



HAL
open science

L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation

Carole Baeza, Catherine Tourette-Turgis, Richard Wittorski

► **To cite this version:**

Carole Baeza, Catherine Tourette-Turgis, Richard Wittorski. L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation. *Les Dossiers des sciences de l'éducation*, 2013, 30, pp.121-135. <10.4000/dse.266>. <hal-04754301>

HAL Id: hal-04754301

<https://normandie-univ.hal.science/hal-04754301v1>

Submitted on 26 May 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation

Carole Baeza, Catherine Tourette-Turgis et Richard Wittorski



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/dse/266>

DOI : 10.4000/dse.266

ISSN : 2272-9968

Éditeur

Presses universitaires du Midi

Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 120-133

ISBN : 978-2-8107-0277-0

ISSN : 1296-2104

Ce document vous est fourni par Université de Caen Normandie



Référence électronique

Carole Baeza, Catherine Tourette-Turgis et Richard Wittorski, « L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation », *Les dossiers des sciences de l'éducation* [En ligne], 30 | 2013, mis en ligne le 05 décembre 2013, consulté le 26 mai 2025. URL : <http://journals.openedition.org/dse/266> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/dse.266>



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

L'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation

Carole Baeza

Université Charles de Gaulle Lille 3, France

Catherine Tourette-Turgis

Université Pierre et Marie Curie – Sorbonne universités, France

Richard Wittorski

CNAM, France

Cet article a pour intention d'explorer la façon dont les soignants vivent l'intégration de pratiques éducatives dans l'organisation quotidienne de leur activité. Ce travail a été réalisé à partir d'une investigation menée auprès de cinq soignants soucieux d'intégrer dans leur pratique médicale et paramédicale, la dimension éducative pour accompagner les patients dans leur parcours de soin. L'inscription de l'éducation thérapeutique dans le code de santé publique en 2009 a été l'effet d'un ensemble de réaménagements dans l'organisation du système de santé ; avec notamment de nouvelles questions relatives à la professionnalisation des différents acteurs. Nous retiendrons ici deux changements : d'une part le législateur a promu l'éducation thérapeutique en la présentant comme une nouvelle offre de soin complémentaire à l'offre médicale liant ainsi les pratiques sanitaires aux pratiques éducatives ; et d'autre part il a posé l'obligation pour les soignants de se former en éducation thérapeutique du patient (ETP) pour avoir le droit de l'exercer cette activité dans les services de soin.

Pour tenter de mieux comprendre comment des soignants réussissent à conjuguer activité éducative et activité médicale, nous avons recueilli les propos de soignants ; que nous avons analysé en nous appuyant sur la grille des voies de professionnalisation (Wittorski, 2007).

Pour ce faire, nous procédons en quatre temps. Dans un premier temps, nous abordons les enjeux sociaux, théoriques et épistémologiques liés à l'étude des rapports entre activités de soin et activités éducatives. Dans un deuxième temps, nous apportons un éclairage sur notre méthodologie de recherche ; pour présenter en troisième temps cinq portraits de soignants au travers de l'analyse de leurs activités professionnelles. Enfin, le quatrième temps est consacré à l'interprétation des résultats de cette recherche.

Les enjeux sociaux, théoriques et épistémologiques

Les enjeux sociaux

Aujourd'hui près de 20 % de la population française est atteinte d'une ou plusieurs maladies chroniques et ce nombre ne fait que croître. Il est estimé qu'environ 80 % des personnes qui consultent un professionnel de santé le font dans le cadre d'une maladie chronique.

L'importance des maladies chroniques et de leurs effets, tant au niveau individuel que sociétal, est une caractéristique de la plupart des pays industrialisés en ce début de vingt et unième siècle. Ce phénomène a émergé à partir du milieu du siècle précédent grâce aux progrès accomplis dans le domaine médical et l'amélioration des conditions socio-économiques des populations concernées. Une littérature importante a montré comment cette présence de plus en plus élevée des personnes vivant avec une maladie chronique modifie en retour les caractéristiques socio-économiques et comment la société se transforme pour prendre en charge ces nouveaux malades (Assal, 1996 ; Sandrin-Berthon, 2010). Comme le résumait Jouet *et al.* (2010) l'éducation thérapeutique du patient en France est historiquement liée au diabète (Ellis, 2004), et se pratique aujourd'hui sur la base de succès avérés (Golay, 2002 ; Deccache, 1989, 2005). Fournier *et al.* (2007) font une synthèse de ses fondements et pratiques. L'éducation thérapeutique s'est ensuite transposée et adaptée à nombre d'autres maladies chroniques telles que l'asthme bronchique (Gagnayre *et al.*, 1998), la bronco-pneumopathie chronique obstructive (Bourbeau, 2003), le syndrome d'apnée du sommeil (Engleman, 2003), les maladies cardiovasculaires (Strömberg, 2005). Elle est historiquement articulée à la notion de *counseling*, et d'*empowerment* (Freire, 1972) développée à l'occasion des traitements liés à l'infection par le VIH/SIDA (Tourette-Turgis, 1996).

On retrouve dans la description des premiers programmes d'éducation l'influence d'un courant pédagogique en Sciences de l'Éducation, à savoir la *pédagogie par objectifs* (Hameline, 1983) puis on a vu apparaître le courant des théories socioconstructivistes dans l'apprentissage (Vygotski, 1985).

Les recommandations officielles imposent l'adoption d'une démarche d'éducation par étapes (diagnostic éducatif, contrat d'éducation, planification de séquences et évaluation) et l'utilisation de référentiels de compétences patientes découpées en deux grandes catégories : compétences d'autosoin et compétences psychosociales d'adaptation définies par la Haute Autorité de Santé.

La formation en éducation thérapeutique des soignants fait partie des exigences de qualité dans les cahiers des charges des institutions (ARS – Agence régionale de Santé) qui en autorisent cette activité sous certaines conditions dont l'obligation pour les équipes médicales à suivre une formation de 42 heures dispensée par un organisme agréé. En France, et contrairement à ce que l'on remarque au Royaume-Uni, Canada ou aux États-Unis, le métier « d'éducateur thérapeutique » n'existe pas. L'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) regroupe donc un ensemble d'activités, exercées par des acteurs issus de divers

curus (professionnels et représentants d'associations de patients), mobilisant des apports de disciplines différentes à la fois dans leur objet et dans leurs méthodologies (Santé, Médecine, Sciences de l'Éducation, Sciences Humaines et Sociales, etc.). La seconde particularité de l'ETP est qu'elle est polymorphe. Il n'y a pas « une ETP », mais bien « des ETP » différentes, par les formes prises (groupales, individuelles, mixtes), les populations visées (enfants, personnes âgées) et les lieux d'exercice (ambulatoires hospitaliers...) et, les modèles théoriques sous-jacents aux pratiques. Même si certains modèles émergent davantage au regard de certaines pathologies, on observe qu'aucun modèle ne se révèle typique d'une pathologie, et qu'aucun, ne semble plus efficace que les autres (Bury et Foucaud, 2009).

Les enjeux théoriques et épistémologiques

L'intégration d'objectifs éducatifs dans la pratique de soin nécessite de reconsidérer les formes de conduites de l'action soignante et les concepts qui les fondent. La médecine est soumise à deux réalités opposées, d'un côté, les progrès de l'exploration et de la réparation du corps humain, autrement dit l'objectivation de l'être humain porteur d'organes et de l'autre, la prise en compte incontournable de la subjectivité du sujet malade. Pour l'acteur, la prise en compte et l'articulation de ces deux principes organisateurs ne vont pas de soi dans la mesure où ils engagent chez le soignant deux « *types de rapport à son expérience vécue en situation d'intervention* » (Tourette-Turgis, 2010).

La combinaison d'activités à intention de soin avec d'autres activités à intention éducative a pour conséquence de placer les acteurs dans une tension axiologique entre les valeurs qui fondent le soin et les valeurs au fondement de l'éducation (logique de réparation *versus* logique de développement, diversité des logiques d'intervention sur le corps et sur l'esprit).

Les difficultés à nommer, à catégoriser et à se repérer pour les soignants entre les instructions délivrées au patient à l'occasion du maniement d'un matériel d'injection, les informations données au cours de la consultation médicale sur l'usage optimal de certains médicaments et ce que le législateur catégorise comme « actions relevant de l'éducation thérapeutique » ne sont pas sans rappeler l'élucidation difficile des relations conceptuelles entre les trois termes de formation, d'éducation et d'instruction dans le champ éducatif (Fabre, 1994).

Dans la mesure où la distinction santé-maladie ne fonde plus la pratique du soin dans le cas des maladies chroniques, les soignants mais aussi les malades sont exposés à de nouveaux paradigmes d'exercice du soin. En effet, les soignants et les malades sont engagés dans des interactions et des relations visant la conduite d'activités dans laquelle les « modèles d'intervention sur l'activité d'autrui » qui gouvernent l'exercice de la médecine et de l'éducation sont l'objet d'une tension axiologique. Celle-ci comporte notamment une remise en question de la division du travail médical non seulement entre les soignants mais aussi entre les soignants et les patients (Tourette-Turgis, 2013).

L'introduction explicite d'une activité éducative dans l'activité de soin soulève des questionnements. D'une part, il s'agit de comprendre la manière dont est attribuée la légitimité de concevoir et de mettre en œuvre une action d'éducation en direction d'un public exposé à une « *vulnérabilité biologique* » (Tourette-Turgis, 2011). Quelles sont par exemple les particularités à prendre en compte, chez un sujet apprenant malade exposé à un savoir sur sa maladie ? À quel moment et sous quelle forme le savoir savant peut se transformer en un savoir transmissible permettant au sujet qui en est le destinataire de pouvoir en faire quelque chose mais aussi au soignant qui l'énonce de pouvoir continuer à assurer sa fonction de soignant bienveillant auprès de ce malade. Dans la mesure où l'existence de séances éducatives place les « soignants éducateurs » en situation d'avoir à répondre aux questions émises par des malades, les soignants se retrouvent exposés à devoir gérer *in situ* des situations didactiques difficiles. Si éduquer c'est aussi enseigner, alors le développement d'interventions éducatives sur les lieux du soin pose la question déjà posée dans le champ de l'éducation et de la formation de la difficulté des relations conceptuelles entre les termes de formation, éducation et instruction.

L'émergence d'une dimension éducative dans le champ du soin pose la question des cadres de pensée qui accompagnent ces nouvelles pratiques et aussi la question des voies d'apprentissage de l'exercice de nouvelles fonctions de la part des soignants qui l'exercent. Dans la mesure où les activités d'éducation sont encadrées par le législateur qui pose comme finalité à l'éducation l'amélioration de la qualité de vie des malades et la prévention des risques de détérioration de leur santé, il va de soi que l'activité éducative des soignants tend à devenir une activité dans laquelle la finalité médicale reste prégnante.

Méthodologie de recueil et de traitement des données

Phase exploratoire

Pour construire notre objet de recherche, nous nous sommes appuyés sur les résultats d'une première étude menée sur le devenir de 25 soignants formés en master professionnel des Sciences de l'Éducation pour la période 2008/2011 (Baeza, 2011). Les conclusions de cette enquête mettent en évidence que ces soignants construisent leur expertise dans l'action. Ils sont en tension entre les dimensions médicales et les dimensions éducatives à l'œuvre dans la conduite de leurs activités. Ils découvrent dans l'exercice de leur métier les limites de la médecine scientifique dans la prise en charge des malades et ce surtout dans le cadre de soins qui n'ont pas la guérison comme finalité au sens où ils sont formés pour une médecine de l'aigu et non pour la prise en charge de malades chroniques sur le long cours. Pour entrer plus finement dans l'analyse du vécu professionnel de ces mêmes soignants, nous avons mené une deuxième étude plus approfondie auprès de 5 soignants choisis parmi les 25 soignants enquêtés précédemment.

Nous supposons que ces soignants ont développé de nouvelles pratiques professionnelles en conjuguant activités ordinaires de soin et activité éducative dans cette nouvelle activité qu'est l'ETP.

Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens compréhensifs (Kaufmann, 2006) afin de recueillir des matériaux relatifs à l'expérience vécue de l'intégration d'une nouvelle logique d'action au sein de leur travail. Il s'agit d'explorer le sens que les acteurs accordent à leurs actes plus que de comprendre de façon fine la réalité de l'activité déployée. Nous leur avons demandé de nous raconter comment ils conjuguent travail habituel de soignant et activité éducative ? Qu'est-ce qui a changé pour eux ? En quoi peuvent-ils dire qu'il y a aujourd'hui une dimension éducative dans leur activité de soin ? Quels sont les leviers mais aussi les obstacles qu'ils rencontrent lorsqu'ils désirent intégrer une dimension éducative dans leur pratique de soin, pour conduire des activités éducatives indépendantes de leurs activités de soin.

Soignants interviewés

Nous avons retenu 5 professionnels sur les deux critères suivants : déclarer exercer dans son travail quotidien de soin une pratique éducative et travailler dans des services de soin où les pathologies nécessitent de la part des patients une modification de leurs comportements à des fins de santé (alimentation, activité physique, traitements lourds), autrement dit être engagé dans des programmes d'ETP.

Martine, 60 ans, 30 années d'expérience en qualité d'infirmière en néphrologie, dialyse et transplantation et 6 années comme coordinatrice-formatrice dans ce même réseau de santé dans un CHU. Depuis 2009, elle accompagne une équipe de soignants, de parents et d'enfants dans la mise en place d'un programme ETP en néphrologie pédiatrie dans un CHU.

Manu, 31 ans, 2 années d'expérience comme infirmière dans un hôpital pénitencier puis 4 ans dans un service d'immunologie clinique pour un mi-temps de Coordination Régionale dans le Réseau de lutte contre l'infection du VIH (COREHVI) et pour un autre mi-temps infirmière dans l'accompagnement psychosocial pour des résidents hébergés en appartements thérapeutiques.

Xavier, 32 ans, 3 années comme diabétologue et endocrinologue dans un CHU dont 2 années de coordination et d'expertise dans le programme ETP sur sa région.

Christian, 41 ans, 16 années de pratique d'infirmier dont 7 années comme infirmier-coordonateur dans un réseau de prise en charge des insuffisants cardiaques dans un CHU.

Marjorie, 44 ans, 10 années de pratique infirmière dans un service de maladies infectieuses et tropicales dans un CHU dont 5 années en consultations d'observance.

Élaboration des portraits

Dans un premier temps, nous avons réalisé une analyse de contenus des propos recueillis chez les soignants en les classant selon 7 thématiques : présentation et description d'une activité ETP que le soignant interviewé juge significative, justification du choix de cette situation/activité, distinction éventuelle entre une activité ETP et une autre activité ou pas, description des différents types d'activités ETP (coordination, activité ETP en tant que telle, formation par et des pairs, communication), différences et similitudes entre la posture de soin et la posture éducative, les possibles freins à l'activité éducative en ETP et les éléments facilitateurs à l'activité éducative en ETP. Ce classement nous a permis de mieux appréhender les significations de l'activité ETP que ces soignants élaborent à propos de leurs activités. Dans un deuxième temps, nous avons utilisé la grille des voies de professionnalisation et de développement professionnel formalisée par Wittorski (2008) pour étudier le rapport que les interviewés entretiennent avec le développement de l'ETP dans leur travail ordinaire. Ce choix repose sur deux arguments majeurs : d'une part cette grille tente de mieux comprendre la façon dont les soignants interviewés parlent de la transformation de leur activité et des apprentissages qu'ils développent à cette occasion ; et d'autre part parce qu'elle associe de façon étroite le terme « professionnalisation » à celui de « compétence » et que c'est bien ce dont il s'agit dans nos intentions de recherche. Comment les soignants conjuguent-ils soin ordinaire et activité éducative à la suite de leur formation en master professionnel en sciences de l'éducation ?

Pour cet auteur, la professionnalisation est à la fois : une intention (côté organisation) de « mise en mouvement » des sujets dans les systèmes de travail par la proposition de dispositifs particuliers, traduisant une offre de professionnalisation ; un processus de développement de process d'action (côté individu ou groupe) dans ces dispositifs, assorti souvent d'une demande, émanant des sujets, de reconnaissance par l'organisation ; une transaction (individu et organisation) en vue de l'attribution d'une professionnalité à l'individu à partir des process d'action développés. Précisons d'une part que le « process d'action » traduit ici la façon dont un individu agit dans une situation. Cette activité, dès lors qu'elle est perçue comme efficace ou légitime par l'environnement, conduit ce dernier à attribuer à l'individu une compétence ; et d'autre part que la professionnalité est désignée socialement comme étant composée de compétences, de capacités, de savoirs, de connaissances et d'identités reconnus par une organisation ou un groupe professionnel comme étant les caractéristiques d'un « vrai » professionnel.

Résultats de la recherche : la combinaison de plusieurs logiques de professionnalisation dans le champ de l'ETP

L'analyse des matériaux recueillis auprès des acteurs soignants mettent en évidence les voies relevant principalement de la logique de « l'action », de la « réflexion-action » et de la « traduction culturelle par rapport à l'action ».

Une professionnalisation par l'action

Cette voie de développement professionnel repose sur une logique de l'action. Elle caractérise des sujets en prise avec une situation qui présente un caractère de nouveauté. Cela conduit les soignants à modifier leurs façons de faire le plus souvent sans qu'ils ne s'en rendent compte par un ajustement « au fil de l'action ». Les récits de Marjorie et de Christian illustrent cette logique d'action.

L'exemple de Marjorie : l'intégration d'une dimension éducative dans le soin « au fil de l'activité »

Quand on demande à Marjorie de décrire les finalités de l'éducation, elle se réfère immédiatement à des objectifs de modification de comportements, qui grâce à une forme d'accompagnement – éducation parviennent à se normaliser. Cette infirmière fait référence au cas d'une patiente pour qui dit-elle « *cela a marché* ». « *La patiente disait qu'elle prenait ses médicaments mais elle ne les prenait pas. Elle se vengeait en ne prenant pas de médicament pour faire culpabiliser son mari. On a pu mettre en place son planning thérapeutique (...). Elle vient maintenant régulièrement pour qu'on lui fasse son pilulier. Elle a besoin de se faire assister par rapport à ça. Petit à petit elle progresse, elle prend ses médicaments* ». Néanmoins lorsque l'on demande à Marjorie de décrire dans quelle mesure l'accès à une dimension éducative a modifié le rapport qu'elle entretient avec sa pratique, celle-ci revient à ce qui constitue le cœur de son métier, c'est-à-dire l'alliance d'une « *écoute bienveillante à un soin relationnel* ». « *J'ai toujours expliqué quand je fais une prise de sang même quand j'étais jeune infirmière, j'expliquais, je faisais participer la personne à sa vie de malade (...). Le patient est une personne, un être à part entière et ne pas se mettre en dehors de la maladie mais l'amener à se connaître, à comprendre sa maladie, je crois que plus tu l'amènes à se connaître et plus ça va être plus facile pour lui* ». Ces propos nous conduisent à penser que l'activité de soin peut s'accompagner, sans que cela fasse partie d'un choix volontaire, d'une dimension éducative qui est alors l'occasion d'apprentissages *in situ* de la part du professionnel lui-même. De nouveaux apprentissages semblent se déployer dans l'immédiateté de l'action et d'une façon « très personnelle ». Ainsi, pour Marjorie, la façon dont elle met en œuvre une dimension éducative dans son activité de soin s'accompagne d'apprentissages que l'on qualifie habituellement d'apprentissages « sur le tas ». Les apprentissages développés sont à la fois attachés aux situations et à l'activité elle-même, mais aussi aux postures, aux ressentis de Marjorie.

L'exemple de Christian : la perte des outils de contenance du soignant

Christian pour sa part abandonne les procédures habituelles du soin comme la gestuelle, l'usage de matériel d'examen, le maniement des ordonnances pour développer la dimension éducative dans sa pratique ordinaire. Il renonce sans s'en rendre compte à la panoplie des outils de contenance de l'activité d'un professionnel du soin. Il va même jusqu'à requalifier sa posture de soignant en la décrivant comme parasitaire : « *avant, mon travail, c'était d'installer*

le patient, de lui faire un électrocardiogramme, le peser, prendre sa tension, etc... (...). Dès le début on a commencé à discuter, du coup assez rapidement je me suis retrouvé à ne plus faire ce que j'étais en train de faire, ma gestuelle technique, j'ai un peu laissé de côté, et le patient s'est retrouvé à me parler. Comment sa pathologie cardiaque l'empêchait de faire certaines choses (...). Là c'était en l'occurrence un musicien, il fait de l'accordéon, son essoufflement, il commençait à avoir du mal, ça lui tirait dessus, etc... ». Comme l'exprime Christian, l'adoption d'une posture éducative a introduit une modification dans ses activités d'infirmier et notamment dans ses procédures techniques. Ici, tout semble se passer comme si, le développement de ce temps dédié à l'échange avec le patient avait conduit Christian à développer, au fil de sa communication, des activités relationnelles nouvelles caractérisées par une prise en compte plus grande du contexte psychosocial du patient.

Une professionnalisation par la combinaison d'une logique de la « réflexion et de l'action » et d'une logique de la « réflexion sur l'action »

Ces deux voies se caractérisent ainsi :

La voie nommée « logique de la réflexion et de l'action » caractérise les situations dans lesquelles les individus sont face à des problèmes inédits qui les conduisent à construire, pas à pas, un process d'action « intellectualisé » ou « mentalisé » au sens où il fait l'objet d'un accompagnement réflexif.

La voie appelée « logique de la réflexion sur l'action » correspond aux moments où les individus analysent de façon rétrospective leur action : ils mettent en mots un certain nombre de principes participant à l'enrichissement de leur « patrimoine » d'expérience. Ils développent, à cette occasion, une « compétence tournée vers l'analyse de leur action ».

L'exemple de Xavier : une construction collective raisonnée au sein d'un service de diabétologie

Xavier développe des compétences éducatives dans de multiples contextes d'intervention, il dit qu'il apprend en engageant la discussion avec les patients, à expérimenter la négociation avec le patient. Il transmet à ses pairs son expérience de soignant éducateur tout en menant une activité d'expertise et de conseil auprès des instances de santé. Xavier témoigne : « *je suis en train de me rendre compte de ce que je fais* ». Il développe une réflexivité dans l'immédiateté de l'action. Il se situe dans une logique de réflexion et de l'action dans laquelle il cherche à comprendre pour mieux s'ajuster ; tout autant que dans une logique de la réflexion sur l'action de façon rétrospective, il construit des savoirs sur l'action en tant que telle. Ces deux voies sont complémentaires et nourrissent son activité réflexive. À trois reprises, pour décrire la dimension éducative dans le soin, Xavier s'est appuyé sur des situations « inédites » analysées en équipe. Il souligne sa difficulté à « laisser les commandes au patient ». Pour Xavier, le « lâcher sur les commandes » rend bien compte de la différence entre l'éducatif et le soin. « *Je donne plus d'importance aux objectifs des patients, ce qu'ils veulent atteindre. Même vis-à-vis des objectifs de sécurité, ma limite, c'est qu'il*

ne faut pas qu'ils soient hospitalisés en urgence (...) mais, finalement tant qu'en consultation, on arrive à échanger et qu'ils progressent, moi ça me va! ». Il s'appuie sur plusieurs exemples et notamment celui d'un adolescent en difficultés avec ses médicaments à qui il a proposé un traitement par pompe à insuline qui habituellement est réservé aux patients capables de se plier aux contraintes d'une autosurveillance régulière. Une négociation a démarré où soignant et patient se doivent de concourir à l'atteinte d'un même résultat : faire que le patient puisse prendre son traitement sans décrochage.

Une professionnalisation par une double logique de « réflexion sur et pour l'action ».

Ces voies de professionnalisation peuvent être précisées de la façon suivante :

La « logique de la réflexion sur l'action » a été présentée ci-dessus comme correspondant aux moments où les individus analysent de façon rétrospective leur action : ils mettent en mots un certain nombre de principes participant à l'enrichissement de leur « patrimoine » d'expérience. Ils développent, à cette occasion, une « compétence tournée vers l'analyse de leur action ».

La « logique de la réflexion pour l'action » caractérise des moments individuels ou collectifs de définition, par anticipation, de nouvelles façons de faire dans l'intention (fréquemment observée) d'être plus efficace au travail.

L'exemple de Manu : la découverte et l'immersion au sein d'un nouvel espace d'activité :

Manu est la plus jeune soignante des deux promotions. Avant son entrée en master, elle exerçait une activité éducative dans un hôpital public. Cette institution, nous dit-elle, n'est pas un lieu où elle peut librement allier au mieux l'éducatif au soin. Après l'obtention de son master en ETP, elle auto-déclare avoir effectué un « virage à 360° ». Elle nous explique qu'elle promeut à présent la dimension éducative dans le soin dans toutes ses activités professionnelles. « *Je mène à mi-temps une activité pour aider les patients en situation de précarité sociale, dans leur prise de traitement. J'ai créé un organisme de formation et de conseil, cela m'a fait sortir de mon rôle premier d'infirmière* ». Manu semble être sortie du rôle assigné d'infirmière technique. Elle se dit « *indépendante avec une expertise scientifique de soignant* ». Elle expérimente l'ETP dans un nouvel espace, celui du médico-social. Cette activité d'accompagnement éducatif est l'occasion pour elle de transférer ses acquis récents dans un contexte différent. Cela nécessite de sa part à la fois un travail de formalisation mais aussi de définition par anticipation d'ajustements à conduire dans sa conduite de l'action. Elle constate que les résidents ont plus besoin d'un soutien au regard de leurs difficultés sociales que d'un suivi médical. La dimension éducative dans le soin se présente pour elle comme une activité « naturelle » mais encore difficile à formaliser. L'éducatif est, selon elle, une action qui vise « *le transfert de compétences, à condition que la personne soit en capacité de faire quelque chose de favorable pour elle* ». Il n'est plus question « *que le traitement et les contraintes médicales prennent le pas sur la vie sociale* ».

Une professionnalisation par la « traduction culturelle par rapport à l'action »

La voie nommée « logique de traduction culturelle par rapport à l'action » correspond aux situations dans lesquelles un tiers (tuteur ou consultant) accompagne des salariés (par exemple) dans la réalisation d'une activité qui leur est nouvelle. Ce tiers assure une fonction de transmission de savoirs ou de connaissances mais aussi, et c'est une particularité de cette voie, une fonction double de mise à distance de l'action et de déplacement (pas de côté) des façons habituelles de voir et de penser l'action et la situation (notion de « traduction culturelle »).

L'exemple de Martine : Le passage à la position de consultant

Lorsque Martine décrit sa pratique éducative dans un centre de soins lourds, celle-ci insiste sur l'importance de dissocier le soin technique et le soin relationnel. Elle explique que les soins techniques sont au service de la simple survie biologique, mais qu'il faut les compléter par des soins relationnels, au service non pas de la survie du patient, mais au service de sa qualité de vie (si courte soit-elle). *« Il faut écouter les soignants, les enfants et les parents, savoir se taire, je crois que c'est le plus gros du travail (...). Là où il y a le plus de technique, c'est là où il faut le plus de relationnel, c'est vital ! Avec les soins de haute technologie, les gens ont l'impression d'être mécanisés. J'avais une patiente dont la petite fille l'appelait « mamie-robocop » (...). Martine à la sortie de sa formation en master s'est retrouvée en position d'aider les équipes à développer leurs programmes d'éducation. Elle est devenue le tiers en position de consultant dans un service d'enfants en soin lourds et c'est elle qui forme les infirmières maintenant à élaborer des actions d'éducation. Elle accompagne l'équipe en les aidant à voir autrement leur travail de soignant et ce d'autant plus qu'elle vient de bénéficier du processus formatif qui lui a permis de vivre cette expérience de modifications de la façon de voir du soignant. Du coup elle comprend de l'intérieur les difficultés rencontrées par ses collègues : « pour une infirmière, c'est difficile, car oublier le bruit des alarmes et des machines est proche de l'erreur professionnelle ».*

Derrière la singularité de ces cinq styles de transformation des modes d'action professionnelle, il nous semble néanmoins utile de repérer des processus communs au cœur du développement professionnel de ces acteurs de santé.

L'interprétation des résultats de la recherche : des processus communs de développement professionnel des acteurs du soin

Une pratique réflexive partagée qui transforme la pratique ordinaire du soin tout autant que le soignant et conforte son identité de soignant éducateur.

Au travers de l'analyse des matériaux recueillis dans les entretiens, il apparaît que l'intégration de la dimension éducative dans le soin transforme tout autant la pratique du soin que les acteurs eux-mêmes. Même si des voies de

professionnalisation différentes semblent apparaître, cette compétence auto réflexive semble être commune aux 5 soignants. Cette capacité réflexive a également pour effet de les mettre à distance de leur formation première de soignant. Les sujets interviewés déclarent également occuper des fonctions nouvelles complémentaires comme celles d'animateur et/ou de coordinateur de programmes, de formateur et d'expert auprès des instances de santé ou de leurs pairs. Ces différentes activités les amènent à construire du savoir sur leurs expériences relationnelles avec les patients. Nous pourrions supposer que l'activité de coordination les amène à structurer et à développer l'ETP en général. Les activités de formation les placent dans une réflexion analytique. Ils sont de fait dans une position d'avoir à formaliser leurs savoirs d'action avant de les transmettre. Les thématiques le plus souvent citées sont l'ingénierie de projet, la structuration d'une séance et d'un programme en ETP, l'évaluation, les modalités d'apprentissage, l'accompagnement et la relation d'aide. Ils développent une affirmation d'eux-mêmes dans leur exercice professionnel, ils se forment ainsi progressivement une identité de soignant éducateur.

Une posture éducative qui s'accompagne de débats internes

L'analyse des matériaux recueillis durant les entretiens nous permet ainsi de souligner la complexité de l'intégration de la dimension éducative au sein de l'activité de soin. L'expérience vécue de l'intervention éducative chez un soignant le place dans une position nouvelle qui l'expose à un conflit avec son cœur de métier. Comme l'explique Martine: « *il y a une violence dans le soin notamment dans les soins lourds comme la dialyse où les patients doivent accepter le branchement à une machine, des restrictions hydriques importantes, et il ne s'agit pas d'ajouter une intervention éducative pour leur faire accepter ces contraintes* ». Les protocoles d'éducation thérapeutique du patient imposés par le législateur sont stricts et reposent sur une ingénierie et un découpage de l'action éducative. Un programme d'ETP pour chaque patient commence par un diagnostic éducatif, puis un contrat d'objectifs conclu entre soignant/patient. C'est aussi une des raisons pour lesquelles dans tous les entretiens, les participants évoquent les freins institutionnels et organisationnels à conduire les activités d'éducation au sens où ils ne sentent pas libres d'entrer dans une relation éducative

Par ailleurs à la différence de la posture soignante, la posture éducative ne se situe plus dans les catégories de réponse à une plainte ou à une demande de la part du patient qui souffre.

L'intervention éducative: des compétences mobilisées mais non partagées

Contrairement aux volontés du législateur, l'éducation semble vécue comme un moment séparé et unique détaché du parcours de soin. Le soignant se retrouve seul dans une nouvelle fonction éducative. Les participants à la recherche décrivent avec déception la défaillance à laquelle ils doivent faire face et qui touche aux aspects opérationnels et organisationnels de l'activité éducative. À

la différence du soin qui mobilise des compétences situées, collectives, formelles, pérennes et partagées, la posture et la pratique éducative isolent le soignant qui l'exerce de ses pairs. Cette non-partageabilité de l'activité éducative montre les limites des formations universitaires d'adultes à l'exercice de nouvelles fonctions et tâches prescrites dans des institutions qui n'y sont pas prêtes.

En ce sens cette posture pose deux questions majeures en termes d'analyse du travail. La première est que les soignants ne disposent d'aucune procédure formelle à laquelle se référer. La seconde est que le nombre de détenteurs de la compétence éducative est limité dans un service de soin.

Conclusion

L'intégration d'objectifs éducatifs ou formatifs dans la pratique de soin nécessite de reconsidérer les formes de conduites de l'action soignante et les concepts qui la fondent. La médecine est soumise à deux réalités opposées, d'un côté, les progrès de l'exploration et de la réparation du corps humain, autrement dit l'objectivation de l'être humain porteur d'organes et de l'autre, la prise en compte incontournable de la subjectivité du sujet malade. Pour l'acteur, la prise en compte et l'articulation de ces deux principes organisateurs ne vont pas de soi dans la mesure où ils engagent chez le soignant deux « *types de rapport à son expérience vécue en situation d'intervention* » (Tourette -Turgis, 2010).

Il semble qu'une activité éducative se déploie au fil de l'activité de soin chez les soignants que nous avons rencontrés. Elle s'accompagne de logique d'apprentissage qui tantôt s'appuie, de façon dominante, sur l'immersion (cas, par exemple de Marjorie ou Christian : c'est ici le « faire *in situ* » qui structure des apprentissages nouveaux qui s'incorporent à l'action), ou sur la construction collective dans un service (cas de Xavier) ou encore l'accompagnement de tiers (cas de Martine qui transmet son expertise à une équipe de soignants).

D'autre part, il semble bien que ces activités nouvelles s'accompagnent d'un renforcement identitaire qui conduit les soignants interrogés à revendiquer et à valoriser cette activité. Enfin, quelques difficultés apparaissent : l'activité éducative reste solitaire et peu partageable avec les autres soignants et elle entre parfois en tension avec l'activité soignante ordinaire qui s'accompagne souvent d'une violence physique à l'égard du patient.

Ces résultats nous semblent militer en faveur du développement d'un programme de recherche à venir plus systématique sur l'activité de soin permettant, avec une méthodologie combinant observation et entretien, de comprendre encore plus finement les entrelacements entre éducation et soin. Un tel programme devrait probablement être articulé à une perspective de recherche complémentaire qui permettrait de mieux comprendre les transformations combinées qui s'opèrent entre nouvelles injonctions institutionnelles (ETP prescrite depuis 2009), évolutions des modes de gestion et d'organisation des institutions de santé, évolutions des métiers de la santé et dynamiques individuelles des soignants placés au carrefour de ces transformations (en termes de développement professionnel mais aussi d'identité). Ces transformations combinées relevant de

Bibliographie

- logique de professionnalisation qu'il conviendrait de mieux caractériser.
- 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*, Elsevier, 25-005-A-10.
- Baeza, C. (2011). Enjeux et perspectives en éducation thérapeutique: des soignants formés en sciences de l'éducation, *Recherche en éducation*, 11, 118-130.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F. et al. (2003). Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease. A disease-specific-self-management intervention. *Archives of internal Medicine*, 163, 585-591.
- Bury, J., Foucaud, J. (2009). *L'éducation thérapeutique*. In F., Bourdillon (dir.). *Traité de prévention*. (pp.81-87). Paris: Flammarion.
- Decache, A. et Lavendhomme, E. (1989). *Information et éducation du patient: des fondements aux méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Université.
- Decache, A. (2005). Éducation pour la santé: reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens. *La santé de l'homme*, 376, 9-13.
- Ellis, S.E., Speroff, T., Dittus, R.S. et al. (2004). Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Pat Educ Counsel*, 52, 97-105.
- Engleman, H.M. et Wild, M.R. (2003). Improving CPAP use by patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome (SAHS). *Sleep Medicine Reviews*, 7, 81-99.
- Fabre, M. (1994). *Penser la formation*. Paris: Presses universitaires de France.
- Fournier, C. et al. (2007). *Enquête sur les pratiques éducatives (diabète type 2)*. Saint-Denis: Inpes.
- Freire, P. (1971). *L'éducation, pratique de la liberté*. Paris: Éditions du Cerf.
- Hameline, D. (1983). *Les objectifs pédagogiques en formation initiale et en formation continue*. Paris: ESF.
- Gagnayre, R. et al. (1998). *Éduquer le patient asthmatique*. Paris: Vigot.
- Golay, A., Bloise, D. et Maldonato, A. (2002). « The education of people with diabetes ». In J. Pickup, G. Williams (Eds). *Textbook of diabetes*. (p. 38.1-13). Oxford: Blackwell.
- Jouet, E. et Flora, L. (dir. pub.) (2010). Usagers-experts: la part du savoir des malades dans le système de santé. *Revue Pratiques de Formation*. N° Spécial.
- Kaufmann, J.-C. (2006). *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin. 3ème édition
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine? In B. Sandrin-Berthon (dir). *L'éducation du patient au secours de la médecine* (pp.7-39). Paris: PUF.
- Strömberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 363-369.
- Tourette-Turgis, C. (1996). *le counseling: théorie et pratique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Tourette-Turgis, C. (2010). L'apport des savoirs des patients à l'éducation thérapeutique: un impensé pédagogique. *Revue Pratiques de formation/Analyses*, 56, 135-158.
- Tourette-Turgis, C. (2011). Éducation, restriction, pédagogie. *Commentaire*. In: *Sciences Sociales et Santé*, 29 (3), 123-131.
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'effet Framingham en éducation thérapeutique: de l'enquête épidémiologique à l'enquête sur soi. *Sciences Sociales et Santé*, 31 (2), 31-38.
- Vygotski, L. (1985). *Pensée et langage*. Paris: Editions Sociales.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris: L'Harmattan.
- Wittorski, R., (2008). La professionnalisation. *Savoirs*, 17, 9-36.