



REVUE DE L'ANALYSE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## L'analyse de pratiques professionnelles en éducation thérapeutique : une démarche au service du développement des professionnels du champ sanitaire

**Benoît Saugeron**

Chargé de projets et formateur, Comité  
Régional d'Éducation pour la Santé (CRES),  
Marseille  
[benoit.saugeron@cres-paca.org](mailto:benoit.saugeron@cres-paca.org)

**Pierre Sonnier**

Pharmacien et formateur,  
CRES,  
Marseille  
[pierre.sonnier@cres-paca.org](mailto:pierre.sonnier@cres-paca.org)

### *Résumé*

Ce texte concerne le croisement de deux disciplines : l'analyse de pratiques professionnelles (APP) d'une part et les formations à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) d'autre part. Il témoigne de l'expérience vécue par deux formateurs en ETP à intégrer des APP dans les temps d'apprentissage de soignants se formant à l'ETP. À l'aide d'une enquête qualitative auprès de 44 soignants ayant bénéficié de la mise en place de l'APP dans la formation ETP, ce texte interroge les intérêts et les limites que peut avoir cette modalité de formation et présente en quoi la mise en place de l'APP en ETP peut être au service du renforcement des compétences des soignants.

### *Mots-clés*

éducation thérapeutique du patient, GEASE, GFAPP, formation

### *Catégorie d'article*

Expérience pratique

### *Référencement*

Saugeron, B. & Sonnier, P. (2021). L'analyse de pratiques professionnelles en éducation thérapeutique : une démarche au service du développement des professionnels du champ sanitaire. *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, 21, 13-38. <https://www.analysedepratique.org/?p=5109>.

*Les articles de la revue de l'analyse de pratiques professionnelles paraissent uniquement en format électronique et sont en libre consultation sur le site internet [www.analysedepratique.org](http://www.analysedepratique.org). Ils sont sous licence Creative Common 3.0 «Paternité – pas de modification», ce qui signifie qu'ils peuvent être imprimés ou transmis librement à condition qu'ils ne soient pas modifiés et que soient mentionnés le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.*

L'Analyse de Pratiques Professionnelles (APP) et l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sont des disciplines récentes. Les premiers groupes d'analyse de pratiques puisent leurs sources dans la période d'après-guerre avec les groupes Balint. Ces dispositifs groupaux s'étendent en France dans les années soixante et s'étendent au milieu enseignant dès les années 70. Aujourd'hui, un très grand nombre de dispositifs d'APP coexistent et font appel à des modèles théoriques différents.

Dans la même temporalité, l'ETP connaît un essor croissant depuis les années 70, d'abord dans le monde du diabète, puis progressivement pour l'ensemble des maladies chroniques (Grimaldi, 2017). Les influences de la médecine, de la psychologie, de la philosophie ou encore de la pédagogie ne sont pas étrangères au développement et à l'évolution de l'ETP en France.

La formation des soignants à l'ETP vise, entre autres, le renforcement de compétences relationnelles et éducatives<sup>1</sup>. Pour cela, diverses méthodes pédagogiques, analyses de cas fictifs, simulations, techniques de réflexion collectives et participatives, etc. sont mises en place dans ladite formation. En revanche, aucune technique formalisée d'analyse de pratiques à partir d'une situation éducative et relationnelle vécue par l'un des participants n'était utilisée en formation. Les méthodes d'APP, en analysant une situation éducative et relationnelle, peuvent être des démarches intéressantes pour concourir au renforcement des compétences relationnelles des professionnels et améliorer leur posture éducative.

L'APP en ETP est un dispositif ne reposant sur aucun texte officiel. L'article qui suit, se propose de décrire l'expérience de l'intégration d'une séance d'APP (avec une analyse de situation) dans une formation d'ETP et présente en quoi sa mise en place peut être au service du renforcement des compétences des soignants.

Dans cet article, les auteurs décrivent dans une première partie leur expérience de formation en ETP au sein du Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CRES) en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans une deuxième partie, les auteurs précisent leur approche de l'APP et la manière dont elle a été intégrée dans la formation continue des soignants. Une troisième partie est réservée à une analyse des représentations des soignants de l'APP au travers d'une étude qualitative. Une quatrième et dernière partie vient décrire et analyser l'expérience

---

<sup>1</sup> Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient consultable sur le site : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/referentiel-de-competences-pour-dispenser-l-education-therapeutique-du-patient-dans-le-cadre-d-un-programme.-document-complementaire-a-l-annexe-n-1>.

d'intégration de l'APP en ETP. Les points communs entre l'APP et l'ETP sont mis en discussion ainsi que les limites de la mise en place d'un tel dispositif.

## 1. L'éducation thérapeutique du patient : définition

Un quart de la population française souffre de maladie chronique selon Michel Chassang et Anne Gautier<sup>2</sup>. Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur l'éducation thérapeutique du patient, paru en 1998, toutes ces personnes devraient bénéficier d'éducation thérapeutique, autrement dit, d'activités les aidant à prendre soin d'elles-mêmes, à agir dans un sens favorable à leur santé, à leur bien-être.

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient selon les recommandations que la Haute Autorité de Santé a fait paraître en 2007 sur l'éducation thérapeutique du patient.

Elle est donc mise en place par des professionnels de santé, d'autres soignants et des représentants d'association de patients présents dans le parcours de soin.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 définit l'organisation de cette activité en France. Pour la mettre en place, les professionnels de santé doivent demander une autorisation à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ces programmes, réalisés par des équipes pluri-professionnelles, se déroulent en 4 étapes :

- Un bilan éducatif partagé (qui permet une meilleure connaissance entre le patient et un représentant de l'équipe).
- La proposition d'un programme personnalisé.
- Des activités éducatives en individuelles ou en groupe.
- Une évaluation des compétences et du programme.

Ces activités se déroulent en complément des soins reçus par le patient.

Les intervenants (soignants-éducateurs, autres professionnels ou « patients-experts ») doivent suivre une formation obligatoire d'une durée de 40 heures. Cette formation vise l'acquisition de trois champs de compétences<sup>3</sup> :

---

<sup>2</sup> Avis du Conseil économique, social et environnemental consultable à l'adresse [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf).

<sup>3</sup> Le référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP est consultable à l'adresse suivante : <https://ipcem.org/img/ouvrages/INPES-2013-REF.pdf>.

- Relationnelles (posture éducative et écoute du patient),
- Pédagogiques et animation de groupe,
- Méthodologiques (réaliser une analyse de situation, élaborer des objectifs et des stratégies et concevoir une évaluation).

## 2. Le Comité régional d'éducation pour la santé

Le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) Provence-Alpes-Côte d'Azur, association de type loi 1901, est un centre de ressources généralistes en éducation pour la santé et en santé publique et un organisme de formation. Il s'adresse à tous les professionnels du sanitaire, du social et de l'éducation de la région. Il propose de nombreux services : formations, conseil en méthodologie et évaluation, prestations documentaires, communication..., gère des bases de données (Bib-Bop, Oscars) et mène divers programmes thématiques (alimentation des jeunes, santé-environnement, etc.).

Le CRES propose des formations en ETP depuis une dizaine d'années. Depuis l'intégration de l'ETP dans la loi HPST en 2009, cette activité de formation s'est renforcée. Le CRES anime autour de 30 groupes par an, ce qui correspond à une moyenne de 400 professionnels formés par an.

Depuis 2015, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur a missionné le CRES pour animer le centre de ressources en éducation du patient pour favoriser son développement en région. Cette mission se décline en 4 services :

- Documentation,
- Accompagnement méthodologique des professionnels,
- Innovation et mobilisation (communication auprès du grand public, groupes de travail, élaboration de recommandations),
- Animation régionale des acteurs (organisation de séminaires).

## 3. Valeurs et principes d'intervention en ETP

L'ETP représente une nouvelle manière d'envisager les soins et la relation entre les soignants et le patient. Ce paragraphe va présenter deux points particuliers de cette approche qui permettront ensuite de mieux comprendre les liens avec l'APP.

### *La relation éducative :*

La relation soignant-patient est caractérisée notamment par la différence de savoir entre les deux et le fait que l'un des deux soit en demande d'aide. Ces éléments peuvent induire un rapport de pouvoir entre les deux protagonistes qui se traduit par un comportement injonctif du soignant et une passivité du patient. L'ETP a pour ambition de mettre en place une relation d'équivalence entre les deux, et de souligner la réciprocité de cette relation. Le patient apprend du soignant des éléments pour lui permettre de mieux vivre avec la maladie, le soignant apprend du patient : *« si, par son action éducative, le soignant parvient à promouvoir l'autonomie de la personne malade, sa rencontre avec le patient, lui permettra de progresser lui-même sur le chemin de l'autonomie. L'éducation se fait bien dans les deux sens »* (Sandrin-Berthon, 2008).

Le savoir théorique biomédical et scientifique du soignant ne lui apprend pas comment s'adapter à la singularité de chaque patient. La relation quant à elle, participe au développement de l'autonomie du soignant dans le sens où elle enrichit ses possibilités de choix, décisions et compétences lui permettant de proposer un soin et un accompagnement encore plus personnalisé à chaque patient.

### *L'approche globale du patient*

Le progrès des sciences médicales a amené le professionnel de santé à avoir une vision biomédicale et techniciste du patient. L'ETP se centre notamment sur le vécu et les comportements du patient. Elle convoque ainsi d'autres sciences pour se nourrir. La psychologie permet de mieux comprendre le vécu du patient, la psychologie sociale éclaire sur les comportements du patient, les sciences de l'éducation apportent des méthodes favorisant l'apprentissage du patient. L'ETP est par essence une approche interdisciplinaire.

## **4. Les formations en ETP : principes et méthodes d'intervention**

Les formations à l'ETP ont des objectifs similaires à l'ETP elle-même : faire évoluer les représentations des apprenants, interroger et modifier les pratiques et comportements.

Ces formations ont donc pour souci la congruence entre les méthodes qu'elles emploient avec les professionnels et les méthodes qu'elles proposent d'employer avec les patients : *« Il est indispensable, pour enseigner l'éducation des patients, de suivre une démarche analogue à celle que l'on recommande aux professionnels d'adopter vis-à-vis de la population avec laquelle ils travaillent. Le modèle éducatif mis en œuvre par les éducateurs sera en effet élaboré sur le modèle de la formation qu'ils auront reçue. »* (Sandrin-Berthon, 2002).

Les soignants ont suivi majoritairement un enseignement académique (cours magistraux pour transmettre une connaissance) dans leur formation initiale. Lorsqu'ils souhaitent

transmettre à leur tour des connaissances aux patients, ils reproduisent le plus souvent ce type de pédagogie directive et descendante. Il est donc important de leur faire vivre d'autres formes de pédagogie et de les inviter à réfléchir à leur posture. À ce titre, Reach cité dans Grimaldi (2011) nous rappelle qu'«*une éducation thérapeutique sans posture est une imposture*»; d'où la nécessité de s'interroger sur la posture dès la formation.

Les formations s'appuient sur les principes d'interventions suivants (Lorto et Moquet, 2019) :

- S'appuyer sur les expériences des apprenants : les professionnels qui participent aux formations ont déjà pour la plupart des années de pratique et d'expérience relationnelles avec des patients. Ce savoir expérientiel est à prendre en compte avec la même importance que le savoir du formateur en ETP. Il doit être valorisé pour donner confiance aux professionnels dans leurs compétences professionnelles : quelqu'un qui a confiance en soi est plus ouvert, plus réceptif à l'échange et aux savoirs d'autrui.
- Un apprentissage participatif tourné vers la pratique : les méthodes pédagogiques sollicitent à chaque étape la participation active des personnes en formation. Des séances de travail en petits groupes, des jeux de rôles, des échanges de pratiques faciliteront notamment l'expression des représentations de chacun. La formation favorisera les mises en situation et les jeux de rôles permettant de «s'entraîner». Les méthodes pédagogiques s'orientent vers des situations réelles, un savoir pratique immédiatement transposable dans la réalité professionnelle.
- La prise en compte des attentes : les objectifs et le programme sont fixés en amont mais il est nécessaire de faire du lien avec les attentes du groupe. Le contenu du programme est alors adapté au groupe. L'efficacité pédagogique en sera renforcée. Les formateurs présentent l'ossature générale de la formation et adaptent le contenu au regard des spécificités du groupe.
- Au terme de la formation en ETP, les professionnels formés auront établi et commencé à mettre en œuvre un projet d'éducation thérapeutique. Ils auront notamment défini le rôle spécifique de chaque professionnel en matière d'éducation thérapeutique et une organisation de travail permettant la synergie des interventions.

Les objectifs pédagogiques présentés par les formateurs sont les suivants :

- Analyser les différentes définitions et les enjeux relatifs à la démarche d'éducation thérapeutique,
- Identifier les besoins, notamment d'apprentissage, du patient,
- Comprendre les difficultés du patient liées au changement de comportement de santé,
- Communiquer et développer une relation avec le patient afin de le soutenir dans l'expression de ses besoins de santé,

- Développer une posture éducative, notamment pour négocier des objectifs éducatifs partagés avec le patient,
- Utiliser des techniques d'animation et des outils pédagogiques adaptés, gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie,
- Évaluer la démarche éducative mise en place avec le patient.

Les formateurs restent libres de l'ordre dans lequel les objectifs sont travaillés ainsi que du temps consacré aux différents objectifs.

## **5. La formation à l'analyse de pratiques et l'intégration de la méthode dans les formations ETP**

Sensible à la prise en compte des principes pédagogiques et à la problématique de l'apprentissage, nous nous sommes formés successivement à l'analyse de pratiques professionnelles (P. Sonnier en 2014 et B. Saugeron en 2015). La formation d'une durée de 4 jours se nommait «Formation de formateurs à l'animation de groupes d'analyses de pratiques professionnelles» et était animée par R. Etienne (professeur des universités en sciences de l'éducation) et P. Robo (Docteur en Sciences de l'éducation et formateur). Cette formation d'une durée de 4 jours présentait deux dispositifs : le Groupe d'Entraînement à l'Analyse de Situation Éducative (GEASE ; voir Etienne et Fumat, 2014) et le Groupe de Formation à et par l'Analyse de Pratique Professionnelle (GFAPP ; voir Robo, 2002). Une large part de la formation était dédiée à leur mise en œuvre par les participants en vue de développer la compétence d'animation.

L'après-formation a été consacrée à la mise en place de ces dispositifs au sein de nos formations en se fixant comme but de faire vivre un temps d'analyse de pratiques professionnelles aux participants assistant à nos formations à l'éducation thérapeutique.

Les objectifs poursuivis sont :

- Faire découvrir aux participants un dispositif d'analyse de pratiques professionnelles en le testant en situation réelle avec eux,
- Faire émerger les éléments communs entre la pratique de l'ETP et celle de l'APP et favoriser la réflexion sur la posture éducative,
- Faire prendre conscience aux participants de ce qu'ils peuvent réinvestir dans leurs pratiques professionnelles. Étudier dans quelle mesure ce dispositif pourrait être déployé dans leur structure de soin. Les auteurs partent du postulat que c'est en vivant un temps d'analyse de pratiques, que les participants pourront évaluer l'intérêt de son déploiement.

Le dispositif d'analyse de pratiques proposé dans nos formations à l'éducation thérapeutique, s'inspire des deux dispositifs précités et s'adresse à des soignants n'ayant, pour l'immense majorité, jamais participé à un GEASE ou un GFAPP.

Déroulement d'une séance d'analyse de pratiques en formation ETP en se basant sur le mode de fonctionnement d'un GEASE et d'un GFAPP :

Tout d'abord, une explication sur le déroulé général de la séance est réalisée. Pour ce faire un support visuel type diaporama (une diapositive) ainsi qu'un support papier par participant sont utilisés.

1. L'exposé	- L'exposant nous expose sa situation.
2. L'élucidation	- Les participants posent des questions d'élucidation à l'exposant afin de mieux comprendre la situation. - L'exposant répond ou pas.  <i>Attention, pas de fausses questions : «N'aurais-tu pas dû...?», ou «Est-ce que si...?»</i>
3. Les hypothèses	- Les participants émettent des hypothèses de compréhension : <i>«je fais l'hypothèse que...»</i> - L'exposant écoute en silence et ne réagit pas  <i>Attention : il ne s'agit pas d'hypothèses d'action : «je fais l'hypothèse que si tu avais fait cela...»</i>
4. La conclusion	- La parole est rendue à l'exposant qui réagit sur ce qu'il veut, s'il le veut. - Les participants écoutent en silence.
*** PAUSE ***	
5. La méta-analyse	- Les participants échangent sur le vécu de l'analyse sans revenir sur la situation présentée. Échange sur ce qu'a apporté ce temps d'analyse.

Tableau 1 Support papier distribué aux participants



Les principes et les règles de fonctionnement sont rappelés :

- Les principes de fonctionnement : ils sont énoncés au groupe et sont non négociables :
  - o Le volontariat : dans notre cas, les participants ne viennent pas spécifiquement pour un travail d'APP, car ils sont déjà présents dans le cadre de la formation ETP, 40h. Néanmoins il leur est précisé que l'activité qui va suivre n'est pas « obligatoire » et qu'ils peuvent sortir s'ils ne souhaitent pas y participer.
  - o La confidentialité : ce qui est dit et échangé ici reste ici.
  - o Le non-conseil : le groupe est là pour tenir conseil et non de donner des conseils.
  - o La suspension de l'expression du jugement : le langage verbal et non verbal, ainsi que le ton et le style de conversation sont des éléments essentiels pour garantir la confiance et la sécurité au sein du groupe. En effet, une attitude tendant vers la neutralité permettra à chacun de se sentir en confiance dans le groupe, même si parfois l'attitude corporelle peut trahir les participants. Ce qui importe ici est la conscientisation de cette posture nécessaire.
  - o La bienveillance : les participants s'engagent à adopter une disposition d'esprit compréhensive et tournée vers les autres.
  
- Les règles de fonctionnement : elles sont proposées au groupe et sont discutables :
  - o Les participants sont invités à éteindre leur téléphone afin de ne pas être gênés par les sonneries, vibrations et d'être le plus disponible possible pour la séance de travail.
  - o L'animateur demande aux participants s'il peut animer et participer (c'est-à-dire poser des questions et faire des hypothèses) à cette séance d'analyse.
  - o L'animateur sensibilise les participants sur les sorties de salle et leur demande de ne sortir qu'en « cas de force majeure ». Si une personne est absente au début de la séance, l'animateur indique que l'entrée dans la salle et la participation de cette personne seront autorisées jusqu'au choix de la situation. Après cela la personne pourra entrer dans la salle mais ne pourra participer qu'au temps de méta-analyse.

Une fois les principes et les règles de fonctionnement rappelés, sept temps de travail vont se succéder :

### *Temps 1 : le choix de la situation*

L'animateur demande aux participants de penser à une situation relationnelle et/ou éducative rencontrée avec un patient qui leur pose question et qu'il souhaiterait exposer au groupe. Par situation relationnelle et/ou éducative, nous entendons un ensemble de circonstances dans lesquelles une relation a lieu (ou a eu lieu). Cette relation impliquant nécessairement une autre personne que la personne exposant la situation.

Il est rappelé que le participant doit être concerné par la situation en question. L'animateur effectue un tour de table pour savoir si les participants ont une situation à exposer. Le cas échéant les participants sont amenés à présenter leur situation sous le format «Une de journal», c'est-à-dire qu'ils donnent à leur situation un intitulé bref et percutant qui donne à voir sur la situation en question. Cette option demande aux participants d'être synthétique et à mettre d'emblée le questionnement sous-jacent de la situation en exergue.

Une fois que les participants se sont manifestés sur leur souhait ou non de présenter une situation au groupe, l'animateur rappelle les différentes «Une de journaux» à l'ensemble du groupe et demande aux participants ayant fait une proposition de situation de sortir de la salle et de se mettre d'accord sur la situation qui sera sélectionnée puis travaillée aujourd'hui. Une variante consiste à faire voter les participants ayant proposé une situation. Le vote a lieu devant le reste du groupe. Dans les deux cas, seuls les participants ayant proposé une situation participent à la sélection de la situation qui sera travaillée. Ce choix méthodologique permet, entre autres, de préserver la susceptibilité des participants dont les situations ne seront pas choisies. L'intérêt de permettre le choix de la situation de travail uniquement par les personnes ayant proposé une situation augmente donc la légitimité des votants à retenir une seule situation et par conséquent à écarter toutes les autres.

L'animateur rassure le groupe sur le fait que, quelle que soit la situation choisie, il y a toujours «matière» à travailler. L'expérience montre que toutes les situations proposées et travaillées permettent par analogie de faire sens chez les participants. La personne qui exposera sa situation est nommée «l'exposant» ou «la narratrice». Nous laissons la personne qui va exposer sa situation choisir l'une des deux appellations. Dans le cadre de cet article, nous l'appellerons «l'exposant».

### *Temps 2 : l'exposé*

Une fois la situation choisie, l'animateur demande à l'exposant de présenter sa situation en 5 min maximum. Il précise que la situation présentée doit s'incarner dans un contexte spatio-temporel avec un lieu, un moment, etc. Nous faisons le choix de limiter le temps d'exposition de la situation à 5 minutes. En effet, les situations exposées sont dans la majorité des cas des situations chargées d'émotions, qui par définition et expérience, prennent du temps pour être énoncées. Mais il ne faut pas oublier l'objectif de ce temps «d'exposé» : donner à voir sur une situation que les autres participants ignorent ou non pas vécue de la même manière. C'est ce temps d'exposé qui permet à l'exposant de commencer à déconstruire sa situation, de la mettre à plat comme un garagiste étalerait toutes les pièces d'une voiture au sol de son atelier. La limitation de ce temps d'exposé va donc demander à l'exposant d'organiser sa mise à plat, de sélectionner ce qui lui semble essentiel et va lui demander de renoncer à la mise en avant de certains aspects de sa situation. Le

cadre lui rappelle que l'on est dans une séance de travail orienté vers une finalité : l'analyse de sa situation.

L'animateur est là pour rassurer les participants qui n'auraient pas pu tout exposer en 5 min. Il précise alors que lors du 3<sup>ème</sup> temps ils pourront approfondir certains aspects grâce aux questions des autres participants.

### *Temps 3 : les questions*

L'exposant ayant terminé d'exposer sa situation, les autres participants (qui étaient sommés de ne pas l'interrompre pendant son exposé) peuvent cette fois lui poser des questions. Les questions posées sont des questions d'élucidation ayant pour but de mieux comprendre ce qui a déjà été mis à plat ou ce qui n'a pas pu l'être (faute de temps ou parce que l'exposant n'y a pas pensé). L'animateur veillera à repérer les questions déguisées en conseils : «*est-ce que si tu lui avais dit tout de suite ce que tu en pensais, Madame X ne se serait pas moins inquiétée?*». L'animateur distribue la parole et organise le tour de table. Il repère les «fausses» questions et demande aux participants de les reformuler. Il invite les participants à poser une seule question, afin d'obtenir une réponse et demande de ne pas tomber dans un échange. Cette méthodologie force les participants à formuler des questions (le plus souvent ouvertes) qui favorisent l'expression de l'exposant.

Afin de situer les questions sur le registre d'une meilleure compréhension de la situation, l'animateur incite les participants à faire porter leurs questions sur le passé : «*Lorsque tu as...*», «*Quand tu nous dis que tu étais...*».

Une fois que la situation semble être suffisant comprise et explorée par les réponses obtenues, il est temps de passer à la formulation d'hypothèses.

### *Temps 4 : Les hypothèses*

Étymologiquement le mot hypothèse vient du grec hypothesis composé du préfixe «hypo» qui signifie «inférieur», et le radical «thèse» qui signifie «opinion». Lorsque nous formulons une hypothèse nous sommes bien en présence d'un propos qui désigne une opinion «inférieure», c'est-à-dire un propos qui n'a pas de caractère véridique, un propos qui par définition peut être discuté, confronté, voire refusé, etc.

Dans ce quatrième temps, il va donc s'agir pour les participants de formuler des hypothèses sur ce qu'ils comprennent de la situation qui leur a été exposée et comment ils l'expliquent. Il est demandé aux participants de commencer leur phrase par «*je fais l'hypothèse que...*». Ces hypothèses de compréhension ont pour but de fournir au groupe des explications sur ce qui s'est passé, en restant dans le registre de la supposition.

Pendant ce temps il est demandé à l'exposant de rester silencieux. Il peut prendre des notes s'il le désire. Cela peut paraître troublant pour l'exposant de ne pas pouvoir réagir en apportant des réponses aux hypothèses formulées. Mais ce qui est demandé à l'exposant, c'est de recevoir toutes ces hypothèses comme des éclairages sur la situation passée. Ne pas pouvoir réagir par la parole permet à l'exposant de prendre ou de laisser ces éclairages sans avoir à se justifier.

L'animateur organise la prise de parole et est vigilant aux fausses hypothèses qui ne visent pas à apporter une explication sur des éléments du passé ou du présent mais qui tentent de proposer une solution : *« je fais l'hypothèse que si tu ne réagis pas à ce que ce patient te dit, il se calmera de lui-même »*. Dans cet exemple-là, on est tourné vers le futur et la recherche de solution.

À l'instar du mode de fonctionnement et de régulation de la parole pour le temps des questions, l'animateur distribue la parole et organise le tour de table. Il invite les participants à poser une seule hypothèse à chaque prise de parole, afin que la parole ne soit pas monopolisée par certains. Les hypothèses ne sont pas débattues. Si un participant n'est pas d'accord avec une hypothèse, il peut formuler une autre hypothèse, allant contre la précédente.

Nous préférons pour ce temps d'hypothèses, ne pas parler de « contre-don » en référence au « don » de la situation fait par la personne en temps 2. En effet, un don étant par définition gratuit, il n'appelle pas de retour. Bien au contraire, la situation est proposée par l'exposant pour permettre aux autres participants de poser des questions et faire des propositions d'hypothèses.

Malgré le soin pris dans la formulation des hypothèses et toute la bienveillance du groupe vers l'exposant, certaines hypothèses peuvent le mettre en difficulté, car elles expliquent un manquement, une erreur ou une faiblesse de l'exposant. Pour protéger l'exposant, l'animateur demande au groupe de ne pas le regarder pendant la formulation des hypothèses et demande de parler de lui à la troisième personne en s'adressant au reste du groupe. Il est demandé à l'exposant la manière dont il veut être appelé, souvent sa fonction. L'animateur peut dire : *« Nous appellerons désormais Christelle, l'infirmière. Nous l'appellerons par sa fonction plutôt que par son prénom. Cela lui permettra plus facilement de ne pas habiter certaines hypothèses qui lui seront formulées. Nous formulerons les hypothèses au groupe et non à Christelle directement »*. Une fois que les hypothèses s'essoufflent, l'animateur propose au groupe de passer à l'étape 5.

#### *Temps 5 : la conclusion*

La situation proposée par l'exposant a fait l'objet d'une analyse de la part du groupe. Désormais, charge à l'exposant de conclure ce temps de travail, de boucler la boucle.

L'exposant conclut de la manière dont il souhaite, il revient ou non sur les hypothèses formulées par le groupe. Il peut ne pas parler. Il a le dernier mot.

Cette étape insiste bien sur le fait que la situation appartient bien à l'exposant et que malgré «l'intrusion» faite par le groupe avec les questions et les hypothèses, c'est lui qui garde le contrôle sur sa situation, situation qui a fait l'objet d'un travail d'analyse.

L'animateur précise qu'après le temps 5, on ne parlera plus de la situation en question. Cela pour bien renforcer le sentiment d'appartenance de la situation à l'exposant, et pour montrer que la situation évoquée était un objet de travail, un support et qu'il y a une autre dimension d'analyse qui va suivre.

#### *Temps 6 : la pause*

Dans le cas de nos formations, la pause n'est pas toujours réalisée, car elle a déjà été faite avant ou va suivre le temps de méta-analyse. L'animateur peut aller voir pendant ce temps de pause l'exposant pour prendre de ses nouvelles. Il demande aux participants qu'à partir de ce moment, le groupe ne revienne pas sur la situation en question. Cela permet de renforcer le fait qu'il s'agissait bien d'un temps de travail organisé selon certaines règles et que ce temps de travail est clos. Il va se prolonger par un temps de méta-analyse.

#### *Temps 7 : la méta-analyse*

Ce temps méta demande aux participants de décrypter ce qui a été analysé et la manière dont ils s'y sont pris pour analyser. Il demande aux participants de se constituer en objet d'analyse. Cette posture de praticien réflexif décrite par Schön (1994) montre de quelle manière les participants se dotent d'un «*outil réflexif pour se penser/s'analyser en tant qu'acteur [...] analysant*» (Vacher, 2014). Il s'agit de se situer dans «*l'analyse de l'analyse*» (Vacher, 2014). Si l'on reprend la métaphore de la voiture, cela revient à demander aux participants comment ils s'y sont pris pour appréhender chacune des pièces mise à plat de la voiture. Font-ils des liens entre les pièces de la voiture? Et avec les pièces d'autres voitures? En effet, les participants s'expriment sur ce qu'ils ont pensé de la séance, quelles ressources ils ont dû mobiliser, les situations ou expériences analogues auxquelles ils se sont rapportés, dans quelles situations ou contexte il pense remobiliser les ressources mobilisées aujourd'hui, etc.

Aussi, l'animateur fait part au groupe de son rôle d'observateur et des dimensions qu'il a observé pendant l'analyse. Il livre un compte-rendu des dimensions que le groupe a particulièrement exploré et celles qui ont plus été délaissées. Généralement, nous utilisons une grille pluridimensionnelle articulée autour de 5 niveaux : la personne, la relation entre les personnes, les relations dans l'équipe professionnelle ou le groupe, l'organisation de la structure professionnelle dans laquelle interviennent les professionnels et enfin le niveau

culturel ou institutionnel. Le groupe prend alors conscience à ce moment, de l'aspect pluridimensionnel des situations travaillées, ce qui enrichit encore la réflexion et affine la perception et le regard que les participants peuvent porter sur une situation.

Dans ce cadre spécifique où l'APP est utilisée au sein d'une formation à l'ETP, le temps de méta-analyse permet de «prendre du recul, d'approfondir l'analyse, de développer la réflexivité, de partager un bilan, de réguler les processus de groupe» (Thiébaud, Bichsel, 2019), mais encore d'étudier en quoi ses points communs avec l'ETP nourrissent les compétences relationnelles et éducatives des soignants dans leurs pratiques. Cet aspect est détaillé dans la partie 7.1.

## 6. Les représentations des soignants de l'analyse de pratiques

Après avoir présenté la méthodologie utilisée, nous avons souhaité explorer les représentations des participants avant et après avoir vécu une séance d'APP dans la formation à l'ETP. L'objectif est de pouvoir comparer l'évolution de leurs représentations à nos objectifs pédagogiques de formation.

Un recueil des représentations des soignants sur l'analyse de pratiques a été réalisé avant la réalisation d'une séance de travail. Un recueil sur l'utilité perçue, l'intérêt et les limites de l'analyse de pratiques a été réalisé après la séance de travail.

Pour ce faire, deux questions ont été posées :

- Une question avant la réalisation de l'APP pour connaître leurs représentations et connaissances à priori sur ce sujet : «*qu'est-ce que l'APP pour vous?*»
- Une question après la réalisation de l'APP pour mieux comprendre ce qu'ils en pensent et l'impact que peut avoir la réalisation d'une APP pendant la formation ETP : «*en quoi pensez-vous que cela peut vous être utile? Intérêts et limites.*»

Les questions ont été posées par écrit aux soignants en formation (infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, diététiciens) soit 44 personnes au total.

L'immense majorité des soignants participant à nos analyses de pratiques dans nos formations n'ont jamais participé à un GEASE ou un GFAPP.

La séance réalisée dans le cadre de nos formations constitue une véritable découverte pour les soignants. Découverte quelque peu déstabilisante pour eux dans la mesure où les soignants que nous accueillons en formation ont une certaine représentation sur ce qu'est l'analyse de pratiques et ce à quoi elle peut servir.

Pour la question posée avant la réalisation d'une analyse de pratiques : «qu'est-ce que l'analyse de pratiques professionnelles?»

Pour la majorité des personnes ayant répondu à notre questionnaire, la finalité de l'analyse de pratiques est «*l'amélioration des pratiques*». «*Cela permet de réajuster les pratiques*». Toutefois les modalités de mise en œuvre d'une analyse de pratiques font émerger deux tendances dans les réponses :

- La première tendance déclare que l'analyse de pratiques passerait par l'observation des pratiques ou encore une enquête. Que l'on soit dans le registre de l'observation ou de l'enquête, un «*évaluateur externe*» va recueillir des informations sur les pratiques d'une personne ou d'un groupe, comme cela peut être le cas lors des méthodes d'inspection ou d'autoscopie,
- La deuxième tendance déclare que l'analyse de pratiques passerait par «*les échanges*» et des «*retours d'expériences*» sur des situations vécues en récoltant «*les différents points de vue et avis possibles*», *comme cela peut-être le cas dans les méthodes de groupes d'échanges de pratique ou d'évaluation de pratiques professionnelles.*»

Le point commun à ces deux tendances est que le processus d'analyse de pratiques s'effectuerait par une comparaison entre les actions qui ont été réalisées (par une personne ou un groupe) et ce qui aurait dû être réalisé (par cette personne ou ce groupe). Autrement dit, l'analyse de pratiques correspondrait à une évaluation de l'écart entre les référentiels de bonnes pratiques (type Haute Autorité de Santé) et la réalité du terrain.

C'est l'évaluation de cet écart qui permettrait de convenir de «*mesures d'amélioration*», d'un «*plan d'action d'amélioration*», d'un «*projet commun*».

Pour la question posée après la réalisation d'une analyse de pratiques : «en quoi pensez-vous que cela peut vous être utile? Intérêts et limites».

L'analyse des réponses permet de faire émerger 3 domaines d'intérêts :

- Un intérêt dans la capacité pour l'analyse de pratiques de permettre de «*prendre du recul*», «*prendre de la hauteur*» par rapport à la situation. Les répondants estiment que l'APP permet de «*dépersonnaliser*» une problématique, car la méthodologie proposée se «*centre sur les faits*». L'analyse permet d'obtenir un «*regard extérieur*» et développe le «*sens d'analyse et la réflexion*»,
- Un intérêt dans la «*cohésion d'équipe*», dans la mesure ou le travail d'analyse mobilise le groupe qui se met ensemble à la recherche «*d'explications*» et «*d'hypothèses*». Le groupe, poursuivant le même but, «*se fédère*». La «*cohérence du groupe augmente*» et l'on assiste à une véritable «*dynamique d'équipe*»,

- Un intérêt dans le fait que l'analyse de pratiques «évite les jugements de valeur», «les malaises», «les pressions psychologiques», car elle est centrée sur la situation et propose un cadre structurant. Cela permet aux participants de se sentir «à l'aise» dans le groupe et d'être pleinement concentrés dans le travail d'analyse.

Aussi, l'analyse des réponses permet de faire émerger 3 limites :

- Une limite dans l'aspect «chronophage» de l'analyse de pratiques. Des répondants estiment que cela prend trop de temps,
- Une limite pour les personnes en difficulté dans «la prise de parole en groupe». Ces personnes ne proposeront pas de situations, ne poseront pas de questions ni d'hypothèses,
- Une limite sur le volet opérationnel de l'analyse de pratiques. «On sait, on comprend des choses, mais il manque le «comment réajuster».

## 7. Description et analyse de l'expérience de l'intégration de l'APP en ETP

### 7.1 L'APP et l'éducation du patient : des points communs

À partir de leur expérience de formateur et d'animateur de groupe d'APP, les auteurs ont voulu analyser les points communs entre ces deux démarches : l'approche centrée sur la personne, la posture professionnelle, l'approche globale de la personne, la dimension inter ou transdisciplinaire et l'intérêt du groupe.

Les limites de l'utilisation de l'APP dans le monde de la santé et du soin seront également évoquées.

#### 7.1.1 Une approche centrée sur la personne

Dans la relation soignant-patient, il y a plusieurs dissymétries : nous notons entre autres celle du savoir (l'un détenant un savoir scientifique qui le légitime, l'autre non) et celle de la demande (le patient demande de l'aide, le soignant exerce son métier). Afin de proposer une relation plus horizontale, l'ETP repose sur un modèle de réciprocité dans la relation où «une rencontre essentielle entre les compétences du soignant et celles du patient devient possible : un pont peut être posé entre le savoir de l'un et l'expérience de l'autre» (Barrier, 2006).

L'ETP est ainsi défini dans le rapport de l'OMS : «L'ETP est un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant au patient de mobiliser des compétences et des attitudes pour lui permettre de vivre le mieux possible sa vie avec sa maladie et son traitement». L'ETP considère que le travail du soignant est d'explorer, de



mobiliser et de développer des ressources et compétences déjà existantes chez le patient. C'est en partant de ces ressources et compétences que le patient pourra alors en développer de nouvelles.

*«La personne a en elle-même de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive sa façon d'être et se comporter. La considération positive et inconditionnelle du professionnel aide la personne à accéder à ses propres ressources.»* (De La Tribonnière, 2016). Cette référence à Carl Rogers et à la relation d'aide se retrouve autant dans la littérature liée à l'ETP qu'à celle de l'APP. L'APP considère également que les participants possèdent en eux les ressources nécessaires pour conduire cette analyse de la situation proposée. Les deux approches perçoivent l'expérience des personnes comme une source d'apprentissage.

L'expérience a toujours été liée à la connaissance, mais l'expérience ne suffit pas en elle-même pour accéder à la connaissance, *«il semble que certains courants actuels dans l'analyse de pratiques puisent leurs sources dans une longue tradition philosophique qui a interrogé le rapport entre expérience et connaissance»* (De Villers, 1991).

Les recommandations de l'ARS incitent les soignants-éducateurs à initier la démarche éducative en favorisant l'expression des ressources et connaissances du patient pour lui proposer un programme personnalisé. Ensuite le soignant doit proposer des méthodes pédagogiques s'appuyant sur l'expérience personnelle des apprenants.

La formation à l'ETP des soignants s'appuie sur les mêmes principes.

*«Il est donc essentiel que la formation se construise à partir d'une analyse critique de leurs pratiques, en référence à la perception qu'ils en ont et aux recommandations nationales et internationales. Il s'agit pour le formateur et les participants d'évaluer ensemble les points forts et les points faibles des pratiques actuelles, puis de convenir des changements à mettre en oeuvre. Cela revient à centrer la formation non pas sur les contenus à enseigner mais sur les professionnels qui viennent la suivre»* (Sandrin-Berthon, 2009).

ETP et APP font le pari que la personne est la plus à même de trouver des solutions aux problèmes qui la concernent. Les solutions trouvées par la personne (pendant ou après la séance d'ETP ou d'APP) participent à son développement.

### 7.1.2 La posture

Historiquement, la culture soignante valorise l'intervention et la prise de décision rapide et immédiate. La pratique des soins s'est développée autour de la prise en charge de la maladie aiguë et par conséquent d'une intervention rapide des soignants (Assal, 1996). Le développement des maladies chroniques impose quant à lui d'accompagner les patients tout au long de leur vie, sur une longue durée, et donc de changer de pratique professionnelle.

De plus, la relation médecin – patient s'est construite sur une différence de savoir et de pouvoir. Le médecin a la connaissance scientifique (Richard et Lussier, 2016) et prescrit le comportement nécessaire au patient qui suit ces indications avec observance. La relation aux savoirs a évolué et la relation soignant-soigné a aussi évolué et demande aux professionnels de santé de travailler en collaboration avec les patients. Toutefois, cette approche n'est pas simple pour les soignants et n'est pas toujours enseignée pour tous les corps professionnels dans les formations initiales. Aussi, les étudiants pour lesquels l'ETP est dispensée, ne disposent pas encore d'une expérience professionnelle suffisante pour faire des liens et une mise en application dans leur quotidien de soignant.

Face à un problème rencontré avec un patient, le soignant va spontanément lui proposer une solution. Cette solution peut parfois être pertinente. Mais elle peut aussi ne pas être adaptée à la personne dans sa singularité et dans son environnement particulier. Et dans tous les cas, elle ne favorise pas la recherche de solutions par la personne elle-même, elle ne développe pas l'autonomie de la personne.

Plusieurs méthodes d'APP «prohibent» de donner des conseils à la personne exposant sa situation. L'hypothèse reste dans le champ de la compréhension et n'est pas dans celui de la recherche de solution pour autrui. Les participants doivent proposer des hypothèses permettant d'alimenter la réflexion du sujet sans lui imposer une conduite à tenir. Cette obligation permet d'approfondir encore la distinction entre un conseil et un accompagnement à la réflexion de l'exposant. Par habitude, le soignant considère que son savoir scientifique légitime le fait qu'il puisse donner un conseil à un patient. Le fait que le narrateur soit un pair, un soignant comme eux-mêmes, permet de ne pas reproduire cette habitude, il ne peut en effet considérer qu'il a plus de connaissance qu'un autre professionnel.

Le risque du soignant dans la relation éducative est celui du «*réflexe correcteur*» (Miller et Rollnick, 2013). Les normes médicales indiquent quels sont les «bons» comportements du patient face à sa maladie.

*« Dans l'éducation thérapeutique, nous ne sommes pas dans le champ des réponses normées du protocole médical. Prendre en compte la subjectivité du patient c'est aussi reconnaître sa propre subjectivité de soignant qui rentre en jeu dans la relation (...) de ce fait le soignant doit composer avec d'une part la norme médicale qui renseigne sur les conditions scientifiques de la vie bonne, et d'autre part, la norme du patient, ou autonormativité, qui est en rapport avec ses désirs, et le sens qu'il veut donner à sa vie » (De La Tribonnière, 2016).*

La pratique de l'APP qui reste dans le champ de la compréhension en respectant la pluralité des propositions sans les hiérarchiser permet à chaque soignant de nourrir sa réflexion sur sa pratique et sur la construction de sa norme professionnelle et personnelle. Il sera ainsi

plus enclin à comprendre l'altérité des autres soignants et celles des patients, à respecter ses choix et préférences.

Cette réflexion sur la posture entre soignant et patient doit se retrouver entre l'animateur de l'APP et les participants et entre le formateur à l'ETP et les stagiaires.

Ainsi les animateurs dans l'APP se placent volontairement dans l'animation de groupe et non dans l'apport d'une expertise. Dans la totalité des analyses conduites par les auteurs, ces derniers, avec l'aval du groupe, ont également contribué aux questions et hypothèses au même titre que les autres participants. C'est même le groupe qui autorise l'animateur de la séance d'APP à y participer (en plus de l'animer). Cela paraît anodin de l'extérieur mais cet accord verbalisé par le groupe, acte une relation de réciprocité.

L'ETP et l'APP en formation ETP amènent les professionnels à se questionner sur leur posture professionnelle et à laisser plus de place au patient dans la relation thérapeutique.

### 7.1.3 Une approche globale de la personne

Le soin en France est porté par une vision biomédicale du patient qui met en avant une représentation organique et technique du corps humain. Par leur formation, les professionnels de santé imaginent le patient comme l'*homo oeconomicus*, l'homme rationnel, ce calculateur aux choix toujours optimaux (Oullier et Sauneron, 2010).

Ce paradigme se met à changer depuis une vingtaine d'années (Simon, 2013). L'ETP a contribué au développement d'une approche biopsychosociale et environnementale prenant en compte l'ensemble des déterminants de sa santé et des comportements de santé (Bury, 1992).

*« Cette modélisation provient du modèle biopsychosocial de la santé (ou modèle global), inspiré de la définition largement acceptée de la santé que l'OMS a promue : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie » (OMS déclaration d'Alma-Ata de 1946), et du concept de « personne malade en bonne santé » qui découle de la précédente lorsqu'on l'applique à la maladie chronique. » (Deccache, 2009).*

Cette vision de la santé implique la prise en compte de déterminants individuels, sociaux et environnementaux, qu'ils soient biologiques, psychologiques, sociaux, politiques, culturels, écologiques, etc. (Whitehead et Dahlgren, 1991). La compréhension des comportements de santé des patients atteints de maladie chronique passe également par l'analyse de nombreux facteurs (Ogden, 2018).

Dans l'APP, le temps méta et l'analyse qui y est réalisée sous le prisme de la pluridimensionnalité (cf. chapitre 5 – temps 7) permettent d'élargir le regard porté sur la situation et son analyse. Il permet d'approfondir la compréhension de la situation à l'aune de la pluridimensionnalité.

Nous pouvons voir un parallèle entre ces niveaux de la pluridimensionnalité dans le temps méta et les différents niveaux des déterminants de la santé. L'APP permet aux participants de percevoir l'influence de ces différents facteurs et niveaux à partir d'une situation concrète. Ces éléments sont explorés à partir des propositions des différents participants et non à partir de l'application d'un modèle théorique. L'APP contribue à développer la prise en compte globale du professionnel.

#### 7.1.4 Une pratique inter ou trans disciplinaire

L'ETP se pratique en équipe pluridisciplinaire. Mais le paradigme biomédical de santé a souvent incité chaque professionnel à rester dans son champ de compétences et d'expertise. La coordination d'équipe servant juste à planifier les interventions de chacun.

*«L'interdisciplinarité repose sur le dialogue, les échanges, la réflexion commune, la collaboration : chacun connaît et reconnaît les apports spécifiques et complémentaires des autres, on s'échange des informations et on peut faire appel les uns aux autres. La transdisciplinarité est plus ambitieuse, elle vise une construction originale grâce à la synergie des interventions : la coopération permet de faire face à des situations complexes en créant des réponses innovantes. Les équipes qui s'engagent dans l'éducation thérapeutique ont-elles un autre choix que celui difficile et exaltant, de la transdisciplinarité?» (Sandrin-Berthon, 2016).*

L'analyse de pratiques au sein des formations d'ETP réunit un groupe de différents professionnels. Chacun par son point de vue personnel et professionnel propose des questions et des hypothèses. Par son processus, l'APP favorise le regard pluriel. Le temps de l'hypothèse permet d'explorer le champ des possibles en évitant d'imposer un regard sur un autre. Il est même possible de proposer une hypothèse qui contredit l'hypothèse d'autrui précédente. Chaque proposition peut être entendue et il n'y a pas a priori de hiérarchie entre ces différents regards. Ces échanges permettent de croiser ses regards, de comprendre ses interprétations et d'enrichir sa vision personnelle mais aussi la vision de l'équipe face à des situations complexes.

L'ETP et l'APP sont également deux pratiques au croisement de plusieurs sciences. L'ETP s'appuie sur des sciences médicales et des sciences humaines (Lacroix, 2007). L'approche multiréférentielle de l'APP propose d'intégrer différentes dimensions dans l'analyse [18] : institutionnelle, sociologique, psychologique, psychanalytique, axiologique,

pédagogique/andragogique, théorique. Ces deux pratiques sont complémentaires dans l'approche de situation complexe.

*«La complexité ne doit donc pas être conçue comme une caractéristique, ou une propriété, que certains objets détiendraient par nature, et d'autres pas, mais devrait bien plutôt être conçue comme une hypothèse que le chercheur élabore, à propos de l'objet (...) L'approche multiréférentielle va donc s'attacher à rendre plus lisibles, à partir d'une certaine qualité de lectures (plurielles), de tels phénomènes complexes (processus, situations, pratiques sociales, etc.)» (Ardoino, 1993).*

Cette vision plus large pour le professionnel des phénomènes qui agissent sur et à l'intérieur du patient lui permettra de mieux le comprendre et l'accompagner.

*«Il en ressort que l'approche la plus interdisciplinaire, dont les positions de l'OMS sont le reflet, offre le plus de proximité avec la réalité des patients et des soignants, tant pour comprendre que pour agir sur les modes de vie, d'adaptation, et sur les comportements d'autosoins», (Sandrin-Berthon, 2009).*

Cet objectif transdisciplinaire dans le travail en équipe de l'ETP donne la possibilité d'être créatif dans les réponses données au patient, de ne pas se contenter d'appliquer des protocoles qui ne s'adaptent jamais tout à fait à la vie du patient.

*«Le fait que chaque équipe puisse définir et organiser en toute liberté « son » programme d'éducation thérapeutique suscite une créativité qui n'a pas d'équivalent dans un système de délivrance des soins de plus en plus réglementé et codifié : on voit fleurir des formules éducatives très diversifiées et une foison d'outils pédagogiques pour l'apprentissage et l'évaluation» (d'Ivernois et Gagnaire, 2009).*

### 7.1.5 L'intérêt du groupe

L'ETP et l'APP s'appuient sur les ressources de la personne mais insistent sur l'apport spécifique du groupe.

L'ETP invite à constituer des groupes de patients (en complémentarité de séances individuelles) pour favoriser notamment l'acceptation de la maladie et la motivation du patient à prendre en charge sa maladie.

*«Le choix du groupe pour apprendre se réfère explicitement aux travaux des psychologues (Piaget, Wallon et Vygotski) et des pédagogues (Meirieu, Barlow) qui ont été rejoints par les spécialistes de l'éducation des adultes ou andragogie (Solar, 2001) : on apprend toujours plus, mieux et plus vite en groupe que seul. Le choix du groupe est donc intentionnel et*

*fondé sur des travaux de recherche mais aussi et surtout sur notre expérience», (Etienne, 2014).*

Dans l'ETP, la formation et l'APP, le groupe permet de se sentir en sécurité au milieu de ses pairs. Si certaines approches de l'APP promeuvent une même identité professionnelle, l'ETP ramène les différentes catégories professionnelles à leur rôle de soignant-éducateur ou intervenant en ETP. Le plus petit dénominateur commun est la relation au patient et c'est ce qui fonde la ressemblance dans les situations rencontrées et par la suite l'identité d'équipe de soins ou éducative. Cette réassurance du groupe permettra une expression plus facile et plus libre des participants pour exprimer leurs difficultés, les situations où ils auraient pu se sentir dévalorisés.

Le groupe permet également comme nous l'avons vu précédemment d'être dans une approche globale et transdisciplinaire du patient, de nourrir la pluriréférentialité de l'APP.

## **7.2 Les limites de l'APP**

Certains participants ont des difficultés à s'exprimer pendant les séances d'APP. Les auteurs font l'hypothèse que celles-ci ont trois sources principales :

### **7.2.1 Le regard de l'autre**

La légitimité des métiers et des compétences des professionnels de santé s'appuie essentiellement sur le savoir médical. La formation initiale est une suite de contrôle de connaissances. Parler d'une erreur professionnelle commise, d'une difficulté rencontrée, n'est pas une pratique courante dans le monde soignant. Se soumettre ainsi au regard critique de ses pairs n'est pas chose facile. On retrouve ces éléments dans les réponses des professionnels à la question «qu'est-ce que l'APP» (Cf. Partie 3). Le fait de revenir sur une difficulté passée. Cela peut ainsi freiner l'expression de participants, certains participants n'osant pas proposer une situation.

### **7.2.2 La difficulté à formuler des hypothèses de compréhension**

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la culture des soignants se situe du côté de l'intervention, de l'action. Dans le temps des questions et/ou le temps des hypothèses, certains participants ont des difficultés à formuler des questions neutres ou des hypothèses de compréhension. Ils vont spontanément suggérer une orientation, une piste d'action «n'aurais-tu pas pu faire ceci...?» dans leur question ou formuler une hypothèse d'action «je fais l'hypothèse que l'exposant aurait pu...». Certains participants s'exprimant facilement dans d'autres situations de formation deviennent plus silencieux dans ces phases, indiquant une possible difficulté à intégrer ces règles et cette posture.

### 7.2.3 Des règles plus contraignantes et inhibitrices

Cette hésitation à s'exprimer se retrouve pour de nombreux groupes au moment de l'analyse de pratique. Les formations à l'ETP laissent beaucoup de place aux échanges, aux débats, à la participation active des participants. Mais la plupart du temps, il n'y pas de règle ou de méthode énoncée et clairement actée pour la circulation de la parole, l'animateur assurant la régulation en essayant de donner la parole à chacun, en favorisant la bienveillance et le respect dans les propos.

La méthode proposée dans l'APP avec ses principes, ses règles, des différents temps, ses possibilités ou non de s'exprimer, ses «interdictions» propose un cadre qui apparaît pour certains beaucoup plus lourd et contraignant.

Peu de professionnels de santé sont formés à des méthodes participatives ou simplement à des méthodes d'animation de réunion. Les participants à une réunion considèrent souvent que la parole est libre, de fait. Or, c'est une illusion. Les rapports hiérarchiques et de pouvoir, entre autres, du médecin à l'aide-soignante en passant par les infirmiers et autres paramédicaux contraignent de manière consciente et inconsciente le «droit» à la parole de chacun, le «droit» à donner son avis (Jounin et Wolff, 2006).

Si certains participants expriment que l'organisation de la prise de parole dans l'APP améliore la qualité d'écoute, d'autres (moins nombreux) sont clairement inhibés par ces règles et sont moins à l'aise pour s'exprimer.

L'expérience des auteurs dans l'animation de ce dispositif d'APP, montre que le temps passé à l'énonciation des principes et des règles de fonctionnement doit se faire le plus simplement possible en évitant le style solennel. Nous remarquons que plus les règles et les principes sont énoncés gravement, longuement et avec un niveau de détail élevé, plus les participants sont inhibés dans la suite de ce travail.

## 8. Conclusion

Si dans leur majorité, les soignants rencontrés dans le cadre des formations à l'éducation thérapeutique ont apprécié de participer à une APP dans la formation, ils expriment néanmoins la difficulté à la mettre en place dans leur quotidien. Si la question des compétences pour animer une APP se pose d'une part, il s'agit d'autre part de trouver le temps pour son organisation et sa mise en place. L'expérience montre que les séances d'ETP sont le plus souvent la première variable d'ajustement en cas d'absence de l'un des professionnels de l'équipe ou de réorganisation des missions (comme dans le cas du coronavirus par exemple). Dans ce cadre, l'analyse de pratique n'est pas une priorité pour ces soignants même s'ils en voient toute l'utilité. Dégager une heure ou deux de temps pour une équipe est un objectif difficilement atteignable pour des équipes qui ressentent une

pression constante sur l'activité de soin. Au-delà d'initiative isolée, un temps institutionnel pour le développement de telles pratiques paraît être la condition nécessaire permettant leurs mises en place et leurs développements dans le temps.

## Références bibliographiques

- Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de Formation-Analyses*, 25 (26), 15-34.
- Assal, J.-P. (1996). 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 prise en charge. *Encyclopédie médico-chirurgicale, Thérapeutique*, 25-005-A-10. Elsevier, Paris.  
<https://www.em-consulte.com/article/707040/traitement-des-maladies-de-longue-duree-du-passage>.
- Barrier, P. (2006). La compétence du professionnel de santé et la compétence du patient : quelles rencontres possibles? Dans J. Foucaud J. et M. Balcou-Debussche (Dir.). *Former à l'éducation du patient : quelles compétences? Réflexions autour du séminaire de Lille* (pp.37-44). INPES.
- Bury, J.-A. (1992). *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. De Boeck.
- Chassand, M. et Gautier, A. (2019). *Les maladies chroniques*. Consulté sur [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf).
- Decache, A. (2009). Précautions et implications des choix d'évaluation en éducation thérapeutique des patients. Éducation thérapeutique : concepts et enjeux. *Actualité et dossier en santé publique*, 66, 26-28.
- De La Tribonnière, X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique - L'équipe et les patients*. Elsevier Masson.
- De Villers, G. (1991). L'expérience en formation d'adultes. Dans B. Courtois et G. Pineau (coord.), *La formation expérientielle des adultes* (pp. 13-20). La Documentation Française.
- D'Ivernois, J.-F. et Gagnaire, R. (2009). Les programmes structurés d'éducation thérapeutique. *Actualités et dossiers en santé publique*, 66, 33-34.
- Etienne, R. et Fumat, Y. (2014). *Comment analyser les pratiques éducatives pour se former et agir?* De Boeck.
- Foucaud, J. (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Document complémentaire à l'annexe n°1 de l'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient*. Consulté sur le site <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/referentiel-de-competences-pour->



dispenser-l-education-therapeutique-du-patient-dans-le-cadre-d-un-programme.-document-complementaire-a-l-annexe-n-1

- Grimaldi, A. (Dir.). (2011) *Éducation thérapeutique, la mise en œuvre*. Éditions Scientifiques L&C.
- Grimaldi, A. (2017). Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée..., *Médecine des maladies métaboliques*, 11 (3), 307–318.
- Jounin, N., et Wolff, P. (2006). *Rapport de recherches. Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. Centre d'études et de l'emploi.
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique? *Santé Publique*, 19, 271–282.
- Lorto V., Moquet M. -J. (Dir.). (2019). *Formation en éducation pour la santé* (2<sup>e</sup> éd.). INPES.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013) *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement* (2<sup>e</sup> éd.). Interéditions.
- Ogden, J. (2018). *Psychologie de la santé* (3<sup>e</sup> éd.). De Boeck.
- Oullier, O., et Sauneron, S. (Coord.). (2010). *Nouvelles approches de la prévention en santé publique. L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences*. La documentation Française.
- Richard, C. et Lussier, M.-T. (2016). *La communication professionnelle en santé* (2<sup>e</sup> éd.). Pearson.
- Robo, P. (2002). L'analyse de pratiques professionnelles. Un dispositif de formation accompagnante. *Vie Pédagogique*, 122, 7–10.
- Sandrin Berthon B. (2002). *Éducation pour la santé, éducation thérapeutique : quelles formations en France? État des lieux et recommandations. Rapport établi à la demande de monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé*. INPES.
- Sandrin-Berthon B. (2008). Patient et soignant : qui éduque l'autre? *Médecine des Maladies Métaboliques*, 2 (5), 520–523.
- Sandrin-Berton B. (2009). De l'éducation des patients à la formation des soignants. *Actualité et dossier en santé publique*, 66, 29–32.
- Sandrin-Berthon B. (2016). Préface. Dans X. de La Tribonnière, *Pratiquer l'éducation thérapeutique – L'équipe et les patients*. Elsevier Masson.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Editions Logiques.
- Simon, D. (2013). *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*. Elsevier Masson.

- Thiébaud, M. et Bichsel, J. (2019). Temps « méta » dans les groupes d'analyse de pratique. *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, 14, 97-112.  
<http://www.analysedepratique.org/?p=3190>.
- Vacher, Y. (2014). Phase méta en APP... quels contenus, quelles fonctions? *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles*, 4, 23-34.  
<http://www.analysedepratique.org/?p=1379>.
- Whitehead, M., et Dahlgren G. (1991). What can be done about inequalities in health, *The Lancet*, 338, 1059-1063.