

La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient !

Benoit Pétré^{1,*}, Alban Peignot², Remi Gagnayre³, Eric Bertin⁴, Olivier Ziegler⁵ et Michèle Guillaume⁶

¹ Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

² Médecine Générale, Maison Médicale, Pontfaverger Moronvilliers, Marne, France

³ Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (EA3412), Université Paris 13, Bobigny, France

⁴ Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEPE), Centre hospitalier universitaire de Reims, Reims, France

⁵ CHRU de Nancy, Université de Lorraine, hôpital Brabois-Adultes, service d'Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition, Vandoeuvre-lès-Nancy, France

⁶ Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

Reçu le 13 septembre 2018 / Accepté le 16 octobre 2018

Résumé – Introduction : La posture éducative est considérée par plusieurs auteurs comme la pierre angulaire pour le développement des compétences des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP) et plus largement l'intégration de cette ETP dans les pratiques professionnelles. Cependant, le terme reste à clarifier au vu des constats de définition polysémique ou tout simplement d'absence de définition. **Objectifs/contributions :** Cet article décrit les enjeux autour de la définition, de la reconnaissance et du développement du concept de posture éducative. L'article propose également une caractérisation pragmatique du concept organisée autour de 7 dimensions : la relation au temps (le bon moment, le temps qu'il faut), les bénéfices de la pratique d'ETP (bien-être des professionnels de santé), les émotions et sentiments (qualité des échanges, partage), le caractère professionnel de l'ETP (compétences biomédicales et éducatives requises), l'approche globale et interdisciplinaire (complexité de la personne, intérêt d'un travail d'équipe), le caractère éducatif de la relation de soins (éducation intégrée aux soins) et la dimension éthique (réflexion jugée indispensable). **Discussion/conclusion :** Cette étude ouvre des perspectives de transformations des formations professionnelles, ainsi que des recherches orientées sur les interventions pédagogiques pour faire de cette posture éducative un objet d'apprentissage à part entière.

Mots clés : professionnels de santé / éducation thérapeutique du patient / posture éducative

Abstract – The educative posture, a cornerstone in the service of therapeutic patient education!

Introduction: The educative posture (EP) is considered by several authors as the cornerstone for serving the development of the skills of health professionals in therapeutic patient education (TPE) and more broadly the integration of this TPE into professional practices. However, the concept of EP remains to be clarified in view of the polysemic definitions, or simply lack of definition of EP. **Objectives/contributions:** This article describes the issues around the definition, recognition and development of the concept of EP. It also proposes a pragmatic characterization of the concept organized around 7 dimensions: the relation to time ("the right moment, the time it takes"), the benefits of the practice of TPE (well-being of health professionals), emotions and feelings (quality of the exchanges, sharing), the professional character of TPE (biomedical and educational required competences), the global and interdisciplinary approach (complexity of the person, interest of a team work), the educational aspect of the care relationship (education integrated with care) and the ethical dimension (thought to be essential). **Discussion/conclusion:** This study opens perspectives of transformations of the professional trainings, as well as research oriented on the educational interventions to make of this EP a learning object in its own right.

Key words: health professionals / therapeutic patient education / educative posture

*Auteur de correspondance : benoit.petre@ulg.ac.be

1 Introduction

Depuis 1998, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est reconnue comme une contribution significative à la prise en charge des maladies chroniques, qui devrait être intégrée dans les programmes de formation des professionnels de santé [1]. L'ETP poursuit cette idée forte de qu'éduquer le patient, c'est-à-dire l'accompagner dans le développement des compétences pour renforcer sa capacité à gérer la maladie et à vivre avec sa maladie, contribue à sa santé [2].

Son efficacité prouvée dépend de plusieurs conditions de mise en œuvre : un cadre législatif stimulant, les possibilités de financement des activités d'ETP, la réceptivité des bénéficiaires à l'offre d'ETP et l'accès aux bénéficiaires. Un autre point majeur concerne l'intégration de ces principes par les soignants dans leur pratique courante [3]. Autrement dit, la qualité des interventions en éducation thérapeutique dépend fortement des compétences et habilités des professionnels de santé, la principale étant une compétence éducative. C'est pourquoi il est question d'abord d'apprentissage et d'acquisition de compétences éducatives par le soignant, avant même de pouvoir les mobiliser auprès du patient.

Dès 1998, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [1] édictait des recommandations pour la formation des professionnels dans ce domaine de l'ETP. La terminologie de « posture éducative » apparaît pour la première fois dans ce rapport et est présentée comme « LA posture » que les soignants devraient adopter pour mettre en place cette compétence éducative dans leur pratique de soins, et ainsi devenir de véritables soignants-éducateurs [2].

Vingt ans plus tard, force est de constater que ce terme reste à clarifier au niveau conceptuel au vu des constats de définition polysémique, ou tout simplement d'absence de définition ; et ce, malgré un intérêt partagé autour de ce cette terminologie de posture éducative reconnue aujourd'hui comme un objectif majeur dans la majorité des programmes de formation [4] et citée fréquemment dans les articles de vulgarisation sur la pratique de l'ETP [5].

Si un ensemble d'auteurs propose que la posture éducative soit considérée comme la pierre angulaire de l'ETP, le cadrage théorique du concept n'est que peu exploré dans la littérature scientifique. Dans ce contexte, cet article poursuit les objectifs suivants :

- définir ce que nous entendons par posture éducative ;
- caractériser le concept sur base de l'intégration de 2 travaux récents ;
- discuter l'intérêt de cette posture éducative au service de l'ETP ;
- proposer des pistes de développement et d'implication pour la pratique.

2 Attitude ou posture éducative ?

Dans la littérature relative à la médecine et de manière plus générale aux soins, la posture correspond principalement à la position du corps dans l'espace. Et pourtant, quand on parle de posture éducative, il s'agit bien, comme le cite Reach [6], d'une « position de l'esprit du soignant », qui relève du domaine du cognitif, des représentations et des croyances. Cet

ensemble correspond davantage dans la littérature scientifique au terme d'attitude plutôt que de posture (ce dernier terme rend les recherches documentaires stériles ne permettant pas d'avancer sur la réflexion théorique). C'est pourquoi notre lecture s'est orientée vers le terme d'« attitude » car il renvoie à des travaux scientifiques antérieurs qui permettent de baliser la réflexion. Les références suivantes ont été mobilisées dans notre travail.

Eagly et Chaiken [7] définissent l'attitude comme « une tendance psychologique qui s'exprime par l'évaluation d'une entité particulière avec un certain degré de faveur ou de défaveur ». La théorie du comportement planifié d'Azjen [8] indique que les attitudes influencent et prédisent fortement les comportements. Kerlinger [9] parle d'« une organisation émotionnelle, motivationnelle, perceptible et cognitive durable de croyances relatives à un ensemble de référents qui prédisent un individu à réagir positivement ou négativement aux objets ou référents (de l'attitude) ». Finalement, pour Tardif [10], l'attitude est une ressource au service de la compétence. La compétence est définie comme un « savoir-agir efficacement en situation par la mobilisation et l'utilisation d'une variété de ressources ». Une compétence ne s'exprimerait que si l'attitude de l'individu est favorable à cette expression.

Nous empruntons à ces définitions des dénominateurs communs fondamentaux pour le développement de notre travail :

- celui de durabilité. Par des formations, nous nous efforçons de changer certaines attitudes modifiables des professionnels de santé en espérant que ces changements s'inscrivent dans la durabilité ;
- celui de cognition. Nous postulons que l'attitude est avant tout un état d'esprit résultant de différentes croyances, convictions ou représentations. Il s'agit d'une vision focalisée de l'attitude, basée sur l'idée que la composante comportementale est en fait la résultante des affects et des croyances sous-jacentes [11] ;
- celui de prédisposition ou, à tout le moins, de corrélation entre opinions et actions, ce qui relève de la validité prédictive de l'attitude [12] sur les comportements observables des individus. Autrement dit, l'expression de la compétence (le comportement/la pratique) ne s'opérera que si cet état d'esprit est acquis par la personne.

Sur base de ces travaux, nous définissons la posture éducative comme l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées qui vont favoriser l'expression des compétences éducatives. Cette posture éducative peut être considérée comme centrale dans le développement des compétences en ETP puisqu'elle permet de s'ouvrir à tous les aspects de représentations et croyances de l'individu. Nous choisissons délibérément de conserver le terme de posture éducative pour éviter d'aller à contre-courant des premières tentatives de positionnement du concept dans les articles/écrits de vulgarisation (se polariser sur ce point ne semble apporter aucune plus-value si ce n'est un débat supplémentaire qui risque très vite d'apparaître stérile).

3 Vers un nécessaire caractérisation de la posture éducative

Les premiers essais de définition/caractérisation de la posture éducative se sont d'avantage rapprochés d'opinions

d'experts [6,13] que de véritables travaux empiriques. Récemment, deux travaux ont permis une avancée et ont contribué à cette caractérisation.

En 2015, Peignot [14] a produit une première proposition de la posture éducative basée sur une large revue de littérature dans les bases de données des sciences médicales mais aussi humaines, sociales et de l'éducation. Sur la base d'une centaine de références retenues et exploitées, un travail d'analyse et de synthèse a été organisé sous la forme d'un référentiel qui a été soumis à un panel de 12 experts/acteurs éclairés en ETP. Le produit final obtenu est organisé en 4 catégories et 20 items.

En 2017, Pétré *et al.* [4] ont publié une autre proposition. Dans cette recherche, les représentations et les transformations vécues par des professionnels de santé à travers un processus de formation en ETP, ont été explorées. Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire, mobilisant différents outils, inspirés de la recherche narrative et qui a enrôlé 33 professionnels de santé à Liège (Belgique) et à Nancy (France). Une analyse thématique a été opérée sur le matériau récolté. Sept catégories comprenant au total 43 items ont été générés.

Ces travaux peuvent être considérés comme complémentaires en assurant une couverture de contenu du concept basée à la fois sur la littérature scientifique (dans le domaine de la santé et des sciences humaines et sociales) et sur une approche du terrain. Nous proposons sur la base de ces deux productions, un nouvel outil intégratif (détaillé dans le Tab. 1). Pour arriver à cet outil, nous sommes partis de la proposition de Pétré *et al.* [4]. Chaque item du modèle de Peignot a été analysé et a débouché sur une des 3 actions suivantes : (1) confirmer un item de Pétré ; (2) préciser ou reformuler un item ; (3) proposer un nouvel item. L'outil final produit est composé de 52 items organisés en 7 dimensions présentées et discutées succinctement ci-après.

3.1 Dimension éducative de la relation de soins

L'ETP exige des professionnels de santé de se mouvoir d'une relation de conseil à une relation tournée effectivement sur l'éducation [15], permettant au patient de prendre un rôle actif dans leurs propres soins [16]. Ce rôle éducatif reste à clarifier auprès des professionnels de santé afin d'être réellement intégré aux soins. Cela passe notamment par la reconnaissance du patient comme capable de faire des choix de santé et d'agir pour sa santé. Les professionnels de santé demandent de l'aide et du soutien pour assurer cette fonction d'éducateur alors qu'ils se sentaient plus sécurisés dans leur position antérieure d'expert [17].

3.2 La relation au temps

Le manque de temps est souvent rapporté par les professionnels comme une barrière pour développer une éducation thérapeutique efficace et appropriée [18,19]. Pourtant, il a été montré que le développement d'une approche centrée sur le patient et des soins collaboratifs peut améliorer les résultats de santé sans pour autant étendre le temps nécessaire pour les consultations [20]. Notre étude renforce cette idée en suggérant qu'il n'est pas forcément question d'augmenter le temps de la relation thérapeutique pour développer de l'ETP mais de saisir les opportunités de

rencontre clinique pour les rendre davantage éducatives. Une autre relation au temps serait ainsi nécessaire, en phase avec la temporalité du patient. Plus spécifiquement, il s'agit de prendre le temps avec le patient pour pouvoir réaliser des activités telles que le diagnostic éducatif ou l'activité d'évaluation, souvent négligées. Il s'agit également d'une meilleure adaptation des activités à la psychologie du patient, notamment en termes de motivation : inviter un patient à des ateliers d'éducation thérapeutique n'a aucun sens pédagogique si le patient n'y est pas prêt.

3.3 Les bénéfices personnels à la pratique de l'ETP pour les soignants

De nombreuses études ont rapporté la nécessité pour les professionnels de santé de prendre conscience des bénéfices de l'ETP pour le patient [21,22]. Les résultats de notre étude vont plus loin en soulignant que la perception de l'ETP en tant que bénéfices personnels pour le soignant conduit à une meilleure satisfaction/motivation au travail et une meilleure qualité de vie relative au travail. Les modèles de psychologie de la santé nous ont appris, depuis Rosentstock [23], que la reconnaissance des bénéfices à entreprendre l'action est déterminante dans la mise en œuvre de cette action. Un pas supplémentaire consisterait à reconnaître que l'éducation thérapeutique du patient aide à reprendre ou à gagner de la capacité d'action avec le patient, c'est-à-dire que l'ETP est une forme d'expression de l'« empowerment » chez les professionnels de santé eux-mêmes [24].

3.4 Les aspects psycho-relacionnels/la gestion des émotions et sentiments

La relation de soins ne peut plus être considérée comme exclusivement un contact rationnel. Les émotions des patients et des soignants doivent être considérées comme faisant partie intégrante de la relation de soins et ne peuvent pas être niées [25]. Les professionnels de santé ont souvent été entraînés et ont acquis (explicitement ou implicitement) l'expérience selon laquelle les émotions doivent être niées pour ne pas affecter leur capacité de décision et leur capacité à maintenir une certaine objectivité. Par conséquent, les professionnels de santé tendent à éviter les sujets émotionnels en se focalisant sur les aspects techniques de la prise en charge. Cet évitement est favorisé par le clivage « géographique » du système de soins entre les dimensions psychologiques et somatiques. Pour aller à l'encontre de cette situation, la prise en charge des émotions devrait être un élément à considérer en formation et relever du développement de compétences [26]. Cette conscience du rôle des émotions est fondamentale pour établir une relation éducative de qualité. Les références des travaux sur l'empathie devraient ici guider la réflexion.

3.5 La dimension globale du soin

Nos résultats indiquent le besoin important d'élargir l'approche des soignants, dans une perspective globale de soins éco-bio-psycho-sociale [27]. Il s'agit d'un vrai challenge pour les professionnels de s'orienter vers cette prise en charge

Tableau 1. Caractérisation des différentes dimensions de l'attitude éducative (inspiré de Peignot et Bertin, 2015 et Pétré *et al.*, [4]).
Table 1. *Characterization of the different dimensions of educational attitude (inspired by Peignot and Bertin, 2015 and Pétré et al., [4]).*

Concernant la dimension éducative de la relation thérapeutique (perception de la nature éducative de l'éducation thérapeutique du patient), la posture éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître :

Le renforcement du rôle curatif par le rôle éducatif du soignant

Le rôle éducatif consistant à développer les ressources du patient, à faciliter l'apprentissage, à éclairer le patient pour faire ses choix de santé, ajuster ses objectifs

L'erreur comme faisant partie intégrante de l'apprentissage, y compris dans l'apprentissage lié à ETP

L'importance de partir de là où est le patient, au point de vue de ses compétences et représentations vis à vis de la maladie et de sa gestion

Le patient comme seul acteur de son changement de comportements (place active du patient)

La capacité du patient à faire des choix (compétences et autonomie du patient)

L'importance de soutenir la motivation intrinsèque (venant du patient lui-même)

La nécessité de valoriser les initiatives des patients dans la recherche de solutions complémentaires en termes de stratégie thérapeutique

La nécessité de positiver les changements mis en place même s'ils sont inférieurs aux objectifs fixés, et de respecter le niveau de changement souhaité par le patient

La nécessité de soutenir l'autonomisation du patient

Concernant la relation au temps (manière dont les professionnels de santé reconsidèrent la maladie chronique dans une relation de soins au long cours), la posture éducative conduit à reconnaître

La nécessité de prendre le temps pour les différentes étapes : annonce de la maladie identification des problématiques du patient, détermination d'un projet thérapeutique

L'acceptation momentanée de la décision du patient de ne rien changer (après l'avoir informé des enjeux de santé et vérifié sa compréhension), et de ses éventuelles prises de distance avec la maladie (moindre investissement lors d'évènements de vie/périodes difficiles)

L'acceptation de la temporalité du patient quant au processus de changement

L'inscription de l'accompagnement du patient dans la durée

La nécessité de situer son intervention par rapport à l'histoire de vie du patient et à son suivi médical

Concernant les bénéfices de la pratique de l'ETP pour le soignant (bénéfices de l'intégration de l'ETP dans les pratiques professionnelles), la posture éducative conduit à reconnaître que l'ETP

Aide à renforcer sa capacité d'action envers le patient chronique permet de lutter contre le sentiment d'impuissance et de sortir des situations d'impasse/de blocage

Permet au soignant d'appréhender positivement sa fonction professionnelle (en sortant d'une obligation de résultats) et de renforcer sa motivation

Légitimise (en donnant un réel mandat) certaines activités du soignant (par exemple le questionnement sur l'histoire de vie du patient)

Contribue à améliorer la qualité de vie du soignant au travail

Concernant les mécanismes psychologiques (conscience de l'influence des mécanismes psychologiques sous-jacents à la relation avec le patient), la posture éducative dans le champ de l'ETP conduit le soignant à reconnaître que l'ETP

Nécessite la prise de conscience que ses propres difficultés et affects sont susceptibles de limiter l'écoute du patient

Nécessite de favoriser l'expression, d'accueillir et de reconnaître les émotions/les affects du patient

Nécessite un ajustement entre la pensée, les émotions et l'action du soignant (authenticité ; congruence)

Nécessite de reconnaître que les mécanismes de résistance du patient font partie intégrante de son évolution face à la maladie

Amène le soignant à reconnaître l'influence de ses attitudes verbales et non verbales sur la relation thérapeutique

Amène le soignant à être plus humble et plus prudent sur ses connaissances vis-à-vis du patient

Amène une réflexivité sur sa pratique professionnelle

Concernant l'approche globale et interdisciplinaire du patient (enjeux multiples de la maladie chronique qui requièrent la collaboration de différents professionnels de santé), la posture éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que

Les finalités de l'ETP sont la QDV et la santé des individus

L'ETP nécessite de s'intéresser au retentissement psychosocial de la maladie sur la personne

Le patient doit être considéré (*ou appréhendé*) dans son contexte de vie

L'intérêt centré sur les comportements des patients doit être élargi à la compréhension de leurs déterminants

L'entourage peut être considéré comme une ressource ou un frein dans la prise en charge

La maladie chronique nécessite le recours à des professionnels de santé de spécialités différentes qui collaborent de façon organisée et cohérente

Le soignant possède ses propres limites vis-à-vis du patient et qu'il est parfois nécessaire alors de passer la main ou travailler avec d'autres soignants

Tableau 1. (suite).

Concernant le caractère professionnel de l'ETP (reconnaissance que l'ETP exige une approche scientifique et rigoureuse), la posture éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP

- Dépasse la simple information
- Requiert des soignant formés et compétents, autrement dit que l'ETP ne s'improvise pas
- Formalise un certain nombre d'activités entreprises de manière implicite par les soignants
- Repose sur une démarche qui reconnaît des étapes incontournables comme l'évaluation et le bilan éducatif partagé, comme actes thérapeutiques
- Exige une connaissance approfondie de la pathologie chronique
- Requiert des soignants formés aux techniques de communication (écoute bienveillante, questions ouvertes, communication à double sens laissant un espace d'expression suffisant au patient, reformulation, renforcement positif; et instauration d'un climat favorable à la libre expression...)
- Requiert la clarification des intentions du soignant, notamment relatives à l'intérêt de certaines questions délicates à aborder
- Nécessite que le soignant utilise un langage compréhensible par le patient (« health literacy ») et évalue la compréhension de ses propos (signification et impacts)
- Requiert une disponibilité psychique suffisante pour être à l'écoute du patient

Concernant la relation éthique de soins (conditions perçues pour une relation de soins favorable et durable en éducation thérapeutique, qui respecte le patient lui-même et l'entourage), la posture éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que :

- C'est avant tout un être humain que l'on soigne et non un organe/une maladie
- L'ETP implique des valeurs de non jugement, positivité, confiance, transparence, humilité
- L'ETP requiert de passer d'un mode dirigiste à un mode délibératif, de partenariat
- Le patient doit être reconnu dans sa singularité (approche personnalisée)
- Le patient possède une expertise du vécu et de l'expérience de la maladie
- Le patient est libre de ses choix de santé/le soignant doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour rendre ce choix le plus éclairé possible
- Le patient peut avoir une vision différente de celle du soignant, notamment vis-à-vis des objectifs thérapeutiques

prenant en compte les aspects psychologiques et émotionnels et de la qualité de vie [28]. Ne pas inscrire le patient et sa maladie dans un contexte de vie plus global amène à le considérer comme non-compliant et l'enfermer dans un statut de « mauvais patient » [29]. Une extension naturelle de l'idée de l'approche holistique est de considérer le besoin de travailler en interdisciplinarité et de reconnaître ses propres limites professionnelles. Cette vision d'une approche holistique du patient constitue un des critères de qualité prioritaire pour une démarche de qualité en ETP [1].

3.6 Le caractère professionnel de l'ETP

Nos résultats montrent que les professionnels de santé reconnaissent l'importance et le besoin d'entraînement spécifique en éducation thérapeutique, ce qui est concordant avec les résultats de travaux précédents [30,31]. Cette posture exige cependant des professionnels de santé de connaître et de prioriser leur mandat en l'éducation du patient [32] et de reconnaître que l'éducation est une approche de santé scientifique. Cette mission éducative doit se tenir en complémentarité avec une connaissance pointue biomédicale de la maladie.

3.7 Dimension éthique du soin

La dimension éthique de la posture éducative consiste à respecter et reconnaître le patient comme une personne, avec toutes les considérations que cela entraîne. Ceci inclut

notamment le besoin de mieux comprendre et mieux cerner les idées, souhaits et perceptions propres du patient (il doit être vu comme une personne à part entière) [33]. La reconnaissance que les professionnels et les patients sont égaux et possèdent différents types d'expertise en fait également partie [15]. Elle sous-tend également la reconnaissance des capacités du patient à prendre ses responsabilités pour sa santé, tout en intégrant la liberté du patient [34]. Cependant, pour permettre au patient de faire ses propres choix, les professionnels de santé devraient leur fournir une information suffisante pour que la démarche soit éclairée et soutenir l'autonomisation des patients quant à leur participation à la prise de décision [35].

4 Discussion générale

Il est à noter que les 7 dimensions sus présentées dans la section précédente sont à considérer comme formant un tout dans une complémentarité. Ces propositions demandent aux professionnels de santé de reconsidérer la vision de leur rôle, de la relation de soins, et des principes qui la sous-tendent. Il est attendu que si nous parvenons à changer ces perceptions, si nous tendons à inscrire les professionnels de santé dans ce genre d'attitudes, alors, ces changements pourront conduire à une évolution de leurs pratiques professionnelles, leur permettant ainsi de retrouver une certaine capacité d'action avec les patients et d'en donner aux patients.

Nous soulignons que certains items de caractérisation de la posture éducative ne sont pas spécifiques de l'ETP et dépassent la seule nature éducative du projet d'ETP. En effet, les

7 dimensions identifiées dans la littérature et confirmées par nos experts/praticiens témoignent d'une transformation globale de l'état d'esprit nécessaire à la mise en œuvre de l'ETP. Certaines dimensions renseignent sur les caractéristiques éducatives du soin, de la reconnaissance des bénéfices et du caractère professionnel de l'ETP. D'autres appellent une ouverture à l'éthique, au travail interdisciplinaire et à l'accompagnement du patient sur une période continue. La posture éducative contribue ainsi à une transformation paradigmatique de la relation soignant/patient, mais ne la résume pas. Elle en est une expression les plus visibles comme peut l'être la décision partagée par exemple. La posture éducative peut ainsi être considérée comme un moyen de faire évoluer la pratique médicale paternaliste vers une pratique plus respectueuse de la personne.

Ce n'est pas sans difficulté que ces changements s'opèrent. Il est prouvé que les soignants arrivent difficilement à pratiquer spontanément cette médecine de la personne [17]. Ceux qui essaient de pratiquer l'ETP se sentent tantôt soignant tantôt éducateur, mais ressentent rarement une pleine identité de soignant-éducateur [36]. Les soignants se retrouvent alors « en tension » entre les dimensions médicales et les dimensions éducatives à l'œuvre dans la conduite de leurs activités. La posture éducative permettrait pourtant de faire le « liant » entre les aspects de soins et d'éducation en définissant clairement le rôle attendu de ces soignants éducateurs.

Il s'agit en effet d'une transformation radicale qui affecte le soignant dans sa représentation de lui-même et de sa place dans l'équipe de soins. Le Rhun *et al.* [37] ont mis en évidence certaines difficultés persistantes chez les professionnels formés en ETP et engagés dans des programmes d'ETP. Ces tensions sont de différentes natures : dialogiques, entendu comme la discordance entre les objectifs visant l'apprentissage du patient et ceux portés par des soins « classiques » ; cognitives, les soignants éducateurs considérant que l'ETP les amène à questionner l'espace professionnel d'autres collègues, comme la psychologie ; et d'efficacité, avec un sentiment d'impuissance devant la grande difficulté des structures hospitalières à modifier leur organisation basée sur une pensée biomédicale. Certains auteurs [38] affirment que pour parler d'une réelle transformation identitaire, il est nécessaire que les soignants-éducateurs soient reconnus par leurs pairs et par leurs institutions. On pourrait alors parler d'une véritable intégration de l'ETP dans l'exercice professionnel [39] si et seulement s'il y a ajustement entre les représentations du soignant et de la communauté professionnelle à laquelle il appartient. L'ajustement des modes de pensée à travers la posture éducative prend alors tout son sens. La posture éducative devenant la pièce maîtresse vers cette transition et le dialogue dans les équipes de soins.

Bien entendu, ce travail entrepris seulement sur les professionnels de santé ne peut être suffisant pour des changements durables de pratiques professionnelles orientées vers l'éducation. Les bénéficiaires (les patients) devraient également être mieux sensibilisés et préparés pour tirer profit des rencontres de type éducatif avec les professionnels de santé. La norme sociale actuelle empêche les patients à attendre de leurs professionnels de santé un questionnement et un accompagnement autre que sur des questions purement biomédicales et techniques [40].

Cette posture éducative peut également être vue comme l'assurance d'une pratique authentique de l'ETP. Il s'agit de garantir ses principes fondamentaux, comme par exemple, l'exigence éthique de l'autonomie et d'autodétermination du patient. Cette condition est criante au regard de pratiques professionnelles douteuses qui viseraient la manipulation du patient. Le « nudge » en est un bon exemple et est entendu comme une technique qui pousse le patient à faire les « bons » choix en matière de santé en organisant de manière spécifique l'environnement dans lequel il évolue, sans que le patient en ait toujours conscience. Cette technique est contraire à l'ETP qui vise à amener le patient dans une pensée et des choix de santé autonomes [41]. Aussi, la posture éducative permettrait d'éviter l'engagement dans de telles dérives.

Cette posture éducative semble être essentielle dans la prise en charge des maladies chroniques. Si la principale tâche des professionnels de santé est d'aider les patients à développer leurs compétences pour faire face à la maladie dans la vie quotidienne et réaliser de nouveaux projets de vie, le rôle du soignant éducateur exige que ce dernier modifie sa vision, ses perceptions, ses croyances vis-à-vis de la maladie, de la relation de soins, du patient... Ceci est particulièrement vrai, par exemple, dans les maladies qui requièrent du patient peu de compétences techniques mais beaucoup d'efforts d'adaptation à la maladie, telle que l'obésité [27].

5 Perspectives de développements et implications pratiques – vers un praticien réflexif

Nous proposons que l'enseignement de l'ETP s'appuie sur une description formalisée de la posture éducative pour promouvoir sa diffusion et son intégration dans les pratiques de soins. À l'heure actuelle, son intégration aux capacités relationnelles du soignant se rapproche davantage de ce qu'on peut appeler un curriculum caché [42], c'est-à-dire non formalisé dans le processus de formation.

Ces assertions peuvent être utilisées pour ouvrir un espace de dialogue quant aux dispositions mentales acquises par les professionnels de santé à l'issue d'un programme de formation en ETP, ou encore avant la mise en place d'un programme d'ETP dans une structure de soins. Il s'agit alors de créer des moments de « réflexivité » [43] personnelle et à travers ses pairs. Concevoir des outils d'aide au développement d'un « praticien réflexif » quant à ses attitudes éducatives serait une avancée majeure. L'objectif serait d'apprendre à adopter une posture appropriée par une analyse de sa propre pratique, de son identité de soignant, et des rôles respectifs du soignant-éducateur et du patient.

Nous sommes conscients que cette posture s'intègre de manière progressive par des formations qui en tiennent compte, un compagnonnage ; elle est vécue, expérimentée par petites touches, conduisant à un apprentissage à l'origine d'une transformation. Aussi, nous recommandons aux coordinateurs de programme de formation en ETP le développement de travaux réflexifs, tout au long de la formation pour permettre aux professionnels de santé concernés de prendre progressivement conscience des transformations opérantes.

Les prochains travaux devront tenter de stabiliser les différents items caractérisant les attitudes éducatives

souhaitables, à travers une validation de contenu des éléments de caractérisation. Il faudra ensuite mettre au point un outil permettant aux professionnels de santé, d'une part, d'interroger la pertinence de leurs attitudes éducatives, au terme d'une séquence d'apprentissages, et d'autre part, d'ouvrir un espace de dialogue dans les équipes de soins intégrant des soignants éducateurs. Ce dernier point nous paraît fondamental pour permettre aux soignants-éducateurs d'être pleinement actifs dans leur équipe.

6 Conclusion

L'intégration de l'ETP dans les modèles de soin orientés sur la personne, questionne la posture éducative des soignants. Selon Reach [6], «une éducation thérapeutique sans posture n'est qu'une imposture». Ces propos se révèlent particulièrement important pour éviter des processus de normalisation et de standardisation.

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

Références

- World Health Organization (1998). Europe report therapeutic patient education—continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease. Copenhagen, Denmark: WHO.
- d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 4th éd. Paris: Maloine; 2011.
- Deccache A, Aujoulat IA. European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns* 2001; 44(1):7–14.
- Pétré B, Gagnayre R, De Andrade V, Ziegler O, Guillaume M. From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals—a pragmatic approach for defining competencies and resources. *Patient Prefer Adherence* 2017; 22(11):603–617.
- Tourette-turgis C. Une nouvelle posture à la mode: la posture éducative—Le blog de catherine tourette-turgis. 2011, disponible sur: <http://master.educationtherapeutique.over-blog.com/article-une-nouvelle-posture-a-la-mode-la-posture-educative-91323916.htm> [dernière consultation 2018/20/06].
- Reach G, Grimaldi A. Éducation thérapeutique, la mise en oeuvre. Synthèse pratique. Mises au point 2011–2012. Paris: Éditions Scientifique; 2011.
- Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. U.S: Fort Worth: TX, Harcourt, Brace, Jovanovich; 1993.
- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991; 50:179–211.
- Kerlinger FN. 2015 Social attitudes and their criterial referents: a structural theory. *Psychological Review* 1967; 74(2):110–122.
- Tardif J, Fortier G, Préfontaine C. L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement. Montréal: Chenelière-éducation; 2006.
- Fazio RH, Olson MA. Attitudes: foundations, functions, and consequences. The sage handbook of social psychology, London: Sage; 2003.
- Leclercq, D. ETIC PRAD et SEPIAS. Systèmes d'évaluation des performances d'individus en formation [Internet]. Liège: Université de Liège; 2006, disponible sur: <http://www.labset.net/media/prod/ETICPRADetSEPIAs.pdf>.
- Traynard PY, Gagnayre R. Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Paris: Maloine; 2013.
- Peignot A. Conceptualisation du terme «Posture éducative» pour une meilleure intégration de l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale; sous la direction de Eric Bertin; Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Reims Champagne-Ardenne, discipline: médecine générale, 2015.
- Mikkonen I, Hynynen MA. Health care professionals' views about supporting patients' self-management. *Health Educ* 2012; 112(5):396–405.
- Hibbard JH, Collins PA, Mahoney E, Baker LH. The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient selfmanagement. *Health Expect* 2010; 13(1): 65–72.
- Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernström L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Educ Couns* 2004; 53(3):319–24.
- Cianciara D, Miller M. Physicians's attitude toward patient education. *Przeglad Epidemiol* 2003; 57(3):531–540.
- Aghakhani N, Nia HS, Ranjbar H, Rahbar N, Beheshti Z. Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17(1):12–15.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284:1021–1027.
- Bjerrum M, Tewes M, Pedersen P. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition -before and after a training programme. *Scand J Caring Sci* 2012; 26(1):81–89.
- Swart SK, Kanny EM, Massagli TL, Engel JM. Therapists' perceptions of pediatric occupational therapy interventions in self-care. *Am J Occup Ther* 1997; 51(4):289–296.
- Rosenstock I. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Behav* 1974; 2(4):328–335.
- Roussel S, Libion F, Deccache A. Représentations en matière de santé, éducation et soin chez les soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient: pistes pour la formation. *Pédagogie Médicale* 2012; 13(2):79–90.
- May W. Maintaining empathy in medical education. *Med Teach* 2013; 35(12):977–8.
- Walger O. Similarities, differences, complementarities between doctors and nurses in their interactions with the patient in the field of the diabetic patient education programs: a review of the literature. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2011; 3(1): 45–55.
- Ziegler O, Bertin E, Jouret B, Calvar R, Sanguignol F, Avignon A, *et al.* Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Référentiel et Organisation. rapport à la direction générale de la santé et à la Direction générale de l'offre de Soins. *Obésité* 2014; 9(4):302–328.
- Clark NM, Stoll S, Youatt EJ, Sweetman M, Derry R, Gorelick A. Fostering epilepsy self management: the perspectives of professionals. *Epilepsy Behav* 2010; 19(3):255–263.
- Playle JF, Keeley P. Non-compliance and professional power. *J Adv Nurs* 1998; 27:304–311.
- Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Gruppen LD. The third version of the diabetes attitude scale. *Diabetes Care* 1998; 21(9):1403–1407.
- Satink T, Cup EH, de Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Self-management: challenges for allied healthcare professionals

- in stroke rehabilitation—a focus group study. *Disabil Rehabil* 2015; 37(19):1745–1752.
32. Bergh AL, Persson E, Karlsson J, Friberg F. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education-focusing on aspects of competence. *Scand J Caring Sci* 2014; 28(3):523–536.
33. Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, Chew-Graham C. A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. *Br J Gen Pract* 2006; 56(527):407–414.
34. Siminerio LM, Funnell MM, Peyrot M, Rubin RR. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the cross-national diabetes attitudes wishes and needs (DAWN) study. *Diabetes Educ* 2007; 33(1):152–162.
35. Baay MF, Verhoeven V, Peremans L, Avonts D, Vermorcken JB. General practitioners' perception of risk factors for cervical cancer development: consequences for patient education. *Patient Educ Couns* 2006; 62(2):277–281.
36. d'Ivernois J. Acte du V^e congrès International de la société d'éducation thérapeutique européenne, Bobigny 19–21 juin 2014 : Éducation thérapeutique : Quelles frontières ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2015; 7(1):10501.
37. Le Rhun A, Gagnayre R, Moret L, Lombrail P. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : Implications pour leur supervision. *Glob Health Promot* 2013; 20(2):43–47.
38. Lasserre Moutet A, Dupuis J, Chambouleyron M, Lagger G, Golay A. Transformer son identité professionnelle : Impact d'un programme de formation continue de soignants en éducation thérapeutique du patient. *Pédagogie Médicale* 2008; 9:83–93.
39. Blin JF. Représentations, pratique et identités professionnelles. Paris : L'Harmattan ; 1997.
40. Degrange S, Legrand C, Pétré B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Méd Maladies Métaboliques* 2015; 9(6):559–565.
41. Reach G. Patient education, nudge, and manipulation: defining the ethical conditions of the person-centered model of care. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10:459–68.
42. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med* 1998; 73(4):403–407.
43. Schön D. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal : Les éditions Logiques ; 1994.

Citation de l'article : Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient !. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019; 11:10501.