le questionnaire leur a été soumis. Le temps requis pour le remplir a été relevé : moyenne 41 minutes (34-49 mn). Un entretien a été conduit avec ces quatre participants de manière à vérifier la compréhension aux questions posées.

### Population questionnée

Une version papier du questionnaire a été envoyée à 49 soignants, ce qui correspond au nombre de personnes diplômées au moment de la recherche ; 28 questionnaires ont été retournés intégralement complétés (57 %). Ainsi, malgré une relance téléphonique, 21 participants n'ont pas répondu au questionnaire. Aucune indication n'est disponible concernant ces non-réponses, ni le manque de temps, ni l'éventuelle moindre importance accordée par les non répondants au DiFEP et à son impact dans leur pratique clinique.

Le tableau 1 présente les caractéristiques des 28 soignants répondants, totalement représentatives de notre population générale des 49 soignants interrogés (homogénéité des sous-groupes).

## Résultats

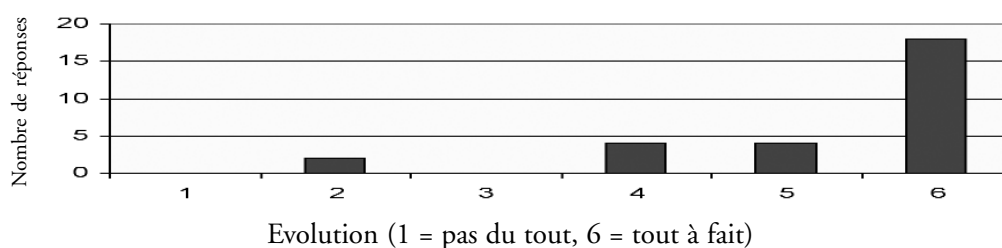
### Le patient partenaire de soin

A l'issue de leur formation, 18 soignants (65 %) reconnaissent que la formation les a tout à fait aidés à évoluer dans leur perception du rôle du patient dans sa prise en charge, quatre soignants beaucoup (14 %), quatre soignants passablement (14 %) et deux très peu (7 %) (figure 1).

**Tableau 1 :  
Caractéristiques des répondants au questionnaire de l'étude**

| Age                            | Sexe                  | Profession                                                                                                               |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 44 ans en moyenne<br>+/- 6 ans | 20 femmes<br>8 hommes | 12 infirmières, 9 médecins<br>2 diététiciennes, 2 physiothérapeutes<br>1 pharmacienne, 1 art-thérapeute<br>1 psychologue |

**Figure 1 :  
Evolution des perceptions du rôle du patient dans sa prise en charge**



Les questions ouvertes permettent d'affiner notre compréhension du rapport soignant-patient vu par les soignants formés au DiFEP. Les expressions utilisées par les soignants au terme de leur formation pour décrire le rôle du patient dans sa maladie et son traitement ont été regroupées par thèmes ; elles sont présentées dans le *tableau 2*. Les catégories d'analyse émergent donc du discours des participants ainsi que de l'évolution historique du rapport soignant-soigné décrite et référencée ci-dessus où l'on voyait qu'aux trois époques - années 70

centrées sur l'information du malade ; années 80 et 90 préoccupées par l'acquisition par le patient de compétences d'autogestion de la maladie et du traitement ; et plus dernièrement élargissement de la notion de compétence au soutien à l'autodétermination du patient - correspondait une nouvelle figure du rapport soignant-soigné. L'analyse révèle donc trois modalités possibles du rapport soignant-soigné : « expert-profane », « expert-expert » et « partenaires de soin ».

**Tableau 2 :**  
**Expressions utilisées par les soignants pour décrire le rôle du patient dans sa prise en charge et leur classement en fonction des trois modalités relationnelles**

| Partenaires de soin                                                                                                                                                                                  | Expert-expert  | Expert-profane |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|
| « central, primordial » (6)<br>« acteur » (6)<br>« c'est lui qui guide le médecin » (5)<br>« responsable » (5)<br>« partenaire » (5)<br>« il va à son rythme » (4)<br>« il prend les décisions » (4) | « expert » (2) | aucune         |
| Entre parenthèses figure le nombre d'occurrences de chaque expression dans le discours                                                                                                               |                |                |

Pour approfondir encore cette thématique du rôle du patient dans sa prise en charge, nous avons questionné les soignants sur leurs réactions et attitudes à l'égard d'un patient non-compliant. Leurs réponses enrichissent notre compréhension du « partenariat de soin » comme figure émergente du rapport soignant-soigné (*tableau 3*).

Ces éléments qualitatifs nous permettent de mieux appréhender la manière avec laquelle les soignants se représentent le rôle du patient dans la prise en charge de sa maladie et de son traitement. Nous constatons qu'ils ont non seulement pleinement intégré les enjeux que représente le changement pour un patient, mais qu'ils se sont aussi interrogés sur leur responsabilité à l'égard des difficultés du patient. Enfin, nous faisons l'hypothèse que ces soignants sont aujourd'hui plus capables d'accueillir le patient là où il est : « Le changement apparaît lorsqu'un sujet devient ce qu'il est, non lorsqu'il essaie de devenir ce qu'il n'est pas. Le changement n'apparaîtra pas sous l'effet

d'une quelconque tentative coercitive du sujet lui-même ou d'un autrui qui voudrait le changer »<sup>10</sup>.

### Le soignant facilitateur de l'apprentissage du patient

A l'issue de leur formation, 15 soignants (53 %) déclarent avoir tout à fait évolué dans leur perception de leur propre rôle, huit soignants beaucoup (29 %), quatre soignants passablement (14 %) et un, un peu (4 %) (*figure 2*).

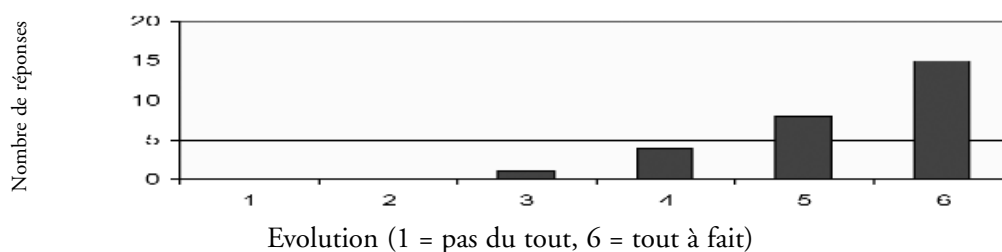
Pour en savoir plus sur ce thème, nous avons interrogé les soignants sur leurs valeurs professionnelles au terme de la formation. Les répondants proposent différentes réponses regroupées en quatre thèmes au moment de l'analyse : « renforcement de mon écoute », « humilité de mon rôle », « être au service des patients » et « éviter le jugement » (*tableau 4*). Les valeurs sont des règles de conduite ou des lois jugées conformes à un idéal auquel on se réfère. Elles évoluent en fonction de nos expériences de vie et donnent du sens à nos pratiques quotidiennes.

**Tableau 3 :**  
**Termes utilisés par les soignants pour décrire leurs réactions et attitudes à l'égard d'un patient non-compliant**

- « je me pose des questions sur la prescription » (5)
- « je comprend mieux ses difficultés » (7)
- « je l'accepte avec sa non-observance » (6)
- « je l'invite à s'exprimer sur ses difficultés » (5)
- « je renégocie les objectifs » (4)
- « je mets en valeur ses ressources » (2)
- « je garde espoir dans sa capacité de mieux faire » (1)
- « je laisse passer du temps en saisissant chaque opportunité pour lui permettre d'apprendre » (1)

*Entre parenthèses figure le nombre d'occurrences de chaque expression dans le discours*

**Figure 2 :**  
**Evolution des perceptions du rôle soignant**



**Tableau 4 :**  
**Les valeurs professionnelles des soignants à propos de leur rôle au terme de la formation**

- « renforcer mon écoute » (6)
- « humilité de mon rôle » (5)
- « être au service du patient » (5)
- « éviter le jugement » (4)

*Entre parenthèses figure le nombre d'occurrences de chaque expression dans le discours*

Enfin, nous avons demandé aux soignants de préciser ce qui leur semblait thérapeutique dans l'éducation thérapeutique du patient. Nous avons classé leurs réponses en fonction des trois modalités relationnelles du rapport soignant-soigné déjà proposées (tableau 5).

Les réponses à la question « Dans quelle mesure la formation DiFEP vous a permis de transformer votre identité professionnelle ? » confirment les deux dimensions de l'identité professionnelle (identité pour soi et identité

pour autrui) et suggèrent un processus de transformation identitaire : huit personnes soulignent leur nouveau rôle d'accompagnement des patients, six se sentent davantage capables de se positionner devant leurs pairs, trois ont obtenus de la reconnaissance de leurs pairs, deux expérimentent une confirmation du décalage déjà éprouvé avant la formation, une personne sait qu'il s'est passé quelque chose sans pouvoir aisément le nommer et trois ne voient pas de changement.

**Tableau 5 :**  
**Termes utilisés par les soignants pour décrire ce qui est thérapeutique dans leur approche du patient**

| Partenaires de soin                                                                                                                               | Expert-expert                                 | Expert-profane |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| « la relation entre deux personnes » (7)<br>« l'intérêt qu'on a pour la personne » (5)<br>« le soutien du patient dans sa prise de décision » (4) | « la prise en charge pluridisciplinaire » (2) | aucun          |

Entre parenthèses figure le nombre d'occurrences de chaque expression dans le discours

### Evolution des soignants dans leur contexte professionnel

Pour savoir comment les institutions de soins valorisent la spécialisation en éducation thérapeutique du patient, nous nous sommes intéressés à l'évolution des parcours professionnels des soignants. Au terme de la formation, 12 soignants (44,4 %) parmi les 28 ayant répondu au questionnaire occupent de nouvelles responsabilités au sein de leurs institutions -principalement en tant que spécialistes en éducation thérapeutique du patient ou coordinateurs de projets éducatifs- ; cependant six seulement (22,2 %) occupent de nouvelles fonctions valorisées financièrement. Sur ces six soignants, deux ont quitté leur lieu de travail pour occuper ces nouvelles fonctions (7,4 %). Après trois années de formation, 15 soignants (55,5 %) n'ont pas obtenu de reconnaissance institutionnelle de leur formation (figure 3).

Malgré ces freins institutionnels, nous notons que 26 des 28 soignants interrogés sont restés dans leur institution, œuvrant encore aujourd'hui au développement de projets en éducation thérapeutique du patient.

### Modalités pédagogiques du diplôme

Le tableau 6 résume l'appréciation par les répondants de

l'impact sur leur apprentissage des principales interventions ou modalités pédagogiques utilisées au cours du DiFEP. De nombreux points forts et quelques limites sont ainsi exprimés.

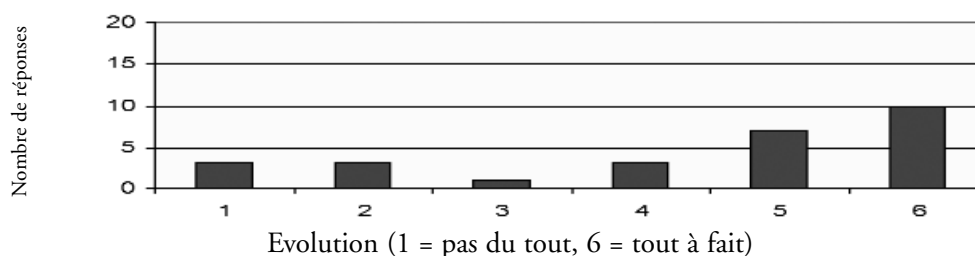
## Discussion

### Limite des résultats quantitatifs

Seuls 28 questionnaires sur 49 ont été rendus malgré une relance téléphonique. Comme dit précédemment, le nombre réduit de réponses au questionnaire peut être compris de différentes manières : investissement important pour le remplir (questions ouvertes et temps requis), moindre importance accordée par certains participants à la portée de la formation DiFEP dans leur pratique clinique, voire déception pour d'autres de ne pas avoir pu bénéficier d'une promotion institutionnelle grâce à la formation.

Pour confirmer ces hypothèses, il serait nécessaire d'avoir des entretiens approfondis avec les non-répondants ; par ailleurs, il nous semblerait également pertinent à ce stade de mieux connaître les motifs d'engagement en formation des participants du DiFEP.

**Figure 3 :  
Evolution du contexte professionnel des soignants**



**Tableau 6 :  
Appréciation par les répondants de l'impact sur leur apprentissage des principales interventions ou modalités pédagogiques utilisées au cours du DiFEP**

|                                                | Pas du tout | Très peu | Un peu | Passablement | Beaucoup | Tout à fait |
|------------------------------------------------|-------------|----------|--------|--------------|----------|-------------|
| Métaplan                                       | 0           | 2        | 2      | 4            | 8        | 12          |
| Réflexion en groupe                            | 0           | 0        | 0      | 6            | 8        | 14          |
| Etude de situation                             | 0           | 0        | 1      | 7            | 14       | 6           |
| Analyse de vidéos                              | 1           | 0        | 0      | 8            | 15       | 4           |
| Conférences d'experts                          | 1           | 2        | 2      | 7            | 15       | 2           |
| Travaux de validation des modules              | 0           | 1        | 7      | 6            | 8        | 6           |
| Conception et mise en œuvre du projet éducatif | 1           | 0        | 1      | 3            | 9        | 12          |
| Ateliers d'expression créatrice                | 4           | 3        | 2      | 8            | 4        | 7           |
| Echanges avec les autres participants          | 0           | 2        | 1      | 4            | 2        | 19          |
| Accompagnement par le référent                 | 1           | 2        | 5      | 3            | 10       | 7           |

*DiFEP : diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient*



### Limite des résultats qualitatifs

Tous les répondants n'ont pas répondu systématiquement à chaque question ouverte. Toutefois, la validation des catégories d'analyse est limitée puisque seul un consensus entre les deux premiers auteurs a été élaboré ; pour satisfaire l'exigence de triangulation, importante au regard du critère de crédibilité en recherche qualitative, il aurait été enrichissant de concevoir une validation externe et/ou une validation auprès des répondants eux-mêmes.

Compte tenu des limites de l'étude évoquées ci-dessus, ce travail est une étude préliminaire exploratoire qui permet de dégager des pistes de recherches à approfondir ultérieurement par d'autres travaux.

### La formation continue en éducation thérapeutique du patient : une transformation identitaire

En tenant compte des limites évoquées, notre étude met en évidence que la plupart des participants du DiFEP ayant participé à l'étude ont évolué dans leur identité professionnelle au cours des trois ans de leur formation. On appelle « identité professionnelle » un ensemble de valeurs, de normes et procédures qui fondent les représentations collectives d'un groupe et guident la pratique professionnelle. Elles donnent aux personnes le sentiment d'appartenir à un groupe professionnel distinct. L'identité professionnelle se construit sur la base de l'identification aux pairs. Le fait de se reconnaître une identité professionnelle dépend de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, compétences et des images de soi<sup>8</sup>. Nos résultats soutiennent l'idée que les soignants ont évolué dans leurs valeurs, leurs perceptions du rôle du patient et de leur rôle vers une modalité du rapport soignant-soigné que nous avons appelée « partenariat de soin ». Le soignant spécialiste en ETP saura élargir sa compréhension du patient pour l'accueillir totalement et formuler un projet éducatif sur mesure. La relation entre les deux partenaires devient le socle sur lequel se construit le projet éducatif. L'éducation thérapeutique du patient est intégrée fortement dans les soins, rendant peu pertinente la délégation de l'acte éducatif à d'autres professionnels.

Si un nombre important de participants du DiFEP n'ont pas attendu de commencer leur formation pour s'interroger sur le rapport soignant-soigné, nos résultats nous informent néanmoins sur le rôle de catalyseur joué par une formation de ce type. Il est en effet bien connu que la formation continue vient plus souvent soutenir et orienter des réflexions déjà entreprises que déclencher de nouvelles vocations. Mais pour que l'adulte s'engage dans un processus de remise en jeu de ses comportements et des représentations qui sont supposées les interpréter, il faut que les convictions qu'il a érigées en raisons d'être pour rendre

compte de son expérience soient ébranlées<sup>11</sup>. C'est ce qui arrive aux soignants se formant au DiFEP : ils ont pour la plupart expérimenté l'insuffisance de leurs compétences dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique ou vécu un décalage trop grand entre leur vision du soin et leurs pratiques effectives. Enfin, l'élargissement des pratiques d'éducation thérapeutique à des maladies chroniques comme l'obésité a dans certains cas obligé les soignants à reconnaître leur propre impuissance à les accompagner. Cette reconnaissance de l'impuissance du soignant est un moment clé dans la transformation de son identité professionnelle. Dans une étude préliminaire, nous avons d'ailleurs mis en évidence que ce sentiment d'incompétence pouvait être à l'origine d'un projet de formation continue en ETP<sup>12</sup>. Une étude plus approfondie portant sur les motifs d'engagement en formation des participants du DiFEP permettrait de mieux appréhender cette question.

### Le DiFEP : une pédagogie participative centrée sur le projet individuel

Le tableau 6 présente les éléments qui contribuent à l'apprentissage des participants au cours de leur formation. Il met en évidence, entre autres, deux résultats *a priori* contradictoires, à savoir l'importance qu'ils accordent à la rencontre et au partage avec les autres participants, et l'utilité et la pertinence de l'accompagnement à la conception et à la mise en œuvre du projet éducatif. Si notre dispositif de formation reste classique dans sa forme – milieu d'apprentissage fermé et guidance majoritairement externe –, les efforts mis en œuvre pour favoriser l'interactivité sont reconnus par les participants comme un des points forts de la formation. Il est d'ailleurs possible que les échanges entre participants soient un des éléments qui favorise la transformation identitaire : le DiFEP est un lieu où l'on rencontre d'autres soignants confrontés aux mêmes difficultés avec les patients et aux mêmes enjeux institutionnels. Cette identification avec d'autres renforce la légitimité de chacun à se positionner autrement vis-à-vis des autres, patients et institutions.

A l'inverse, l'accompagnement du projet éducatif a pour objectifs d'individualiser le parcours de formation et de faciliter le transfert des apprentissages. En soulignant son importance dans leur apprentissage, les répondants au questionnaire justifient les efforts entrepris par l'équipe de formation pour que les principes éducatifs défendus au cours de la formation ne restent pas lettre morte.

### Conclusion

La formation en ETP telle que nous la proposons au

## Recherche et Perspectives

---

DiFEP a donc pour objectif général de permettre aux soignants d'aider les patients à mieux gérer leur maladie et leur traitement. L'évolution des pratiques éducatives et l'élargissement de l'éducation thérapeutique à de nouvelles maladies chroniques remettent régulièrement en question les termes du rapport soignant-soigné. Les participants du DiFEP le disent ; il est question pour eux de redonner une place de choix au patient au sein de la relation thérapeutique, quitte à perdre du pouvoir. Amenés à repenser différemment leur propre rôle dans l'accompagnement des personnes vivant avec une maladie chronique, ils doivent alors réinventer une posture qui à la fois intègre la transformation de leurs valeurs professionnelles, et respecte la vision qu'ils ont de leur responsabilité professionnelle de soignant. Cette nouvelle posture demande un réel investissement et de multiples ajustements. L'émergence du patient sujet de sa santé peut se faire dans le cadre de la relation de soins à condition que le soignant-éducateur accepte de se laisser toucher en tant que personne par la personne qui est en face de lui<sup>13</sup>. On ne peut, en effet, entreprendre d'éduquer sans accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation. Les apports de la pédagogie, de la psychologie et de la sociologie sont utilisés pour soutenir cette transformation et offrir des outils pour rendre opératoire cette nouvelle conception du rapport soignant-soigné qui vise à soutenir l'autodétermination du patient.

La formation continue est souvent l'occasion de transformations qui ont une portée identitaire<sup>14</sup>. Les formateurs sont de plus en plus appelés à faciliter le chemin de la prise en charge personnelle de la formation continue. Aussi doivent-ils se préoccuper non seulement des connaissances qu'ils transmettent mais surtout d'accompagner les transformations de l'identité professionnelle ayant lieu au cours des formations en éducation thérapeutique du patient.

### ***Contributions***

Aline Lasserre Moutet a interprété les résultats et rédigé les versions successives du manuscrit. Juliette Dupuis a conçu le protocole de recherche et effectué le recueil de données. Monique Chambouleyron, Grégoire Lager et Alain Golay ont participé aux relectures du manuscrit.

## Références

1. WHO Regional Office for Europe. *Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group*, 1998.
2. Assal JP. *Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge*. *Encycl Med Chir* 1996;25-005-A-10.
3. Gagnayre R, d'Ivernois JF. *Mettre en œuvre l'éducation thérapeutique du patient*. *AdSP* 2001;36:11-3.
4. Sommer J, Gache P, Golay A. *L'enseignement thérapeutique et la motivation du malade*. In: Richard C et Lussier MT (Eds). *La communication professionnelle en santé*. Québec : ERPI, 2005:655-92.
5. Aujoulat I. *Du patient objet des soins au patient sujet de sa santé : le rôle de l'éducation dans la relation de soins*. *Soins infirmiers et Douleur* 2008 (à paraître).
6. Pirard V. *Qu'est-ce qu'un soin ? Pour une pragmatique non vertueuse des relations de soin*. *Revue Esprit* 2006;321:80-94.
7. Tozzi M, Etienne R. *Quelle identité professionnelle pour notre métier ?* Montpellier : CRDP, 2001.
8. Dubar C. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1998.
9. Deccache A, Lavendhomme E. *Information et éducation du patient. Des fondements aux méthodes*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 1989.
10. Beisser A. *La théorie paradoxale du changement*. Bordeaux : Editions L'expressimie – IFGT, 1996.
11. De Villers G. *Identification et formation*. In : Bourgeois E (Ed). *L'adulte en formation. Regards pluriels*. Bruxelles : Editions De Boeck Université, 1996.
12. Lasserre A. *Du modèle aux repères. Essai de compréhension du processus de formation de médecins pratiquant dans le champ de la maladie chronique*. *Mémoire de licence FAPSE*. Genève : Documents de l'Université de Genève, 1996.
13. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. *Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?* *Patient Education and Counselling* 2007;66:13-20.
14. Dominicé P. *La compétence d'apprendre à l'âge adulte*. In: *Les origines biographiques de la compétence d'apprendre*. *Cahiers de la Section des Sciences de l'Education de l'Université de Genève* 1998;87:1-21.

Manuscrit reçu le 20 novembre 2007 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 29 février 2008 et le 27 mars 2008 ; accepté pour publication le 28 mars 2008.