



EHESP

Filière Directeurs des soins

Promotion : **2018 – Marie Curie**

Date du Jury : **décembre 2018**

**Promouvoir la démarche éducative,
un levier managérial pour le Directeur des soins
au bénéfice de la professionnalisation soignante**

Matilde CRETON

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, leur soutien et leur éclairage dans l'élaboration de ce travail, et tout particulièrement à :

Mme Marie-Renée GUEVEL

Maitre de conférences /EHESP/Rennes

Pour ses conseils avisés et sa disponibilité

L'ensemble des professionnels

Qui m'ont accordé du temps lors des entretiens

Ma maman, Paula, et ma sœur, Beatriz,

Qui ont permis que cette formation se réalise dans l'harmonie

Romuald, mon fils, et Franck, mon époux

Pour leur patience et leur compréhension

Sommaire

Introduction	1
1 CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL	5
1.1 Des politiques de santé en faveur de la promotion de la santé.....	5
1.1.1 L'évolution des politiques de notre système de santé.....	5
1.1.2 Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient (1998-2018)	6
1.2 L'Education Thérapeutique : une démarche au cœur des prises en soins.....	8
1.2.1 L'ETP au bénéfice de la promotion de la santé	8
1.2.2 L'ETP, une démarche éducative pour une conception de soins qui implique de nouveaux modes de prises en soins.....	11
1.3 D'une logique de soins à une logique soignante : un nouveau paradigme pour les infirmiers.....	18
1.3.1 De « l'infirmier soignant » à « l'éducateur soignant infirmier »	18
1.3.2 De la compétence à la professionnalisation	19
1.3.3 De l'acculturation à l'identité professionnelle	22
2 ENQUETE DE TERRAIN : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE	25
2.1 La méthodologie de la recherche	25
2.1.1 Le choix de l'outil	25
2.1.2 La construction de la grille d'entretien	25
2.1.3 Le choix de la population enquêtée et le terrain d'étude.....	26
2.2 Analyse des contenus	27
2.2.1 Choix de la méthode d'analyse	27
2.2.2 Analyse des données et résultats.....	28
2.3 Synthèse des contenus	38
2.3.1 Des leviers politiques	38
2.3.2 Des leviers managériaux et organisationnels	39
2.3.3 Des leviers d'acculturation	39

2.3.4	La démarche éducative au bénéfice de la posture éducative et de la posture réflexive	40
2.3.5	La démarche éducative au bénéfice de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail	40
2.4	Une analyse singulière des sous hypothèses retenues pour une validation de l'hypothèse générale	41
2.4.1	Validation de la première sous hypothèse	41
2.4.2	Validation de la deuxième sous hypothèse	41
2.4.3	Validation de la troisième sous hypothèse	41
2.4.4	Validation de l'hypothèse générale	41
2.5	Les limites de l'enquête	42
3	PRECONISATIONS POUR UNE DEMARCHE EDUCATIVE INTEGREE AUX SOINS	43
3.1	Pour une politique de soins favorable à la démarche éducative et à la posture éducative intégrée aux soins	43
3.1.1	La place incontournable du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques	43
3.1.2	L'UTEP, Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient ou comment impulser, conduire et animer la démarche éducative.....	44
3.1.3	Un accompagnement professionnel autour de la formation continue	46
3.2	La démarche éducative et la posture éducative, un levier managérial pour le Directeur des soins.....	47
3.2.1	Entre autonomie et responsabilisation : une démarche éducative « vectrice » d'une professionnalisation	47
3.2.2	Une dynamique d'équipe impulsée par l'implication, l'engagement et la coopération	49
3.2.3	Une dynamique et une posture éducative à pérenniser pour une qualité des soins et une qualité de vie au travail	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH (la) : Direction des ressources humaines

DRH (le) : Directeur des Ressources Humaines

DS (la) : Direction des soins

DS (le) : Directeur des soins /Directrice des soins

DUEP : Diplôme Universitaire en Education du Patient

EPSM : Etablissement public de santé mentale

ETP : Education thérapeutique du patient

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la santé

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PM : Personnel médical

PNM : Personnel non médical

PSIRMT : Projet de soins infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

RH : Ressources humaines

Introduction

Depuis la loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est vue reconnaître une existence légale. Ce qui devait contribuer à accompagner les patients dans la prise en charge de leur maladie, initialement chronique, s'est développée essentiellement dans les hôpitaux. Même si ces derniers se sont développés depuis la promulgation de la Loi HPST, on estime qu'il y a, en 2017, plus de 4000 programmes autorisés couvrant la quasi-totalité des affections de longue durée et autres conditions chroniques. Aussi 80% d'entre eux sont délivrés dans les établissements hospitaliers.¹

Cette éducation thérapeutique se décline essentiellement sous la forme de programmes d'éducation thérapeutique, soumis à autorisation par les tutelles, l'ARS, mais aussi sous forme d'actions d'accompagnement et de programmes d'apprentissage.

Cette ETP contribue à rendre le patient autonome ou en partie dans la prise en charge de sa maladie mais aussi dans la gestion de sa vie au quotidien avec sa maladie.

Cette démarche d'éducation thérapeutique se décline sous forme de démarche éducative qui consiste à écouter le patient, à prendre en compte ses représentations, ses connaissances et ses projets, puis à construire avec lui des solutions thérapeutiques qui lui sont adaptées. Solliciter le patient à travers la démarche éducative permet aux soignants de mieux le connaître mais aussi de le rendre acteur de sa prise en charge.

Les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les patients partagent cette volonté de développer l'éducation thérapeutique devenue au fil du temps une préoccupation majeure en matière de santé publique. D'ailleurs l'éducation thérapeutique s'inscrit totalement dans les priorités de la stratégie nationale de santé et répond aux enjeux de santé publique.

Pourtant, force est de constater que l'offre de soins ou de programmes autorisés sur le territoire est assez disparate et ne permet pas de répondre aux besoins des patients atteints de pathologies chroniques en tout point égal du territoire. Les moyens alloués à l'ETP dans les établissements de santé ne permettent pas de mettre en place des programmes d'ETP dédiés à l'ensemble de la population, pouvant ainsi répondre à leur problématique de santé.

Aujourd'hui les établissements ayant mis en place des unités transversales d'éducation thérapeutique œuvrent pour une culture de l'éducation thérapeutique et s'attellent à former les professionnels investis en ETP, conformément aux textes réglementaires.

Les professionnels de santé se doivent de développer des compétences spécifiques mais il semble aujourd'hui important d'intégrer cette démarche éducative à la démarche de soins.

¹ D'YVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R., septembre 2017, « l'éducation thérapeutique une pédagogie au service de la santé publique. » *adsp, regard sur la santé publique d'hier à aujourd'hui*, n°100, pp. 76-79.

Le Haut Comité de Santé Publique considère d'ailleurs qu'une ETP sera véritablement « *intégrée aux soins lorsqu'elle sera permanente tout au long de la chaîne* »², c'est-à-dire tout au long du parcours de soins du patient en quelque endroit du territoire. Mais pour ce faire les professionnels se doivent d'intégrer cette démarche à leur pratique soignante.

Si l'ETP s'adresse majoritairement à des personnes atteintes d'affections chroniques, elle concerne également de nombreuses affections de courte durée, comme les escarres, les soins post chirurgicaux, etc. Elle a donc toute sa place dans la prise en charge des patients lors de leur séjour à l'hôpital. D'ailleurs il est aujourd'hui démontré que l'éducation thérapeutique joue un rôle économique non négligeable en réduisant le coût de la prise en charge globale. Les patients, investis dans leur traitement, anticipent d'éventuelles complications et diminuent ainsi leur nombre de jours d'hospitalisation. Il me paraît important d'intégrer cette démarche comme un soin à part entière et non plus comme une activité « supplémentaire ». Il est aussi important de ne plus segmenter la prise en charge des patients lors de leur hospitalisation. Bien souvent lorsqu'un patient diabétique est hospitalisé en chirurgie pour une intervention, sa prise en charge se focalise « uniquement » autour de l'acte chirurgical. Pour autant le patient doit être pris en charge dans sa globalité. La démarche éducative y contribue.

Pour ce faire il semble important que les professionnels paramédicaux soient sensibilisés à la démarche en éducation thérapeutique et plus particulièrement à la démarche éducative.

Certains le sont au décours de leur formation initiale alors que pour d'autres cela relève du plan de formation en lien avec le projet de soins et le projet médical de l'établissement mais parfois, surtout, en lien avec les appétences de chacun.

L'éducation thérapeutique, comme levier à la prévention et la promotion de la santé, doit trouver sa place dans les soins et ainsi contribuer à réduire les temps d'hospitalisation mais aussi favoriser la place du patient acteur et sujet de sa prise en charge.

L'éducation thérapeutique suppose un bouleversement culturel tant pour les patients, les professionnels que l'institution :

- Le patient devient le sujet des soins qui lui sont délivrés
- L'objectif n'est plus de lutter contre les maladies mais de promouvoir la santé
- La démarche de prescription laisse la place à une démarche d'éducation.

Mes différentes expériences professionnelles et lectures autour du parcours patient et de l'éducation thérapeutique m'ont confortée dans l'idée que la démarche éducative ne s'improvisait pas et qu'elle devait être impulsée.

Lors de mon stage réalisé en février 2018 en établissement de santé mentale, j'ai pu observer et voir comment un projet de soins intégrant la notion de prévention et d'éducation thérapeutique peut concourir à des prises en charge de qualité au bénéfice du parcours

² Haut Comité de Santé Publique, rapport 2009, p.11

patient (dans le cadre de la sectorisation (territoire)). Ainsi la santé reconnue comme une ressource de la personne face à la maladie permet une organisation et une mise en œuvre pour que le patient devienne acteur de sa prise en charge et de ses décisions. Mais pour ce faire Les professionnels se doivent d'être sensibilisés ou formés à l'ETP. Au décours de ce stage, j'ai pu avoir connaissance d'une étude menée en 2017, par une étudiante³ en Master, sur « *l'évaluation de l'impact de l'éducation thérapeutique du patient sur les pratiques professionnelles* »⁴ au sein de l'EPSM. Cette dernière montre que l'ETP apporte globalement satisfaction aux professionnels et qu'il y a un réel impact dans leurs pratiques collectives comme individuelles. D'ailleurs une infirmière interviewée au décours de cette étude s'est exprimée comme suit au sujet de l'ETP : « *Dans notre façon de pratiquer, de travailler, on s'est remis en question, notre travail est beaucoup plus riche et beaucoup plus plaisant. On ne va plus se bagarrer et s'imposer. On n'est pas des experts, on fait selon les besoins et les attentes du patient, on trouve d'autres solutions* ». Les propos tenus par cette infirmière montrent en quoi la démarche éducative est une opportunité à la prise en charge centrée sur les patients.

De même je me suis entretenue avec différents Directeurs des soins autour de la question de l'ETP et de la démarche éducative. Pour la plupart ils évoquent que l'ETP permet autant le développement et l'acquisition de compétences pour le patient, qu'elle est une opportunité pour les professionnels, et ce même si cela nécessite des moyens financiers et humains.

Nous sommes aujourd'hui face à un nouveau paradigme, à savoir les professionnels doivent être des contributeurs à la démarche éducative et non plus faire à la place du patient. Ils doivent s'inscrire dans un parcours de formation contribuant à développer des compétences en éducation thérapeutique. La démarche éducative semble être un atout au bénéfice de la professionnalisation des personnels dans la prise en charge des patients. Certes l'éducation thérapeutique a été longtemps considérée comme accessoire par rapport aux activités de soin. Mais il s'agit d'un défi pour les professionnels qui sont en première ligne pour accompagner les patients, usagers dans cette démarche et ainsi leur permettre d'être acteur et sujet de leur prise en charge et ce quel que soit leur mode d'hébergement et d'accueil à l'hôpital.

A l'ère de la promotion de la santé et de la priorisation des actions de prévention, le Directeur des soins, garant de la qualité et sécurité des soins mais aussi du parcours patient, doit contribuer à promouvoir cette professionnalisation. Il peut impulser cette

³ Laroze Manon., étudiante en Master ingénierie de la santé, parcours Gestion des Risques, de la Qualité et des Flux en secteur sanitaire et médico-social à la faculté de management et d'ingénierie de la santé (ILIS)

⁴ <https://www.epsm-al.fr/index.php>(évaluation de l'impact de l'ETP sur les pratiques)

démarche et cette dynamique au bénéfice de la qualité et sécurité des soins tout au long du parcours patient.

Ainsi l'intérêt professionnel de la thématique et son actualité, nous amènent à nous poser la question suivante :

En quoi le Directeur des soins est-il promoteur d'une politique d'ETP au bénéfice des pratiques professionnelles ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons envisagé une hypothèse générale déclinée en trois sous-hypothèses.

La démarche d'éducation thérapeutique ou la démarche éducative constitue un levier managérial pour le Directeur des soins au bénéfice de la professionnalisation soignante.

- **Un projet de soins intégrant l'ETP favorise la démarche éducative dans les prises en charge,**
- **Le développement d'une politique d'ETP concourt à une acculturation des professionnels à la démarche éducative,**
- **Le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP ou démarche éducative contribue à la professionnalisation des soignants.**

Ainsi dans une première partie nous aborderons le cadre réglementaire de l'ETP au gré des politiques de santé et des évolutions. Puis dans une seconde partie, nous présenterons et analyserons les résultats issus de l'enquête menée auprès de professionnels concernés par la thématique et ce dans 3 établissements de santé publics de la région des Hauts de France . Enfin, au regard des éléments d'analyse nous envisagerons un ensemble de préconisations pour l'exercice de la fonction de Directeur des soins.

1 CADRE CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL

1.1 Des politiques de santé en faveur de la promotion de la santé

1.1.1 L'évolution des politiques de notre système de santé

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) constitue un axe stratégique fort des politiques de santé actuelles qui encouragent le développement de la formation des patients pour une meilleure prise en charge. Ainsi elle devient une fonction clé pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble. Comme évoqué par Laurent Chambaud, « *l'ETP intervient dans le cadre d'une évolution maintenant unanimement reconnue des problèmes de santé auxquels notre système de santé est confronté* »⁵.

L'ETP tend à se développer sous l'effet d'un déplacement des maladies aiguës vers les maladies chroniques mais aussi du fait de l'importance des droits accordés aux usagers. Aussi nous assistons aujourd'hui à une nouvelle vision de pratiques médicales et paramédicales orientées vers la qualité et l'efficacité et nécessitant de revoir la place de l'hôpital dans le champ de la santé et de la promotion de la santé.

L'évolution des politiques de santé en France est mise en exergue par la publication d'un certain nombre de textes.

- Les lois de réforme hospitalière (loi du 31 juillet 1991 et ordonnance du 24 avril 1996) stipulent que, Les établissements de santé... « *Participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention.* »
- La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, demande que les SROS répondent aux objectifs de santé publique et plans stratégiques du projet de loi de santé publique et stipule que « *la prise en compte des soins préventifs, curatifs et palliatifs, à partir des besoins de santé de la population...permet au SROS de placer la dimension de santé publique comme principe.* »
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, stipule que « *le schéma régional d'organisation sanitaire ...prend en compte les objectifs du plan régional de santé publique.* »

⁵ CHAMBAUD L., 2013, « préface » in TRAYNARD P.Y., GAGNAYRE R. « *Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire* » : Ed Maloine, pp. xlx-xx.

La Loi HPST, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁶, affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle couvre tous les secteurs de la prévention, de l'organisation des soins hospitaliers, de l'ambulatoire et de l'organisation médico-sociale. Elle positionne le Directeur des Soins Infirmiers comme membre de droit du Directoire, il pose le soin comme l'un des socles de l'organisation de l'Hôpital, en lien avec le projet médical.

Quant à la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁷, elle s'inscrit dans une certaine continuité de la Loi HPST. L'objectif de cette loi est de s'attaquer aux inégalités de santé, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et en installant un parcours de soins, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité. Aussi cette loi initie la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire afin de garantir l'accès à des soins sécurisés et de qualité sur tout le territoire pour tous les usagers et réduire les inégalités territoriales de santé.

Les enjeux du GHT⁸ sont de faire travailler entre eux les hôpitaux d'un même territoire, autour d'un projet médical partagé, pour mieux répondre aux besoins de santé des usagers. Ils ont pour objet de renforcer les interactions entre les professionnels hospitaliers qui demandent aujourd'hui plus d'échanges, plus de dialogue, plus de travail en équipe. Tout ceci concourt à faire évoluer les conditions d'exercice et des métiers de l'hôpital, tant au niveau managérial que soignant.

Ainsi le décret du 27 avril 2016 décline la nécessité de l'implication des équipes soignantes dans l'élaboration des projets de soins ; mais l'implication de ces derniers dans la conception des parcours de soins pourrait faire émerger de nouvelles compétences et un nouveau positionnement des soignants impactant sur la professionnalisation.

1.1.2 Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient (1998-2018)

L'éducation thérapeutique s'est développée au fil du temps et ce depuis plus de vingt années.

⁶. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF, n°167 du 22 juillet 2009

⁷. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF, n°0022 du 27 janvier 2016

⁸ Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. JORF, n° 0101 du 29 avril 2016

Dés 1996, l'OMS Europe définit l'éducation thérapeutique du patient comme un « *processus continu, intégré dans les soins, et centré sur le patient* »⁹. En 2002, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), dans son rapport, précise que, « *dans cette approche, c'est la personne dans sa singularité et sa globalité, qui est l'objet d'attention des soignants et non seulement l'organe atteint* »¹⁰.

Il faudra attendre 2007 pour que la Haute Autorité de Santé (HAS) intègre dans son manuel de certification la Référence 36.a relative à l'éducation thérapeutique : « *un programme d'éducation thérapeutique adapté à son état est mis en place en veillant à la compréhension du patient* »¹¹. En parallèle, l'HAS a également émis en juin 2007 des recommandations sur l'éducation *thérapeutique du patient*¹², à savoir :

- Comment la proposer et la réaliser,
- Définition, finalité et organisation,
- Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ?

A noter que cette démarche d'éducation thérapeutique est de nouveau présente dans le manuel de certification V2010 ainsi que dans la version V2014 (critère 23.a) ; le manuel fait référence à l'éducation thérapeutique comme suit au niveau du chapitre 2 (prise en charge du patient), partie 3 (parcours du patient), référence 23 (l'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage), critère 23.a : « *le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un enjeu de santé publique* »¹³. Ainsi l'ETP s'inscrit ou doit s'inscrire, aujourd'hui, dans le parcours de soins du patient.

De plus la Loi HPST portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, aborde, elle aussi dans son TITRE III « *prévention et de santé publique* » la notion d'éducation thérapeutique du patient¹⁴.

Jusque-là les actions de prévention et d'éducation n'ont pas souvent été considérées comme prioritaires face aux soins ; c'est pourquoi ce TITRE III érige, pour la première fois, l'éducation thérapeutique en une politique et priorité nationale. Il stipule qu'il est devenu indispensable d'inscrire ces pratiques dans le code de la santé publique¹⁵.

⁹ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, traduit en français en 1998

¹⁰ Haut Comité de santé publique, « *la santé en France 2002* », rapport 2002, p335

¹¹ Haute Autorité de Santé, « *manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation* », édition 2007

¹² Haute Autorité de Santé, « *recommandations, Education Thérapeutique du Patient* », juin 2007

¹³ Haute Autorité de Santé, « *manuel de certification des établissements de santé V2010* », janvier 2014

¹⁴ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF, n° 167 du 22 juillet 2009

¹⁵ Art.L.1161-1 à L.1161-6 du code de la santé publique (article 84 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009)

L'éducation thérapeutique devient une fonction clé pour faire évoluer le système de santé dans son ensemble. En présentant sa stratégie nationale de santé le 24 septembre 2013, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine l'avait confirmé. En choisissant la prévention « *pour agir tôt et fortement sur tout ce qui influence notre santé* », l'éducation thérapeutique était positionnée comme un levier d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé. La stratégie nationale 2017/2022, présentée par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Agnès Buzyn, ne fait que renforcer la place de l'ETP dans la démarche de prévention et de promotion de la santé, avec comme 1^{er} axe « *la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie dans tous les milieux* ».

Au regard de tout cela, il est attendu que cette démarche d'éducation thérapeutique participe à l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient, de son bien-être et de l'amélioration de sa qualité de vie.

1.2 L'Education Thérapeutique : une démarche au cœur des prises en soins

1.2.1 L'ETP au bénéfice de la promotion de la santé

Si chacun sait ce que représente la maladie pour l'avoir éprouvée et côtoyée, la difficulté commence lorsqu'il faut donner la définition de la santé.

C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa constitution de 1946, définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité...correspondant aussi au développement optimal des capacités et aspirations d'un individu ou d'un groupe* ». De plus comme le précise Marie-Françoise Collière, « *santé et vie sont intimement liées, en ce sens que la santé représente l'ensemble des possibilités qui permettent à la vie de se maintenir et de se développer* ».

La santé ne se résume donc pas à l'absence de maladie. A la pathologie biologique, s'ajoutent la construction par le malade d'un discours sur sa souffrance, la compréhension et la prise en compte de ce discours par son entourage et par la société.

La santé est une notion dynamique. « *Etre malade* » peut être considéré comme étant l'expression par un individu d'une souffrance (physique ou mentale) et la reconnaissance de cette maladie par son entourage. On entend par entourage, tout l'environnement social et familial au sein duquel sont inclus, bien entendu, les professionnels de santé.

Sociologiquement, la maladie est interprétée comme une déviance, mais sur d'autres bases cette fois que physiologiques. Les sociologues s'attachent à décrire la maladie comme un état social plutôt que biologique, elle est donc considérée comme un état social déviant, induit par un comportement lié à un état biologique déficient.

La santé, même si elle est un phénomène complexe, reflète, traduit et représente les relations entre la société et l'individu. Toutes ces actions de santé se décomposent en trois grands domaines qui sont la promotion de la santé (influençant sur la santé d'une population), la protection de la santé (préventif) et la restauration de la santé (curatif).

L'éducation entretient des liens avec toutes les formes d'éducation dédiées à la santé, à la médecine qui ont connu des finalités bien différentes selon les périodes de l'histoire. Il a d'abord été question d'éducation hygiénique et sanitaire, puis d'éducation spécialisée et d'éducation à la santé avant de parler aujourd'hui d'éducation pour la santé.

Aujourd'hui on parle des éducations en santé parmi lesquelles on distingue 4 composantes :

- *L'éducation à la santé qui comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions.*
- *L'éducation du patient à sa maladie qui concerne les comportements liés à la maladie, au traitement et à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact de la maladie sur d'autres aspects de la vie.*
- *Les programmes d'apprentissage qui ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.*
- *L'éducation thérapeutique proprement dite concerne les actions d'éducation liée au traitement curatif ou préventif d'une pathologie chronique et repose pleinement sur le ou les soignants dont l'activité d'éducation thérapeutique fait partie intégrante de leur fonction. Il s'agit donc d'un processus éducatif continu intégré dans les soins et centré sur le patient* ¹⁶.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le code de la santé publique. Elle a pour objectif de définir le champ de l'éducation thérapeutique du patient dans un souci de qualité et de proximité pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Pourtant elle peut aussi concerner le patient atteint d'une maladie aiguë, à un moment de sa vie, dans son parcours de vie.

¹⁶ MAUDUIT L., 2014, « *L'éducation thérapeutique du patient 7 notions* », Ed DUNOD, collection aide-mémoire, pp3-4

Pour A.Deccache et E.Lavendhomme, l'éducation du patient est « *un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinés à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales* »¹⁷.

De plus, comme le stipule J.-P.Assal, « *suivre un patient atteint d'une maladie chronique implique une modification profonde du rapport direct du médecin à la maladie. Il s'agit de compléter cette dimension fondamentale par un autre rôle complexe pour le soignant, celui d'aider le malade à gérer lui-même son traitement, le mener vers la responsabilité et l'autonomie* »¹⁸.

Le patient doit acquérir le savoir et savoir-faire nécessaire à une cogestion de sa maladie et à une certaine forme d'autonomie de décision face à sa maladie. Certes, le patient doit être informé mais il doit, avant tout, être éduqué. Mais éduquer ce n'est pas seulement informer, éduquer ce n'est pas prescrire, éduquer c'est plutôt accompagner. Comme l'a écrit Philippe Lecorps : « *l'éducation est un acte d'accompagnement pris dans ses trois dimensions : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie* »¹⁹.

C'est en ce sens qu'il ne faut pas oublier le but de l'éducation qui est de permettre aux patients de mieux vivre avec leur maladie et, pour cela, d'acquérir et de consolider des compétences leur permettant d'adapter leur mode de vie à leur état de santé, en tenant compte de leur goût, de leur vie sociale et professionnelle et de leurs habitudes culturelles. Mais pour ce faire le soignant doit aider le patient à définir sa norme propre, qui est comme le disait Georges Canguilhem indissociable de « *son genre de vie* »²⁰.

¹⁷ ALLENET B., 2012, « pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail », Elsevier Masson, *Annales pharmaceutiques Françaises*, p54

¹⁸ ASSAL J.P., 1997, « 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 », Elsevier Masson, *Endocrinologie-Nutrition*, p1

¹⁹ LECORPS P., Acte d'éducation pour la santé

²⁰ CANGUILHEM G., 1989, « *Le normal et le pathologique* », colloque du comité des Yvelines, Versailles »,

1.2.2 L'ETP, une démarche éducative pour une conception de soins qui implique de nouveaux modes de prises en soins

L'éducation thérapeutique se doit d'avoir toute sa place au sein des établissements de santé, dans la prise en charge des patients. Elle s'inscrit plus que jamais dans l'autonomisation du patient. Elle est devenue au fil du temps un préoccupation majeure des pouvoirs publics en matière de santé publique.

a) La Structuration de l'ETP

Les recommandations officielles imposent l'adoption d'une démarche d'éducation par étapes ; celle-ci comprend 4 étapes qui sont :

- La réalisation du diagnostic éducatif
- L'élaboration du Contrat d'éducation
- La planification de séquences
- L'évaluation

La démarche éducative consiste à élaborer le « projet de soins » du patient à partir du diagnostic éducatif élaboré. Ce dernier est la première étape de la démarche éducative. Il « permet d'appréhender différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet. »²¹

Le diagnostic éducatif se construit à partir d'entretiens et d'échanges avec le patient. Pour se faire les professionnels soignants peuvent s'aider d'un questionnaire décliné autour de 5 items :

- Qu'est-ce que le patient a ?
- Qu'est-ce que le patient fait ?
- Qu'est-ce que le patient sait ?
- Qui est le patient ?
- Quels sont ses projets ?

Cette structuration permet aux professionnels soignants de s'approprier la démarche et ainsi de mieux connaître le patient

²¹ D'YVERNOIS J.F., GAGNAYRE R., 2008, « apprendre à éduquer le patient », 3^{ème} édition, Paris, Ed Maloine, p65

b) *Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique*

La formation en éducation thérapeutique des soignants fait partie des exigences de qualité dans les cahiers des charges des institutions (ARS) qui en autorisent cette activité sous certaines conditions. Afin de pouvoir dispenser ou participer à l'éducation thérapeutique, toute personne doit acquérir un certain nombre de compétences fondamentales. L'acquisition de ces compétences s'effectue au travers des formations théoriques et pratiques dont la durée minimale d'enseignement ne peut être inférieure à quarante heures.²²les compétences étaient regroupées initialement en 4 catégories :

- Les compétences relationnelles
- Les compétences pédagogiques et d'animation
- Les compétences méthodologiques et organisationnelles
- Les compétences biomédicales et de soins

Celles-ci ont été redéfinies, comme suit, au niveau de l'Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'Arrêté du 2 aout 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP²³ :

- Les compétences techniques
- Les compétences relationnelles et pédagogiques
- Les compétences organisationnelles

Aussi il faudra attendre l'Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP pour acter que tous les intervenants dans un programme d'ETP doivent justifier de compétences en ETP.²⁴

Ainsi au travers de la formation et du référentiel de compétences, les professionnels acquièrent les compétences nécessaires à la mise en place de la démarche éducative.

Celles-ci viennent compléter celles acquises durant la formation initiale.

c) *Évolution du rôle du soignant*

Le rôle du soignant a été défini comme médiateur entre le sujet et sa maladie, ce qui était inscrit dans la Charte d'Ottawa en 1986. La place du soignant apparaît comme

²² Arrêté du 2 aout 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP, JORF n°0178 du 4 aout 2010

²³ Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 aout 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP, JORF n°0126 du 2 juin 2013

²⁴ Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 aout 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP, JORF n°0019 du 23 janvier 2015

indispensable dans la démarche d'éducation. Pourtant la formation initiale en ETP des professionnels de santé ne concerne à l'origine que les infirmières et les kinésithérapeutes. Les médecins comme les pharmaciens et aides-soignants n'abordent pas l'ETP au cours de leurs études et formation ; dans ce cadre-là ils sont peu initiés et peu incités à développer l'ETP. Aussi les soins éducatifs du malade ont été inscrits dans les 38 buts de la politique européenne d'appui à « la santé pour tous en l'an 2000 ». Au niveau national, nous les retrouvons dès 1978 dans la définition de la fonction infirmière. Notons que Florence Nightingale évoquait déjà en 1883 la place de l'infirmier dans l'éducation du patient.

Pour autant, tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux peuvent être concernés. Il s'agit d'être impliqué dans la prise en charge de patients ayant besoin d'un soutien dans leur apprentissage pour développer des compétences d'autogestion et des compétences d'expression de soi. Ainsi tous les professionnels peuvent être promoteurs de santé au décours de leur prise en charge mais pour ce faire ils doivent intégrer la démarche éducative à la pratique des soins.

Cette acculturation est aussi empreinte des représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP. L'ETP est souvent considérée comme un soin supplémentaire qui n'est pas prioritaire par rapport aux soins techniques et dans ce cadre-là l'ETP n'est pas considéré comme faisant partie intégrante des soins quotidiens du patient.

Mais si chaque professionnel ou acteur n'a pas « obligatoirement » un rôle direct d'éducateur auprès des patients, la manière de s'impliquer dans le développement de l'éducation thérapeutique contribue d'une certaine façon à en devenir un acteur important²⁵.

Accompagner le patient lors de son séjour, c'est l'accompagner dans sa maladie chronique, dans une période particulière. C'est passer de l'intérêt porté à la maladie et à son traitement à l'intérêt porté au malade et à son devenir en tant que sujet singulier.

C'est aussi l'accompagner dans le cheminement parfois troublant et souvent hésitant qu'est la maladie. « *Eduquer n'est pas convaincre, éduquer n'est pas prescrire : c'est accompagner (Sandrin-berthon, 2001). Il s'agit d'admettre que la maladie chronique ressemble à un itinéraire complexe durant lequel le patient dessine des changements et dénoue lui-même des blocages, dans un temps qui lui appartient (Lacroix, 2007).* »²⁶

d) *L'éducation thérapeutique comme accompagnement*

La notion d'accompagnement se réfère à une relation duale puisqu'il faut au moins être deux pour établir une relation.

²⁵ MAUDUIT L., 2014, « *L'éducation thérapeutique du patient en 7 notions* », Ed DUNOD, collection aide-mémoire, pp6-7

²⁶ FOUCAUD J. et BALCOU-DEBUSSCHE M., 2008, « *Former à l'éducation du patient : quelles compétences, réflexion autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006,* », Ed inpes, p 53

Cette relation implique une idée de secondarité pour l'accompagnateur (professionnel de santé ou famille ou aidants) qui aide, assiste, collabore.

Accompagner le malade, le patient c'est le suivre, c'est aussi savoir discerner le stade d'acceptation de la maladie dans lequel il se trouve et ainsi définir la conduite à tenir. Comme le stipule Viviane Szymczak, accompagner *signifie* « *marcher avec un compagnon* »²⁷. Finalement l'éducation thérapeutique doit s'apparenter au terme utilisé au Pays-Bas : « *le patientenvoorlichting* », ce qui signifie littéralement : « *précéder quelqu'un avec une lumière pour qu'il puisse voir où aller* »²⁸.

Le professionnel de santé assiste dans le processus, dans le chemin, vers la guérison ou dans la guérison d'une maladie. En aucun cas il ne s'agit ici pour le professionnel de décider du chemin mais plutôt de l'éclairer : la décision revient au patient.

Face à l'incertitude, l'impatience, il faut expliquer, informer le patient ; la crise aiguë correspond parfois à une avancée, une poussée de la maladie chronique laquelle a un impact sur la vie et le devenir du patient.

Dans tous les cas accompagner c'est éviter l'attente et l'impatience, qui ne font qu'altérer la capacité de jugement. Pour éviter cette attente, impatience il faut créer une alliance au décours du séjour ; une alliance qui permette à chacun de s'exprimer librement et de respecter le rythme de chacun en fonction des impératifs.

Ainsi accompagner c'est admettre une collaboration entre patient et soignant, c'est faire confiance au patient, c'est partager et ainsi concrétiser une alliance.

L'accompagnement doit être assimilé à un soin ; il doit permettre de mettre en place un continuum de vie. De plus nous ne pouvons plus être dans le colloque singulier où il s'établit une relation privilégiée entre le médecin et son patient ; tous les acteurs de santé ont leur place dans la prise en charge des patients. L'accompagnement est ici pluridisciplinaire.

L'accompagnement induit le sens « *d'emboîter le pas à quelqu'un, de partager son chemin, de l'épauler juste pour un temps. Souvent l'accompagnateur est un « intermédiaire » ; il réintroduit de la distance, permet à celui qui avance de regarder et à celui qui peine de se reprendre ; il réintroduit du lien aussi, s'oriente vers d'autres, aide à renouer le fil du temps. Enfin l'accompagnement ne prend jamais le pouvoir, il ne se substitue pas, il ne déresponsabilise pas* »²⁹.

e) Le concept d'autonomie au cœur de l'éducation thérapeutique

²⁷ FOUCAUD J. et BALCOU-DEBUSSCHE M., 2008, « Former à l'éducation du patient : quelles compétences, réflexion autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006 », Ed inpes, pp58-59

²⁸ HESBEEN W., février 2010, « éduquer ou informer et accompagner, une question d'intention », *Soins Cadres*, n°73, pp. 46-47

²⁹ MOREAU M., 2000, éditorial « *pratiques d'accompagnement* » Education permanente, supplément EDF-GDF, p 5

La place de l'éducation thérapeutique dans les soins montre l'importance qui est accordée au patient et à sa prise de décision. Le patient atteint d'une maladie chronique (ou pas) peut devenir expert ; l'expertise acquise par le patient modifie en ce sens la relation et les conditions de la communication et des rapports entre les soignants et lui-même. Pourtant trop souvent encore, les soignants ayant la connaissance pensent avoir le pouvoir de décider à la place du patient.

Il apparaît ici que le fait d'infantiliser les patients ou de les considérer comme de simples objets de la médecine peut constituer, pour les soignants, un rempart contre leur propre angoisse. De plus, le soignant aimerait soulager et soigner le patient. Il souhaiterait se le présenter comme un être rationnel voulant son propre bien et prêt à tout pour l'atteindre.

Pourtant l'expérience quotidienne est parfois déroutante. En effet, le patient n'est pas toujours disposé à entendre et à adopter ce qui est bon pour lui. Le soignant va alors se trouver en phase de victoire ou d'échec selon la décision ou l'attitude du patient.

Or pour faire face à l'autonomie du patient, il convient d'être en phase, et parfois il est difficile pour l'équipe « *d'entrer avec justesse en relation avec un patient et sa famille sans se laisser piéger par des a priori* »³⁰. C'est un partenariat qui doit se mettre en place. Selon A.Grimaldi, « *une relation de partenariat implique que grâce à l'empathie des soignants, d'une part, et à l'éducation thérapeutique du patient, d'autre part, chacun peut prendre la place de l'autre tout en gardant la sienne : ni trop près, ni trop loin* ».³¹

Les soignants ne doivent pas emporter avec eux les préjugés et les appréhensions et ce pour pouvoir prendre la distance nécessaire par rapport au patient.

Pour penser l'autonomie du patient, en tant que soignants, ces derniers sont souvent confrontés à la morale et à l'éthique ; cela doit les amener à une humanisation des soins.

Il arrive encore trop souvent que seul le médecin prenne part à l'échange ; pourtant lorsqu'une équipe encadre un patient, la discussion se réalise avec l'ensemble du personnel soignant et n'est plus une décision prise uniquement par le médecin au sommet de la hiérarchie des intervenants.

Aujourd'hui plus qu'hier les prises en charges doivent être collégiales. L'autonomie du patient passe par l'autonomie des acteurs et contribue à cette dernière.

Il s'agit ici du concept d'autonomie réciproque. Finalement c'est à travers l'autonomie du patient que se développe celle du soignant.

L'éducation thérapeutique ne se résume donc pas à la transmission des connaissances ; s'il s'agit bien de permettre au patient de devenir acteur et sujet responsable de sa maladie,

³⁰ De BOUVETA., SAUVAIGE M., 2005, « *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique* », de boeck, p36

³¹ GRIMALDI A., avril 2009, « l'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre », *cahiers de nutrition et de diététique* (Elsevier Masson), vol 44, n°2, pp 62-66

cette transmission de connaissances ne suffit pas : il s'agit bien ici de compétences, de savoir-faire et de savoir être.

f) *La relation soignant-soigné socle de l'éducation thérapeutique*

Les soignants et soignés éprouvent parfois quelques difficultés à communiquer, à se comprendre. Il apparaît alors clairement que la réalité des soignants n'est pas ou plus celle des soignés. Il est important et nécessaire de comprendre plutôt que de réagir ; ce qui a du sens aux yeux du soignant doit avoir un sens identique pour la personne soignée.

De tels ratés dans la communication et dans la relation existent au quotidien ; ils peuvent générer de graves conflits, révélateurs parfois d'une rupture de confiance.

Afin de mieux appréhender certaines de ces situations, les soignants doivent prendre en compte la réalité des patients et garder à l'esprit que la perception de leur réalité n'est pas celle du ou des patients.

Comme nous le rappelle Walter Hesbeen, « *la centration du travail infirmier sur la tâche est, en fait, une centration sur l'accessoire et il lui manque sa dimension essentielle, celle pour laquelle il faut de véritables professionnels, celle du sens que prennent toutes ces tâches pour une personne donnée* ³² ».

Le patient doit être pris en charge dans la globalité de son être. Et « *c'est l'inscription de cet acte dans une histoire humaine qui le transforme en un soin porteur et passeur de sens* »³³. De plus « *Aller à la rencontre de l'autre, rester ouvert à ce qu'il vit, tenter de comprendre ses réactions sans le juger deviennent alors des gageures qui requièrent un haut niveau de compétence* »³⁴

Pour cela il convient de prendre en compte le système des valeurs et des croyances de chacun ; en aucun cas les représentations des soignants ne sont celles des patients.

Elles engagent ces derniers de façon différente, car ils ne sont pas du même côté de la barrière face à la maladie, face à leur destinée ou face aux jeux de pouvoir en présence.

N'oublions pas que les soins donnés dans notre société s'adressent à des personnes de culture et de milieux sociaux divers et variés. De plus soignants et soignés sont avant tout

³² HESBEEN W., 2002, « *prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante* », Inter Editions, Masson, p63

³³ CURCHOD C.,2009, « *relations soignants – soignés, prévenir et dépasser les conflits* », Ed Masson, p71

³⁴ CURCHOD C.,2009, « *relations soignants – soignés, prévenir et dépasser les conflits* », Ed Masson, p18

des êtres humains dont le niveau d'éducation, les capacités relationnelles et la maturité socio-émotionnelles diffèrent.

Chacun, dans sa vie, en fonction de son histoire, développe des traits de personnalité spécifiques qui facilitent les relations avec autrui ou les compliquent. Ainsi la personne malade n'a souvent que deux modes de réactions possibles face au pouvoir des soignants : la soumission ou la rébellion.

Au travers des éléments cités précédemment on perçoit combien la communication a une place importante dans nos relations quotidiennes avec les autres. Les soignants, dans leur pratique, sont constamment amenés à discuter, informer, négocier et dépasser les conflits. De plus il est possible de perfectionner notre communication en étant attentif aux enjeux et conditions de la relation mais aussi aux comportements des interlocuteurs.

En effet dans nos cultures, il n'y a pas d'apprentissage spécifique à la communication, seulement un apprentissage implicite. Et comme le stipule Jacques Salomé, « *très tôt nous confondons expression et communication*³⁵ ».

La communication se fait alors autour de quatre démarches qui sont « *écouter, entendre, dire et ne pas dire* ». Cela implique donc d'écouter mais d'observer aussi tant le patient, l'interlocuteur que son environnement. Or l'écoute n'étant pas un processus naturel, nous pouvons et nous devons souvent exercer un contrôle cognitif sur notre écoute. Plutôt que de chercher à juger ou à moraliser, nous devons chercher à comprendre.

La communication apparaît donc comme un processus transactionnel qui implique certes une écoute mais qui ne peut se faire si l'interaction demeure à sens unique.

« *L'éducation thérapeutique est avant tout une attitude, une ouverture vers l'écoute, la mise en retrait du professionnel pour laisser le patient s'exprimer et l'aider à s'approprier une nouvelle stratégie* »³⁶.

En somme il faut APPRENDRE à APPRENDRE pour développer les capacités d'observation, d'écoute et d'intervention. Aujourd'hui et plus que jamais, communication et éducation thérapeutique doivent faire partie intégrante des soins quotidiens et de la prise en charge holistique. Les professionnels se doivent de développer des compétences.

Finalement pour favoriser la démarche éducative, il convient de s'appuyer sur les différentes étapes de la démarche d'éducation. Elle permet au patient d'acquérir des compétences lui permettant de gérer sa vie avec sa maladie. Mais elle favorise et impulse l'acquisition et le développement de compétences pour les professionnels.

³⁵ SALOME J., 2003, « *relation d'aide et formation à l'entretien*, » Presses Universitaires septentrion, p35

³⁶ SALOME J., 2003, « *relation d'aide et formation à l'entretien*, » Presses Universitaires septentrion, p35

1.3 D'une logique de soins à une logique soignante : un nouveau paradigme pour les infirmiers

1.3.1 De « l'infirmier soignant » à « l'éducateur soignant infirmier »

Jusqu'aux années 1970, les infirmiers ont été plutôt soumis et obéissants aux médecins tel le modèle religieux dans lequel abnégation et dévouement aux malades sont attendus. Ensuite, l'évolution des textes régissant l'exercice professionnel, a permis, avec la reconnaissance officielle d'un rôle propre, l'émergence des Soins Infirmiers en tant que discipline à part entière.

L'infirmier dispense des soins de nature préventifs, curatifs, palliatifs en intégrant une qualité technique et relationnelle avec le patient. Il travaille avec une équipe pluri professionnelle dans les établissements de soins et ce de manière autonome et en collaboration.

Ainsi le Code de la Santé Publique donne, pour la première fois, le 31 mars 1978, une part d'initiative à l'infirmière dans son exercice professionnel. En effet, l'article L.473 précise que l'infirmière « *participe à différentes actions de prévention, d'éducation, de formation, d'encadrement et de recherche* ».

Le décret du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles, précise dans l'article 26-32 que « *l'infirmière informe la personne soignée, et, consciente de ses besoins, l'aide à les exprimer. Elle prend en compte ses intérêts et ses valeurs, elle l'associe à son traitement et lui donnera les informations claires, compréhensibles et complémentaires* ».

Le décret du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier dit dans son article premier que : « *l'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ».

Dans le nouveau programme de formation des étudiants en soins infirmiers du 31 juillet 2009, on parle de compétences infirmières au travers d'un référentiel de compétences. Chacune d'entre elles doivent être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention d'un Diplôme d'Etat. D'ailleurs, comme le stipule Le Boterf (2002) « *la compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources* ».

Ainsi la formation infirmière demande aux étudiants de valider les « 10 compétences » inscrites dans la réglementation figurant au code de la santé publique avec une compétence spécifique à l'éducation thérapeutique, la compétence 5, déclinée comme suit « *Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs* ». ³⁷

L'ensemble des compétences acquises permet à l'infirmier de devenir autonome, responsable et réflexif. « *L'étudiant est formé pour devenir un « praticien réflexif ». La théorie de Donald Schön (1987) a distingué la réflexion dans l'action, qui permet à un sujet de penser en toute conscience lors du déroulement de son action et la réflexion sur l'action, dans laquelle le sujet analyse et évalue son action* ». C'est en ce sens que l'exercice infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation des soins infirmiers et leur évaluation.

Aussi la démarche éducative s'inscrit dans cette réflexion de par le questionnement et l'analyse qu'elle suscite.

L'infirmière se trouve confrontée à une évolution de la profession, qui découle des politiques de santé mais aussi des attendus et exigences des patients.

1.3.2 De la compétence à la professionnalisation

Selon LE BOTERF « *pour agir avec compétence une personne devra de plus en plus combiner et mobiliser non seulement ses propres ressources (connaissances, savoir-faire, qualité, culture, expériences...) mais également des ressources de son environnement (réseau professionnel, ...)* ». La complexité du processus est liée à la somme des ressources à mobiliser, par la personne. Il doit dans un premier temps, y avoir accès, puis se les approprier.

³⁷ Référentiel d'activités, Annexe I de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF N°0181 du 7 août 2009

Cependant 3 éléments sont nécessaires à l'atteinte de ces objectifs :

- « *Le vouloir-agir* » qui est dépendant de la motivation de l'agent et du management du cadre qui l'accompagne
- « *Le pouvoir-agir* » qui est lié aux ressources mis à sa disposition pour l'institution mais aussi par le cadre de santé
- « *Le savoir-agir* » qui est la capacité cognitive du professionnel à savoir mobiliser les savoirs et les compétences sur une action de travail à un instant T.

Nous pouvons donc affirmer à ce stade que les savoirs et la dynamique de transmissions de savoirs permettent de développer des compétences. Mais aussi que la collaboration avec les membres de l'équipe favorise les échanges. Le cadre de santé impulse cette dynamique portée par l'établissement. Mais cela doit de plus être accompagné au niveau institutionnel tant par la politique d'établissement que par le projet de soins.

Le développement des compétences tant individuelles que collectives doit alors contribuer à la professionnalisation.

La professionnalisation se définit comme un processus permettant de construire et développer ses compétences.

D'ailleurs « Professionnaliser » désigne pour G. Le Boterf « *le processus permettant de construire et développer ses compétences.* »

Si « *se professionnaliser* » relève d'une démarche individuelle, la professionnalisation a toujours une dimension collective, elle ne vaut que dans le regard des autres.

D'après Richard Wittorski un processus de professionnalisation s'articule autour de 3 temps qui sont : le travail, la formation et la réflexion du sujet sur son activité.

Du fait de l'entrée de l'Education Thérapeutique du Patient dans le code de la santé publique, la question de la professionnalisation des soignants à ce nouveau champ d'activité est devenue un enjeu social majeur, et plus particulièrement pour les infirmiers.

Dans une étude menée par Richard Wittorski en 2013, il est fait état de l'intention d'explorer la façon dont les soignants vivent l'intégration de pratiques éducatives dans l'organisation quotidienne de leur pratique³⁸.

Pour ce faire plusieurs professionnels ont été interviewés et ont permis de mettre en exergue la combinaison de plusieurs logiques de professionnalisation dans le champ de

³⁸ WITORSKI R., 2013, « l'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation » *Les dossiers des sciences de l'éducation*, n°30, pp120-133

l'ETP. L'analyse des matériaux recueillis auprès des professionnels a mis en évidence plusieurs voies de professionnalisation :

- « *Une professionnalisation par « l'action »* : les professionnels modifient leurs façons de faire le plus souvent sans qu'ils ne s'en rendent compte mais par un simple ajustement au fil de l'action.
- « *Une professionnalisation par la combinaison d'une logique de la réflexion sur l'action* » : les professionnels dans ce cas-là analysent de façon rétrospective leur action.
- « *Une professionnalisation par la traduction culturelle par rapport à l'action* » : dans ce cas un professionnel accompagne un autre professionnel dans la réalisation d'une activité qui lui est nouvelle. Ainsi le professionnel assure une fonction de transmissions de savoirs ou de connaissances.

Finalement tout ceci contribue à développer la posture éducative, au sein de l'activité de soins et ce par divers mécanismes. Aussi cette posture ne se décrète pas et relève d'un travail sur soi qu'une formation peut soutenir.

Comme le stipule Rémi Gagnayre, selon son emploi, on peut considérer deux types de posture éducative³⁹ :

- « *Le premier type de posture éducative correspond à la situation où le soignant considère que sa pratique de soin intègre l'éducation thérapeutique ; la posture éducative le conduit alors à informer le patient que l'activité de soin, renforcée par des techniques pédagogiques, favorise son apprentissage* »
- « *Le deuxième type de posture éducative serait plus spécifique de la mise en œuvre d'activités d'éducation thérapeutique distinctes de celles des soins* »

Cette posture éducative pour être intégrée à la posture soignante nécessite finalement une certaine acculturation des soignants et une reconnaissance de cette dernière dans leur pratique.

La professionnalisation recouvre donc simultanément le développement de compétences, d'une identité professionnelle, et une reconnaissance. Richard Wittorski écrit d'ailleurs à ce sujet : « *Au quotidien, la professionnalisation se construit ainsi par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits* »

³⁹ TRAYNARD P. Y., GAGNAYRE R., 2013, « *Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire* », Ed Maloine, p147

1.3.3 De l'acculturation à l'identité professionnelle

Selon Norbert Alter « *l'analyse des identités et des cultures en organisation permet de comprendre ce qui amène un acteur à agir* »⁴⁰.

Comme le stipule Florence OSTY « *la pratique d'un métier alimente l'élaboration de savoirs communs, de valeurs et un sens partagé de la mission* »⁴¹. Cette appartenance au métier de l'ETP permet une reconnaissance.

Pourtant ce qui interroge ici c'est la question de l'identité professionnelle et de la légitimité. D'une part, l'identité professionnelle est la façon dont les différents groupes de professionnels s'identifient aux pairs ; elle est fondée sur des représentations collectives distinctes. Elle est l'ensemble des représentations mentales qui permettent aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre expériences présentes et passées. « *De même une profession se caractérise par l'existence d'une communauté de valeurs, défendant un même idéal de métier* »⁴² qui est ici la prise en charge éducative.

Dubar reconnaît, quant à lui, que l'identité professionnelle est le résultat de relations de pouvoir et d'appartenance à des groupes ; elle dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et des images de soi⁴³.

Ainsi défendre la démarche éducative et œuvrer pour une systématisation de sa mise en œuvre concourt à une reconnaissance de l'ETP et de l'identité professionnelle. L'ETP permet une transformation identitaire de l'infirmier.

*« La professionnalisation représente un enjeu, à défaut d'être un horizon, pour tout groupe professionnel, lui permettant d'asseoir légitimement son autonomie. »*⁴⁴.

L'évolution des pratiques éducatives et de la place de l'ETP dans les soins, amènent les infirmiers à redéfinir le soin et la relation soignant-soigné. Amenés à repenser leur propre rôle, ils doivent réinventer une posture intégrant la transformation de leurs valeurs professionnelles. Toutefois ils doivent garder à l'esprit la vision de leur responsabilité

⁴⁰ ALTER N., 2009, « *Donner et prendre. La coopération en entreprise* », La Découverte, coll. « textes à l'appui », p103

⁴¹ OSTY F., 2009, in ALTER N., 2009, « *Donner et prendre. La coopération en entreprise* », La Découverte, coll. « textes à l'appui », p79

⁴² ALTER N., 2009, « *Donner et prendre. La coopération en entreprise* », La Découverte, coll. « textes à l'appui », p66

⁴³ DUBAR C., 1998, « *la socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* », Paris, Ed Armand Colin

⁴⁴ ALTER N., 2009, « *Donner et prendre. La coopération en entreprise* », La Découverte, coll. « textes à l'appui », p141

professionnelle. Il ne peut donc être envisagé de posture éducative intégrée aux soins sans processus de transformation identitaire des infirmiers.

2 ENQUETE DE TERRAIN : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE

Au regard du constat et de la question de départ il m'a semblé important de me questionner en quoi le directeur des soins est promoteur de la démarche éducative.

C'est pourquoi au travers des entretiens réalisés auprès de différents professionnels (Infirmiers, cadres de santé, directeurs des soins et coordonnateurs d'UTEP), des réflexions et réponses des interviewés pourront permettre si besoin de réinterroger le questionnement initial sur la démarche éducative et la professionnalisation des soignants.

Par ailleurs, la confrontation avec l'approche conceptuelle et contextuelle permettra d'apporter les éléments nécessaires à la validation ou à l'invalidation des sous hypothèses et de l'hypothèse posées. Il s'agit ici d'une méthode de recherche hypothético déductive.

2.1 La méthodologie de la recherche

Le choix s'est porté sur l'entretien de recherche, méthode qui consiste à mobiliser l'observation et à recueillir la parole de l'autre ; il s'agit de s'intéresser à l'expérience des personnes interviewées, à leurs représentations, à leur histoire et au sens qu'elles donnent à leur action.

2.1.1 Le choix de l'outil

J'ai fait le choix de l'entretien semi-directif, qui permet de conserver une certaine liberté d'expression tant pour l'interviewé que pour l'interviewer. J'ai, pour ce faire, élaboré une grille d'entretien, composé de plusieurs questions faisant référence aux différentes sous hypothèses. Toutefois elles n'ont pas toujours été posées dans l'ordre noté et sous leur formulation exacte. Il s'agissait au final de laisser l'interviewé s'exprimer ouvertement. En fonction du déroulement de l'entretien, d'essayer parfois de recentrer les échanges sur les thèmes de recherche et de poser des questions lorsque l'interviewé n'abordait pas certains sujets.

2.1.2 La construction de la grille d'entretien

Pour chacun des profils interviewés, une grille a été élaborée⁴⁵.

Chacune d'elle reposait sur la volonté d'investiguer les thématiques suivantes, relatives aux sous hypothèses posées.

- La place de l'éducation thérapeutique dans le projet de service, de soins et d'établissement
- Le développement de compétences au regard de la démarche éducative
- La place de la démarche éducative dans les soins
- La professionnalisation des soignants
- La place du management du DS dans cette professionnalisation

2.1.3 Le choix de la population enquêtée et le terrain d'étude

La population enquêtée correspond à la population interviewée dans le cadre de la recherche.

Il m'a semblé important d'orienter ma recherche en première intention auprès de professionnels de santé de la filière infirmière puis de cadres de santé, de directeurs des soins, et de coordonnateurs d'UTEP.

De même ma recherche est ciblée sur des établissements de santé, type MCO, ayant mis en place une Unité Transversale d'ETP, proposant des programmes d'ETP autorisés et se situant dans la Région des Hauts de France.

La région des Hauts de France s'est mobilisée autour de la prévention et de l'éducation. Monique Ricomes⁴⁶ a adopté le PRS « 2018-2028 » par arrêté du 5 juillet 2018. Ce document, coconstruit avec l'ensemble des partenaires de l'Agence, est un guide pour l'action : il fixe les orientations stratégiques à 10 ans et les objectifs à 5 ans, pour améliorer la santé de la population et lutter contre les inégalités de santé.⁴⁷

7 orientations stratégiques ont été définies pour les 10 années à venir ainsi que 23 objectifs du Schéma Régional de Santé « 2018-2023 », ciblant à nouveau les parcours de santé et l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, centrés sur l'accès à la prévention.

La région des Hauts -de-France a comme particularité d'avoir mis en place une coordination des différentes UTEP, accompagnée par l'ARS des Hauts de France.

Concernant les soignants et ici plus spécifiquement les infirmiers, ils exercent tous dans des services de soins d'hospitalisation conventionnelle type diabéto-endocrino-maladies

⁴⁵ Cf : *grilles d'entretien* annexes 1, 2, 3 et 4

⁴⁶ Directrice générale de l'ARS Hauts-de-France

⁴⁷ PRS2 : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/>

métaboliques et nutritionnelles mais aussi en ambulatoire, dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS. Aussi nous avons sollicité les cadres ayant en charge les équipes interviewées. J'ai fait le choix de cibler les services de diabétologie car ce sont des secteurs où les professionnels sont en majorité sensibilisés à la démarche d'ETP.

Il m'a semblé nécessaire et pertinent de voir comment des professionnels soignants participant aux programmes d'éducation thérapeutique dans des établissements détenteurs d'UTEP, conjuguait « travail habituel de soignant » et activité éducative dans un service d'hospitalisation conventionnel.

	IDE	CADRE DE SANTE	DIRECTEUR DES SOINS	COORDONNATEUR D'UTEP
Etablissement A (567 lits et places)	2	1	1	Cadre de santé
Etablissement B (3000 lits et places)	2	1	1	1
Etablissement C (1250 lits et places)	2	1	Cadre supérieur	1

Au final interviewer les différents professionnels de ces établissements doit me permettre d'appréhender leur représentation et leur perception sur la place de la démarche éducative dans la professionnalisation des soignants.

2.2 Analyse des contenus

2.2.1 Choix de la méthode d'analyse

La méthode de l'analyse qualitative des données consiste à analyser les entretiens réalisés. Pour rappel les entretiens n'ont pas vocation à illustrer les hypothèses mais plutôt *de produire du sens et de construire de la théorie*⁴⁸ au regard des hypothèses posées. Dans notre cas, il convient de préciser que les hypothèses ont été construites à partir de mon expérience et de la littérature et que le guide d'entretien ainsi que la grille d'analyse l'ont été à partir des hypothèses. Ainsi l'analyse faite vient aussi démontrer et illustrer les hypothèses.

⁴⁸ KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, « *les recherches qualitatives en santé* », Ed Armand Colin, p168

Aussi il m'importe de préciser que l'objectif de la recherche n'est pas de produire des résultats généralisés.⁴⁹ Comme évoqué dans l'ouvrage « Les recherches qualitatives en santé »⁵⁰, l'analyse a été réalisée selon les étapes suivantes :

- Retranscrire et lire les entretiens
- Conduire une analyse horizontale pour chacun des entretiens sur chacun des établissements

Tout d'abord j'ai souhaité faire un focus par établissement et comprendre la posture de chaque professionnel interviewé. Puis, de croiser les données des 3 établissements pour en faire une synthèse et mettre en exergue ce qui fait sens pour chacun des établissements autour de la démarche éducative.

2.2.2 Analyse des données et résultats

a) Concernant l'établissement A

Présentation de la population :

Etablissement A	Présentation du parcours professionnel
IDE 1 Mme X	Agée de 40 ans, diplômée depuis 2000, formée à l'ETP(40h) depuis 4 ans, exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies nutritionnelles depuis 16 ans en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle
IDE 2 Mme Y	Agée de 32 ans, diplômée depuis 2008, formée à l'ETP(sensibilisation), exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies nutritionnelles depuis 1 an en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle
CADRE DE SANTE Mme Z	Agée de 44 ans, diplômée cadre de santé depuis 2008 et infirmière depuis 1998, exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies nutritionnelles depuis 8 ans. Formée à l'ETP (40h) en 2014, assure l'encadrement d'une équipe d'infirmiers, aides-soignants, diététicienne, psychologue et éducateur médico sportif. Est également en charge au niveau fonctionnel et hiérarchique de l'UTEP.

⁴⁹ KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, « les recherches qualitatives en santé », Ed ARMAND COLIN, p169

⁵⁰ KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, « les recherches qualitatives en santé », Ed Armand Colin, p171

DS Mr H	Agé de 56 ans, directeur des soins issu de la filière IDE MCO depuis 2007, assurant la coordination des soins dans l'établissement depuis 2 ans.
COORDONNATEUR UTEP	La coordination de l'UTEP est assurée par le cadre du service de diabéto-endocrino-maladies nutritionnelles

Ce qu'ils en disent :

Dans le cas de l'établissement A, nous pouvons constater que les infirmières (mais pas seulement) sont formées à l'ETP et donc sensibilisées de fait à la démarche éducative.

Il n'en demeure pas moins que **Mme X** semble maîtriser ou semble s'être appropriée la démarche éducative. En effet elle dit « *on fait le bilan éducatif partagé, ça permet de poser les choses et d'apprendre à connaître le patient, de fixer avec lui des objectifs qui sont négociés* ». Elle ne se retrouve pas du tout dans ce qu'elle dit « *je suis le soignant qui sait et le patient a juste à apprendre* » ; il s'agit pour elle d'un « *partage de savoirs* », qui s'apparente à de la co-construction. Il paraît évident qu'éduquer ne se résume pas à informer.

La formation suivie en ETP lui a permis de développer les techniques de communication, de pédagogie et de pouvoir faire preuve « *d'empathie, d'écoute, d'humilité* » à l'égard du patient. Et finalement tout ceci lui permet d'être en confiance et plus investie dans ce qu'elle fait.

Au final grâce à la démarche éducative, elle s'appuie toujours sur un bilan éducatif pour poser des objectifs ; avant d'avoir suivi la formation elle ne pratiquait pas la reformulation pour s'assurer que le patient avait bien compris. Cela est pour elle quelque chose de primordial : « *C'est mon rôle, la base du travail de toute infirmière* ».

La mise en situation, l'expérience couplée à la formation lui a permis de développer une posture éducative. Cette démarche éducative est très structurée selon ses dires permettant ainsi « *de personnaliser au maximum les soins, la prise en charge et du coup répondre au mieux aux attentes du patient* ». Au-delà des attentes du patient il s'agit pour elle « *d'une reconnaissance* » dans le sens où « *c'est valorisant pour le professionnel de santé* » qu'elle est.

Toutefois cela ne peut être sans une équipe pluridisciplinaire sensibilisée à l'ETP ou sans une cohésion d'équipe. « *Il faut un élan dans le service qui fait que tout le monde ait envie de faire...il faut des promoteurs de l'ETP* ».

Ainsi comme **sa collègue, Mme Y**, elle fait de l'ETP au lit du patient mais cette dernière semble moins entraînée à la démarche éducative. Elle dit ne pas avoir toutes les bases de l'ETP.

Même si elle reconnaît partir des connaissances du patient, elle est plus axée sur l'apport de conseils et d'informations : « *je donne des conseils et j'apporte des petites choses* ». Son peu d'expérience dans le service et le manque de formation, ne sont pas un frein pour elle puisqu'elle s'appuie sur ses collègues. « *C'est aussi dans la transmission des informations, auprès des collègues, ..., consensus d'équipe, cohésion d'équipe* ». Finalement la collaboration est ici un point fort.

Cette dynamique d'équipe se ressent au travers du positionnement du **cadre de santé, Mme Z**, du service, responsable de l'UTEP également. Cette dernière est vraiment empreinte de la politique d'ETP de l'établissement et met en œuvre le projet de soins. Il y a selon elle « *une vraie implication des professionnels à la démarche éducative intégrée en hospitalisation complète* », d'ailleurs à ce sujet, l'ensemble des personnels, dont les infirmiers du service sont formés à l'ETP (formation de 40h ou plus). Il y a un véritable consensus d'équipe, « *il faut une volonté partagée et un partage d'équipe...il y a une vraie implication des professionnels* ».

La démarche éducative contribue à personnaliser la prise en charge mais surtout à se centrer sur le patient.

De même au-delà de l'impact sur les prises en charge, la démarche éducative et la formation suivie nécessitent « *d'avoir un regard sur soiet c'est évident que cette formation grandit sur le plan personnel* ». Cette formation permet une autonomisation importante des professionnels dans leur prise en charge et contribue ainsi d'une certaine manière au développement de compétences et à une professionnalisation.

Toutefois il apparaît aussi que cela ne peut se faire sans une cohésion d'équipe. « *C'est comme dans tout changement, il faut qu'il y ait du sens, que le soignant comprenne l'intérêt de la démarche* ».

Le positionnement et la posture du cadre de santé sont renforcés par la gestion de l'Unité Transversale d'ETP. Elle impulse cette culture de la démarche éducative par le biais de l'UTEP dont les missions ont été définies comme suit : « *promouvoir l'ETP au sein de l'établissement à travers un accompagnement des professionnels et à travers l'organisation, la coordination et la formation.* »

Enfin la rencontre avec le **Directeur des soins, Mr H**, a permis de mieux comprendre le positionnement de chacun des professionnels. Le fait d'un projet d'établissement et d'un projet de soins qui portent l'ETP, la mise en place d'une UTEP fonctionnelle, reconnue et qui travaille en transversal permettent à chacun de s'impliquer et contribuent à une acculturation des professionnels à la démarche éducative.

Toutefois même si cela est porté au niveau institutionnel, le Directeur des soins stipule « *qu'on a une posture et des intentions mais il y a nécessité d'avoir du temps pour animer cette démarche* ».

De même il évoque la nécessité « *d'un maillage* ». En effet « *si on n'a pas plusieurs personnes formées, et une volonté affichée dans un projet de service, projets de soins, ou dynamique institutionnelle organisée, et bien on n'a pas d'effet de masse* ». La démarche éducative n'a d'intérêt que si un certain nombre de professionnels de l'équipe sont formés. Cela doit être porté par l'encadrement et appuyé par la politique institutionnelle. « *On ne peut instiller une posture institutionnelle que quand on a décidé d'un projet, d'un engagement, d'une intention* ». Et c'est ainsi que la démarche éducative « *redonne du sens à la prise en charge globale* ».

Finalement « *la posture est une intention collective à entretenir pour maintenir la dynamique* ».

Le Directeur des soins peut l'impulser mais il faut que ce soit « *animé et non statique* ».

D'où la nécessité d'avoir des promoteurs de l'ETP selon ses dires. A ce sujet il évoque la place de l'UTEP et stipule « *qu'on pourrait demander à l'UTEP d'aller plus loin, d'être promoteur de manière plus invasive* ».

Synthèse concernant l'établissement A :

La notion de formation, d'expérience sont des points forts dans la mise en œuvre de la démarche éducative ; aussi la cohésion d'équipe, le consensus et un projet partagé sont des éléments incontournables pour une acculturation à la démarche éducative. Il s'agit d'une démarche éducative intégrée aux soins.

Force est de constater que cela contribue à développer des compétences pédagogiques, relationnelles et de communication au bénéfice de la relation soignant soigné mais aussi au bénéfice de la qualité des prises en charges et de la qualité de vie au travail.

La place de l'UTEP n'est pas qu'une vitrine mais bien une unité fonctionnelle, connue et reconnue. Son inscription dans le PSIRMT contribue à renforcer sa place et son rôle dans l'institution

Il n'en demeure pas moins que les différents professionnels sont au fait des difficultés et des freins à une harmonisation des pratiques sur l'établissement, comme le temps et les ressources financières, matérielles et humaines.

b) Concernant l'établissement B

Présentation de la population :

Etablissement B	Présentation du parcours professionnel
<p>IDE Mme A</p>	<p>Agée de 40 ans, diplômée depuis 2002, formée à l'ETP(70h) depuis 9 ans, exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies métaboliques et nutritionnelles depuis 9 ans en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle</p>
<p>IDE Mme B</p>	<p>Agée de 31 ans, diplômée depuis 2009, formée à l'ETP(70h) depuis 2013, exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies métaboliques et nutritionnelles depuis 5 ans en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle. A suivi la formation de coordonnateur de programmes en ETP.</p>
<p>CADRE DE SANTE Mme C</p>	<p>Agée de 50 ans, diplômée cadre de santé depuis 1996 et infirmière depuis 1988, exerce dans le service de diabéto-endocrino-maladies métaboliques et nutritionnelles depuis 10 ans. Formée à l'ETP (diplôme universitaire) en 2010, assure l'encadrement d'une équipe d'infirmiers, aides-soignants, diététicienne, psychologue et éducateur médico sportif. A suivi la formation de formateur en ETP en 2012.</p>
<p>Représentant DS CADRE SUPERIEUR DE SANTE Mme D</p>	<p>Agée de 56 ans, diplômée infirmière, en 1983 puis cadre de santé, en 1993. Elle a exercé dans divers secteurs de prise en charge d'hospitalisation et essentiellement en chirurgie. Pourtant son attrait pour les prises en charge chroniques fait qu'elle s'oriente en 2003, en tant que cadre supérieur de santé, dans la structuration des programmes en ETP. Depuis elle a mis en place l'UTEP et représente la Direction des Soins dans la structuration et la gestion de l'ETP. Elle œuvre pour une politique d'ETP au sein de l'établissement. Elle a suivi le DU en ETP (2007) ainsi que la formation de formateur en ETP (2012).</p>
<p>COORDONNATEUR UTEP Mme E</p>	<p>Agée de 54 ans, diplômée infirmière, en 1985, a exercé dans des services de médecine essentiellement avant de se former au DU ETP en 2002. A suivi la formation de formateur en ETP en 2012. Son attachement à l'éducation thérapeutique et son expertise lui ont permis d'intégrer l'UTEP de l'établissement en 2011 et de coordonner les programmes d'ETP, d'accompagner les professionnels dans la formation.</p>

Ce qu'ils en disent :

Le parcours professionnel et l'implication en ETP **des infirmières interviewées** sont le reflet d'une réelle implication dans la démarche éducative. Elles sont toutes deux acteurs de leur parcours ayant fait le choix de travailler dans ce service du fait de leur intérêt pour la démarche éducative. Elles mettent à profit les compétences développées suite à la formation ETP dans leur pratique de tous les jours.

Concernant **Mme A** elle stipule que cette démarche est vraiment importante car elle permet d'assurer une prise en charge individuelle (*« on est sûr de répondre aux attentes du patient »*).

Cette démarche permet une approche différente de la *« simple »* prise en charge au lit du patient, elle est enrichissante tant pour le patient que pour le professionnel et contribue à la satisfaction du patient (*« les patients sont satisfaits, contents »*). Mais pour être dans cette démarche, il est nécessaire de *« croire au patient »*, d'avoir un projet de soins médical et paramédical partagé et de parfaire ses connaissances *« du patient, de la maladie, des répercussions de la maladie »*. La démarche éducative doit passer par un diagnostic éducatif et pas seulement par de l'information. Aussi la notion d'un langage commun est indispensable dans un souci de cohésion d'équipe au bénéfice de la prise en charge des patients (*« il faut absolument avoir le même langage »*).

Ces propos sont renforcés par le positionnement de **l'infirmière Mme B**. Aujourd'hui elle travaille davantage sur des actions d'éducation thérapeutique, qui sont ciblées sur une partie, une étape de la maladie. Cette action nécessite de mettre en œuvre la démarche éducative et de partir du diagnostic éducatif. Elle ajoute que l'information relève du rôle propre de l'infirmier mais ne suffit pas dans le cadre de la prise en charge. Il convient de connaître le patient pour adapter le discours et c'est pourquoi il faut se centrer sur le patient. Toutefois elle rappelle que cela ne peut se faire sans une impulsion du cadre du service ; *« la démarche éducative est une philosophie de soin »*.

La formation permet selon ses dires d'être promoteur de l'ETP et si toute l'équipe ne peut être formée alors il revient à l'équipe et au cadre d'accompagner, d'encadrer les professionnels non formés. A ce sujet un petit livret a été élaboré pour permettre à l'ensemble de l'équipe de donner *« un discours harmonisé et tenir le même langage auprès du patient »*.

La formation suivie a permis à l'infirmière de mieux cibler et synthétiser l'information à donner mais aussi de centrer son intervention sur le patient.

Finalement elle donne du sens au métier d'infirmier (*« ça va permettre de mieux se connaître, de connaître ses limites en tant que soignant mais aussi garder la distance en tant que professionnel »*). Au-delà de la satisfaction personnelle, il y a aussi la

reconnaissance du patient (« *il m'apporte tellement* ») qui concoure finalement à l'épanouissement professionnel.

La formation lui a permis de parfaire ses connaissances, d'améliorer ses techniques de communication et surtout de prendre du recul et de se poser sur sa pratique. Ainsi cette dernière lui permet de progresser avec le patient.

Le cadre de santé, Mme C, de par son parcours professionnel se positionne comme promoteur de l'ETP dans son service. Elle considère que la formation est un atout dans les prises en charge, quelles qu'elles soient. Les compétences développées permettent « *l'écoute, la réalisation du bilan éducatif, le partage d'information, la concertation disciplinaire, l'autonomie du patient et du professionnel* ». Aussi elle fait en sorte que tous les professionnels de son service soient ou formés ou sensibilisés comme c'est le cas aujourd'hui et ce malgré le turn-over soignant. (« *c'est un bagage que tout le monde devrait avoir* »). Il s'agit pour elle « *d'un état d'esprit, d'une conception de soins, d'une philosophie de vie et d'une conception de position* ». Aussi il semble important d'initier, très tôt, les professionnels à cette démarche dans la formation pour leur permettre d'être mieux armés aux prises en charge. Elle ajoute :

- « *Ils sont satisfaits de leurs conditions de travail et de leur prise en charge*
- *Ils connaissent leur limite*
- *Ils favorisent les échanges*
- *Ils assurent un accompagnement différent* »

Tout cela leur permettant de relativiser et de prendre de la distance par rapport aux situations rencontrées.

Mme C participe à la formation des professionnels en partenariat avec les membres de l'UTEP, formateurs en éducation thérapeutique. A ce sujet elle dit que cela est une chance d'avoir un représentant de la DS dans le comité d'UTEP ; il est « *promoteur, impulseur* » de l'ETP pour l'établissement.

Mme D, cadre supérieur de santé représentant la Direction des soins, considère que la formation et la pratique amènent un changement de posture ; la démarche éducative permet aux professionnels de remettre « *du bon sens dans leur pratique et dans leur organisation* » ; elle permet d'appréhender le soin autrement et c'est au final une forme « *de maturité professionnelle* ». Elle permet d'interpeler le soignant sur son autonomie, sur celle du patient. Elle contribue à redéfinir le prendre soin sur la trajectoire du patient : « *qui fait quoi, quand, ou comment, ... ?* »

La coordinatrice de l'UTEP, Mme E, est bien au fait de la politique de l'établissement ainsi que du PSIRMT ; elle travaille en étroite collaboration avec Mme C et D. Aussi, elle ajoute que la formation ne suffit pas au développement de compétences et à la posture éducative mais qu'il faut aussi « *une mise en pratique et un accompagnement fort* », impulsés par le cadre du service.

Finalement toutes deux, Mme D et Mme E, s'accordent pour dire que les enjeux de la démarche d'éducation et des compétences développées sont de concourir à la professionnalisation des soignants, les infirmiers, en leur octroyant plus d'autonomie, de responsabilités, dans leur pratique au quotidien.

Synthèse concernant l'établissement B :

Il y a une réelle reconnaissance des infirmières dans le service et dans l'établissement ; la politique de l'établissement c'est la production de soins, la prévention des complications et mieux soigner. Aussi l'UTEP y a toute sa place. Chacun des professionnels est dans une posture éducative intégrée aux soins. Celle-ci est impulsée à la fois par l'encadrement mais aussi par la politique de l'établissement. Il s'agit ici d'une véritable philosophie de soins. Mettre en œuvre la démarche éducative permet d'asseoir sa posture éducative et ainsi modifier les modalités de prise en charge des patients. Ceci ne peut se faire sans une réflexion d'équipe.

c) *Concernant l'établissement C*

Présentation de la population :

Etablissement A	Présentation du parcours professionnel
IDE Mme L	Agée de 52 ans, diplômée depuis 1990, formée à l'ETP(40h) depuis 2 ans, exerce dans le service de diabéto-chirurgie vasculaire depuis 10 ans en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle
IDE Mme M	Agée de 56 ans, diplômée depuis 1984, formée à l'ETP(40h) depuis 2 ans, exerce dans le service de diabéto-chirurgie vasculaire depuis 24 ans en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle

CADRE DE SANTE Mme N	Agée de 53 ans, diplômée cadre de santé depuis 2011 et infirmière depuis 1991, exerce dans le service de diabéto-chirurgie vasculaire depuis 7 ans. Non formée à l'ETP.
DS Mr O	Agé de 54 ans, Directeur des soins issu de la filière IDE de secteur psychiatrique depuis 2012, assurant la coordination des soins dans l'établissement depuis 2 ans.
COORDONNATEUR UTEP Mr P	Agé de 35 ans, docteur en sciences du sport, initialement enseignant chercheur à la fac de L, coordonnateur depuis 2009, formé à l'ETP (diplôme universitaire) en 2010 et formateur en ETP depuis 2014. Assure la coordination des programmes, accompagne les professionnels dans la construction des programmes, participe à la formation des professionnels de l'établissement

Ce qu'ils en disent :

Les infirmières sont très centrées sur leur travail, leurs tâches et l'approche « *maladie chronique* ». Elles n'ont pas connaissance du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ni de celui du service. Malgré leur ancienneté dans le service, leur expérience, elles évoquent prendre en charge le patient dans sa globalité.

Mme L évoque avoir développé des qualités « *d'écoute qui sont nécessaires et importantes* » ainsi que l'empathie. Elle considère qu'étant formée à l'ETP (formation de 40h) et étant identifiée comme infirmière d'ETP elle est habilitée à faire de l'ETP. « *Parce que c'est nous qui sommes les infirmières d'éducation et les autres ne le sont pas* ». Aussi il lui est parfois difficile de partager et d'échanger avec ses collègues car selon ses dires « *elles n'auront pas le temps de prendre le temps* ».

Concernant **Mme M**, elle évoque « *l'écoute empathique, la reformulation, l'alliance thérapeutique, la prise en charge globale et l'accompagnement* », pour elle la formation lui a permis de développer des compétences qu'elle a pu réinvestir dans sa pratique de tous les jours. Finalement « *la formation a remis un éclairage* » sur ce qu'elle faisait, en y mettant « *un cadre* », « *une trame* ». Mais pour autant elle considère que « *la démarche éducative a surtout sa place dans la maladie chronique* ».

La rencontre avec **le cadre de santé du service, Mme N**, est venue appuyer la vision qu'ont les infirmières de la démarche éducative. Nous pouvons tout d'abord noter, « *que l'ETP ne relève pas d'un choix personnel* » pour le cadre. Elle n'est d'ailleurs pas très au

fait du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ainsi que de celui du service. Concernant l'ETP, c'est l'UTEP qui gère. Hormis les deux infirmières interviewées, personne au sein de l'équipe n'est formé à l'ETP. Cela semble accessoire car « *le patient voit qu'il a à faire à des professionnels expérimentés et qui ont la connaissance, ...elles ont le savoir* ». Le cadre stipule que les compétences consistent à « *bien comprendre le fonctionnement, la pathologie et surtout les différentes thérapeutiques et leurs risques* ». Il n'y a de fait pas besoin « *d'institutionnaliser la démarche éducative, elle peut être un plus mais ne doit pas devenir une obligation ...et compliquer le quotidien* ».

Lors de la rencontre, **le Directeur des soins, Mr O**, n'est pas au fait du contenu du projet de soins et du projet d'établissement, du moins avec des orientations de santé publique, promotion de la santé et prévention. Il stipule « *normalement il y a un axe éducation, prévention* ». Aussi les moyens alloués à l'UTEP existante et aux actions d'éducation sont peu nombreux ; ils correspondent « *aux moyens nécessaires pour fonctionner par rapport aux financements reçus* ». Le DS considère que les compétences développées lors des formations suivies en ETP ou issues de l'expérience doivent être réinvesties dans les prises en charge globale en hospitalisation conventionnelle ou « *ça veut dire qu'on ne prend pas en charge le patient dans sa globalité* ». Mais pour ce faire il y a nécessité d'élaborer une trame, d'avoir des outils contribuant à mettre en œuvre la démarche éducative dans toutes les prises en charge.

Selon lui cela donne du sens à leur travail de soins, cela permet de faciliter le travail de traçabilité, de communication dans le cadre de la prise en charge du patient tout au long de son parcours. « *Cela peut être un plus dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire avec la mise en place des parcours patients* ».

Le Directeur des soins s'interroge même sur la mise en place d'un « *diplôme d'IDE en pratiques avancées en ETP et/ou parcours* »

L'UTEP est ici coordonnée par **un professionnel, docteur en sciences du sport, Mr P**, ce qui est assez exceptionnel car habituellement ce sont des médicaux ou paramédicaux. Toutefois il a toujours été intéressé par la notion d'éducation ; à ce sujet il s'est donc formé en suivant le diplôme universitaire en ETP puis en faisant la formation de formateur en ETP pour former les professionnels de l'établissement.

Il évoque que l'ETP c'est avoir une démarche centrée sur le patient mais « *c'est un peu flou encore dans la tête de beaucoup de personnes* ». Aussi « *la démarche éducative c'est quelque chose qui peut être moins cadrée que la démarche d'ETP, mais qui reste avec une vision humaniste, centrée sur la personne* »

Il semble bien au fait des problématiques de terrain des professionnels compte tenu de leur expérience, de leur formation. Selon lui, l'infirmier qui travaille depuis plusieurs années a

pu développer une posture éducative, c'est-à-dire « *une attitude empathique, de non jugement, une ouverture d'esprit et une attitude aidante* » ; dans ce cadre selon lui la formation apportera « *de la méthodologie et de la réflexion* ». Pour les infirmiers, nouvellement diplômés, il n'y a pas cette vision ETP, la formation permet une vraie remise en question ; elle est un moyen de réflexion sur son attitude, sa pratique.

Finalement « *la démarche éducative c'est le fondement de tout le monde* » dans toutes les prises en charge du patient. Cela s'inscrit dans une culture partagée avec une cohésion d'équipe.

Synthèse concernant l'établissement C :

On peut s'interroger sur la place de la démarche éducative, et de l'éducation thérapeutique. Il s'agit d'une activité à part entière et non intégrée aux soins, à la prise en charge globale malgré les propos tenus par les professionnels. L'impulsion, l'accompagnement du cadre de santé ne semblent pas effectifs. De même le DS semble totalement distancié par cette approche et ce même s'il considère que la démarche éducative contribue à une prise en charge globale et de qualité.

La culture de l'ETP est plus impulsée par le coordonnateur de l'UTEP qui ne peut seul porter cette démarche. Il est bien au fait des bénéfices, des attendus de la démarche mais ne semblent pas avoir beaucoup d'appui au niveau institutionnel.

2.3 Synthèse des contenus

Suite à l'analyse des 3 établissements, il en ressort des éléments qui sont des leviers ou des facteurs clé de réussite à la promotion de l'ETP dans la prise en charge des patients et pour le développement de la démarche éducative, au bénéfice de la professionnalisation des infirmiers.

2.3.1 Des leviers politiques

La politique d'ETP mise en œuvre est clairement instituée et définie dans les établissements A et B, ce qui fait vivre l'ETP, à contrario de l'établissement C ou cela n'est pas explicite.

Cela apparaît au niveau du PSIRMT et est décliné au niveau du plan de formation.

La mise en place ou l'existence d'une UTEP renforce la place de l'ETP dans l'établissement. Toutefois en fonction des missions et de la place qui lui est accordée, il y aura promotion

d'une posture éducative intégrée aux soins ; c'est le cas pour les établissements A et B et non le C, où cette dernière est plutôt orientée sur l'accompagnement des patients dans le cadre des programmes autorisés.

2.3.2 Des leviers managériaux et organisationnels

Force est de constater que tant les DS comme l'encadrement sont promoteurs, impulseurs de cette dynamique.

L'impulsion se fait grâce au management du cadre de santé qui considère la démarche éducative comme « essentielle » pour une prise en charge « centrée sur le patient ».

On ne peut concevoir une politique d'ETP sans une direction des soins porteuse et active. L'accompagnement est ici primordial et s'affiche par la mise en commun d'un projet de service, d'un projet d'établissement, par un consensus d'équipe, une cohésion et la création d'outils communs et partagés.

Mais comme l'évoque le DS de l'établissement A, il faut appuyer et développer cette démarche à travers la formation dispensée et les outils mis en place

2.3.3 Des leviers d'acculturation

Ici nous sommes confrontés au changement de paradigme que nécessite l'ETP et qui ouvre sur la question de l'acculturation. En effet c'est l'établissement C qui se démarque à nouveau. Les professionnels sont centrés sur l'approche maladie chronique ; de même pour certains, ils sont encore dans la posture où ils savent ce qui est bon pour le patient. Ils disent être au fait de la démarche éducative mais la mise en pratique est tout autre. Ils ne sont pas dans la posture éducative intégrée au soin.

Concernant les établissements A et B ils mettent tout en œuvre pour être dans une posture éducative intégrée au soin. La notion de rapprochement de culture est ici effective.

Le patient est pris en charge dans un parcours de soins par des soignants utilisant le même langage, proposant la même écoute et partageant les mêmes objectifs.

Toutefois si les infirmières s'attellent à être dans cette démarche, cela semble moins évidents pour les médecins. Ils sont peu impliqués dans la participation à cette démarche éducative et peu concernés par l'acquisition de cette posture éducative.

La posture du soignant quel que soit le soin réalisé représente un élément facilitateur d'apprentissage ; l'ETP apparaît davantage comme une nouvelle manière de travailler pour les infirmiers et est perçu comme un projet au sein d'un service auxquels les acteurs s'associent. Ainsi elle oblige d'une certaine manière les infirmiers à modifier leur rôle.

L'éducation devient « *un catalyseur vers un changement de culture professionnelle* ⁵¹ ».

2.3.4 La démarche éducative au bénéfice de la posture éducative et de la posture réflexive

Tout au long de la prise en charge, les infirmiers, quels qu'ils soient, sont en posture éducative et la démarche éducative mise en œuvre dans le service se veut participative et centrée sur le patient.

L'appropriation de la démarche éducative passe inévitablement par la formation initiale et continue mais aussi par une connaissance de l'éducation thérapeutique.

Il importe de ne pas qu'informer le patient mais de s'appuyer sur la démarche d'éducation qui consiste à partir du patient, de le questionner sur ce qu'il sait, ce qu'il veut.

Aussi cela permet finalement aux infirmiers et professionnels de s'interroger sur leur pratique et d'être ainsi dans une posture réflexive contribuant à l'acquisition de connaissances mais aussi au développement de compétences.

Mais l'intégration de l'ETP dans les prises en soins est un processus de transformation identitaire révélant un certain nombre de freins et de ressources personnels des infirmiers, notamment dans la capacité à changer leurs pratiques. Finalement cela renvoie à un questionnement identitaire de l'infirmier et l'amène à changer sa conception du soin.

2.3.5 La démarche éducative au bénéfice de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail

Suite aux différentes rencontres, il a été mis en exergue la notion de qualité tant du point de vue des soins que de la qualité de vie au travail.

Même si certains évoquent que changer sa pratique c'est aussi accepter de faire face aux regards des autres et de sortir de sa zone de confort, il n'en demeure pas moins que la satisfaction du travail bien fait est primordiale

Ils évoquent des prises en charge porteuses de sens. Aussi le fait de travailler ensemble, dans la même direction, avec le même but contribue à une qualité des soins pour le patient.

Mais ce qui prime avant tout c'est la reconnaissance du patient avec qui une alliance thérapeutique a été créée.

⁵¹ LLAMBRICH C. et POUTEAU C. 2017, « les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP, *les cahiers du CERFEE*, n°44,

2.4 Une analyse singulière des sous hypothèses retenues pour une validation de l'hypothèse générale

2.4.1 Validation de la première sous hypothèse

- Un projet de soins intégrant l'ETP favorise la démarche éducative dans les prises en charge

Cette hypothèse est validée. L'enquête a permis de montrer en quoi un projet de soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques intégrant l'éducation thérapeutique favorisait la démarche éducative. Pour autant l'analyse nous montre que cela ne suffit pas et qu'il faut des promoteurs et incitateurs à la démarche.

2.4.2 Validation de la deuxième sous hypothèse

- Le développement d'une politique d'ETP concourt à une acculturation des professionnels à la démarche éducative

Cette hypothèse est également validée. Le développement d'une politique d'ETP contribue à inciter les professionnels à utiliser la démarche éducative initiée dans le cadre de l'ETP. La mise en commun d'outils et de projets communs contribue à cette acculturation.

2.4.3 Validation de la troisième sous hypothèse

- Le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP ou démarche éducative contribuent à la professionnalisation des soignants.

Cette hypothèse est validée. Le développement de compétences contribue à la professionnalisation tant du point de vue de la prise en charge des patients que de la distanciation des professionnels au regard des prises en soins.

2.4.4 Validation de l'hypothèse générale

- La démarche d'éducation thérapeutique ou la démarche éducative constitue un levier managérial pour le directeur des soins au bénéfice de la professionnalisation soignante

Nous avons mis en exergue, concernant ces trois établissements, que la démarche éducative contribue aux développements de compétences, ainsi qu'à la professionnalisation. Aussi la posture éducative comme la posture réflexive contribue

ouvertement à la professionnalisation des infirmiers et constituent donc un levier managérial pour le directeur des soins.

Cette analyse étant terminée, nous vous proposons des préconisations professionnelles orientées vers une future prise de poste de directeur des soins ; nous nous attarderons sur l'importance de la dimension politique telle que nous avons pu la percevoir dans l'enquête mais aussi sur le changement de paradigme au regard de la démarche éducative centrée sur le patient.

2.5 Les limites de l'enquête

L'échantillon des personnes rencontrées ne permet pas de généraliser les résultats. Une autre limite est d'avoir abordé le sujet sous l'angle des établissements ayant mis en place une UTEP et coordonnant des programmes d'ETP autorisés.

3 PRECONISATIONS POUR UNE DEMARCHE EDUCATIVE INTEGREE AUX SOINS

La place de l'ETP comme levier à la professionnalisation des soignants et vecteur de qualité et sécurité des soins mais aussi de qualité de vie au travail, ne fait que renforcer la place de l'ETP à l'hôpital et dans le parcours de soins du patient. Finalement la démarche éducative, intégrée aux soins, devient un levier d'action et de motivation et à ce titre un véritable outil managérial pour le directeur des soins, au bénéfice de la professionnalisation.

La qualité comme l'ETP doivent devenir pérenne et permanente reposant sur une culture partagée. Le Directeur des soins, responsable de la qualité et sécurité des soins mais aussi des prises en charge patients et des compétences des professionnels doit contribuer à développer et à inculquer cette démarche.

3.1 Pour une politique de soins favorable à la démarche éducative et à la posture éducative intégrée aux soins

3.1.1 La place incontournable du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques

Il semble nécessaire d'avoir une politique d'établissement, déclinée au niveau du projet de soins, où apparait clairement la notion de santé publique, promotion de la santé, prévention et éducation thérapeutique.

La mise en place de la démarche éducative nécessite une implication au niveau du projet d'établissement ; les orientations de l'établissement doivent répondre aux orientations de la stratégie nationale de santé et des politiques de santé.

C'est le décret du 29 septembre 2010 modifiant le décret du 19 avril 2002⁵² portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière qui présente dans son article 4, la coordination des soins et le projet des soins comme des missions du directeur des soins.

⁵² Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0227 du 30 septembre 2010

D'après les textes, c'est le directeur des soins, coordonnateur général des soins qui est initiateur et responsable de la mise en œuvre du projet de soins : « *il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* »⁵³.

Ainsi le projet de soins représente pour le directeur des soins une opportunité en termes de management dans le développement d'une culture soignante partagée autour d'objectifs communs et concernant la démarche éducative.

Le projet soins et le projet médical sont au cœur de l'éducation thérapeutique du patient. Aussi la logique de construction du projet d'établissement suppose une articulation entre les différents projets.

Le directeur des soins, de par son expertise et son engagement professionnel contribue à garantir le développement d'une prise en charge globale du patient, en lien avec la démarche éducative et la posture éducative centrée sur les soins. Le projet de soins détermine la façon dont les professionnels de santé envisagent de « prendre soin ».

La politique de soins est renforcée par la mise en place d'une UTEP qui doit non seulement être structurée mais connue et reconnue par l'institution et les professionnels.

Pour ce faire il apparaît clairement que celle-ci doit répondre à des « injonctions » certes non réglementées mais considérées comme la raison sine qua non d'exister.

3.1.2 L'UTEP, Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient ou comment impulser, conduire et animer la démarche éducative

Le choix d'une coordination de l'ETP nous paraît essentiel, car elle permet le développement d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins comme le précise la définition de l'OMS de 1998 et facilite ainsi le développement d'une « *culture hospitalière de prévention et d'éducation* ».

L'éducation thérapeutique doit être une prestation structurée, organisée dans le temps, centrée sur les besoins des patients, pluriprofessionnelle, évaluable dont la finalité est l'acquisition et le maintien de compétences d'auto soins et d'adaptation contribuant à optimiser la qualité de la vie.

La coordination de l'ETP n'est ni un centre d'éducation des patients ni une équipe mobile d'éducation. Elle n'a pas pour vocation à se substituer aux équipes soignantes pour réaliser

⁵³ Art 4 du ° Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0227 du 30 septembre 2010

l'éducation des patients. Il ne s'agit pas de créer un nouveau métier d'éducateur multi-compétent dans toutes les pathologies.

La coordination de l'ETP est une « unité » ressource multi-professionnelle et multidisciplinaire. Elle cherche à créer une dynamique favorable au développement de l'éducation thérapeutique. Chacun apporte ses compétences et son expérience.

Elle apporte ses conseils pour la construction et la mise en œuvre tant des programmes d'ETP que des actions ciblées.

L'équipe de coordination de l'ETP doit être pluridisciplinaire et répondre à plusieurs missions qui sont :

- La coordination
- La formation
- Les conseils méthodologiques
- La documentation
- L'accompagnement dans l'éducation du patient

Elle propose un soutien, une aide, une réflexion et permet aux équipes d'économiser du temps et de l'énergie. Elle doit apporter soutien aux unités de soins dans le cadre de leurs actions d'éducation auprès des patients. Il faut pour les membres travailler avec différentes équipes, être dans le partage et la transmission des connaissances et ce sans être en relation directe avec le patient. Il convient aussi de ne pas éduquer à la place des soignants des services de soins.

Le rôle d'éducateur faisant partie du rôle propre de l'infirmier, il paraît judicieux qu'il ne soit pas la panacée d'un cercle restreint mais au contraire qu'il soit stimulé, facilité et valorisé chez le plus grand nombre. Aussi tout infirmier exerçant est habilité à mettre en œuvre la démarche éducative pour une posture éducative centrée sur les soins.

Dans un contexte de financement par les Fonds d'Investissements Régionaux, il peut s'agir de personnels dédiés en temps partagé sur d'autres activités. Il n'y a pas d'obligation réglementaire concernant la composition, l'organisation et la structuration de l'UTEP.

Pour autant établir un règlement intérieur est un gage de légitimité dans l'établissement.

Dans ce règlement sont consignés :

- Les attributions de l'UTEP
- Les missions et objectifs
- L'organisation et le fonctionnement (bureau, COPIL...)
- Les coordonnateurs (rôle et missions)
- Les réunions
- La communication et l'information
- La modification du règlement intérieur

Associé à ce règlement, certains établissements ont préconisé la rédaction d'une politique de démarche éducative au sein de l'établissement, connue de l'ensemble des professionnels et intégrée aux autres politiques de l'établissement (prévention des escarres, prise en charge de la douleur, ...)

3.1.3 Un accompagnement professionnel autour de la formation continue

L'accompagnement se définit aussi autour de l'entretien d'évaluation annuelle ou des besoins exprimés par les professionnels. Le développement des compétences par la formation doit s'inscrire dans le plan de formation annuelle avec des objectifs et des orientations.

L'accompagnement peut se faire soit par de la sensibilisation en première intention ou par la mise en place de formation de 40h dispensée au sein de l'établissement.

Cela contribue à un partage et à être dans une formation action.

A noter que comme stipuler au niveau de l'arrêté du 14 janvier 2015, l'ensemble des professionnels intervenant dans les programmes doit être formé à l'ETP.

Aussi même si cela ne semble pas être une exigence dans le cadre des actions ciblées d'ETP, pour autant elle favorise le développement de compétences.

La plupart de ces compétences sont définies dans le décret n°2013-449 du 31 mai 2013 et dans l'annexe 1 de l'arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.

Il s'agit de compétences :

- Techniques permettant de favoriser une information utile du patient sur la maladie et le traitement, de fournir les éléments nécessaires au suivi et à l'organisation,
- Relationnelles et pédagogiques pour construire une alliance thérapeutique,
- Organisationnelles permettant de planifier des actions et de conduire un projet d'ETP,
- Réflexives et éthiques favorisant l'empowerment des personnes accompagnées.

Dire que l'éducation thérapeutique vise l'empowerment, c'est envisager l'ETP comme un processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, à résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie.

Finalement, il s'agit pour l'infirmier de développer des compétences spécifiques qui sont de :

- Développer des attitudes appropriées dans la relation avec le patient et/ou son entourage pour favoriser la rencontre éducative,

- Favoriser l'apprentissage des patients grâce à des modalités pédagogiques adaptées,
- Intégrer l'ETP dans sa pratique clinique,
- Renforcer sa posture réflexive et éthique pour questionner son agir,
- Mettre sa pratique en projet.

Ainsi l'inscription au plan de formation annuelle, de l'éducation thérapeutique, incite l'encadrement et les infirmiers à se former. Il ne s'agit pas de former tous les professionnels mais de faire adhérer ces derniers. Cela doit favoriser une acculturation à la démarche éducative et à instaurer une posture éducative intégrée aux soins.

Toutefois il ne faut pas oublier que les étudiants d'aujourd'hui sont les professionnels de demain ; ainsi initier cette démarche dès la formation initiale permet une appropriation et une acculturation des professionnels. Il est donc nécessaire et incontournable d'établir un partenariat avec la formation initiale et donc avec les Instituts de formation en Soins Infirmiers. (Le référentiel de compétence intègre les soins éducatifs).

Aussi le service sanitaire mis en place dès 2018, incite cette collaboration et ces échanges, Rappelons que l'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation à la santé et que les actions à mener sont une étape dans ce dispositif. Ils amènent les étudiants comme les professionnels à se questionner

3.2 La démarche éducative et la posture éducative, un levier managérial pour le Directeur des soins

3.2.1 Entre autonomie et responsabilisation : une démarche éducative « vectrice » d'une professionnalisation

En tant que Directeur des soins il nous appartient d'œuvrer en ce sens pour contribuer et pour promouvoir cette démarche permettant aux professionnels, ici les infirmiers de développer la posture éducative contribuant à la professionnalisation.

La démarche éducative associée à une posture éducative intégrée aux soins doit contribuer à une pratique soignante de qualité qui, selon Walter Hesbeen, « *prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et*

complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci »⁵⁴.

Finalement il s'agit pour le professionnel, ici les infirmiers, d'un changement de posture, voire de culture : il s'agit de se centrer sur la relation au patient, l'écouter et adapter sa prise en charge en fonction de la singularité de la situation, et non de faire des soins ou des actes que le soignant pense « bons » pour le patient. C'est ainsi que les professionnels répondent aux recommandations émises par le Haut Comité de Santé Publique et qui stipule qu'une « *éducation thérapeutique sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle présentera les caractéristiques suivantes*⁵⁵ :

- *Être permanente, présente tout au long de la chaîne de soins, intégrée à une stratégie globale de prise en charge régulièrement évaluée et réajustée ;*
- *Faire l'objet d'une coordination et d'un partage d'informations entre soignants ;*
- *Être accessible à tous les patients, sans obligation d'adhérer à un programme particulier pour en bénéficier ;*
- *Être ancrée dans la relation soignant/soigné, faire partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, être fondée sur l'écoute du patient, sur l'adoption par le soignant d'une posture éducative ;*
- *Être centrée sur le patient et non sur des contenus d'apprentissage ;*
- *S'appuyer sur une évaluation partagée de la situation entre patient et soignants, et sur des décisions concertées ;*
- *Se construire à partir d'une approche globale de la personne qui prend en compte les besoins, les attentes et les possibilités du patient et de son environnement, dans leurs dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales ;*

Cette démarche pour être effective nécessite l'adhésion et la cohésion de l'ensemble des équipes. Elle repose sur la nécessité d'une concertation, d'un consensus, d'un partage de projet et d'aller dans le même sens. Mais elle contribue aussi à créer une véritable dynamique de groupe.

Ainsi la démarche éducative offre comme avantage la mobilisation d'une équipe au service du patient. La démarche éducative permet d'établir une communication entre tous les membres d'une équipe et ce quelque soit leur filière d'origine. Cela favorise le partage de compétences et de connaissances. Les professionnels travaillent alors en transdisciplinarité et non plus selon des étapes indépendantes en fonction des champs

⁵⁴ HESBEEN W., 2009, « *la qualité du soin infirmier : penser et agir une perspective soignante* », 2^{ème} édition, Elsevier Masson, p.55

⁵⁵ Haut Comité de Santé Publique, rapport 2009, p.11

d'intervention de chacun. Grace à l'interactivité qu'elle engage et à la réflexion sur les patients qu'elle suscite, la démarche éducative permet d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer des compétences.

Finalement le patient favorise l'envie d'apprendre du soignant.

Cette professionnalisation suppose de la part des infirmiers, voire de tous les professionnels, 3 niveaux qui sont l'implication, l'engagement et la coopération.

3.2.2 Une dynamique d'équipe impulsée par l'implication, l'engagement et la coopération

L'implication est souvent confondue avec la motivation qui est liée à la satisfaction d'un besoin. L'implication peut s'analyser comme un comportement, un engagement dans l'action, dans les relations avec les autres. Dans le milieu professionnel, l'implication se caractérise par l'intérêt à son travail et à son rôle de professionnel. Aussi pour qu'une personne s'implique, il faut qu'elle soit en accord avec les objectifs qui lui sont proposés. C'est pourquoi le cadre de proximité doit créer les conditions favorables pour stimuler l'implication des professionnels qu'il a en charge. Il doit donner sens aux actions engagées.

De même l'engagement produit une participation de chaque professionnel qui ne peut se pérenniser que s'il tend vers une dimension collective, l'équipe. Cette dernière aura une intentionnalité commune vers un même but. Tout ceci contribue alors à instaurer une cohésion d'équipe. Le cadre de proximité a un rôle d'animateur, de négociateur mais surtout de chef d'orchestre permettant à chacun des professionnels de trouver sa place et de coopérer.

La coopération peut alors permettre le partage de connaissances et le transfert de compétences. Le cadre doit favoriser ce travail de collaboration tant entre les infirmiers qu'entre tous les professionnels de l'équipe.

Nous pouvons noter que les cadres de proximité comme les cadres supérieurs de santé ont un rôle essentiel pour impulser une dynamique de questionnement des pratiques

3.2.3 Une dynamique et une posture éducative à pérenniser pour une qualité des soins et une qualité de vie au travail

La démarche éducative comme la posture éducative centrée sur le patient impose un changement dans la compréhension qu'ont les professionnels, les infirmiers, de leur utilité dans l'accompagnement des patients et de leur perception de l'éducation.

Le sens et le devenir de la pratique infirmière sont déterminés par la conception que l'on a de la qualité du soin infirmier, qui ne peut se réduire à celle des actes réalisés ni à leur organisation. Il convient de s'interroger sur le sens de la posture éducative.

Pour ce faire un travail d'animation de la réflexion doit être mis en œuvre pour accompagner les infirmiers. Cette réflexion peut être menée soit lors des temps de transmission ou lors de temps de réunion.

Il conviendra alors de s'interroger sur les prises en charge et les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de la démarche éducative. Plusieurs points pourront être abordés :

- Quels intérêts pour le patient, l'utilisateur (qualité, satisfaction, ...)
- Quelles plus-values pour les infirmiers (reconnaissance, sentiment de travail bien fait, ...)
- Quels bénéfices pour l'institution (image, ...)

Cette dynamique de questionnement s'étendra aussi naturellement à la prise en charge pluridisciplinaire, répondant ainsi aux orientations de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 ».

Conclusion

L'éducation thérapeutique a aujourd'hui toute sa place dans les établissements de santé et dans les prises en soins.

Il ne s'agit pas, pour l'hôpital, de quitter les soins pour une action de promotion de la santé. En revanche, il s'agit d'incorporer à sa culture, à son organisation, jusque dans ses habitudes quotidiennes des valeurs de promotion de la santé. Tous les publics de l'hôpital peuvent être concernés : les patients, leurs proches, les usagers, les professionnels.

L'éducation thérapeutique et plus spécifiquement la démarche éducative s'inscrit complètement dans cette perspective, puisqu'elle fait partie de l'éducation à la santé. L'hôpital apparaît comme un moteur de changement pour la santé et la communauté : *Prendre soin au service de la santé publique.*

Les patients et les soignants doivent apprendre à devenir partenaires et partager les responsabilités dans un « contrat thérapeutique », étape par étape.

Certes L'ETP a entraîné une révolution des pratiques professionnelles, d'une part avec l'arrivée de l'ETP au sein des établissements de santé mais aussi de par la reconnaissance de l'ETP. La difficulté est aujourd'hui de l'intégrer dans les pratiques professionnelles sans en faire une activité à part. En France, et contrairement à ce que l'on remarque au Royaume Uni, au Canada ou aux Etats Unis, le métier « d'éducateur thérapeutique » n'existe pas.

Pourtant les premiers bénéficiaires, d'une telle démarche, sont les professionnels pour une meilleure prise en charge du patient, qui devient sujet, acteur et actant. Tous les professionnels peuvent-ils être des éducateurs soignants ?

Le travail de recherche et d'analyse nous montre que les professionnels, ici les infirmiers, sont les véritables gagnants de cette démarche : la notion de qualité de vie au travail, la satisfaction du travail bien fait, la reconnaissance du travail tant par la hiérarchie que le patient lui-même sont autant d'éléments en faveur du développement de cette posture éducative intégrée aux soins.

A l'ère du parcours patient, cette démarche éducative contribue à la professionnalisation des infirmiers. Elle favorise à la fois la posture éducative mais aussi la posture réflexive. En tant que directeur des soins il nous appartient certes d'exhorter le patient à devenir acteur et sujet de sa maladie mais aussi d'amener les soignants à apprendre à devenir de « bons éducateurs soignants », pour des prises en charge de qualité.

Par ailleurs l'inscription de l'éducation thérapeutique du patient dans la formation initiale et continue des professionnels de santé est un préalable incontournable pour lequel les Directeurs de soins et d'instituts doivent collaborer et ce pour une mise en œuvre effective.

De plus ils se doivent d'accompagner les professionnels dans la transformation identitaire. Mais il convient de s'appuyer sur l'encadrement de proximité qui concourt à cette acculturation à la démarche éducative.

Il est de notre rôle et devoir, aujourd'hui, en tant que Directeur des soins, d'inscrire l'autonomie du patient dans son projet de soin ; mais aussi d'exhorter les professionnels à être autonomes et responsables dans leur pratique. N'oublions pas que l'hôpital est une étape décisive pour le patient dans le trajet de sa maladie et dans son continuum de vie.

Plus que jamais professionnels et étudiants doivent collaborer dans une perspective de posture éducative et réflexive, pour une prise en charge adaptée à la particularité et à la singularité du patient.

Bibliographie

OUVRAGES

TRAYNARD P.Y., GAGNAYRE R. 2013. « *Éducation thérapeutique du patient en ville et sur le territoire* », Ed Maloine, Collection Education du patient, 306 p.

LACROIX A., ASSAL JP., 2011. « *L'éducation thérapeutique des patients : accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches* », Ed Maloine, Collection Education du patient, 220 p.

D'IVERNOIS JF., GAGNAYRE R., 2008. « *Apprendre à éduquer le patient* », Ed Maloine, Collection Education du patient, 138 p.

MAUDUIT L., 2014. « *L'éducation thérapeutique du patient en 7 notions* », Ed DUNOD, Collection Aide-Mémoire, 177 p.

FOUCAUD J., BALCOU-DEBUSSCHE M., 2008. « *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? réflexions autour du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006* » Ed inpes, Collection Dossiers séminaires, 109 p.

CARRICABURU D., MENORET M., 2004. « *Sociologie de la santé : Institutions, professions, maladies,* » Paris, Ed Armand Colin, 235p.

De BOUVET A., SAUVAIGE M., 2005, « *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique* », de boeck, 160p

HESBEEN W., 2002, « *prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin dans une perspective soignante* », Inter Editions, Masson, 195p

HESBEEN W., 2009, « *la qualité du soin infirmer : penser et agir une perspective soignante* », 2ème édition, Elsevier Masson, 208p

CURCHOD C., 2009, « *relations soignants – soignés, prévenir et dépasser les conflits* », Ed Masson, 212p

STRAUSS A., 1992, « *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme* » Paris, Ed l'Harmattan, 319p

DUBET F., 2002, « *le déclin de l'institution* », Paris, Le Seuil, 2002, 432p

SALOME J., 2003, « *relation d'aide et formation à l'entretien* », Presses Universitaires septentrion, 248p

ALTER N., 2009, « *Donner et prendre. La coopération en entreprise* », La Découverte, coll. « textes à l'appui », p362

DUBAR C., 1998, « *la socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* », Paris, Ed Armand Colin, 278p

KIVITS J., BALARD F., FOURNIER C., WINANCE M., 2016, « *les recherches qualitatives en santé* », Ed Armand Colin, 329p

MEMOIRES

ENSP 2004, « *quelles pratiques et compétences en éducation thérapeutique* », module interprofessionnel de santé publique, 27 pages

ARTICLES/REVUES

D'YVERNOIS J.-F., GAGNAYRE R., septembre 2017, « *l'éducation thérapeutique une pédagogie au service de la santé publique.* » *adsp*, regard sur la santé publique d'hier à aujourd'hui, n°100, pp. 76-79.

ASSAL J.P., 1997, « 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 », *Endocrinologie-Nutrition*, (Elsevier Masson), 16p

ALLENET B., 2012, « pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail », *Annales pharmaceutiques Françaises* (Elsevier Masson), pp 53-57

GRIMALDI A., avril 2009, « l'éducation thérapeutique : une partie qui se joue à quatre », *cahiers de nutrition et de diététique* (Elsevier Masson), vol 44, n°2, pp 62-66

WITTORSKI R., 2013, « l'introduction d'une dimension éducative dans les pratiques de soin et nouveaux enjeux de professionnalisation » *Les dossiers des sciences de l'éducation*, n°30, pp120-133

LILAMBRICH C. et POUTEAU C. 2017, « les représentations et rôles des soignants au regard des pratiques d'ETP », *les cahiers du CERFEE*, n°44,

TEXTES LEGISLATIFS

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. JORF n° 179 du 2 août 1991

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 du 25 avril 1996

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et du système de santé. JORF du 5 mars 2002

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0227 du 30 septembre 2010

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°190 du 11 août 2004

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF, n°167 du 22 juillet 2009

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF, n°0022 du 27 janvier 2016

Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. JORF, n°0101 du 29 avril 2016

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP, JORF n°0178 du 4 août 2010

Arrêté du 31 mai 2013 modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP, JORF n°0126 du 2 juin 2013

Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JORF n°0019 du 23 janvier.2015

SITE INTERNET

<https://www.epsm-al.fr/index.php> (évaluation de l'impact de l'ETP sur les pratiques professionnelles)

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/> (PRS2)

Liste des annexes

Annexe 1

Guide Entretien / mémoire ETP / soignants (infirmiers)

Annexe 2

Guide Entretien / mémoire ETP / cadre de santé

Annexe 3

Guide Entretien / mémoire ETP / Directeur des soins

Annexe 4

Guide Entretien / mémoire ETP / coordonnateur UTEP

ANNEXE 1

Guide Entretien / mémoire ETP / soignants (infirmiers)

En quoi le DS est-il promoteur d'une politique d'ETP au bénéfice des pratiques professionnelles ?

Préambule

Présentation personnelle (parcours, formation, ...)

Présentation de la structure (service, activité, ...)

Hypothèse 1 : la politique d'ETP inscrite dans le projet de soins favorise la démarche éducative intégrée dans les pratiques professionnelles

Quel est le projet de soins et quels sont les axes du projet de soins

- Quel est le projet de service (pôle ?)

Existe-t-il une politique de prévention, éducation et promotion de la santé (un axe ?)

Quelles sont les actions mises en place au sein de l'établissement en termes de prévention, éducation et promotion de la santé

- Quelles sont celles mises en place au sein du service (pôle ?)

Quelle est la place accordée à l'ETP

Existe-t-il une coordination transversale de l'ETP

Quelles sont les moyens alloués (financiers, matériels, humains, ...)

Hypothèse 2 : le développement d'une politique d'ETP concourt (/ permet) à l'acculturation des professionnels à la démarche éducative

Quel est le niveau de formation/sensibilisation en ETP suivi

Pourquoi avez-vous suivi une formation (sensibilisation) en ETP

Quelles sont les compétences développées, acquises (formation, sensibilisation, ...)

Celles-ci sont-elles réinvesties et si oui comment et en quoi

Que vous a apporté la formation (sensibilisation) en ETP dans votre pratique au quotidien

Hypothèse 3 : le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP concourt à la professionnalisation des soignants

Quelle est la place de la démarche éducative dans les prises en soins au quotidien

Quel est l'impact de cette démarche éducative dans les pratiques professionnelles

Quels sont les enjeux (atouts, freins, limites, ...) de « professionnalisation » d'une telle démarche

ANNEXE 2

Guide Entretien / mémoire ETP / Cadre de santé

En quoi le DS est-il promoteur d'une politique d'ETP au bénéfice des pratiques professionnelles ?

Préambule

Présentation personnelle (parcours, formation, ...)

Présentation de la structure (service, activité, ...)

Hypothèse 1 : la politique d'ETP inscrite dans le projet de soins favorise la démarche éducative intégrée dans les pratiques professionnelles

Quel est le projet de soins et quels sont les axes du projet de soins

- Quel est le projet de service (pôle ?)

Existe-t-il une politique de prévention, éducation et promotion de la santé (un axe ?)

Quelles sont les actions mises en place au sein de l'établissement en termes de prévention, éducation et promotion de la santé

- Quelles sont celles mises en place au sein du service (pôle ?)

Quelle est la place accordée à l'ETP

Existe-t-il une coordination transversale de l'ETP

Quelles sont les moyens alloués (financiers, matériels, humains, ...)

Hypothèse 2 : le développement d'une politique d'ETP concourt (/ permet) à l'acculturation des professionnels à la démarche éducative

Quelles sont les fonctions présentes dans le service

Quelles sont les compétences développées, acquises par les professionnelles (formation, sensibilisation, ...)

Celles-ci sont-elles réinvesties et si oui comment et en quoi

Quel est le plan de formation décliné (priorité, nombre de professionnels formés)

Hypothèse 3 : le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP concourt à la professionnalisation des soignants

Quelle est la place de la démarche éducative dans les prises en soins au quotidien

Quel est l'impact de cette démarche éducative dans les pratiques professionnelles

Quels sont les enjeux de professionnalisation d'une telle démarche

ANNEXE 3

Guide Entretien / mémoire ETP / Directeur des soins

En quoi le DS est-il promoteur d'une politique d'ETP au bénéfice des pratiques professionnelles ?

Préambule

Présentation personnelle (parcours, formation,

Présentation de la structure

Hypothèse 1 : la politique d'ETP inscrite dans le projet de soins favorise la démarche éducative intégrée dans les pratiques professionnelles

Quel est le projet de soins et quels sont les axes du projet de soins

Existe-t-il une politique de prévention, éducation et promotion de la santé (un axe ?)

Quelles sont les actions mises en place au sein de l'établissement en termes de prévention, éducation et promotion de la santé

Quelle est la place accordée à l'ETP

Existe-t-il une coordination transversale de l'ETP

Quelles sont les moyens alloués (financiers, matériels, humains, ...)

Hypothèse 2 : le développement d'une politique d'ETP concourt (/ permet) à l'acculturation des professionnels à la démarche éducative

Quelles sont les compétences développées, acquises par les professionnelles

Celles-ci sont-elles réinvesties et si oui comment et en quoi

Quel est le plan de formation décliné (priorité, nombre de professionnels formés)

Hypothèse 3 : le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP concourt à la professionnalisation des soignants

Quelle est la place de la démarche éducative dans les prises en soins au quotidien

Quel est l'impact de cette démarche éducative dans les pratiques professionnelles

Quels sont les enjeux de professionnalisation d'une telle démarche

ANNEXE 4

Guide Entretien / mémoire ETP / Coordonnateur UTEP

En quoi le DS est-il promoteur d'une politique d'ETP au bénéfice des pratiques professionnelles ?

Préambule

Présentation personnelle

Présentation de l'UTEP

Hypothèse 1 : la politique d'ETP inscrite dans le projet de soins favorise la démarche éducative intégrée dans les pratiques professionnelles

Quel est le projet de soins et quels sont les axes du projet de soins

Existe-t-il une politique de prévention, éducation et promotion de la santé (un axe ?)

Quelles sont les actions mises en place au sein de l'établissement en termes de prévention, éducation et promotion de la santé

Quelle est la place accordée à l'ETP

Hypothèse 2 : le développement d'une politique d'ETP concourt (/ permet) à l'acculturation des professionnels à la démarche éducative

Quelles sont les compétences développées, acquises par les professionnelles

Celles-ci sont-elles réinvesties et si oui comment et en quoi

Quel est le plan de formation décliné (priorité, nombre de professionnels formés)

Hypothèse 3 : le développement de compétences spécifiques à la démarche d'ETP concourt à la professionnalisation des soignants

Quelle est la place de la démarche éducative dans les prises en soins au quotidien

Quel est l'impact de cette démarche éducative dans les pratiques professionnelles

Quels sont les enjeux de professionnalisation d'une telle démarche

CRETON

Matilde

Décembre 2018

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018 : « Marie-Curie »

Promouvoir la démarche éducative, un levier managérial pour le Directeur des soins au bénéfice de la professionnalisation soignante

Résumé :

L'éducation thérapeutique a aujourd'hui toute sa place dans les prises en charge. Elle est un atout pour les patients usagers mais elle est aussi un levier à la professionnalisation des infirmiers.

Si tous les professionnels s'accordent pour dire qu'elle est un gage de savoirs et d'apprentissage pour les patients usagers, elle est une opportunité pour les professionnels et plus particulièrement pour les infirmiers. Les entretiens réalisés auprès de professionnels (infirmiers, cadres de santé, directeurs des soins et coordonnateurs d'UTEP) de 3 établissements de santé de la région des Hauts de France nous ont amenés à identifier les leviers à la démarche éducative pour une posture éducative intégrée aux soins. L'enquête réalisée nous a permis de comprendre et de mettre en exergue en quoi la démarche éducative intégrée aux soins est un levier managérial pour le Directeur des soins au bénéfice de la professionnalisation soignante.

Plus que jamais, dans le cadre du parcours patient, l'ETP contribue à donner du sens, à promouvoir l'identité soignante, mais aussi à favoriser la cohésion d'équipe. Elle permet une qualité de vie au travail induite par une satisfaction du travail bien fait ou ayant sens tant aux yeux du patient que des infirmiers.

Le Directeur des soins, au regard de l'évolution des politiques de santé et des attendus en matière de parcours patient, doit œuvrer pour promouvoir la démarche éducative. La posture éducative intégrée aux soins contribue ainsi à une prise en charge de qualité centrée sur le patient tout au long de son parcours de soins et ce en quelque endroit du territoire.

La mise en place d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins pour chaque personne hospitalisée permettra une pratique reposant sur une logique soignante car s'adaptera à la singularité du patient. Comme attendu par la stratégie de transformation du système de santé, « Ma santé 2022 », l'enjeu est de garantir aux patients l'offre de soins la plus adaptée à leurs besoins et la plus pertinente dans une prise en charge interdisciplinaire et individualisée selon une politique de soins basée sur le respect de la personne non seulement soignée mais aussi soignante.

Nous sommes aujourd'hui face à un nouveau paradigme conduisant les infirmiers à être des ambassadeurs de la posture éducative intégrée aux soins.

Mots clés :

Éducation thérapeutique, démarche éducative, posture éducative, professionnalisation, acculturation, identité, démarche réflexive, Directeur des soins, qualité de vie au travail, sens, cohésion d'équipe, parcours de soins, territoire, management

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.