



EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTE**

(AMOS-Paris)

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **Septembre 2022**

**Analyse des pratiques
d'accompagnement en médecine
libérale**

Violette Derler

**Directeur/Directrice de
mémoire : Paula
Cristofalo**

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans l'aide précieuse de plusieurs personnes. D'abord, je souhaiterais remercier Madame Paula Cristofalo pour la qualité de son encadrement, pour ses relectures et ses enseignements. Je suis également très reconnaissante envers l'Irdes et l'équipe de recherche sur le projet ATP dirigé par Monsieur Julien Mousquès de m'avoir accompagnée dans ces recherches en tant que stagiaire. Plus particulièrement je suis redevable à l'égard de Madame Cécile Fournier et de Monsieur Vincent Schlegel qui ont encadré ce travail avec patience, bienveillance. Leurs regards sociologiques ont largement contribué à forger le mien et je leur suis très reconnaissante. Je remercie également les personnes que j'ai pu rencontrer au cours de mon enquête (tous les membres de l'expérimentation ATP-IDF, les médecins participants et les patients), pour leur confiance, leur temps, leur accueil et leurs témoignages, très précieux.

Sommaire

Introduction	3
Matériel et méthode	7
1. Ce que l'ATP veut dire. Perceptions et engagement des acteurs dans la démarche ATP	13
1.1 LE CADRE JURIDIQUE DE L'ETP ET LE CADRE THEORIQUE DE NOTRE ANALYSE DE L'ATP	13
1.2 PERCEPTION, ENGAGEMENT ET MOTIVATION DES PRATICIENS	16
2.Styles d'ATP et modes de socialisation des praticiens	23
2.1. DIVERSITE DES PRATIQUES : DES STYLES D'ATP ARTICULES A DES STYLES DE RELATION ?	23
2.2. UNE VARIATION DE PRATIQUE A L'AUNE DES MODES DE SOCIALISATION DES MEDECINS	25
2.3. L'ETP ET L'ATP, DES INSTANCES DE SOCIALISATION EN TENSION ? LES EFFETS DES PROCESSUS DE SOCIALISATION	29
2.4. DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN TRANSFORMATION ? UNE PERCEPTION DIFFERENCIEE.....	30
3. A quoi ressemble l'ATP ? Une illustration de la diversité des pratiques	34
3.1. DES PRATIQUES EDUCATIVES HETEROGENES : STRUCTURE ET FORMALISME DES CONSULTATIONS	34
3.2. DES RESSOURCES VARIEES	46
QUAND LE FAIRE CONTREDIT LE DIRE.	51
3.3.....	51
3.4. FAIRE EMERGER LE COMMUN POUR DEFINIR L'ATP	56
4.Focus sur la mobilisation de la parole et la place de l'écoute dans l'ATP	58
4.1. LES PATIENTS EXPERTS AU SEIN DE L'EXPERIMENTATION : DES RHETEURS EN QUETE DE LEGITIMITE ?	60
4.2. L'ECOUTE, UNE COMPETENCE PROFESSIONNELLE ?	66
4.3. UN ACCES A L'ATP SOCIALEMENT DIFFERENCIE.....	72
Limites	75
En guise des préconisations	75
Conclusion	76
Bibliographie	79
Liste des annexes	I
Annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ATP : Accompagnement Thérapeutique de Proximité

CPOM : Contrat pluriannuel objectifs et moyens

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut Conseil en Santé Publique

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IRDES : Institut de Recherche en Économie de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

Introduction

Les personnes atteintes de maladies chroniques sont de plus en plus nombreuses en France. Leur nombre avoisine les 20 millions en 2017, soit environ 35% de la population, et ne cesse d'augmenter, + 1,2 millions entre 2012 et 2017. Ces pathologies spécifiques nécessitent des soins et traitements médicamenteux de longue durée, généralement pris en charge par la médecine de ville. À ces pathologies chroniques s'ajoutent bien souvent des situations sociales complexes. En effet, les conditions socioéconomiques sont un facteur augmentant le risque de développer un problème de santé ou de faire état d'un handicap longue durée.¹ A ce titre, les ouvriers et les employés sont particulièrement touchés par les facteurs de risque d'exposition et leurs conséquences en termes de maladies professionnelles.² Ce phénomène, à savoir celui qui permet d'établir un lien entre état de santé et classe socioéconomique, est connu sous le terme de « gradient social de santé ». En ce sens, on constate qu'avec le nombre d'année d'étude les prévalences déclarées de pathologie chronique et de limitation d'activité diminuent.³ Un des enjeux majeurs pour le système de santé est alors d'offrir des solutions thérapeutiques et d'accompagnement adaptées aux besoins des patients et de leur famille. Leur suivi se fait principalement en médecine de ville, médecine qui doit faire face à des défis toujours plus nombreux. L'une des dimensions de cette réponse est le développement des pratiques éducatives au sein des consultations de ville. *L'un des objectifs de l'éducation thérapeutique est de permettre aux patient.es de voir leur capacité d'agir sur leur vie et leur santé augmenter.*

Née dans les années 1990, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) se déploie dans un contexte politique et social qui encourage l'autonomie et la responsabilité des individus (Elias, 1987). Depuis, la démarche éducative, n'a cessé de se développer en France- principalement dans le milieu hospitalier- jusqu'à son inscription dans la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) en 2009. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ETP se donne pour objectif d'aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.⁴ Pour cela, des programmes ETP se développent dans le milieu hospitalier à l'initiative des soignants et font parfois intervenir des patients experts. Ces

¹ <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d41dba95-fr/index.html?itemId=/content/component/d41dba95-fr>, « les personnes appartenant au quintile de revenu le plus bas sont 20% environ plus susceptibles de faire état d'un problème de santé ou d'un handicap de longue durée que les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé. »

² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Synth%C3%A8se.pdf>, Sur les 56 100 maladies reconnues en 2012, 72% et 23% touchent les ouvriers et les employés affiliés au régime général.

³ *Idem*, graphique 4.

⁴ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp, définition donnée par la Haute Autorité de Santé.

programmes, réglementés et soumis à validation de l'Agence Régionale de Santé (ARS), sont l'occasion pour les soignants et les patients de tisser un partenariat et d'ouvrir un espace d'échanges et de négociation. Les bénéfices de ces groupes ETP sont nombreux. D'une part, ils vont ouvrir un espace dans lequel les patient.es pourront exprimer leurs besoins, interagir avec d'autres patient.es, acquérir les connaissances et le savoir-faire nécessaire à la gestion de leur maladie. Pour les professionnels de santé, ces programmes sont l'occasion de structurer une nouvelle forme de relation dont la finalité n'est plus la curation mais l'accompagnement dans la gestion de la maladie chronique. Les bénéfices de l'ETP ne sont plus à démontrer⁵ : meilleure qualité de vie, meilleure participation aux décisions concernant leur santé, diminution de la consommation de soins liée à la survenue de complications (consultations non programmées, passage aux urgences, hospitalisations), accroissement de la durée de vie et de la capacité de travail. (Stenberg et al., 2018)

Le Haut conseil de Santé publique (HCSP) formule des recommandations en faveur du développement des pratiques éducatives intégrées au parcours de soin et ce dès le premier recours. L'offre de ville est effectivement moins pourvue en programmes ETP et les pratiques éducatives si elles sont intégrées aux consultations ne sont pas reconnues en tant que telles. Par ailleurs, la loi HPST reconnaît des pratiques « d'accompagnement », portées généralement par des associations de patients, avec un flou juridique qui laisse une large part aux expérimentations. Leur objectif rejoint ceux de l'ETP : offrir un soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques et à leur entourage dans la gestion de leur santé et plus largement de leur vie. Le développement de ces pratiques au sein de la médecine générale pourrait venir compléter une offre ETP qui peine à répondre aux besoins des malades et de leur entourage.

En effet, si la loi a permis de structurer l'offre, le HCSP reconnaît qu'elle est en réalité peu accessible : les programmes, peu nombreux ne répondent pas toujours aux besoins des patients, peu sollicités dans leur conception et leur mise en œuvre. A ces premières difficultés, s'ajoute des facteurs socioculturels, financiers et de littératie en santé pouvant limiter l'accès à ces programmes aux populations qui en auraient le plus besoin. (Margat, 2017) Des inégalités sociales pouvant être accrues ou même générées par les programmes eux-mêmes (Schlegel, 2020) ; des inégalités territoriales (Lombrail et al, 2013) également. En outre, la majorité de ces programmes sont initiés dans le secteur hospitalier et l'obtention d'une autorisation par l'ARS ne garantit pas l'accès aux financements nécessaires à leur mise en œuvre. Enfin, quand l'ETP est réalisé hors des murs de l'hôpital, ce sont les associations, les centres de santé ou encore les réseaux de santé qui la prennent en charge. Pourtant, si cette offre tend à se développer, le format est bien souvent

⁵ OMS, HAS.

non adapté aux situations complexes des patient.es souvent polyopathologiques puisque les programmes s'articulent autour d'une pathologie. Aussi, comme nous le verrons dans le chapitre 1, l'ETP semble *a priori* peu adapté aux modes d'exercice et conditions de travail des professionnels libéraux.

Ces différents éléments permettent de dresser le constat suivant : l'organisation de l'offre d'ETP dans le cadre de programmes structurés ne répond pas aux besoins de la majorité des personnes vivant avec une maladie chronique

Pour pallier ce manque, depuis la fin des années 1990, des dispositifs fleurissent pour développer les pratiques éducatives et d'accompagnement en soins de ville.⁶ Au centre de ces initiatives, les médecins jouent un rôle essentiel aussi bien au niveau de la pratique qu'au niveau de la coordination (Foucaud et al, 2013) venant appuyer les recommandations de la HAS pour développer une démarche « centrée sur le patient ». Néanmoins, l'étude des pratiques éducatives mises en œuvre dans ce cadre ambulatoire demeurent peu étudiées. (Fournier et al, 2017 ; Traynard et al, 2013)

Ces pratiques, en marge de la relation « classiquement enseignée » à l'université (Fournier et Kerzanet, 2007), peuvent apporter de nombreux bénéfices aux patient.es. Promouvoir dans sa pratique la démarche « centrée sur le patient » devient pour le médecin traitant un enjeu de personnalisation du parcours de soin et un élément pouvant l'aider à structurer sa relation au patient. Cette relation serait plus propice à instaurer les conditions nécessaires à une démarche de promotion de la santé, et à engager une approche positive du diagnostic et du pronostic, et le fait de manifester un intérêt pour les conséquences de la maladie sur la vie du patient est associé à une plus grande satisfaction de ce dernier, ainsi qu'à son engagement dans les soins, à une moindre perception du fardeau lié à la maladie, et à une moindre consommation de soins médicaux. (Little et al, 2001) Ainsi, un soutien personnalisé serait plus à même d'initier des actions d'autosurveillance et de mettre en œuvre des plans de soins individuels. Pour les soignants, tisser un partenariat avec le patient sur les bases d'un échange d'informations pourrait leur permettre de mieux comprendre et percevoir les besoins des patients, ce qui renforcerait la confiance de ces derniers à leur égard. Face à ces nombreux bénéfices, certains médecins expriment la volonté de développer ces pratiques éducatives au sein de leur activité (Duffau, 2011 ; Lelorain, 2017 ; Fournier et al, 2018) mais se heurtent encore à des difficultés et peinent à intégrer cette approche à leur pratique (HCSP, 2009 ; Génolini et al, 2011), que ce soit en médecine générale (Fournier et al, 2014 et 2018 ; Hugé et al, 2017) ou dans les spécialités d'organes. (M'Bemba, 2017)

⁶ Drahi

En effet, l'intégration d'une approche éducative à la pratique quotidienne n'est pas évidente : pour des raisons d'organisation déjà évoquées et puis car elle suppose une transformation en profondeur de la relation de soin. L'un des changements majeurs est la finalité du soin qui n'est plus seulement la curation de la maladie mais également la prévention et la santé. Pour servir cette approche, le patient n'est plus seulement l'objet de ses soins mais il en est également le sujet. Ce passage d'objet à sujet n'est en rien aisé pour le praticien dont la socialisation n'a pas encouragé ce type d'approche (Rogers et al, 2016) centrée sur le patient mais plutôt une approche technique peu propice à l'émergence d'un patient-sujet au sein de la relation. Des recherches ont répertorié quatre types d'obstacles à l'ETP (Lelorain et al, 2017) : des contraintes réglementaires, des contraintes organisationnelles impliquant le manque de temps, un risque de déstabilisation de la pratique médicale et le manque de reconnaissance de ces pratiques. Une autre étude montre que pour pallier à ces principaux freins (Hugé et al., 2017), les médecins généralistes français suggèrent de prioriser la formation et le développement d'un réseau de santé plutôt que la rémunération et le facteur temps.

Objectifs de la recherche

Face à ce contexte, il apparaît nécessaire de mieux comprendre comment les médecins libéraux exerçant en médecine de ville développent leurs pratiques éducatives en consultation quand ils manifestent une volonté de le faire. Tenter d'intégrer des pratiques éducatives à une pratique déjà bien rôdée soulève bien des questions : Qu'est-ce qui se distingue d'une pratique ordinaire ? Comment les médecins s'y prennent-ils ? Comment perçoivent-ils ce qu'ils font en matière d'éducation ? Qu'est-ce qui les aide à structurer cette nouvelle relation ? Autour de quels thèmes, de quels objets cette nouvelle relation se structure-t-elle ? Quels sont les outils et les ressources utilisés et dans quelles situations, avec quels patients, sont-ils utilisés ? Qu'est-ce qu'une expérimentation autour de ces pratiques peut-elle apporter ? Quels styles de pratique éducative observe-t-on chez des médecins qui s'engagent dans une telle démarche ? Comment les patients perçoivent-ils ces pratiques éducatives et qu'est-ce qui change pour eux ?

Ce mémoire vise à comprendre comment se déroule cet accompagnement au sein de consultations dédiées à des pratiques éducatives et à dégager des propositions d'amélioration. Il s'agira ainsi de montrer quelles sont les motivations des médecins souhaitant développer des pratiques éducatives, quelles sont les motivations des patients souhaitant en bénéficier, comment ces rôles se structurent au sein de cette nouvelle relation et quels sont les outils et les ressources à son service. Par ailleurs, il s'agira de voir comment les médecins et les patients perçoivent ces consultations et quels bénéfices ils en retirent, quelles difficultés perdurent. Ces éléments apporteront des éléments de compréhension servant l'amélioration des politiques publiques de prévention. Dans le cadre

d'une recherche sur les services en santé, il s'agira de voir comment la pratique ATP s'organise, quelles en sont les limites et comment l'améliorer.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé un stage de six mois au sein de l'IRDES- Institut de Recherche en économie de la santé- en qualité de stagiaire chargée de recherche. La présente recherche s'inscrit dans la continuité d'une recherche menée au sein de l'institut en 2015 auprès de médecins généralistes franciliens (Fournier et al, 2017 et 2018), visant à comprendre comment ils mettaient en place des pratiques éducatives et s'ils étaient en mesure de favoriser un accès plus équitable à ces pratiques. Cette étude avait été réalisée par entretiens avec les médecins.

Dans le cadre de mon stage et de mon mémoire, il s'agit d'élargir l'échantillon et de s'intéresser aux pratiques des médecins libéraux de toutes spécialités en observant des consultations à vocation éducative puis en menant des entretiens avec les médecins et les patients concernés. La présente recherche⁷ réalisée à l'IRDES est une recherche ancillaire à un programme expérimental évalué par l'IRDES, présenté plus loin ⁸, l'objectif est de comprendre comment les médecins se sont emparés du dispositif et d'en étudier les variations pour tenter de les lier à des éléments de socialisation et de contexte recueillis au cours des entretiens. La méthode repose sur une approche qualitative mêlant observation non participante et entretiens semi-directifs. L'approche inductive compréhensive à partir d'observations de consultation à visée éducative semble être le plus à même de saisir les pratiques éducatives des médecins participants, et, par là de comprendre comment ces derniers se sont emparés du dispositif co-construit pendant l'expérimentation. Les entretiens avec le patient, d'une part, et avec le médecin, d'autre part, seront utiles pour saisir leur perception de la consultation observée et plus largement encore pour appréhender leur expérience de leur parcours d'accompagnement.

Nous avons appliqué la méthode de l'étude de cas développée par Howard Becker (Becker, 2014) : à partir d'un cas simple, d'expériences ordinaires, on tire une idée générale et on compare ensuite les cas pour éclairer les caractéristiques et les variations des formes sociales. Chacun de nos cas comprenant l'observation d'une consultation médicale dédiée à l'accompagnement, impliquant un médecin et un patient, suivie d'un entretien semi-directif avec le ou la médecin et d'un entretien semi-directif avec le ou la patient.e. Ces cas correspondent à des situations contrastées (maladies chroniques diverses, début de prise en charge ou fin de parcours d'ATP, variété des objectifs de la consultation etc.), autour de consultations avec des médecins ayant des propriétés variées (sexe, âge, spécialité,

⁷ Cette recherche a obtenu l'autorisation du comité d'éthique.

expérience et/ou formation antérieure en ETP ou à d'autres approches) et exerçant dans des environnements d'exercice variés (exercice isolé ou en groupe, pluriprofessionnel ou non, urbain ou rural etc.).

En amont de la collecte, une grille d'observation (cf. annexe) a guidé ce travail, façonnant des points d'attention d'autant plus importants que les immersions étaient très courtes. Pour chaque étude de cas, je suis arrivée en avance et ai pu parfois rencontrer les patients qui patientaient. Ces moments privilégiés, informels, étaient l'occasion de faire connaissance, d'expliquer clairement mon rôle et d'établir un lien de confiance. Ce temps précédent la consultation est aussi l'occasion de décrire le bâtiment, le quartier, la salle d'attente, la documentation sur place, la nature de cette documentation – notamment pour étudier si le médecin informe ses patients qu'il pratique l'ATP-l'ETP.

Pendant la consultation, l'environnement et la communication non verbale ont été étudiés : description des positions, du mobilier, de changement dans les postures du médecin et du patient, d'une prise de notes ou non, de l'utilisation de ressources, du type de ressources utilisées et de leur origine - sont-elles issues du dispositif de co-construction ATP ? Constituent-elles des ressources extérieures au service de la mobilisation d'un réseau de santé ?

J'ai aussi prêté attention aux discours, à la communication verbale et non verbale du médecin et du patient, aux types de questions posées, aux silences, à l'interruption de la parole par le patient ou le médecin, au vocabulaire utilisé, aux thèmes abordés, à la présence d'un examen clinique ou non, à la durée de la consultation.

Grâce à ces éléments, j'ai essayé par la suite d'étudier les dynamiques à l'œuvre dans chaque consultation pour voir comment les médecins structurent ces consultations et quels éléments les aident à construire leur accompagnement. L'objectif n'est pas de figer ces consultations dans des catégories rigides, loin de la réalité mouvante et complexe des situations, mais de rendre compte justement de cette complexité et de la diversité des pratiques ATP.

Des guides d'entretien ont été réalisés (voir annexe) en amont de la première étude de cas puis ajustés au fil des rencontres. Le but des entretiens semi-directifs était de comprendre la perception que les différents acteurs ont de ce qu'ils font. Confronter la perception des enquêtés à l'observation précédemment réalisée est une méthode efficace pour déceler les contradictions-souvent nombreuses- entre ce qu'ils disent faire et ce qu'ils font. La perception des patients de ce que les médecins font a également été étudiée par le biais d'entretiens semi-directifs formant ainsi des études de cas.

Un journal de bord fut réalisé contenant les observations, les bribes de conversations informelles, les premières sensations post consultations. A partir de ce journal, les observations ont été réécrites puis analysées au fur et à mesure.

Modalités de recrutement des participants

Pour constituer notre échantillon, notre intérêt s'est porté sur une expérimentation regroupant des médecins libéraux désireux de développer des pratiques éducatives au sein de leur consultation. Le projet nommé ATP- Accompagnement thérapeutique de proximité ou encore appelé expérimentation ATP-IDF⁹ débute en 2018 à l'initiative de l'URPS des médecins libéraux et du Pôle de ressources en éducation thérapeutique d'Ile de France, financé par l'ARS. Le projet s'adresse aux médecins libéraux franciliens volontaires ayant répondu à un appel de l'URPS lancé par mail et détaillant le projet. L'expérimentation ATP-IDF regroupe divers acteurs (Pôle de ressources en éducation thérapeutique, URPS, ARS, IRDES...), et propose de co-construire un dispositif permettant d'identifier les besoins initiaux des médecins, de proposer des outils et des ressources permettant de répondre à ces besoins et de les accompagner dans la formalisation de séances d'ATP avec les patient.es de leur choix. L'expérimentation s'est organisée autour de trois groupes successifs de médecins libéraux- ayant suivi ou non une formation ETP, recrutés en mai 2018 (n=46), en mars 2019 (n=45) et janvier 2020 (n=46). Ces groupes de médecins libéraux ont été conviés à différents séminaires, webinaires co-animés par des professionnels du pôle de ressources en ETP et par des patients experts, qui doivent se poursuivre jusqu'en 2022. Au cours de ces événements, les médecins ont été invités à engager une réflexion sur leurs pratiques, sur la signification de l'Accompagnement et ont eu la possibilité de participer à la construction d'outils mis à disposition de l'ensemble du groupe sur un site collaboratif. L'objectif était ensuite pour chaque médecin de se saisir de ce dispositif co-construit et de se lancer dans l'accompagnement d'une dizaine de patient.es choisi.es par le praticien, ce dernier pouvant mettre en œuvre des consultations dédiées à l'accompagnement et financées par le projet, avec l'idée qu'un cycle d'accompagnement nécessiterait quatre consultations successives.

Le projet de recherche fut présenté lors du séminaire du programme d'expérimentation ATP-IDF, un questionnaire interrogeant leur souhait de participation à la recherche leur a été adressé et deux notices d'information, une pour le médecin et une pour le patient ont été adressées aux participants au programme. L'objectif était d'avoir un échantillon le plus diversifié possible, le choix du patient ou de la patiente étant laissé au médecin.

⁹ Voici un lien internet vers l'expérimentation telle que présentée sur le site de l'URPS : <https://www.urps-med-idf.org/prevention-accompagnement-therapeutique-patient/>

Le protocole de recherche de l'enquête fut présenté une première fois en séminaire par Cécile Fournier (responsable du volet qualitatif de l'évaluation menée par l'Irdes) avec une possibilité laissée aux médecins de manifester leur intérêt ou bien leur désaccord.

Dans un second temps, un mail a été envoyé à tous les participants détaillant le protocole de recherche avec les lettres d'information médecin et patient mentionnant leur droit de refus, le respect de la confidentialité et le droit de se retirer de la recherche à tout moment. Les médecins ne perçoivent aucune rémunération pour leur participation à cette recherche ancillaire.

Les données recueillies

J'ai contacté 64 médecins, au moins deux fois, parfois trois, quatre, très peu ont répondu à la première sollicitation. Sur les 64 médecins, 38 m'ont répondu, 36 n'ont pas réagi aux sollicitations, parfois nombreuses : par mail ou par téléphone. 27 m'ont apporté une réponse négative, plus ou moins argumentée, et onze étaient d'accord pour participer à la recherche. Sur ces onze médecins, deux n'ont pas donné suite malgré un accord de principe et de nombreuses relances, deux n'ont pas réussi à trouver de patient.es intéressé.es. Enfin, une patiente atteinte d'un cancer n'a pas pu maintenir la consultation ATP en raison d'une dégradation rapide de son état. J'ai finalement pu assister à six consultations suivies des entretiens médecins et patients. J'ai également réalisé trois entretiens supplémentaires. Deux pour comprendre la raison de leur désistement de l'expérimentation, un parce que le médecin ne souhaitait pas que j'assiste à une consultation d'ATP, mais qu'il était d'accord pour un entretien.

Le projet de recherche envisageait au début dix études de cas comprenant des spécialités et des pathologies différentes. Les difficultés de recrutement ont été telles qu'il a fallu réduire l'échantillon : En tout, j'ai assisté à cinq séquences d'observation, conduit treize entretiens- huit avec des médecins de toutes spécialités confondues, cinq avec des patients- le tout formant cinq études de cas.

Pour ces cinq études de cas, l'observation fut réalisée au cabinet du médecin. Les consentements du médecin et du patient ont été systématiquement recueillis. Quant aux entretiens, ils ont pu être réalisés dans le cabinet, en visioconférence ou par téléphone ; les participants ont pu choisir entre ces différentes modalités.

Les observations n'ont pas été enregistrées, seuls les entretiens l'ont été à condition que les personnes aient exprimé leur accord oral- ce qui a toujours été le cas. Les enregistrements sont rendus anonymes. Une partie des enregistrements audio a été confiée à des prestataires de manière sécurisée.

Nous commencerons le corps de ce mémoire en présentant la démarche ATP, les perceptions des acteurs (I), leurs modes de socialisation (II) et les pratiques

d'accompagnement dans les cinq cas étudiés. Nous consacrerons la dernière partie à un focus sur la mobilisation de la parole et la place de l'écoute, deux dimensions cruciales de l'ATP.

1. Ce que l'ATP veut dire. Perceptions et engagement des acteurs dans la démarche ATP

Après une brève présentation du cadre juridique et de notre manière d'aborder l'ATP nous analyserons les perceptions des médecins : Comment justifient-ils leurs pratiques ? En étudiant les entretiens avec les praticiens, nous pourrions mieux cerner qui ils sont et ce qu'ils sont venus chercher dans l'expérimentation ATP-IDF. En outre, partir des entretiens avec les patients, nous permettra d'affiner notre connaissance des praticiens et de questionner les effets produits par l'expérimentation sur les pratiques.

1.1 Le cadre juridique de l'ETP et le cadre théorique de notre analyse de l'ATP

La loi HPST

La loi du 21 juillet 2009¹⁰ relative au patient, à la santé et aux territoires, aussi appelée loi « HPST » définit le cadre législatif de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en l'inscrivant dans le Code de la santé publique : « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.* »¹¹

Pour servir ces objectifs, la loi décline l'ETP en trois modalités distinctes :

- Des programmes d'éducation thérapeutique élaborés selon un cahier des charges national au niveau local et autorisés par l'ARS. Ils sont mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé dont un médecin. Un des intervenants devra également justifier de compétences éducatives. De plus, le programme doit traiter l'une des trente affections de longue durée répertoriées.
- Des programmes d'apprentissage servant un objectif d'enseignement de gestes techniques nécessaires à l'utilisation d'un médicament. Ces programmes sont soutenus par les laboratoires pharmaceutiques et strictement soumis à validation du ministère de la Santé.
- Des actions d'accompagnement dans le but de soutenir le patient et son entourage dans la gestion de sa maladie. Ces actions sont conformes à un cahier des charges

¹⁰ Loi n°2009-879, article 84.

¹¹ Article L116-1 du Code de la Santé Publique

national, qui n'a pour l'heure jamais été publié, et sont bien souvent portées par des associations de patients agréées ou non.

Cet arsenal juridique offre un cadre aux pratiques éducatives et leur déclinaison -sous forme de programmes strictement régulés - permet à l'ETP d'être reconnue comme une activité spécifique de promotion de la santé soumise à un cahier des charges établi nationalement. L'inscription de l'ETP dans un cadre juridique est également un moyen d'unifier, d'encadrer les pratiques éducatives des professionnels puisque pour participer à un de ces programmes, les volontaires doivent suivre une formation d'une durée au moins égale à 40 heures. En outre, les programmes d'ETP suivent formellement quatre étapes : évaluation des besoins éducatifs des participants par le biais d'un diagnostic éducatif, établissement d'un contrat éducatif, énumération des différents enseignements dispensés dans le programme sous forme d'ateliers individuels ou collectifs et enfin évaluation des compétences acquises au cours du programme. Également, la nécessité de mettre en œuvre des séances d'ETP collectives et pluri professionnelles nécessitant la coordination de plusieurs professionnels.

En ce sens, l'investissement demandé aux professionnels de santé est conséquent et peut devenir une source de découragement pour certains libéraux, soumis à des contraintes de temps et bien souvent isolés en raison de leur mode d'exercice. En résulte un faible développement de ces programmes en médecine de ville, peu adaptés à la pratique ambulatoire et dont l'organisation nécessite d'importants moyens d'organisation et de coordination peu accessibles pour ces professionnels.

Ces limites de l'ETP évoquées dès l'introduction deviennent un terreau fertile pour ceux et celles qui souhaitent refonder le travail éducatif des professionnels de santé. C'est toute l'entreprise du projet ATP-IDF dont nous allons étudier brièvement la genèse.

La genèse de l'expérimentation ATP-IDF, un contre modèle à l'ETP ?

En dépit de l'inscription de l'ETP dans le Code de Santé Publique, l'offre reste toujours insuffisante et peu accessible. C'est le constat dressé en 2016 par le HCSP : nombre de places limité et ne couvrant pas les besoins de toutes les personnes qui en auraient besoin ; contenu peu adapté aux besoins des personnes rarement associées à la conception des programmes alors même que la loi le prévoit. En outre, peu de praticiens connaissent l'existence de tels programmes au niveau local, et ce malgré le travail de recensement réalisé par les ARS. Ainsi, les difficultés d'accès restent fortes, liées à la fois à des déterminants sociaux et territoriaux. C'est pourquoi, l'expérimentation ATP-IDF vise à développer l'ETP hors de l'hôpital : une médecine de ville devant faire face à l'augmentation des maladies chroniques dans un contexte de transition épidémiologique et de vieillissement de la population. L'enjeu est important : soutenir, accompagner les personnes

malades et leur entourage dans la gestion de leur santé et leur donner les outils leur permettant d'agir sur leur santé et plus largement sur leur vie.

En marge de l'ETP, la loi HPST prévoit le développement de pratiques dites d'« accompagnement », non réglementées, laissant ainsi la part belle aux expérimentations. Un des objectifs est donc de parvenir à définir ces pratiques pour ensuite engager un mouvement de reconnaissance institutionnelle et financière.

Dans ce contexte, l'expérimentation ATP-IDF reprend ce terme d'accompagnement et se l'approprie. L'expérimentation voit le jour le 6 juillet 2017 et s'inscrit dans le second programme régional de santé (PRS2) de l'ARS (2018-2022). Il rejoint les ambitions de la Stratégie nationale de santé (SNS) de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en matière d'accès aux soins, qui soutient la création d'organisations innovantes. Les objectifs sont énoncés comme suit :

« L'objectif principal est de permettre à des patients en ambulatoire de bénéficier d'ETP par les médecins libéraux en facilitant le développement de pratiques et de dispositifs adaptés.

Les objectifs secondaires sont :

- 1. Analyser les besoins d'appui des médecins dans le champ des pratiques éducatives*
- 2. Accompagner le renforcement des pratiques éducatives des médecins, au moyen d'un dispositif spécifique d'appui (apprentissage et mise à disposition de ressources), coconstruites avec eux*
- 3. Mesurer l'impact du dispositif d'appui en termes de transformation des pratiques des médecins, voire de bénéfices pour les patients »*

L'expérimentation propose de développer les pratiques éducatives des médecins libéraux pendant les consultations et se positionne par cela en une forme de contre-modèle aux programmes ETP réservés au monde hospitalier. Si l'ATP se positionne assez clairement comme une alternative aux programmes structurés d'ETP, un flou persiste quant à la définition de l'accompagnement thérapeutique de proximité.

L'ATP-IDF, un objet-frontière ?

Afin de répondre aux objectifs énoncés dans la convention, les médecins participants sont invités à co-construire l'objet ATP au cours de séminaires et webinaires. Le but de ces rencontres est de formaliser un dispositif d'appui destiné à les aider à construire leurs démarches d'ATP au sein de consultations individuelles. Ces rencontres sont aussi un lieu d'échanges entre professionnels de santé libéraux issus de différents segments professionnels.

Cette hétérogénéité s'inscrit directement dans les pratiques. Un moyen théorique d'aborder cet objet sans le trahir, serait de l'aborder en tant qu'objet-frontière, concept emprunté à Susan Leigh Star (Leigh Star, 2010) puis repris, entre autres, par Isabelle Baszanger (Baszanger, 2005), est un outil utile pour penser l'ATP. En effet, l'ATP peut être considéré comme un objet frontière à deux niveaux, car il y a à la fois la nécessité pour les partenaires pilotes du projet d'entreprendre une action autour d'un objet commun alors que leurs objectifs se rejoignent plus ou moins ; et celle d'embarquer dans l'expérimentation des professionnels ayant des propriétés et attentes différentes autour d'un objet commun qui, par conséquent, ne doit pas être défini trop précisément pour que chacun s'y retrouve et s'y engage. Effectivement, les acteurs embarqués dans le projet ATP-IDF appartiennent à des segments professionnels hétérogènes : pôle d'éducation thérapeutique, URPS, ARS, Irdes avec la participation de plusieurs chercheurs sous la direction de Julien Mousquès, économiste, société de e-learning et les médecins eux-mêmes appartenant à différentes spécialités. En résultent des situations en consultations très contrastées.

Rappelons, qu'un objet-frontière comporte trois dimensions (Leigh Star, 2010)¹² : la flexibilité interprétative, les arrangements possibles dans son utilisation ainsi que la structure des besoins et des arrangements du processus de travail. En vertu des interprétations dont il fait l'objet et des situations contrastées qui en résultent, l'ATP peut être appréhendé comme un objet-frontière mobilisant, coordonnant des acteurs issus de milieux sociaux, professionnels différents. Les arrangements que l'ATP autorise permettent aux groupes de communiquer et de se forger une identité commune vis-à-vis de l'extérieur. De l'extérieur puisqu'en son sein, des microgroupes émergent et servent des intérêts et des objectifs non-consensuels. Ces fractures apparaissent au cours des ateliers de co-construction- webinaires, séminaires- et certains débats rendent visibles la liberté laissée aux interprétations du dispositif ATP.

1.2 Perception, engagement et motivation des praticiens

Au terme de l'expérimentation engagée en 2018, le nombre de médecins s'étant retirés du projet est important : 79 médecins se sont désistés sur un nombre total de 137 participants. Cela représente 21 médecins issus de la vague de mai 2018 (n=46), 26 intégrés en mars 2019 (n=45) et enfin 32 ayant intégré le groupe en janvier 2020 (n=46). Le taux total de désistements atteint les 58% avec un nombre particulièrement important de départs lors de la troisième vague et qui coïncide avec le début de la pandémie de covid 19. Ce taux de désengagement est d'autant plus significatif quand on connaît les moyens mis en œuvre pour renforcer cet engagement : signature d'une convention, rémunération des

¹² « Ceci n'est pas un objet-frontière ! », Susan Leigh Star, Dans Revue d'anthropologie des connaissances 2010/1 (Vol 4, n° 1), pages 18 à 35

consultations ATP sur la base de quatre consultations pour une séance d'ATP, rencontres régulières et rémunérées, mobilisation d'outils ludiques, intervention d'une troupe de théâtre. En somme, des moyens importants ont été déployés et on pourrait penser que cela générerait une forme d'engagement proportionnel.

Pour ceux qui ont justifié leur désistement, c'est le manque de temps qui est majoritairement invoqué : cela concerne 19 sur 40 répondants, sachant que 39 n'ont pas répondu aux sollicitations et n'ont donc pas justifié leur retrait du projet. Les autres justifications mentionnent des problèmes personnels et la mise en place de programmes d'ETP en libéral (4 praticiens).

Ces données sont précieuses pour saisir certaines difficultés liées non seulement à la mise en place de pratiques ATP mais aussi plus largement au développement de pratiques d'ETP dans le cadre libéral. Comme évoqué précédemment, la littérature met en lumière quatre types d'obstacles au développement de pratiques ETP (Lelorain et al, 2017) : des contraintes réglementaires, des contraintes organisationnelles (dont le manque de temps), l'impact déstabilisant de l'ETP sur les pratiques médicales et le manque d'implication et de reconnaissance. L'expérimentation ATP-IDF tente de déjouer ces obstacles en offrant une rémunération aux participants, en créant une dynamique collective, en offrant des espaces de rencontre et d'échange. Tous ces éléments participent d'une forme de reconnaissance. Pourtant, le levier financier n'est pas suffisant comme en témoigne le taux d'attrition. Cette situation permet d'engager une réflexion sur ce qu'offre l'ATP, sur ce que l'ATP permet de faire ou de ne pas faire.

Si le dispositif a su mettre en place une forme d'incitation financière intéressante pour les médecins dans la mesure où il leur permet de prendre du temps rémunéré pour mener les séances d'ATP, ce levier n'est pas suffisant. Le désengagement pour manque de temps est important et jette la lumière sur plusieurs éléments.

Le premier, financier, montre que l'engagement n'est pas lié à une forme de monétisation pour les médecins expérimentateurs, il s'inscrit dans d'autres dimensions. Un autre élément concerne l'argument le plus largement invoqué : le manque de temps. L'expérimentation offre une rémunération sur la base de quatre consultations pour laisser aux médecins la possibilité de réaliser des séances ATP sur une heure rémunérée au titre de ce qu'on considère comme un rythme de consultations ordinaire. Or, réserver un créneau d'une heure pour l'ATP revient à ne pas répondre à la demande de trois ou quatre patients. Ce choix entre ATP et pratique « courante » traduit une tendance à prioriser la réponse à la demande plutôt qu'au développement de pratiques éducatives dont le médecin verrait l'intérêt pour les patients suivis. Une offre soumise à une pression qui ne cesse de s'accroître et ce pour plusieurs raisons dont les principales sont : une diminution de la population des médecins franciliens avec des départs à la retraite non remplacés, une jeune

génération qui travaille moins que l'ancienne, un taux important de réorientations professionnelles chez les internes et un contexte de pandémie de covid 19. Ces éléments, non exhaustifs, suffisent à mettre en tension l'offre de ville et ce même après le pic épidémique en raison de la déprogrammation de nombreux actes médicaux que les médecins de premiers recours doivent maintenant rattraper. En résulte, un retard de prises en charge exerçant une pression toujours plus importante sur l'offre de ville et en particulier sur les généralistes dont on peut souligner qu'ils ont été particulièrement nombreux à quitter l'expérimentation.¹³

Pourtant le dispositif ATP-IDF a su s'adapter aux difficultés soulevées par la gestion de la pandémie en remplaçant les séminaires par des webinaires. Malgré tout, la situation pandémique et les bouleversements qu'elle occasionne ont eu raison de l'engagement de la plupart des médecins expérimentateurs comme en témoigne le fort taux d'attrition de la troisième vague s'élevant à 70%. Des conséquences qui se poursuivent encore puisque le recrutement des médecins pour la présente recherche fut difficile et témoigne – comme plusieurs médecins l'ont d'ailleurs souligné lors des entretiens - d'un contexte tendu pour l'offre de ville.

Des refus significatifs à participer à cette étude des cas

Comme mentionné dans la partie méthodologique, nous avons rencontré de nombreux refus dans notre enquête. Parmi les refus, six ne donnent pas de raisons si ce n'est un simple refus de participer. Trois dont deux psychiatres, évoquent le refus probable de patients.

Huit mentionnent un manque de temps et une pression accrue sur leur activité. Quelques-uns indiquent que suite à l'expérimentation, ils préfèrent développer de l'ETP de groupes (3). D'autres ont justifié en mentionnant des raisons personnelles, l'une un congé maternité, autre un congé maladie. Enfin, certains ont arrêté leurs consultations ATP, considérant que l'expérimentation était parvenue à son terme.

Le manque de temps justifiant la majorité des refus, ces données recroisent celles issues des désistements et conforte le diagnostic dressé précédemment. D'autres dimensions apparaissent cependant. La première est le refus de l'intervention d'un tiers dans des consultations psychothérapeutiques, ce qui est étonnant quand on sait que la psychiatrie est une spécialité particulièrement ouverte aux sciences humaines et sociales. Le monde libéral serait moins ouvert à l'intégration d'un observateur au sein des consultations en raison probablement de la culture professionnelle et du colloque singulier particulièrement important dans ce mode d'exercice. L'hôpital, lieu de passage, fait intervenir un nombre

¹³ 34/79 désistements sont des médecins généralistes. **Rajouter le nombre total de med G et le nombre de désistements.**

considérable de professionnels de santé auprès du patient, ce qui en ferait un lieu ouvert à la présence d'un tiers.

En outre, certains décident d'abandonner les consultations ATP pour se concentrer sur de l'ETP de groupe.

Les nombreux refus constituent des données que nous exploiterons encore, ils mettent au jour des difficultés persistantes et un contexte tendu pour l'offre de premier recours. Cinq m'ont finalement ouvert leurs portes.

Les médecins expérimentateurs rencontrés, qui sont-ils ? Des attentes et des intentions variées

Le tableau N° 1 : Caractéristiques principales des médecins participants.

Nom du médecin et du patient	Genre	Lieu d'exercice	Spécialité	Formation ETP
Dre Paris, Mme A.	Femme et femme	Paris	Médecine Générale	Non
Dr Le Roux, Mme B.	Homme et femme	Nord parisien	Pneumologie	Non
Dre Huet, Mme C., enfant C.	Femme, femme et garçon	Paris	Nutrition	Oui
Dre Rey, Mme M.	Femme et femme	Paris	Rhumatologie	Oui
Dre Collins, Mme J.	Femme et femme	Sud parisien	Diabétologie	Oui

Les entretiens menés ont pu déterminer quelles étaient les attentes et les intentions des médecins interrogés.

Dre Paris dans l'étude de cas N° 1 a intégré l'expérimentation pour améliorer sa pratique et trouver des solutions aux difficultés liées au mode d'exercice isolé : « *Sur le côté proximité ancré dans le quotidien. C'est vraiment de l'ordre de la pratique. Confrontée à la pratique du généraliste de base qui est seul dans son cabinet, c'est comment je fais ?* » (Dre Paris, le 1^{er} mars 2022, au cabinet, Paris)

Dre Paris attendait de l'expérimentation qu'elle lui offre un cadre pour sa pratique quotidienne- le terme « proximité » a retenu son attention. Cadre qu'elle a pourtant dépassé dans la mesure où elle organise son ATP autour du syndrome d'épuisement professionnel et non autour de pathologies chroniques.

« Il y a possibilité de. Peut-être schématiser, je sais pas... peut-être quelque chose que je fais ou que je ne fais pas... en posant des questions que je ne me pose pas forcément de

voir quel était ce cadre, ce que la fiche, elle pose, des questions que je ne posais pas forcément, par exemple sur les canaux préférentiels... l'accord sur les objectifs, sur ce que la personne peut avoir exprimé une crainte par rapport à ce qu'elle va faire.» (Dre Paris, le 1^{er} mars 2022, au cabinet, Paris)

Si Dre Paris ne détermine pas précisément ce qui l'a poussé à rejoindre l'expérimentation, nous comprenons qu'elle souhaitait enrichir sa pratique quotidienne, la penser et réaliser une sorte de bilan de compétences : *« peut-être quelque chose que je fais ou que je ne fais pas... »* Ces attentes ont été satisfaites puisque les fiches réalisées par l'Irdes ont nourri une réflexion sur la relation thérapeutique : *« Ce que la fiche, elle pose, des questions que je ne posais pas forcément. »*

Dr Le Roux, lui, souhaitait non seulement explorer la dimension éducation de l'ATP mais aussi trouver un espace d'échanges entre praticiens confrontés aux mêmes difficultés.

« Que l'expérimentation m'apporterait des clés pour essayer de mieux faire ce que je faisais avant. Et puis le deuxième aspect c'est vraiment le fait que des médecins libéraux se retrouvent entre eux et discutent entre eux. » (Dr Le Roux, le 27 avril, par téléphone)

Dre Huet de l'étude de cas n°3 souhaitait améliorer sa pratique sur un point précis, celui de la communication qu'elle jugeait difficile en raison d'une posture trop directive.

« (e) Une de mes attentes c'était d'apprendre à donner la parole beaucoup plus à mes patients. D'être beaucoup moins directive, c'est mon défaut, d'arrêter de penser des solutions à la place de mes patients donc voilà de voir ce qui peut venir d'eux. »

Dre Rey de l'étude de cas n°4 souhaitait développer une pratique éducative en ville par le biais de l'ATP et voir son travail éducatif reconnu. La rétribution financière proposée par l'URPS constituait une forme de reconnaissance pour les pratiques d'ETP en ville.

« (e) Donc, c'est sûr que, là, moi, j'ai commencé les ATP dans le cadre de l'URPS donc il y a une rémunération qui va avec.» (Dre Rey, mai 2022, entretien téléphonique)

Enfin, Dre Collins de l'étude de cas n°5 souhaitait développer des pratiques éducatives en ville et rejoint ainsi les motivations de la Dre Rey. En outre, l'expérimentation de l'URPS constituait un espace d'échange avec d'autres médecins issus d'horizons et de spécialités différentes.

« (e) Je pense que l'ETP, globalement, se situe dans des cadres très précis avec des programmes thérapeutiques. Voilà ! Je pense que l'accompagnement se passe en individuel, il est beaucoup plus personnalisé. » (Dre Collins, mai 2022, entretien au cabinet)

En somme, les motivations des médecins participants à l'expérimentation de l'URPS varient en fonction de l'expérience acquise en matière d'éducation thérapeutique. Pour certains

comme Dre Paris et Dr Le Roux, l'ATP est une exploration de ce travail éducatif, l'occasion de réaliser une sorte de bilan de compétences.

Pour Dre Huet, l'ATP est l'occasion de travailler sur sa posture qu'elle juge trop directive. Enfin pour Dre Rey et Dre Collins, l'ATP est une forme de reconnaissance d'un travail éducatif réalisé en ville. Déjà formées à l'ETP, elles souhaitent poursuivre l'ETP en libéral. L'ATP est pour elles, une reconnaissance institutionnelle et financière de ce travail.

Les attentes de ces médecins vis-à-vis de l'expérimentation ont été au moins partiellement satisfaites puisqu'ils l'ont tous poursuivie. Ce n'est pas le cas de tous les médecins interrogés. Dr Petit, par exemple, cherchait un accompagnement et des ressources financières pour développer des séances d'ETP en libéral par le biais de groupes de travail. L'occasion aussi de mobiliser un réseau de professionnels souhaitant s'investir dans l'ETP en ville. « *(e) Vraiment, bah qu'on nous aide à monter les séances d'ETP en général et à trouver des solutions financières.* » (Dr Petit, mai 2022, entretien au cabinet)

Une motivation que le Dr Lefebvre, également interrogé après désistement, rejoint. Souhaitant que le travail éducatif en ville soit reconnu et valorisé, il avait rejoint l'expérimentation lors de la première vague.

« *[Quelles étaient vos attentes en intégrant le projet ?] C'était que, qu'on puisse avoir une reconnaissance euh... comment dire, de cette pratique là en libéral, avec euh, un remboursement pour les patients digne de ce nom quoi, voilà.* » (Dr Lefebvre, juin 2022, entretien téléphonique)

En définitive, les motivations et intentions des médecins semblent varier en fonction de l'expérience éducative acquise précédemment. Pour Dr Petit et Dr Lefebvre, l'expérimentation de l'URPS était l'occasion de diffuser les pratiques éducatives en ville. Des pratiques dont ils étaient déjà coutumiers. De là, la formation de l'URPS- très théorique- n'a pas pu satisfaire aux attentes de praticiens déjà acculturés au travail éducatif.

Ainsi, les parcours professionnels antérieurs apparaissent déterminants dans la formulation des intentions et des motivations des médecins à rejoindre l'expérimentation ATP-IDF. Étudier leurs modes de socialisation¹⁴ antérieurs nous permettra de rendre compréhensible les manières de faire l'ATP.

Les attentes des praticiens vis-à-vis de l'expérimentation étant variées, nous verrons comment les modes de socialisation peuvent éclairer ces variations.

¹⁴ La socialisation traduit les procédés de transmission de la culture et la façon dont les individus la reçoivent et intériorisent les normes, les rôles et les valeurs qui déterminent l'organisation de la vie sociale. (Castra, 1992). La socialisation se poursuit tout au long de la vie de l'individu, toujours inachevée, ses résultats, provisoires, sont toujours susceptibles de changer. Ainsi définie, la socialisation et ses phases successives peuvent éclairer les pratiques, les valeurs et les normes des individus.

2. Styles d'ATP et modes de socialisation des praticiens

Dans ce second temps, nous explorerons le lien entre l'hétérogénéité des pratiques, des attentes, des perceptions et les modes de socialisation de ces médecins. Les médecins expérimentateurs structurent leurs consultations ATP à l'aide d'outils, de ressources matérielles, immatérielles, issues ou non de l'expérimentation comme nous le verrons plus loin. Si les manières de faire l'ATP sont plurielles, servent-elles pour autant des objectifs différents ? Comment les objectifs sont-ils co-construits ? Le degré d'implication du patient permet-il de faire émerger des types de relations éducatives ? Comment peut-on lier pratique et mode de socialisation ? Dans quelle mesure les modes de socialisation antérieurs permettent-ils de comprendre les façons de faire l'ATP ? Nous verrons comment ces modes produisent ou non des effets sur les pratiques professionnelles.

2.1. Diversité des pratiques : des styles d'ATP articulés à des styles de relation ?

Une typologie des postures éducatives, une enquête de Géraldine Bloy

Les postures éducatives des médecins ont déjà fait l'objet de typologies (cf. les travaux de I. Baszanger, de G. Bloy) particulièrement éclairantes pour penser les positionnements des médecins généralistes en prévention primaire et saisir les processus organisateurs du travail préventif et éducatif. Géraldine Bloy décèle quatre types de relations médecin-patient dans lesquelles sont délivrés les soins préventifs : libérale, paternaliste, maternaliste protectrice et capacitante. Ces postures s'articulent à la rencontre de leur positionnement sur le degré de directivité, autoritaire ou libérale, du médecin au nom de son expertise, de son statut social et sur le degré de proximité aux patients- distance ou empathie du médecin.

	Distance au patient	Proximité empathique au patient
Conception directive de l'expertise médicale	Paternalisme (ou autorité au nom de la santé publique)	« Maternalisme » enveloppant
Conception libérale de l'expertise médicale	Information	Capacitation

Tableau 1.1 tiré de Géraldine Bloy (2015)

Ces styles relationnels sont féconds pour qui souhaite explorer les pratiques éducatives préventives et leurs déclinaisons. Ainsi, les médecins pénétrés d'une conception directive de l'expertise médicale se saisiront de la prévention sans pour autant questionner leur légitimité à le faire. Dès lors qu'ils pensent maîtriser les messages préventifs, ils avancent « *de façon déterminée et unilatérale sur les territoires de la prévention.* » et ne laissent que peu de place aux doutes sur leur capacité à se saisir de ce type de mission. La modalité directive procédant de cette conception et s'articulant à deux niveaux de proximité au patient, « *s'exerce dans une position haute et dominante du médecin par rapport au patient.* »

Ce modèle se décline en deux modalités, l'une paternaliste dans laquelle la domination « *procède davantage de logiques collectives voire bureaucratiques de santé publique, relayées par le médecin pour l'exercice d'une domination de type rationnel légal sur une population* »¹⁵ ; l'implication personnelle du médecin est alors limitée, soustraite à des logiques structurelles. Il demeure que ce dernier ne met pas à distance celles-ci et reconduit l'asymétrie des positions entre « sachant » et « patient. »

Le modèle « maternaliste », lui, correspond à une approche laissant plus de place à l'empathie et à la prise en considération de la vulnérabilité des personnes. Il demeure que les objectifs sont posés par le prescripteur, « le patient n'est pas associé à la formulation des fins bien que « *l'exploration des moyens se fasse davantage dans la compréhension et le dialogue.* » Pour autant, la bienveillance perçue de ce modèle ne remet pas en cause le déséquilibre classique des savoirs et des pouvoirs en faveur du prescripteur.

Ces deux types de relation servent un modèle préventif autoritaire dans lequel le prescripteur adopte une posture de domination qui n'a pas vocation à favoriser l'autonomie des personnes ou à penser la santé selon une approche normative qui laisserait place à une pluralité possible de conceptions de la santé.

La conception libérale est le cadre permettant de questionner la légitimité des savoirs médicaux et des médecins à intervenir sur les modes de vie que les patients ne souhaitent pas toujours remettre en cause. Pour les praticiens gardant une distance avec les patients, le cadrage préventif se traduit par une forme de laisser-faire, l'implication des médecins est alors limitée à la délivrance de messages préventifs « *sans grand travail de conviction, d'adaptation ou d'imagination.* » Le principe d'autonomie ainsi que la logique du choix individuel éclairé sont respectés et permettent une forme de distance morale vis-à-vis des comportements de santé d'autrui. Une distance qui ne prend pas en compte les déterminants de santé que sont les conditions sociales et psychiques.

¹⁵ op. cit. Weber, 2003, expliquer le rationnel légal et référence en biblio.

Enfin, la posture « capacitante », combinant empathie et conception libérale de l'expertise médicale semble être la plus alignée sur les recommandations et aux principes théoriques du modèle ETP. En effet, le médecin porte alors une attention particulière aux singularités des histoires et des situations concrètes des personnes et module sa pratique en fonction du niveau social perçu. Cette modalité ne marginalise pas ceux qui n'auraient pas *a priori* les capacités requises pour agir ou qui « *privilégieraient d'autres normes de santé. [...] Alliant logique du soin et logique du choix (Mol 2009), elle semble représenter un idéal pour une médecine démocratique et sociale.* »

Partant du principe que cette typologie des positions des généralistes en matière de prévention constitue une clé heuristique pour penser la diversité des pratiques ATP, l'enjeu est alors de rapprocher nos études de cas de cette typologie. Notons que ces assignations ne prennent pas en compte la dynamique interne de la relation thérapeutique pouvant passer successivement d'une forme à l'autre.

En outre, les entretiens nous permettront de saisir comment les médecins conçoivent l'expertise médicale. Les observations, elles, seront utiles pour confronter les discours aux consultations. Le décalage entre ce que disent les médecins qu'ils font, ce qu'ils veulent faire, et ce qu'ils font concrètement est particulièrement éclairant pour comprendre les processus à l'œuvre dans l'organisation de l'ATP.

2.2. Une variation de pratique à l'aune des modes de socialisation des médecins

Nous avons recueilli certaines informations relevant de caractéristiques sociales des interviewés. Pour certains médecins, le recueil n'a pas pu être réalisé par réticence (Dre Paris) ou par manque de temps. (Dre Collins)

Tableau N° 2 : Les caractéristiques sociales des médecins participants

Nom	Spé/ Conventionné	Âge	Lieu et Exercice	Maître de stage	Formation antérieure ETP/ Pratique ETP	Formations antérieures Engagement associatif	Thème thèse Méd	Enfants	Conjoint. e	Profession parents
Dre Paris	Santé communautaire et ensuite Méd générale Secteur 1	Entre 50 et 65	Paris Cabinet seule	Non	Non	Anthropologie Mémoire sur l'empathie, citation Paulo Freire	NC	2 dont une en méd	NC	NC mais non médical
Dr Le Roux	Pneumologue Secteur 1	Entre 35 et 50	Nord Parisien	Non	Non	Groupe travail HAS, thème	Impact des comorbidités dans la prise	1, 7 ans	Séparé	Père : Prof de maths

			Cabinet partagé			activité physique	en charge du cancer du poumon		Psychologue	Mère : Pharmacienne
Dre Huet	Méd G puis Nutritionniste Secteur 1	62	Paris Mixte libéral et Hôpital dans prog ETP	Non	Oui Oui	PRESCRIRE- GROS- DU nutrition	NC	21 ans- 24 ans	Séparée Conjoint actuel : Avocat libéral	Père : ouvrier du bâtiment Mère : Secrétaire médicale
Dre Rey	Rhumatologue Secteur 2	56	Paris Mixte libéral-hospitalier	Non	Oui Oui	Process Com Membre URPS Présidente coordination défense du territoire de santé Interventions sur CNews	NC	Oui	Conjoint consultant	Père : instituteur coranique Mère : femme au foyer
Dre Collins	Diabétologue Secteur 1	?	Paris Sud Mixte libéral-Hospitalier	Non	Oui Oui	NC	NC	NC	NC	NC

Comme évoqué précédemment, nous remarquons que deux médecins n'ont pas suivi la formation initiale à l'ETP. En effet, en intégrant le projet de l'URPS Dre Paris et Dr Le Roux souhaitaient explorer la dimension éducative de l'activité du médecin. Une motivation que nous pouvons lier à des formes de socialisation antérieure puisque Dr Le Roux fut élevé par un père professeur de mathématiques, Dre Paris, elle, travailla au sein d'un département de médecine préventive avant de devenir généraliste.

Les trois autres médecins ont suivi la formation initiale à l'ETP. L'ATP était pour elles, l'occasion d'améliorer leur posture éducative pour Dre Huet, de diffuser les pratiques éducatives en ville pour Dre Rey et Dre Collins.

Dans cette mesure, la formation à l'ETP en tant que socialisation secondaire joue un rôle crucial dans la trajectoire professionnelle de ces médecins souhaitant étendre le travail éducatif à un mode d'exercice hors de l'hôpital. Dre Paris, elle, déjà acculturée à la dimension préventive de la médecine, prolonge cette forme de socialisation secondaire en intégrant l'expérimentation. Enfin, Dr Le Roux prolonge une forme de socialisation primaire en explorant la dimension éducative de sa pratique. Si les trajectoires professionnelles sont socialement situées, qu'en est-il de la pratique de l'ATP ? Dans la mesure où les praticiens

choisissent les patients pouvant en bénéficier, comment le recrutement s'opère-t-il ? Nous verrons ici comment la sélection des patients s'opère sur la base de caractéristiques sociales faisant de la pratique de l'ATP une pratique professionnelle socialement située.

Critères de sélection des patients bénéficiant de la démarche ATP

L'expérimentation ATP laisse les médecins libres du recrutement des patients pouvant bénéficier d'un accompagnement thérapeutique. Ainsi, ils peuvent choisir parmi leur patientèle ceux et celles qui pourraient intégrer le programme expérimental. La question de la sélection s'accompagne d'une question centrale : sur quels critères le recrutement s'opère-t-il ? De là, une forme de sélection sur la base de caractéristiques sociales accompagne l'entrée des patients dans l'ATP. Il y aurait donc des patients « aptes » et « inaptes ». Comment l'ATP favorise-t-il un type de patients ?

Les modalités de recrutement ont été abordés dans quatre entretiens- Dre Huet en intégrant l'ATP ne parle pas de sélection mais d'accompagnement plus ou moins réussi sur la base de certains éléments sociaux rejoignant les critères de sélection des autres médecins. En termes de critères, les entretiens montrent que les capacités langagières sont déterminantes. En témoignent les extraits suivants :

« La langue n'est pas aisée pour la dame que vous avez vue sortir parce que c'est quelqu'un qui a des lombalgies chroniques post intervention. C'était trop compliqué en termes de pouvoir poser les choses et proposer des exercices, de rencontrer des gens. » (Dre Paris, mars 2022, à son cabinet)

« (E) [Et les raisons que vous avez identifiées qui finalement pourraient empêcher cet accompagnement, ce serait ?] Alors, premièrement barrière linguistique (...) » (Dr Le Roux, avril 2022, entretien téléphonique.)

La langue en tant que critère d'exclusion est évoquée par Dre Paris et Dr Le Roux, deux médecins qui n'ont pas suivi la formation ETP, et qui ont opté pour une forme d'accompagnement dans laquelle l'écoute a une place centrale donnant une coloration psychologique à leur pratique et supposant que les patients possèdent des compétences autonarratives.

Le deuxième critère fondamental pour les médecins interrogés est ce que certains appellent le niveau éducatif soit le niveau de littératie en santé- la capacité de comprendre une information concernant sa santé, de l'utiliser et de la transmettre. Les extraits suivants rendent compte de cet élément déterminant pour le recrutement :

« (e) Deuxièmement, niveau éducatif. Ce qui est une chose assez différente, vous pouvez parler le français mais avoir arrêté en sixième. » (Dr Le Roux, avril 2022, entretien téléphonique)

« (e) Voilà ça c'est des patients... mais les difficultés sociales, psychologiques, voilà... on peut pas... des fois... d'éducation aussi. » (Dre Huet, avril 2022, à son cabinet.)

« Elle est française. Mais bon, je pense qu'elle n'a pas été beaucoup à l'école et que ... Voilà ! Elle était femme de ménage et que ... Voilà ! (Dre Collins, mai 2022, à son cabinet)

Enfin, un troisième critère de sélection primordial gravite autour de ce qu'ils nomment la personnalité du patient dont la motivation fait partie. Les extraits suivants abondent dans ce sens de façon plus ou moins explicite :

« (e) Où sont des potentialités ? Qu'est-ce que je peux exploiter sur un disque ? Qu'est-ce que la personne va pouvoir utiliser d'elle-même ? » (Dre Paris, mars 2022, à son cabinet)

« La personnalité du patient, tout le monde n'a pas... hésitations n'est pas dans la même situation de se sentir l'énergie, le courage, la confiance pour changer. » (Dre Huet, avril 2022, à son cabinet)

« (e) Alors, il y a la personnalité, le profil personnalité du patient. Je pense que c'est la plus grande difficulté. » (Dre Rey, mai 2022, entretien téléphonique)

En somme, les trois critères les plus souvent retenus par les praticiens expérimentateurs sont : les capacités langagières, la littératie en santé et la personnalité des personnes. Ces caractéristiques sont d'ordre social puisque le processus de socialisation détermine largement les capacités de langage et de littératie. Quant à la personnalité issue du processus de socialisation primaire, elle recoupe de nombreux aspects implicites de l'ordre des valeurs, des préférences et des conviction personnelles. Selon un adage courant dans le milieu médical, les patients ressemblent à leur médecin. Sans doute est-ce là une conséquence de cette sélection sociale qui s'opère plus ou moins implicitement dans le recrutement de la patientèle.

Ces principaux critères de recrutement sont complétés par des critères plus singuliers liés aux styles d'accompagnement tels que la pathologie ou encore le type de difficultés rencontrées par le ou la patient.e. Ce dernier critère constitue un point de bascule : quand le suivi « normal » ne permet pas de sortir d'une situation jugée difficile, l'ATP peut être un moyen pour le praticien et le patient de sortir de celle-ci. C'est l'approche « pas de côté » promue par la Dre Rey qui en sortant de l'aspect biomédical de la pathologie, aborde ses dimensions psychosociales.

« (e) Mais dès que je sens que, pour certains, cela bute ou que ce n'est pas cela ou que la problématique est plus complexe parce qu'il y a d'autres comorbidités personnelles,

psychologiques ou maladies, d'autres maladies ou d'autres préoccupations. » (Dre Rey, mai 2022, entretien téléphonique)

Nous le voyons, ces médecins sont en marge du modèle dominant : à l'écoute, investis dans leur rôle social, désireux de changer de pratique et adoptant une posture réflexive. Dans quelle mesure les modes de socialisation antérieurs peuvent-ils être pertinents pour penser la marginalité des médecins interrogés ?

2.3. L'ETP et l'ATP, des instances de socialisation en tension ? Les effets des processus de socialisation

L'étude de la socialisation vise à comprendre comment les dispositions individuelles- la manière d'agir et de penser- se construisent au gré d'un processus continu disposant d'une phase primaire et d'une phase secondaire. La sociologie de la socialisation *s'intéresse* « *aux déterminations sociales que sont les apprentissages et leurs contextes, le passé social des individus et les influences présentes qui s'exercent sur eux.* » (Darmon et al., 2018) Ici nous essayerons de répondre à la question suivante : Pourquoi les médecins que nous avons observés adoptent-ils telle ou telle pratique ?

Muriel Darmon le souligne, dans les années 1950-1960 la sociologie américaine s'est intéressée aux effets des formations en termes de socialisation. Les études médicales sont au centre des recherches sur les socialisations professionnelles, celles-ci privilégient l'effet formateur de ces études laissant de côté les effets des socialisations antérieures. Berger et Luckmann, ensuite, aborderont ces questions en donnant une importance particulière au processus de socialisation dans sa globalité articulant ainsi les deux moments de socialisation que sont les socialisations dites primaire et secondaire. L'accent est mis sur l'intériorisation des mondes sociaux dans lesquels l'individu évolue. La question est pour eux de voir comment la socialisation secondaire traite avec un moi déjà constitué dans la phase de socialisation primaire. Ce qui est différent que d'observer les transformations individuelles au regard du passage d'un monde social vers un autre. (Darmon et al., 2018) Aborder ce passage interroge comment des types de déterminations sociales différents interagissent. La socialisation professionnelle est considérée comme un de ces passages. Elle va s'exercer sur des individus déjà « *dispositionnellement constitués* » c'est-à-dire dont les dispositions issues de la socialisation primaire ne peuvent être transformées ou détruites sans un contexte ou une action particulière. L'idée défendue par la sociologue est celle de l'effet potentiellement transformateur des mondes professionnels sur les dispositions individuelles. À ce titre, les travaux de Muriel Darmon sur les élèves de classes préparatoires montrent comment les pratiques professionnelles de l'institution transforment

ses destinataires- des travaux qui rejoignent ceux sur les patientes anorexiques et les centres d'amaigrissement.

C'est une des questions que soulèvent nos travaux dans la mesure où l'expérimentation se construit autour d'une formation dont nous avons déjà esquissé les grandes lignes dans la première partie de ce travail. Ici, nous questionnerons les effets de l'expérimentation ATP-IDF sur les médecins participants. De quel ordre sont-ils ?

Pour répondre à cette question, nous nous intéresserons aux changements de pratique perçus par les médecins depuis leur entrée dans l'expérimentation ATP-IDF. La perception des médecins participants à la recherche sera complétée de celle des patients.

2.4. Des pratiques professionnelles en transformation ? Une perception différenciée

La partie suivante cherchera à répondre à l'une des questions centrales de ce travail laquelle investigate les effets de l'expérimentation sur les pratiques professionnelles des médecins interrogés.

Quels changements les médecins ont-ils perçus depuis l'entrée dans l'expérimentation ? Comment les patients perçoivent-ils ces changements ? De quel type sont-ils ? Relationnel ? Postural ? Structural ? Dans un souci d'efficacité et de lisibilité des résultats, nous les consignons dans le tableau ci-après.

Tableau N°3 : Changements perçus de pratique

Numéro du cas	Nom médecin	Verbatim	Type de changements perçus
	Nom patient		
Cas n°1	Dre Paris	« C'est de ne pas considérer qu'il y a une proximité culturelle avec des gens et pas d'autres. » « Le fait de tenter de préciser des objectifs. Où est ce qu'on va finalement dans cette consultation qui, du coup, n'est pas tout à fait une consultation ? » (Dre Paris, le 1 ^{er} mars 2022, à son cabinet)	CHANGEMENTS RELATIONNELS / Changements de la perception de la relation médecin- patient
	Mme A.	« Toutes les consultations, c'est pareil. Il y avait trop de questions qu'elle m'avait posées sur comment je me sens. (...) beaucoup de questions psychologiques. » (Mme A., le 8 mars 2022, par téléphone)	Pas de changements perçus dans la pratique de la Dre Paris. Relation récente (moins de 6 mois), prise en charge exclusivement AT la patiente ne fait pas la distinction entre les deux.
Cas n°2	Dr Le Roux	« Je pense que je me suis vraiment... qu'il y a vraiment un truc, pour ce qui me concerne, qui m'a stupéfié, c'est posez une question plus ou moins ouverte, vous écoutez	CHANGEMENTS RELATIONNELS / Changements de la perception de la relation médecin- patient

		avec sympathie et ça change tout. <i>Rires.</i> » (Dr Le Roux, le 27 avril 2022, par téléphone)	
	Mme B.	« Et grâce [à la consultation] au samedi ? Vous pensez que c'est grâce au samedi ? Ah oui, oui, parce que le samedi, je pouvais lui dire tout ce que j'avais sur le cœur, tout ce qui n'allait pas, tout ce que... tout ce que... tout ce que j'avais qui ne sortait pas... » (Mme B., le 22 avril, dans le nord parisien)	Changements perçus dans la pratique du Dr Le Roux au niveau de la compétence d'écoute du praticien.
Cas n°3	Dre Huet	« Je pense qu'elle s'est améliorée. » « Sur les démons, sur la communication, plus que sur l'attitude. Moi j'ai toujours été comme ça voilà : dans l'accueil, dans l'énergie. <i>Hésitations.</i> Dans l'échange. Une de mes demandes, une de mes attentes c'était d'apprendre à donner la parole beaucoup plus à mes patients. D'être beaucoup moins directive, c'est mon défaut, d'arrêter de penser des solutions à la place de mes patients donc voilà de voir ce qui peut venir d'eux. »(Dre Huet, le 4 mai 2022, à son cabinet)	Amélioration des compétences d'écoute. Pas de changement radical de pratique mais une progression dans la posture notamment.
	Mme C.	« Pour moi, c'était vraiment complet, je n'allais pas juste voir quelqu'un qui allait me parler de légumes ou voilà. » (Mme C., le 5 mai, par téléphone)	Relation récente, deuxième consultation. Légitimité de la Dre Huet se trouve dans l'examen clinique et non uniquement dans les pratiques éducatives.
Cas n°4	Dre Rey	« Du coup, j'essaie de ne jamais mettre les patients dans une situation de conflit en disant : « Mais c'est n'importe quoi ! » Non, c'est leur choix ! Mais cela, bon, il faut un certain niveau d'expertise et de maturité pour pouvoir accepter cela. » (Dre Rey, mai 2022, par téléphone)	Pas de changement perçu avec l'expérimentation. Elle parle de changement d'attitude imputable à l'expérience et à un gain de maturité.
	Mme M.	« Donc, je pense que cela dépend plus de moi que du médecin et c'est vrai qu'il y a des moments où je ne veux plus boire de médicaments, je ne veux plus du tout, je dis que cela ne sert à rien et j'arrête. Même si j'ai des douleurs, j'arrête. Et après, quand je ne supporte plus du tout, je reviens. » (Mme M., mai 2022, au cabinet de la Dre Rey)	Pas de changement perçu depuis expérimentation ATP
Cas n°5	Dre Collins	« Je m'observe moi-même entre le moment où j'étais jeune médecin et j'ai vieilli, je pense que mes pratiques ont aussi beaucoup évolué entre les choses directives : « Il faut faire ceci, cela » et puis, en voyant que la vraie vie, elle est un peu différente, je pense qu'il y a un peu plus de tolérance et de compréhension. » « Je me suis rendue compte que, globalement, on peut faire l'accompagnement thérapeutique sans que le patient passe 7 jours à l'hôpital dans le cadre d'une hospitalisation. »(Dre Collins, mai 2022, à son cabinet)	Changements relationnels et de posture imputés à l'expérience, à la maturité. Changement de perception sur la gestion du travail médical avec possibilité de faire de l'accompagnement en ville.
	Mme J.	(E) Donc, ce qui a changé dans celle-ci, cela a été l'absence d'examen ?	Pas de changements d'attitude perçus depuis entrée dans l'expérimentation. La consultation

	<p>(e) Oui, voilà, où là effectivement, elle ne m'a pas ... D'habitude, elle me pèse ...</p> <p>(E) Et la dernière fois, elle vous a posé des questions qu'elle vous pose habituellement ?</p> <p>(e) Oui, oui, oui, dans l'ensemble, ouais. A part là, elle est revenue sur l'historique mais pas forcément.</p> <p>(E) D'accord ! Donc pour vous, ce n'était pas une consultation qui était très différente, si je résume ?</p> <p>(e) Non, non, non! Non, non! (Mme J., juin 2022, par téléphone)</p>	<p>n'est pas perçue comme différente de d'habitude. Seul l'examen clinique est absent.</p>
--	--	--

À la lecture du tableau, nous constatons que l'expérimentation a influencé l'ensemble des médecins et ce à différents niveaux. Pour certains, le changement est profond puisqu'il touche à la représentation, au regard porté sur la relation médecin-patient. Ce changement que l'on pourrait qualifier de *prise de conscience* concerne Dre Paris et Dr Le Roux. Les patientes interrogées louent la compétence d'écoute de ces praticiens et confirment en partie ce que perçoivent les deux professionnels. Les observations vont dans ce sens puisque les consultations arboraient une coloration psychologique dans la mesure où les démarches d'accompagnement s'organisaient autour des récits des patientes (cas n°1 et cas n°2) et d'exercices de relaxation. (1)

Pour les trois autres médecins, Dre Huet, Dre Rey, Dre Collins, les changements sont moins évidents. D'ailleurs, ils préfèrent parler d'une pratique qui s'est améliorée plutôt que d'une réelle transformation. En outre, cette amélioration n'est pas toujours imputée à l'expérimentation ATP-IDF. Pour Dre Rey et Dre Collins, elle est le gain d'une longue expérience tandis que pour Dre Huet, la formation de l'URPS a été l'occasion de régler ce qu'elle appelle « *ses vieux démons* » à savoir la communication avec les patients. Une fois de plus, c'est la compétence d'écoute qui est renforcée par la formation ATP.

De la même façon, les patientes ne perçoivent pas de changements dans la structure des consultations ou dans la posture des praticiens. Elles témoignent pourtant d'un lien privilégié de longue date pour les cas n°4 et n°5 et montrent que les bénéfices de ces relations sont multiples : renouvellement rapide des prescriptions (cas n°5), investigation conjointe de solutions thérapeutiques en lien avec une incertitude médicale (cas n°4).

Au regard des modes de socialisation antérieurs, le lien avec la formation ETP en tant qu'instance de socialisation apparaît pour les trois médecins déjà rompus au travail éducatif. En revanche, pour les médecins des cas n°1 et n°2, la formation ETP n'a pas été suivie, ce qui peut expliquer l'idée d'une transformation de la manière de concevoir la relation médecin-patient- idée qui n'apparaît pas pour les trois autres puisqu'elles évoquent une amélioration de leur pratique imputée à l'expérience professionnelle.

Par conséquent, le degré d'influence des formations est plus important pour les novices de l'ETP qui y voient un effet de transformation du regard sur la relation médecin-patient. La relation est au service du soin, le patient n'est plus objet du travail médical et éducatif mais sujet. Et c'est la compétence de l'écoute renforcée par la formation ATP qui devient un outil permettant de structurer la nouvelle relation. Pour les médecins ayant déjà suivi la formation ETP, l'expérimentation ATP agit comme un renforcement de ce qu'ils savent déjà. Dr Lefebvre et Dre Petit l'évoquaient en partageant les raisons de leur désistement :

« Bah euh disons que je suis formé à, on va dire à ces techniques depuis plus de vingt ans. Donc, ça..., c'est vrai que je n'ai absolument rien appris dans, dans, en tout cas dans les sessions de formations qui ont eu lieu. » (Dr Lefebvre, juin 2022, au téléphone.)

« [Est-ce que ça a répondu à vos attentes ?] (e) Non... Bah non, fin voilà, c'est-à-dire que du coup, parce ce que j'avais l'impression que c'était plus un équivalent de formation ETP. » (Dre Petit, mai 2022, à son cabinet)

En définitive, les effets de formation de l'expérimentation ATP-IDF sont inégaux. Ils sont tributaires des formations antérieures en tant qu'instances de socialisation dont il est important de rappeler qu'elles sont nombreuses. À ce titre, pour les médecins, ces instances servent un processus de socialisation professionnel long et dont l'influence est très importante tant elle exige un engagement fort et de longue haleine de la part des étudiants : formation initiale, puis parcours de spécialisation en médecine générale ou dans une autre spécialité médicale (44 au total). Après l'obtention de la thèse d'exercice, les médecins sont sollicités par pléthore d'organismes issus de nombreuses disciplines et doivent régulièrement actualiser leurs connaissances considérées comme obsolètes au bout de sept ans.

Les médecins interrogés sont particulièrement actifs à ce niveau-là et pour tous, l'expérimentation ATP n'est pas la première formation hors études médicales suivie. À ce titre, nous pouvons citer le PROCESS COM suivi par Dre Rey qui s'inspire des outils du management pour améliorer la communication, les études en sciences humaines de Dre Paris, les nombreux DU en nutrition de Dre Huet, les groupes de travail de l'HAS de Dr Le Roux et les formations ETP pour trois d'entre eux, Dre Huet, Dre Rey, Dre Collins.

De là, on peut difficilement envisager l'expérimentation comme un projet de contre socialisation suffisamment fort pour opérer une conversion c'est-à-dire remplacer des dispositions professionnelles par des nouvelles. Les effets de socialisation de la formation sont donc à relativiser. En résulte que pour ceux qui ne sont pas formés à l'ETP, les effets seront plus forts que pour ceux déjà acculturés au travail éducatif par le biais de la formation

ETP. Ainsi, les novices structurent, se saisissent de l'écoute dans une plus grande mesure que les trois autres qui voient leurs dispositions renforcées par le dispositif.

3. A quoi ressemble l'ATP ? Une illustration de la diversité des pratiques

Comment les professionnels se saisissent de cet objet-frontière, y-a-t-il un dénominateur commun ? Quelles sont les caractéristiques de l'accompagnement thérapeutique de proximité

La grille d'observation placée en annexe s'attache à rendre compte des éléments objectifs auxquels j'ai été attentive à chaque consultation. Ces éléments sont fondamentaux dans la mesure où ils servent de base à l'analyse comparative des pratiques éducatives développées en consultations.

Afin d'exploiter au mieux les données recueillies, notre méthode d'analyse cherche à débusquer les similarités entre les cas, l'objectif est de construire des catégories relatives aux pratiques d'accompagnement thérapeutique de proximité. Ces pratiques appartiennent à un même type d'activité, l'ETP. La question est alors de comprendre les caractéristiques de la démarche d'ATP, ses particularités par rapport à l'ETP d'une part, et la diversité des manières de faire d'autre part.

3.1. Des pratiques éducatives hétérogènes : Structure et formalisme des consultations

Les observations menées ont fait état d'une grande hétérogénéité dans la mise en œuvre des séances ATP. Le degré de formalisme d'une consultation ATP peut se penser selon les paramètres suivants, identifiés au fil de l'immersion sur le terrain :

- Qu'est-ce qui est du biomédical ? Qu'est-ce qui est de l'éducatif ?
- Formulation (ou non ?) d'un objectif par le médecin et/ou le patient, forme de finalité du parcours ATP.
- Demande ou non du consentement du patient à une approche ETP et explicitation de l'expérimentation ATP.
- Identification d'un thème d'ATP opérant une sélection des patients bénéficiant de la démarche d'accompagnement.
- Facturation de la consultation.
- Durée de la consultation supérieure ou non à une consultation ordinaire d'environ 20mn
- Examen clinique.

- Identification d'étapes dans la consultation, étude de la dynamique.

Tableau N°4 : Formalisme des consultations ATP observés

N° étude de cas	Durée consultation supérieure à 20mn (durée consultation classique)	Facturation consultation classique	Demande du consentement pour entrer dans la démarche ATP	Thème choisi pour l'ensemble de la démarche ATP	Examen clinique / attention aux données biologiques	Prescription	Total				
Cas n°1	Oui, 1h	Oui	Non	Oui, souffrance au travail	Non	Oui	3 critères ATP 3 critères CC				
Cas n°2	Oui, 1h	Non	Oui	Oui, activité physique	Non	Non	6 critères ATP 0 critères CC				
Cas n°3	Oui, 45mn	Oui	Non	Non	Oui, complet (poids, taille, tension, constantes)	Oui	1 critères ATP 4 critères CC				
Cas n°4	Oui, 1h	Oui	Oui	Non	Oui, palpation des articulations	Oui	2 critères ATP 4 critères CC				
Cas n°5	Oui, 1h	Non	Non	Non	Oui	Oui	3 critères ATP 3 critères CC				
Légende											
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; background-color: #92d050;"></td> <td>Critère relevant d'une démarche ATP</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; background-color: #f4a460;"></td> <td>Critère relevant d'une consultation classique</td> </tr> </table>									Critère relevant d'une démarche ATP		Critère relevant d'une consultation classique
	Critère relevant d'une démarche ATP										
	Critère relevant d'une consultation classique										
CC = Consultation classique											
ATP= Accompagnement thérapeutique de proximité											

Afin de penser le degré de formalisme de l'ATP, nous avons décidé de distinguer trois degrés différents correspondant au nombre de critères relevant de l'ATP et de la pratique courante. En ce sens, les consultations présentant zéro-un critère ATP sont considérées comme très peu formalisées, celles possédant deux critères ATP sont considérées peu formalisées, celles avec trois ATP sont modérément formalisées et, enfin, celles avec plus de trois critères sont très formalisées.

Cas n° 1, Docteur Paris et Madame A., formalisme modéré

La consultation a lieu dans le cabinet de Dre Paris (75), le lieu est moderne, très soigné, neuf. Rien n'indique que Dre Paris s'investit dans une démarche éducative. Madame A., CSP+, est en arrêt maladie depuis décembre pour syndrome d'épuisement professionnel, le parcours ATP a débuté à ce moment-là. La séance ATP a duré 1h03 et a été facturée

le prix d'une simple consultation « à savoir 25 euros. Dre Paris formule deux objectifs à la consultation : *« On va voir deux points aujourd'hui : prolongation arrêt maladie et les antidépresseurs, vous êtes sur une limite, possibilité médicamenteuse »*.

Ces objectifs clairement énoncés sont des actes médicaux, prescriptifs. L'expérimentation ATP n'est pas évoquée, la démarche éducative non plus. Le parcours, lui, est engagé pour lutter contre la souffrance au travail et ses symptômes : stress incapacitant, symptômes dépressifs etc... Dans l'entretien avec Dre Paris, nous comprenons qu'elle utilise le thème de la souffrance au travail pour tous les patients suivis. Si la souffrance au travail n'est pas abordée comme une maladie chronique, Dre Paris décide néanmoins d'explorer ce syndrome au cours des consultations ATP. L'ATP devient alors un moyen d'appréhender l'incertitude médicale et de proposer des solutions à une forme de maladie professionnelle relativement nouvelle et pour laquelle les protocoles de prise en charge sont encore peu nombreux.

Pour mener à bien ce projet, la séance observée a pu prendre à certains égards la forme d'une consultation classique : positions dans la pièce conformes à ce qu'on attend d'une consultation médicale, le médecin est derrière son bureau, pianote énergiquement sur son clavier, la patiente lui fait face. La consultation était formelle, structurée par les questions de Dre Paris et par les nombreuses reformulations des réponses de la patiente. La première partie commence par une question ouverte visant à solliciter la parole de la patiente : *« Comment allez-vous ? »*, première phrase prononcée par la médecin ouvrant officiellement la consultation. Dre Paris regarde sa patiente, droit dans les yeux et se penche légèrement sur son bureau, vers elle. La patiente répond que ça va, qu'elle a des entretiens cette semaine et elle a fait du sport, du crossfit pour la première fois. (Note d'observation)

Dre Paris rappelle le contenu de la dernière rencontre, quinze jours avant, demande si hormis la fatigue, elle ressentait d'autres symptômes physiques. À de nombreuses reprises, elle cherche les manifestations physiques du stress pour explorer l'aspect somatique, biomédical. Madame A. parle lentement, ne répond pas toujours aux questions exploratoires posées par la Dre Paris. L'autre enjeu de cette première partie est de faire le point sur les autres rdvs médicaux pris pendant l'arrêt maladie.

Récapitulons, d'autres rdv ? Possibles grâce à l'arrêt maladie ?

Oui, kiné, chiropracteur. (Note d'observation)

La deuxième partie débute au moment où Dre Paris énonce les objectifs du jour.

On va voir deux points aujourd'hui : prolongation arrêt maladie et les antidépresseurs, vous êtes sur une limite, possibilité médicamenteuse. (Note d'observation)

Dans ce mouvement, Dre Paris revient sur des exercices destinés à réduire le stress. Ici, l'accompagnement prend une forme scolaire, Dre Paris explique comment la pratique

attentionnelle active basée sur l'autohypnose est un outil thérapeutique efficace pour combattre stress et anxiété :

Vous faites toujours les exercices avec les couleurs ? Avec la couleur rouge ? (Note d'observation)

Dans le troisième temps fort, l'objectif est de trouver comprendre pourquoi Madame A. ne parvient pas à réaliser ce qu'elle souhaitait mettre en œuvre. Des questions exploratoires, souvent fermées, parfois ouvertes, mènent la consultation.

Dans la quatrième partie, Dre Paris propose un exercice d'hypnose à la patiente. Cette dernière accepte.

Donc vous avez des exercices autohypnose tout trouvés. Vous pouvez lancer des images agréables car vous pouvez envoyer des images désagréables, c'est la même chose. Explication sur l'hypnose. Vous êtes partante ? (Note d'observation)

Au sortir de l'exercice, Dre Paris explique ce qu'elle vient de **proposer** à la patiente et sur quoi l'hypnose se fonde. Il y a une forme pédagogique explicite, l'exercice est accompagné d'explications.

Dans la dernière partie, Dre Paris prolonge l'arrêt de la patiente, reprogramme une consultation un mois plus tard. La patiente demande aussi des prescriptions pour des radios et un test pour dépister une éventuelle allergie au gluten. Dre Paris refuse cette dernière demande car il n'y a selon elle pas de tableau clinique justifiant cet acte médical.

En somme, la séance a profité d'un formalisme modéré dominé parfois par une forme scolaire dans la mesure où la démarche de la Dre Paris intègre de manière explicite l'apprentissage de techniques que la patiente pourra reproduire ensuite. Pourtant, si les exercices s'inscrivent dans un ETP scolaire, l'exploration de thérapies alternatives est en marge des pratiques technoscientifiques courantes.

Cas n°2, Dr Le Roux et Mme B., formalisme strict

La consultation a lieu dans le cabinet du Dr Le Roux dans le centre de cardiologie où il exerce. Dr Le Roux est pneumologue et suit Madame B., 68 ans, pour un asthme sévère depuis une dizaine d'années. La consultation ATP intervient plus d'un an après la fin du parcours d'accompagnement, l'objectif était de faire une forme de bilan au terme d'un cycle ATP considéré par le médecin comme réussi- Dr Le Roux ne suivait plus de patient au moment de la collecte des données. Mme B. a accepté de venir, sans doute en signe de reconnaissance.

Loin du cabinet cosy du Dre Paris, j'arrive dans un centre de santé dégradé, vétuste. Le bureau est grand, non décoré. Mme B. et Dr Le Roux se font face. La consultation a duré

une heure et n'a pas été facturée. Aucune consultation d'ATP n'est facturée par ce médecin. Elles sont normalement réalisées le samedi matin, jour sans consultations ordinaires. Les patients savent que ces séances particulières s'inscrivent dans le cadre d'une expérimentation, Dr Le Roux demande leur consentement.

Pour organiser ses parcours d'ATP, si le Dr Le Roux a choisi un thème récurrent pour plusieurs de ses patients, comme la Dre Paris avec la souffrance au travail, le sien suit un créneau classique de l'hygiène sanitaire : l'activité physique.

L'objectif de la séance observée n'est pas énoncé clairement :

« Il lui explique que nous participons à la même étude, que je suis là pour observer ce qu'il se passe, qu'on va faire comme le samedi, comme on faisait avant. » (Note d'observation)

La consultation articule cinq temps fort. Le premier est consacré au questionnaire donné pendant la consultation dite « ordinaire » 15 jours avant. Mme B. se voit reprocher d'avoir mal rempli le papier, l'autorité médicale se manifeste ici, une forme de domination également.

Le second temps fort ouvre officiellement la séance sur un inaugural « Comment allez-vous ? » rappelant celui du Dre Paris. Quatre relances ont été réalisées par le médecin pour cadrer la consultation sur l'activité physique avec des sujets à aborder : déplacements quotidiens, bien-être global. Pourtant c'est la patiente qui mène en quelque sorte la séance puisqu'elle dévie sur sa vie de famille, délicate par certains aspects.

Le Dr Le Roux recentre sur activité physique, retour sur le moment où elle allait mieux pour les enfants. La patiente raconte, revient sur sa famille, elle ponctue son discours de nombreux gestes et m'inclut à un moment dans la conversation. « Ce que je disais à Madame. », elle me montre. (Note d'observation)

Dans la troisième partie, Le Dr Le Roux se saisit d'une liste griffonnée sur un papier et prend point par point les éléments de la liste en attribuant à la patiente une note sur 20. La consultation prend à ce moment-là une forme scolaire du fait de cette évaluation chiffrée.

Alors premier point, comment vous allez, c'est bon. Puis ce qu'il y a à améliorer : rien, c'est 20/20. Comment va la famille, on en a beaucoup parlé. (Note d'observation)

Lors du quatrième temps fort, le Dr Le Roux continue le renforcement positif et implique la patiente dans des conseils pour l'accompagnement d'autres patients, la valorisation est très forte ici.

Et enfin, une dernière question pour ce matin. Quel conseil vous donneriez aux autres pour se bouger dit vulgairement ? (Note d'observation)

Enfin, pour conclure la consultation, le Dr Le Roux revient au questionnaire dont il était question au début de la séance. Une forme cyclique intervient et opère un retour à des

propos biomédicaux alors que la consultation s'organisait autour du récit de la patiente. Ici, cela se traduit par une démonstration d'ETP classique avec l'utilisation d'outils de mesure du souffle.

En définitive, le Dr Le Roux propose des séances ATP dotées d'un degré de formalisme important : moment dédié, non facturation, thème identifié, production de documents pour que les patients ne repartent pas « *les mains vides* » (entretien avec Dr Le Roux). L'observation fut ponctuée de moments durant lesquels Dr Le Roux revenait à des discours très techniques sur les effets de l'activité physique sur santé, montrant l'importance qu'il accorde à la légitimité issue de ces questions techniques.

Cas n°3, Dre Huet, Mme C et son enfant., très faible formalisme

Dans un petit cabinet du nord-est parisien partagé avec une psychologue clinicienne, la Dre Huet exerce une médecine spécialisée dans la nutrition. Dans la salle d'attente, pas de documentation indiquant une quelconque démarche éducative. Quand je rentre dans le bureau, je vois une vitre amovible posée sur le bureau, destinée en premier lieu à faire barrière au covid, forme de séparation matérielle et symbolique également. Cette volonté de séparation, de partage symbolique avec le patient est renforcée par le fait que la Dre Huet enlève le plexiglass pour notre entretien, le lendemain.

Au moment où la Dre Huet consulte la liste de ses rdvs, elle s'aperçoit qu'elle a confondu deux patientes, ce sera donc une séance avec un garçon de 11 ans souffrant d'obésité accompagné de sa mère, Madame M. Ici, la configuration est inédite puisque la sélection n'a pas été faite en amont dans une perspective de démonstration de l'ATP avec un patient jugé idéal ou *facile*.

Elle m'avait dit par mail que ce serait une première consultation. On sonne. Je ne sais plus si c'est à ce moment-là ou bien en regardant sur son ordi le rdv mais elle se rend compte qu'elle a confondu deux patientes. La patiente arrive accompagnée par son fils et sa fille. Ils semblent tout à fait au courant de ma présence. (Note d'observation)

Dans cette deuxième séance, Dre Huet rappelle l'objectif du suivi qui n'est pas de mettre en place un régime restrictif mais qui est de rééquilibrer l'alimentation pour que l'enfant ne prenne pas de poids. L'accompagnement n'est pas organisé autour de thèmes précis comme dans les deux premières études. L'accompagnement est incorporé à la pratique quotidienne, sans distinction stricte entre consultation ordinaire à dominante biomédicale et consultation d'accompagnement. La nutrition, traitant bien souvent des maladies chroniques liées à l'hygiène comme l'obésité, est intrinsèquement liée à l'éducation puisqu'elle vise, la plupart du temps, le changement des modes de vie.

La consultation en ville est destinée à expliquer la situation à la mère et au fils, expliquer ce que signifie manger équilibré, responsabiliser en expliquant. L'ATP arbore une forme scolaire et spontanément le petit garçon adoptait une attitude de bon élève. Dre Huet, elle, forte de la domination symbolique du pouvoir médical peut se montrer autoritaire avec Madame M. distraite par sa fille.

Le petit garçon est droit sur sa chaise, les épaules hautes, attentif. La mère, elle, a les épaules plus basses, elle est à demi tournée sur sa chaise pour garder un œil sur la petite qui s'agite à côté de moi. La petite fille s'agite, la mère détourne son attention sur elle. « Madame ! » (Note d'observation)

Quant à la dynamique de la consultation, nous pouvons la diviser en trois parties. La première récapitule le parcours de soin et ce qui avait été mis en place ou non avec les thèmes classiques de l'hygiène : alimentation, activité physique. Des éléments biomédicaux également avec l'évocation de la future hospitalisation à Trousseau à cause du foie gras diagnostiqué en Février. La deuxième partie est consacré à l'examen clinique, le premier observé dans l'échantillon, la mère est alors invitée à retourner dans la salle d'attente. C'est aussi l'occasion de renforcer la relation avec l'enfant seul. La Dre Huet explique chacun de ses gestes, les mesures effectuées, la balance, elle rappelle aussi l'objectif qui est de stabiliser le poids.

(Montrant des photos de quantités d'aliment) Ça c'est une quantité normale. J'aimerais que tu fasses les photos dès que tu manges quelque chose. C'est entre nous, ta maman a son rôle et ça, ça reste entre nous. Tu es un enfant, tu vas grandir. C'est pas facile aujourd'hui avec ta maman, ta petite sœur. Tu as besoin d'autres explications ? (Note d'observation)

Enfin, la consultation s'achève avec la présence de la mère et de la petite sœur, l'occasion ici de renforcer tout ce qui a été dit et de rappeler les conditions d'une *bonne* hygiène de vie. On a ici une dynamique cyclique avec un retour sur les thèmes d'ouverture et élaboration d'un nouvel objectif : inscrire l'enfant à un stage sportif pour les vacances.

En somme, le degré de formalisme des consultations ATP est très faible dans la mesure où la pratique de l'accompagnement est intégrée à la pratique courante et ne fait donc pas l'objet d'un aménagement particulier. Pour la Dre Huet, ainsi qu'elle l'explique en entretien, l'accompagnement passe par l'explication des gestes pendant les consultations, par la prise en compte de l'environnement social également, par l'éducation à l'hygiène. Le bilan médical complet sera pris en charge par l'hôpital Trousseau, elle rédige une lettre d'adressage et prescrit un bilan sanguin. La démarche est préventive, éducative, s'adresse à l'enfant et à son entourage – la Dre Huet facture à ce titre deux consultations – et affirme par cette approche la prise en charge de l'environnement du garçon reconnaissant la dimension sociale et environnementale de la maladie.

Cas n°4, Dre Rey et Madame M., faible formalisme

Pour cette quatrième étude de cas, je me suis rendue dans le centre de Paris, cabinet conventionné secteur 2, le premier de l'échantillon. La décoration est bourgeoise avec une bibliothèque dans la salle d'attente, il n'y a pas non plus de documentation sur l'ETP. Ici, les ouvrages ne sont pas médicaux : peinture, art, littérature, histoire. Des affiches d'exposition habillent les murs. Cette proximité avec des formes culturelles valorisées par les classes supérieures participe d'une forme de domination culturelle et symbolique.

Une position dominante dont j'ai pu apprécier l'autorité au début de la consultation comme en témoigne le passage suivant :

Je veux me positionner derrière la patiente, comme je l'ai fait avec les autres. Rey refuse, je serai à côté d'elle face à la patiente, non négociable. (Note d'observation)

Notons que c'est aussi le premier médecin qui portait une blouse blanche floquée du CHU de La Pitié et qui rend ainsi visible une double activité, hospitalière et libérale.

La patiente, Mme M. souffre de polyarthrite rhumatoïde et connaît la Dre Rey depuis des années. La maladie est stabilisée mais la douleur persiste, insupportable. Le but de la consultation est de trouver une solution à ces douleurs persistantes qui ne trouvent pas de cause biomédicale puisque toutes les analyses montrent une maladie contrôlée. Dre Rey et Madame M. se connaissent depuis des années, la dernière consultation datait du mois précédent. Ici, je n'avais pas l'impression d'être dans une consultation très formalisée dans le sens où il y a eu un examen clinique avec palpations des articulations, et des prescriptions pour des analyses médicales. Pourtant, je retrouve certaines caractéristiques observées dans les autres consultations : durée d'environ 1h, investigation autour du mode de vie pour déterminer l'influence de l'environnement sur la douleur perçue. Ici, l'ATP vient s'appuyer sur une forme d'incertitude médicale : Dre Rey ne peut pas apporter de solution satisfaisante donc elle décide de dédier ce temps pour, selon les termes dans l'entretien qui suit, « *rendre service en discutant.* » Ce verbatim montre comment la parole et l'écoute servent un objectif vague, large : « rendre service ». Si Dre Rey souhaite *rendre service*, le service est facturé 1h de consultation. La distinction consultation ATP- non ATP n'est pas ici nette mais elle reste présente puisque la Dre Rey présente l'expérimentation au début de la consultation et assure à la patiente que c'est une consultation remplissant un objectif dual : prise en charge des douleurs causées par une polyarthrite, aggravées potentiellement par une fibromyalgie, et prise en charge du mode de vie avec un accent sur l'hygiène de vie. La prise en charge se voudrait psychologique, globale mais je remarque qu'au cours de la consultation, la Dre Rey ne rebondit pas sur les symptômes de stress dont Madame M. lui fait part :

Vous voulez qu'on parle d'autres choses, comme c'est une consultation ATP ?

Je dors mal, je fais des rêves difficiles, des cauchemars, je me réveille.

Vous avez beaucoup de stress quand même. Il faut contacter l'ANDAR, faire des séances de relaxation. (Note d'observation)

Dans l'extrait précédent, la Dre Rey ne souhaite pas entrer dans les détails oniriques de la patiente et préfère déléguer la prise en charge des symptômes qu'elle associe au stress à d'autres professionnels.

La consultation s'organise en quatre temps. Le premier s'ouvre quand la patiente sort sa carte vitale, j'explique ma présence, la Dre Rey rebondit sur mes propos, résume l'ATP, l'ETP, fixe un objectif vague ; « *trouver quelque chose d'approprié* ». Ici, l'objectif n'est pas un objectif pédagogique puisque les investigations de la patiente sont peu considérées et un conflit éclate d'ailleurs au sujet du jeûne que pratique la patiente.

Le deuxième temps fort s'ouvre sur un résumé de la consultation du 14 avril, une première question est posée : « *ça va mieux ?* » La patiente lui fait part d'une nouvelle observation : la douleur ressentie est plus vive quand elle mange du sucre. Dre Rey conduit une investigation qui débouche sur un conflit au sujet d'un jeûne réalisé :

« Attention au jeûne, vous êtes déjà fine, attention, attention.

Ça a fonctionné en tout cas, c'est peut-être psy.

On peut pas savoir si l'effet est basé sur ça.

Il y a des endroits spéciaux pour le pratiquer.

Oui, en Allemagne, non ? Non, non, non (hausse le ton), je ne peux pas vous conseiller ça. Non, non. » (Note d'observation)

La troisième partie est un examen clinique bref avec une palpation de la main, des articulations et des bras. La dernière partie dresse un bilan avec une reconduction du conflit sur le jeûne et sur les anti douleurs. Une prescription pour une radio conclut la consultation.

En somme, la consultation ATP du Dre Rey, d'un formalisme modéré, constitue un moment d'investigation et de recherche de solutions aux douleurs persistantes de Madame M. Pourtant l'objectif pédagogique n'est pas évident dans la mesure où la médecin ne cherche pas l'émancipation de sa patiente et s'oppose à ses solutions alternatives. La légitimité de la Dre Rey se situe dans les traitements médicamenteux et dans les examens cliniques. Cette forme de légitimité se révèle quand la patiente parle de son alimentation, du jeûne et des bienfaits qu'elle y trouve : Dre Rey s'y oppose avec fermeté en évoquant les prises de sang, forme d'argument médical non appuyé à des données scientifiques dans la mesure où ce dernier constitue une sorte de stratégie d'évitement puisque aucun lien logique n'est établi entre les prises de sang et l'alimentation.

Cas n°5, Dre Collins et Mme J., faible formalisme

Pour la cinquième étude de cas, nous partons en Seine et Marne dans un espace destiné aux consultations appartenant à une clinique privée, bâtiment neuf et imposant. Le bureau du Dre Collins, diabétologue, est très grand et dispose d'un ordinateur situé derrière le praticien et non entre ce dernier et le.la patient.e, une nouveauté par rapport aux autres. Cette disposition permet une proximité physique plus évidente même si le bureau constitue toujours une séparation symbolique.

Dans la salle d'attente, deux affiches d'ETP sur lesquels des infographies répondent à la question suivante : « comment réagir en cas d'hypoglycémie/ hyperglycémie ? »

L'objectif de la séance est de dédier un temps à « *cerner les difficultés* » (Note d'observation) dans la vie de tous les jours, « *gérer le quotidien* » (Note d'observation) avec le diabète. C'est la première consultation d'ATP avec Madame J., elles se connaissent depuis plus de 10 ans, la Dre Collins estime donc que sa patiente est en difficultés, Madame J. n'a pas formulé de demande particulière.

Dre Collins a la fiche de l'URPS¹⁶ sous les yeux, elle présente l'ATP comme un moment destiné à aider les patients en difficultés en se concentrant sur le vécu de la maladie. Il n'y a donc pas de thème clairement identifié pour les parcours ATP. La forme prend l'allure d'un entretien, guidé par la fiche de l'URPS. Il n'y a pas d'examen clinique.

Un objectif implicite néanmoins : la compliance aux traitements médicaux prescrits, l'acceptation de la pompe par la patiente pour un diabète « *plus équilibré* » (entretien médecin).

La consultation est difficile, Mme J. ne se saisit pas de la parole qui lui est laissée. Elle ne souhaite pas entrer dans une narration. De là, la consultation prend l'allure d'un questionnaire à questions fermées, peu propices à une forme de libération de la parole, comme en attestent les réponses lapidaires de la patiente dans l'extrait suivant :

« Quand on vous l'a annoncé, quelles étaient vos émotions ? Vos projections ? Votre moral ?

Très bas, je ne m'y attendais pas.

Liées à des projections que vous avez vues dans votre famille ?

Oui.

Vous pensez qu'il y a eu un impact sur votre famille ?

Oui.

De quel point de vue ?

Déjà mon fils est diabétique donc bien sûr il y a une culpabilité. J'ai l'impression que c'est de ma faute.

¹⁶ C'est une fiche conçue par l'IRDES pour l'évaluation de l'expérimentation ATP-IDF qui invite le médecin à décrire sa pratique de l'ATP en cochant une dizaine d'items décrivant l'interaction avec chaque patient.e au fil des séances d'ATP.

Et votre diabète est équilibré ?

Oui, avec des hauts et des bas. » (Note d'observation)

Malgré une posture d'ouverture de la part de Dre Collins - sourires, position d'ouverture légèrement penchée vers l'avant, prise de notes, notes d'humour- parfois ironique- Madame J. reste méfiante, sur la retenue, difficilement accessible.

Nous avons retenu six parties à la consultation : la première consacrée à l'installation dans le bureau, le premier contact est difficile, je présente l'Irdes et la recherche. La Dre Collins parle de l'expérimentation ATP :

Dre Collins revient et explique ma présence, son engagement dans l'ATP qui consiste à aider les patients en difficultés. Elle a proposé à une dizaine de patients par an pour voir quels sont les bénéfices et cerner les difficultés dans la vie de tous les jours, gérer le quotidien. Les consultations durent en moyenne 35-45 mn. Elle lui dit que la consultation aujourd'hui sera différente de ce qu'on fait d'habitude, on va se concentrer sur le vécu de la maladie, sur la vie.

Dans la deuxième partie, la consultation s'ouvre officiellement, sans inaugural : « *Comment allez-vous ?* », mais avec une question pour retracer l'histoire de la maladie :

Le diabète a été découvert dans quelles circonstances ?

Alors c'était quand j'avais arrêté de fumer, j'étais tellement stressée, c'était vraiment stressant d'avoir arrêté. Au bout de trois mois, j'avais très soif, j'urinais sans arrêt et voilà j'en ai parlé à une amie, j'ai consulté et puis très vite on m'a appris. (Note d'observation)

Ce passage illustre une forme d'étiologie profane : la patiente pense que son diabète a été causé par le stress de l'arrêt du tabac quand elle avait 29 ans. Dre Collins sourit avec bienveillance à ce récit. L'entretien est lancé avec une attention particulière portée aux émotions et au vécu de la maladie. Dre Collins essaye de comprendre comment s'organise le quotidien de Madame J., les difficultés rencontrées et l'aide qu'elle pourrait lui apporter. Elle s'appuie sur la fiche patient de l'URPS ce qui indique que cette forme d'investigation n'est pas une forme familière. La fiche devient un outil structurant.

Dans la troisième partie, Dre Collins fait part à la patiente d'une technologie à l'essai : une pompe en circuit fermé qui nécessite moins d'actions de la part des usagers. A ce moment, Dre Collins se déprend de ses notes et argumente en faveur d'un essai. La situation est moins artificielle et révèle ce que l'on peut considérer comme la pratique courante de la Dre Collins.

Dans la quatrième partie, prolongement de la deuxième partie : volonté de cerner les difficultés de *vie avec la maladie* de la patiente. Dre Collins tente parfois de forcer la confiance, l'extrait suivant en témoigne :

« Le poids est un problème pour vous ? (Je pense qu'ici Collins a voulu orienter vers l'image de soi qui semble être une préoccupation de premier plan pour la patiente, très apprêtée, sportive).

Non, non, je ne me pèse pas. (Rires. Elle est gênée par cette question).

C'est vous qui gérez le diabète de votre fils ?

Non, non, il a 20 ans. ;

Vous en parlez à la maison ?

Oui, je l'embête assez...

Et il a été une réassurance ou un frein dans la prise en charge de votre diabète ?

Non, non, je me suis sentie coupable. (Elle a beaucoup hésité avant de prononcer ces mots. Je la sens de plus en plus gênée). On a été à des groupes de paroles pour les parents des diabétiques. Et puis l'été AJD. » (Note d'observation)

Un moment de désaccord apparaît quand Dre Collins lui demande ce qu'elle pourrait envisager d'améliorer, Madame J. affirme qu'elle fait tout ce qu'elle peut.

Dans la cinquième partie, Dre Collins dresse un bilan, résume la consultation, fixe des lignes de conduite avec des pistes d'amélioration pour « mieux adhérer au traitement » (Note d'observation). C'est un moment de partage des données du freestyle sur un mode scolaire, classique de l'ETP. Dre Collins s'engage dans un renforcement positif en commentant les résultats. Enfin, la consultation se conclut par un mouvement de retour sur le début avec rappel de la recherche, évocation de l'ETP difficile à mettre en place en ambulatoire d'où l'ATP censé servir des objectifs similaires : meilleure gestion de la maladie chronique pour les patients, amélioration de la qualité de vie. La dynamique est cyclique.

En somme, la consultation ATP du Dre Collins prend l'allure d'une investigation psychologique quelque peu artificielle à certains moments et semble répondre à un formalisme strict : la séance ATP se déroule un jour sans consultations, elle n'est pas facturée, n'a pas débouché sur une prescription médicale et a sollicité le récit sur le vécu de Madame J.

Pourtant, Madame J. n'a pas remarqué de différence entre la consultation observée et la pratique courante. La seule originalité, selon elle, est qu'elle n'a pas comporté d'examen clinique. A part, cette caractéristique, c'était *comme d'habitude, rien de changé*. Par conséquent, selon Madame J., la pratique ATP semble être incorporée à la pratique courante du Dre Collins, ce qui vient contrebalancer l'observation réalisée et qui nous fait opter pour un formalisme faible plutôt que modéré.

Au terme de ces cinq consultations, j'ai pu apprécier différentes modalités d'organisation. Les médecins se sont emparés du dispositif ATP de façons très diversifiées. Ces manières de faire l'ATP seront encore raffinées par l'étude de nouveaux éléments : quels types de

ressources sont mobilisés pendant ces séances, comment le patient est associé à la formulation des objectifs et comment cette relation structurée par l'accompagnement peut servir différents types de relation.

3.2. Des ressources variées

Tableau n°5 : Les ressources utilisées par les médecins participants

N° étude de cas	Prescription par le médecin Activité classique des médecins/ signe tangible du pouvoir médical	Ressources utilisées par le médecin en consultation ATP	Ressources immatérielles (compétences, langage avec type de questions)	Ressources extérieures c'est-à-dire mobilisation de réseaux de pairs, collaborations. Distinction anciennes relations/ nouvelles relations introduites par patient	Ressources issues de l'expérimentation ATP-IDF
Cas n°1	Arrêt maladie, radio du dos pour chiropracteur. Refuse test allergène au gluten Pas d'examen médical	Pratique attentionnelle active Autohypnose Hypnose conversationnelle	Écoute active, questions ouvertes avec identification d'un domaine d'expertise propre à chaque patient, questions relatives à l'environnement, à l'histoire de l'individu, ouverture vers éléments sociaux	Médecin du travail, chiropracteur, psychologue	Pas de ressources présentées comme issues de l'expérimentation. Ressource immatérielle issue de l'entretien : l'asymétrie fondamentale avec le patient même si perception d'être issu d'une même classe sociale. Questionne les différenciations sociales des pratiques médicales.
Cas n°2	Pas de prescription Pas d'examen médical	Agenda de semaine pour que Mme B. note ses déplacements + deux textes remis	Écoute, questions ouvertes, questions relatives à l'environnement, à	Médecin généraliste, maison de santé, piscine.	Ressource immatérielle de l'écoute.

		au patient lors de la première séance pour expliquer l'ATP	l'histoire de l'individu, ouverture vers éléments sociaux		
Cas n°3	Pas de prescription Examen clinique ATP est intégré à la pratique courante	Agenda alimentaire avec photo si écriture contraignante (ici il s'agit d'un enfant, il préfère utiliser son téléphone, adaptation au patient pensée par le médecin), schéma, courbe de poids, silhouettes,	Écoute, questions ouvertes, explications systématiques des faits et gestes, questions relatives à l'environnement, à l'histoire de l'individu, ouverture vers éléments sociaux	Réseau de santé avec le conseil départemental pour le sport, psychologue scolaire, hôpital Tenon pour examen biomédical complet- équipe pluridisciplinaire.	Pas de ressources présentées comme issues de l'expérimentation. Ressources perçues par le médecin-entretien
Cas n°4	Prescription radio des coudes, des poignets	Agenda sur lequel on note la survenue des douleurs et leur intensité.	A suivi une formation en communication, outil PROCESS.	Association de patients, médecin spécialiste de la gestion de la douleur, kiné avec balnéothérapie	Pas de ressources perçues
Cas n°5	Pas de prescription Pas d'examen clinique	Ressources techniques avec application numérique pour lecteur de glycémie et proposition d'une pompe à insuline à circuit fermé.	Écoute, questions ouvertes au début et puis questions fermées, questions relatives à l'environnement, à l'histoire de l'individu.	Travail en binôme avec infirmier ETP, association de patients.	Utilisation de la fiche patient proposée par l'évaluation pour mener l'entretien

Cas n°1, Dre Paris, Madame A

Pendant la consultation, Dre Paris mobilise plusieurs types de ressources visant à accompagner la patiente dans la gestion de son *burn-out*. Certaines ressources sont seulement proposées, à l'instar des antidépresseurs, la patiente les refuse. Pour réduire et gérer le stress, Dre Paris propose des exercices d'autohypnose à réaliser chez soi. Ces exercices à faire à *la maison* s'ancrent dans un mode d'ETP scolaire. Mode vite contrebalancé par le contenu de ces exercices, peu commun pour une médecin généraliste.

Pendant la consultation, de nombreuses métaphores sont utilisées au fil de la discussion. L'usage de nombreuses images est pour elle une façon de pratiquer l'hypnose conversationnelle et de réduire le stress. A cet outil de relaxation, s'ajoute la pratique

attentionnelle active qui vise à concentrer son attention sur un objet afin d'évacuer les pensées dites *négatives*.

« *Quand on met une finalité sur quelque chose, on s'attend à un résultat. Image sur quelque chose qui n'est pas réalisé donc il faut que je fasse attention. Comme j'ai auto-généré de la crainte... L'exercice est de récupérer par l'image de la maison que l'on peut équiper, faire quelque chose de nous, on a une haute énergie qui ne fuit pas, qui reste là, même sous nos pieds. Je vais vous proposer un exercice qui s'appelle l'autohypnose, vous allez vous projeter dans des moments agréables.* » (Note d'observation)

Afin de proposer une prise en charge globale servant une *démarche centrée* sur le patient, Dre Paris souhaite faire de l'ATP un moment de coordination avec d'autres ressources extérieures au cabinet : chiropracteur, psychologue, médecin du travail.

De là, les ressources mobilisées par la Dre Paris sont de deux types : des ressources extérieures, en dehors du cabinet- et des ressources internes c'est-à-dire mobilisées au sein de la consultation. Les ressources ATP-IDF mises à disposition sur le site collaboratif ne sont pas utilisées.

Cas n°2, Dr Le Roux, Mme B.

De la même façon que dans le cas n°1, Dr Le Roux mobilise deux types de ressources : des ressources dites courantes c'est-à-dire utilisées lors de la pratique ordinaire et des ressources ATP- non issues de l'expérimentation. Dans la première partie de la consultation, Dr Le Roux fait le point sur le suivi spécifiquement médical de l'asthme de Mme B., il utilise un questionnaire puis, à la fin de la consultation à l'occasion d'un retour sur des données biomédicales, il présente un instrument de mesure du souffle.

Pendant la séance d'ATP, des ressources extérieures ont été mobilisées : prescription de sport sur ordonnance, ressources départementales avec la maison de santé de la commune pour des séances de piscine accessibles gratuitement. Comme la Dre Paris, le Dr Le Roux mobilise un réseau de santé au service d'une prise en charge globale. J'apprendrai, dans l'entretien, qu'il a créé des fiches spécialement destinées à l'ATP : détails sur l'expérimentation, liste des ressources mobilisées, conseils hygiéniques. Le but est de matérialiser l'ATP, de donner quelque chose au patient qui ne soit pas une prescription. La création de ces ressources participe du formalisme strict mis en place par le Dr Le Roux. Aucune de ces ressources ne provient de l'expérimentation ATP-IDF, il a d'ailleurs partagé les fiches créées avec ses confrères impliqués dans l'expérimentation

Cas n°3, Dre Huet, Mme C, enfant C.

Dans ce cas n°3, Dre Huet mobilise de nombreuses ressources éducatives intégrées à sa pratique courante- sa pratique ATP recoupe sa pratique ordinaire-, certaines sont particulièrement intéressantes puisqu'elles font directement intervenir le corps et sont donc mobilisable à tout instant pour les patients. En effet, Dre Huet utilise ses poings pour montrer les quantités alimentaires conseillées. Elle utilise aussi des carnets d'éducation à la nutrition avec des schémas montrant les proportions idéales et demande aux patients de prendre en photo leur alimentation quotidienne, ce qui demande un engagement important.. Si ces outils ne fonctionnent pas, elle essaye d'en trouver d'autres, comme en témoigne l'extrait ci-dessous :

« Tu as fait ton relevé des repas ?

Non, j'ai oublié.

Tu as envie de le faire ou ça t'embête ?

Alors, on fera pas comme ça. Tu as un portable ?

Oui.

Alors on peut faire des photos de ce que tu manges ? Tu peux essayer ?

Oui, je peux. » (Note d'observation)

Un réseau de santé est également mobilisé : l'hôpital pour l'examen biomédical complet, le département pour les stages sportifs pendant les vacances, la psychologue scolaire. Comme les cas n°1 et n°2, les ressources mobilisées par Dre Huet ne sont pas issues du dispositif de l'expérimentation ATP-IDF.

Cas n°4, Dre Rey, Mme M.

Pour répondre à la douleur chronique de la patiente, Dre Rey a fait appel à des ressources extérieures dès le début de la consultation : association de patients, Dr C. spécialiste de la douleur. L'extrait suivant atteste de l'importance de ce réseau, Dre Rey appelle pour la patiente et laisse un message pour qu'elle puisse être recontactée. Ici la relation est empreinte de paternalisme : la médecin *fait à la place* de la patiente et lui demande pourquoi elle ne l'a pas fait elle-même, le ton est aux reproches.

« Vous avez contacté l'ANDAR ?

Non, j'y arrive pas.

Pourquoi ?

Ils ne répondent pas, ça sonne, ça sonne, ça sonne. On peut pas laisser de message.

C'est ce numéro ? Vous voulez que j'essaye, je vais essayer de laisser un message, vous voulez ?

Oui, oui.

Elle laisse un message disant qu'elle a une patiente qui a besoin d'aide.

Si, si, vous pouvez laisser un message, vous n'avez pas trouvé à laisser un message ? Je vais vous donner un post-it avec le numéro. » (Note d'observation)

Il est intéressant de noter que le réseau de santé s'est élargi depuis que la patiente a remarqué les bénéfices de l'eau chaude sur ses douleurs. Bénéfices observés grâce à un journal de bord dans lequel elle notait la survenue des crises, leurs intensités et ce qui les calmer. Si ce journal n'a pas pu être suivi tant la douleur était *insupportable*, Madame M. a trouvé une alternative aux antidouleurs dont elle souhaite limiter l'usage. A partir de cette observation, un rdv avec un kinésithérapeute proposant de la balnéothérapie a été pris.

Il reste que l'alliance thérapeutique est fragile. En effet, les antidouleurs prescrits par la Dre Rey sont une source de désaccord et de conflits entre les deux parties.

Dre Rey s'adresse de nouveau à moi, m'explique la situation de la patiente, ses enfants diabétiques, souvent hospitalisés. Elle parle de la patiente à la troisième personne alors qu'elle est devant nous. Je me souviens que cela m'a marquée- j'ai ressenti une gêne, un malaise. Faire comme si elle n'était pas là, comme feraient deux adultes face à une enfant. Après quelques éléments, elle conclut avec la patiente et énumère les traitements non négociables. Ils sont au nombre de trois. Il y a le rdv avec le Dr Coutaux aussi, on va le programmer. La patiente est d'accord.

« Vous prendrez le tramadol, sans attendre que la douleur devienne insupportable. Et en plus, sur une semaine, il faudra surveiller la glycémie. Vous voulez qu'on parle d'autres choses comme c'est une consultation ATP ? » (Note d'observation)

Dans l'extrait précédent, Dre Rey ponctue son discours de nombreuses injonctions : *« vous prendrez », « il faudra », « non négociables »* (Note d'observation). Les ordres ainsi dictés sont révélateurs d'un pouvoir médical total, autoritaire, laissant peu de place au patient et à son savoir empirique. Une forme négative de l'ATP puisque la patiente n'est pas associée à la construction de son propre parcours thérapeutique : son expérience, son vécu, les ressources développées ne sont pas prises en compte par la Dre Rey.

Ici, un paradoxe intervient. L'ETP, en permettant au patient d'être plus autonome, plus actif dans la gestion de sa maladie, lui donne aussi la possibilité de s'émanciper et donc de s'opposer au protocole médical. Ainsi, l'ETP peut engendrer des conflits entre l'expérience patient, source de connaissances empiriques sur la maladie, et le savoir médical acquis au cours d'une longue formation universitaire, précisé par les années de pratique.

Cas n°5, Dre Collins, Mme J.

Dans le cas n°5, Dre Collins s'appuie sur une ressource issue de l'expérimentation ATP-IDF pour construire son entretien : la fiche-patients envoyée par l'URPS. Le questionnaire devient un fil conducteur de l'entretien et reste sous les yeux du docteur Collins. Cet appui va l'aider à structurer la nouvelle relation instituée par l'accompagnement.

Outre la fiche-patients, Dre Collins s'appuie sur des outils plus techniques à l'instar du freestyle- application permettant de suivre le taux de glycémie- et de la pompe à circuit

fermée présentée comme une nouvelle solution thérapeutique à la patiente. Le freestyle est un outil ambigu, il permet à la patiente d'initier une autosurveillance, une autogestion du diabète et donc un gain d'autonomie tout en rendant les résultats visibles. « *Et avec cette application, les courbes trahissent Rires. Rires. On peut pas faire ce qu'on veut.* » (Note d'observation) Le freestyle, condition de la capacité d'agir de la patiente est aussi un outil de contrôle et de surveillance pour le médecin. Enfin, des professionnels extérieurs sont également mobilisés. L'un, Mr F., est infirmier spécialisé dans l'ETP. Son rôle est d'enseigner aux patients comment utiliser la pompe à insuline, il vient au domicile des patients tous les six mois environ pour mener ces actions d'éducation. Pour Dre Collins, pratiquer l'ETP en ambulatoire n'est possible qu'à condition d'être en binôme avec un.e infirmière formé.e à l'éducation thérapeutique.

En définitive, les ressources sont variées, certaines sont traditionnellement issues de l'ETP à l'instar des schémas de la Dre Huet ou du freestyle du Dre Collins. D'autres peuvent être considérées comme des alternatives aux thérapeutiques classiques ; la pratique attentionnelle active et l'hypnose ne sont pas des thérapeutiques traditionnellement proposées par la médecine française. L'ATP devient un moment d'exploration, de recherche d'outils non conventionnels. En outre, certains médecins estiment qu'il est nécessaire de faire intervenir d'autres professionnels dans l'accompagnement du patient pour répondre aux besoins identifiés. Par conséquent, l'ATP devient un temps de coordination pour le médecin.

3.3. Quand le *faire* contredit le *dire*.

Le tableau suivant présente certaines observations issues des études de cas permettant de caractériser la posture éducative du praticien selon les types relationnels de Géraldine Bloy. Une précaution cependant. Gardons en tête que les typologies tendent à figer certains traits caractéristiques- en réalité les individus se situent sur un continuum entre deux extrêmes, voire dans plusieurs catégories selon les moments observés. Leur positionnement change en fonction du contexte, des personnes qu'ils et elles ont en face et du déroulement de l'interaction. Une personne ne répondant pas aux attentes du médecin serait-elle peut-être plus susceptible de susciter un comportement paternaliste ou maternaliste de la part du ou de la praticienne ? Si cette hypothèse ne peut être vérifiée méthodologiquement par notre étude, d'autres ont déjà souligné la différenciation sociale des pratiques médicales (Darmon, 2003, 2021 ; Paillet 2020)

Il demeure que la typologie est intéressante pour penser la variété des situations observées. Dans le tableau suivant, les deux premières colonnes permettent de caractériser l'attitude du médecin - distanciée ou empathique- tandis que les trois dernières servent à identifier une certaine approche du travail éducatif- directive ou libérale. Par

exemple, la présence de conflits traduit souvent une mésentente, un manque d'écoute et de considération pour la parole du patient témoignant d'une posture directive, autoritaire.

Tableau N° 5 : LES TYPES DE POSTURE D'ACCOMPAGNEMENT ADOPTÉS PAR LES MEDECINS PARTICIPANTS

Nom du médecin, verbatim d'entretien avec perception de l'ATP, type de posture d'accompagnement retenu	Proximité physique, position dans l'espace	Attitudes corporelles, médecin et patient	Consentement à suivre un parcours ATP ? Participation du patient à la formulation des objectifs éducatifs : formulation d'objectifs ? Proposition de moyens pour atteindre les objectifs ?	Place laissée à la parole du patient pendant la consultation et contenu du discours : sollicitation du discours, thèmes abordés par le patient.e.	Écoute du médecin : rebondit ou non sur le discours du patient, relances éventuelles sur thèmes abordés par le patient, conflits.
<p>Dre Paris- Mme A.</p> <p>« Et l'éducation est pour moi : qui suis-je pour éduquer qui que ce soit ? Si c'est une éducation à la façon de Paulo Freire... » (Entretien)</p> <p>Type Capacitant</p>	<p>Positionnement classique : Dre Paris derrière son bureau, Mme A en face.</p>	<p>Position d'ouverture : les mains sur le bureau ouvertes vers Mme A, les épaules vers l'avant, regarde dans les yeux, nombreux hochements de tête pour encourager Mme A quand elle prend la parole.</p> <p>Mme A : courbée vers l'avant, les épaules basses, les mains jointes sur les genoux, n'enlève pas son manteau.</p> <p>Masques gardés.</p>	<p>Pas de consentement ATP puisque Dre Paris ne l'évoque pas.</p> <p>Dre Paris propose et formule les objectifs, demande le consentement de la patiente pour les objectifs de la consultation et pour l'exercice d'autohypnose proposé.</p> <p>Mme A. ne prend pas d'initiatives.</p>	<p>Place laissée à la parole au début de la consultation mais patiente ne s'en empare pas, entretien devient laborieux et passe de questions ouvertes propices à la libération de la parole à des questions fermées.</p> <p>Quand réponses aux questions ouvertes, thème est le stress, le travail et les entretiens d'embauche. // syndrome d'épuisement professionnel</p>	<p>Médecin rebondit, explore le discours de la patiente, relance sur les thèmes abordés par Mme A.</p> <p>Pas de conflit entre Dre Paris et Mme A.</p>
<p>Dr Le Roux- Mme B</p> <p>« Il faut poser des règles, il faut garder une distance entre le médecin et le patient, « moi je vais pas devenir le copain du patient. Je vais pas tutoyer. Je veux une</p>	<p>Positionnement classique : Dr Le Roux derrière son bureau, Mme B en face.</p>	<p>Position d'ouverture au début : mains sur le bureau tournées vers Mme B, épaules penchées vers elle.</p> <p>Puis, recul du Dr Le Roux de plus en plus affaissé sur son siège, les jambes étendues sous le bureau, en retrait.</p>	<p>Dr Le Roux demande consentement à Mme B. pour suivre ATP- cadre très formalisé.</p> <p>Dr Le Roux fixe les thèmes à aborder, la trame de l'entretien et donne des notes à la patiente sur les actions</p>	<p>Questions ouvertes, Mme B. prend la parole, son discours occupe la majeure partie de l'entretien avec pour thème central, sa vie de famille, son environnement- la maladie de sa fille, ses petits-enfants.</p>	<p>Quelques remontrances au début à propos d'un questionnaire mal rempli.</p> <p>Écoute irrégulière, Dr Le Roux rebondit en ajoutant des éléments biomédicaux ou en</p>

<p><i>distance. »</i> (Entretien)</p> <p><i>Si on parle d'une relation inégalitaire, on n'est pas horizontal. »</i></p> <p><i>« Moi, je peux dire aux gens : « arrêtez de fumer, enlevez vos chats, euh, mettez pas d'eau de javel, pas de moquette. » on peut être très intrusifs dans la vie des gens, on peut donner plein de conseils de bon sens, des choses qui sont très basées sur un plan pneumologique et finalement on demande aux gens de changer de fond en comble leur vie. »</i> (Entretien)</p> <p>Type Paternaliste</p>		<p>Il regarde la patiente tout le long et me lance parfois quelques regards. Quelques signes d'ennui à la fin : expirations, jambes agitées, regards vers moi.</p> <p>Mme B. penchée vers le Dr., assez éloignée du bureau, jambes décroisées.</p> <p>Mme A. enlève son manteau à la demande du Dr Le Roux.</p> <p>Masques gardés.</p>	<p>accomplies. Forme scolaire.</p> <p>Mme B. très active pendant la consultation, évoque ce qu'elle a mis en place mais ne formule pas elle-même les objectifs éducatifs.</p>		<p>explorant les questions d'hygiène. Peu de questions exploratoires sur la vie de famille.</p> <p>L'écoute se tarit au fil de la conversation, signes d'impatience, tentatives multiples pour recentrer sur le thème de l'ATP à savoir l'activité physique.</p> <p>Des notes adressées à la patiente, forme scolaire.</p>
<p>Dre Huet- l'enfant C- Mme C</p> <p><i>« C'est un mélange à la fois d'explication et aussi... Déjà de responsabilisation. »</i></p> <p><i>« Peut-être trop directive, peut-être trop maternelle, peut-être trop intrusive. Silence. »</i></p> <p>Observation en contradiction avec la définition de l'ATP citée précédemment. Pendant la</p>	<p>Positionnement classique : Dre Huet derrière son bureau, l'enfant C., Mme C. et sa fille en face., séparation symbolique renforcée par plexiglas- enlevé pour notre entretien le lendemain.</p>	<p>Attitude d'ouverture du Dre Huet, d'écoute, regarde fixement et alternativement les personnes, peu de regards vers moi, paumes de mains ouvertes, épaules penchées.</p> <p>L'enfant C. droit sur sa chaise, attitude de bon élève, sérieux, les mains sur ses cuisses, attentif.</p> <p>Mme C., les épaules basses, à moitié tournée sur sa chaise, moins attentive que son fils.</p>	<p>Pas de consentement ATP puisque ne parle pas de l'expérimentation.</p> <p>Dre Huet formule les objectifs éducatifs qui sont parfois en contradiction avec ceux de Mme C- Régime strict de Mme C. VS stabilisation du poids pour Dre Huet.</p> <p>Enfant C. ne formule pas d'objectifs mais s'accorde sur le discours du Dre Huet plutôt que sur celui de sa mère avec qui il entre en conflit.</p>	<p>Place modérée laissée à Mme C., plus de place laissée à l'enfant avec sollicitation du récit à l'aide de questions ouvertes.</p> <p>Enfant C. répond aux questions sans prendre largement la parole. Idem pour Mme C.</p> <p>Parole largement détenue par Dre Huet qui ponctue son discours de nombreuses injonctions.</p>	<p>Écoute active du Dre Huet, rebondit sur les discours de manière souvent autoritaire : injonction, rappel à l'ordre, résumé des objectifs qu'elle a elle-même fixé.</p> <p>Bienveillance envers l'enfant qu'elle écoute particulièrement pendant l'examen clinique.</p>

<p>consultation observée, l'attitude est maternelle, directive. Cela peut être expliqué par l'âge du patient et l'attitude de la mère qui ne respecte pas les attentes du Dre Huet.</p> <p>Type maternaliste</p>		<p>Les masques sont enlevés après proposition du Dre Huet.</p>			
<p>Dre Rey-Mme D</p> <p>Type paternaliste</p> <p>observé pendant la consultation en contradiction avec la définition de l'ATP donnée ci-après.</p> <p><i>« C'était un peu le but de cette consultation c'est-à-dire que c'était pouvoir aider la patiente dans la gestion de sa maladie au quotidien et faire la part entre la maladie rhumatismale pure et les autres composantes de sa vie pour qu'elle puisse faire la part des choses. »</i></p>	<p>Positionnement classique : Dre Rey derrière son bureau, Mme D en face. Dre Rey m'oblige à m'installer à ses côtés. Séparation et domination symbolique renforcée.</p>	<p>Attitude de surplomb, distance : blouse blanche, mains croisées, le plus souvent en position distanciée sur sa chaise. Au début, pianote sur son téléphone. Pendant la consultation, répond à un appel, s'adresse à moi de nombreuses fois.</p> <p>Mme M., attitude distanciée également, les mains croisées, posées sur ses cuisses, masque sur le visage.</p>	<p>Pas de consentement ATP demandé. Demande le jour même si je peux assister à la consultation.</p> <p>Pas de co-construction d'objectifs éducatifs, Dre Rey mène l'entretien, fixe les fins et les moyens pour y parvenir, nombreux conflits.</p>	<p>Parole sollicitée avec nombreuses questions fermées. Pas d'inaugural « comment ça va ? » mais un « ça va mieux ? »</p> <p>Mme M. s'empare de la parole pour parler alimentation qu'elle met en lien avec la gestion de la douleur + parole utilisée pour dire non à la posologie d'antidouleurs proposée par Dre Rey.</p> <p>Dre Rey coupe cette parole : conflits sur alimentation, sur jeûne, sur posologie des antidouleurs.</p> <p>Discours autoritaire ponctué d'injonctions.</p>	<p>Écoute partielle. Discours peut susciter l'intérêt avec questions exploratoires.</p> <p>Discours de Mme D peut être occasion de conflits donc écoute est superficielle dans la mesure où la singularité de Mme M. n'est pas prise en considération.</p> <p>Position dominante, coupe la parole, autorité.</p>

<p>Dre Collins- Mme J</p> <p>« (e) L'objectif d'un ATP, c'est d'autonomiser un patient dans la gestion de sa maladie chronique et puis d'améliorer sa qualité de vie. » (Entretien)</p> <p>« L'accompagnement est peut-être un peu plus amical que l'éducation » (Entretien)</p> <p>Type capacitant</p>	<p>Positionnement classique au début, Dre Collins derrière son bureau, Mme J. en face, pas d'ordinateur placé sur le bureau.</p> <p>Rapprochement au sein de la consultation avec proximité physique plus importante quand elles regardent des courbes sur le téléphone.</p>	<p>Attitude d'écoute de la Dre Collins, bienveillante, souriante, position vers l'avant, buste orienté vers la patiente, coudes sur le bureau, regarde fixement. Attitude témoigne d'une recherche de proximité.</p> <p>Forme scolaire intervient à la fin de la consultation quand Dre Collins félicite les résultats observés sur l'application de contrôle glycémique.</p> <p>Mme J., très droite sur sa chaise, mains croisées sur ses genoux, attitude réservée, distance.</p>	<p>Pas de consentement ATP au moment de la prise du rdv mais explication au début de la consultation, première séance ATP.</p> <p>Co-construction d'objectifs avec demande de ce que Mme J. aimerait changer, recherche autonomie de la patiente en laissant faire tout en orientant.</p>	<p>Parole suscitée avec entretien basé au début sur le vécu de la maladie, sur l'entourage, l'environnement et le travail. Aspect social domine.</p> <p>Mme J. ne s'empare pas de cette parole, répond de manière plus ou moins lapidaire.</p>	<p>Écoute active, rebondit sur le discours de Mme J. Dre Collins, parfois intrusive.</p> <p>Prise en considération des difficultés rencontrées et proposition de solutions. Peut se montrer légèrement directive quant à la formulation des moyens servant une fin de stabilisation de la maladie.</p>
--	--	---	---	--	--

À la lecture du précédent tableau, trois catégories relationnelles émergent : le style capacitant, le style paternaliste et le style maternaliste. Les médecins pratiquant l'accompagnement dans un style capacitant arborent une attitude empathique, d'ouverture au patient. La parole des patients est prise en considération, il est d'ailleurs invité à formaliser les objectifs. Les tensions sont rares, les injonctions également. En outre, les entretiens avec les deux médecins concernés révèlent tous deux une méfiance vis-à-vis de la démarche d'ETP qu'ils jugent liée à une approche trop autoritaire et directive. Dre Paris et Dre Collins se reconnaissent davantage dans la pratique de l'accompagnement, plus adaptée selon eux aux objectifs que l'ETP se fixe : gain d'autonomie pour le patient grâce à une meilleure gestion de la maladie. Pour servir ces fins, la posture capacitante constitue une forme d'idéal : conception libérale de l'expertise médicale, empathie du praticien et attention particulière au vécu et à la singularité de chaque personne.

Or, trois des cinq médecins observées n'adoptent pas cette posture. Deux développent un style d'accompagnement paternaliste : forme de distance avec les patients, consultations traversées de conflits, une écoute partielle des discours ainsi que de nombreuses injonctions. Les patients ne sont pas invités à formaliser les objectifs de l'accompagnement, la relation est autoritaire, descendante. Pourtant, l'entretien avec Dre Rey contredit

l'observation puisqu'elle pense adopter une posture capacitante dont l'objectif est de « *pouvoir aider la patiente dans la gestion de sa maladie au quotidien* ». (Entretien) Dr Le Roux, lui, évoque les nombreuses injonctions qui ponctuent sa pratique et qu'il justifie comme relevant de son rôle de médecin.

Enfin, la dernière posture observée s'approche d'un type maternaliste. Dans ce cas, l'observation entre en contradiction avec le discours. Pendant l'entretien, Dre Huet affirme adopter un style capacitant dont le but est la responsabilisation des personnes. Le style maternaliste caractérisé par une forme d'empathie au service d'une attitude directive peut s'expliquer par l'âge du patient- 12 ans.

A la lumière de cette dernière remarque, il est important de rappeler que les observations sont contextuelles et qu'en aucune façon, nous ne pouvons figer les médecins dans ces postures d'accompagnement.

A l'aune de ces trois tableaux, il s'agira à présent de faire émerger ce qu'il y a de commun dans les cinq cas. Le but est de trouver le point d'ancrage de l'ATP, son dénominateur commun pour pouvoir mieux définir ce qui caractérise cet objet frontière.

3.4. Faire émerger le commun pour définir l'ATP

Ce premier travail d'analyse a donné lieu à cinq tableaux créés sur la base de critères objectifs issus des consultations. Ces critères sont constitutifs d'un choix et d'autres aspects auraient pu être étudiés. Pourtant, les caractéristiques choisies permettent de rendre justice à la diversité des pratiques tout en s'assurant une base comparative solide.

L'exercice comparatif met au jour deux principaux résultats. Le premier constitue une forme de catégorie regroupant ce qui est commun à toutes les études de cas, autrement dit les caractéristiques que l'on retrouve dans chacune des cinq cas. Le second élément fait état de sous-catégories au sein des trois aspects étudiés qui sont, rappelons-le : le degré de formalisme, les types de ressources mobilisées et le style relationnel observé pendant la consultation.

Commençons par relever les éléments communs identifiés dans chacune des cinq cas . Toutes les consultations ATP observées durent entre 45mn et 1h, un temps plus long qu'une consultation classique. En outre, ce temps long à disposition des patients et des médecins est consacré à explorer des dimensions sociales, environnementales- ce que ne fait pas systématiquement une consultation classique centrée sur le biomédical. En ce sens, l'ATP donne du temps pour créer un espace d'échanges, de discussion au sein duquel le patient peut exprimer sa singularité en se racontant. La parole est un élément

structurel de l'ATP : tous les praticiens l'ont sollicitée à l'aide de questions ouvertes, plus ou moins nombreuses. En revanche, les modes de réception de la parole du patient et la prise en considération de son discours ont été variés- nous verrons dans quelle mesure ci-après.

Un autre élément commun est la mobilisation d'un réseau de santé. Dans chacune des consultations, un réseau de pairs est investi marqué par une pluridisciplinarité au service d'une prise en charge globale : professionnels de santé, professionnels paramédicaux, associations de patients et département/ région pour favoriser l'accès gratuit à l'exercice physique. L'ATP constitue donc un moment de coordination entre différents acteurs du système de santé, le médecin se pare d'un nouveau rôle social, celui de coordinateur. Ce résultat est fondamental, il met au jour les limites de la médecine libérale dans sa capacité à formuler seule des réponses satisfaisantes aux situations complexes des personnes mêlant des difficultés liées aussi bien à la maladie chronique qu'aux conditions sociales et environnementales. À l'aune de ces premiers résultats, qu'il nous faudra exploiter davantage, nous pouvons définir l'ATP comme un temps de consultation long destiné à explorer le vécu de la maladie dans ses dimensions sociales et environnementales. L'ATP marque aussi les limites de l'expertise biomédicale puisqu'il prend le relais de la consultation organique classique quand cette dernière ne peut formuler de réponses adaptées aux situations des patients. Si les médecins utilisent des ressources variées, plus ou moins conventionnelles, tous mobilisent un réseau de collaborations et assurent un rôle de coordinateur : prescription, lettres d'adressage, mobilisation de son propre réseau de connaissances. Ces relations sont introduites par le médecin dans la majorité des cas. Seule Madame A dans la première étude prend l'initiative de consulter un chiropracteur. Dans les autres études de cas, c'est le médecin qui mobilise son réseau et invite le patient.e à s'en emparer. En conséquent, l'ATP peut se penser selon les invariants suivants : une consultation longue permettant d'appréhender la personne et sa maladie dans une approche holistique prenant en compte les dimensions sociales, environnementales de la personne. De cette approche globale, émergent les difficultés sociales, psychologiques rencontrées par les patients et dépassant le cadre biomédical. De là, les médecins libéraux, limités par leur mode d'exercice, vont faire appel à un réseau de collaboration pluridisciplinaire plus à même de répondre à la complexité des situations.

À ces premières conclusions, rajoutons des sous-catégories permettant de dessiner des manières de faire, des styles d'ATP.

En termes de formalisme d'abord, deux groupes émergent : ceux qui comme Dr Le Roux, Dre Paris et Dre Rey vont réserver un temps spécifique à l'ATP distingué de la consultation classique dite « *organique* » (entretien Dre Rey) ; et d'autres qui comme Dre Huet et Dr Collin vont incorporer l'ATP à leur pratique courante. Dans ces deux dernières études, on

retrouve des signes tangibles de la consultation ordinaire : examen médical complet pour Dre Huet et lecture précise des taux glycémiques pour Dr Collin et Mme J. Cette distinction entre ceux qui intègrent l'accompagnement à leur pratique quotidienne et ceux qui ne le font pas est confortée par la perception des patients : ils ne perçoivent pas de différences notables au cours de ces consultations.

Les autres sous catégories construites distinguent et définissent trois types de postures d'accompagnement déjà évoquées ainsi que des usages de la parole variés. La parole au cœur de l'accompagnement est à questionner. Comment est-elle sollicitée par les médecins ? à quelles fins ? Comment la parole mobilisée par le médecin et le patient en ATP occupe-elle différentes fonctions ?

4. Focus sur la mobilisation de la parole et la place de l'écoute dans l'ATP

L'une des caractéristiques de l'accompagnement thérapeutique de proximité est la place centrale occupée par la rhétorique- cela rejoint la structure des programmes ETP saturés de rhétorique. (Schlegel, 2020) Il s'agira de voir d'abord comment la parole est investie par l'expérimentation, au sein du dispositif d'appui, et dans quelle mesure cette dernière tend à la revaloriser dans le cadre de l'accompagnement. Puis, nous verrons comment la parole est sollicitée par les médecins en consultation d'ATP, à quelles fins et comment celle-ci implique une capacité d'écoute de la part des prescripteurs. En ce sens, comment l'écoute peut-elle être appréhendée comme une compétence professionnelle ? Dans quelle mesure l'expérimentation ATP est-elle un moyen de renforcer sa pratique en consultation ?

La parole possède différentes dimensions et recoupe des usages variés. Nous étudierons ces dimensions et leurs usages au sein de la formation proposée par le dispositif d'appui, puis en consultation d'ATP. Les consultations d'ATP prennent bien souvent l'allure d'un entretien impliquant au moins deux interlocuteurs, le praticien et le patient. L'étude de la parole et de la manière dont elle est mobilisée au sein de l'expérimentation et au sein des consultations d'ATP permet de cerner des discours, ou des pratiques discursives, qui peuvent être à l'origine de tensions, voire de conflits.

L'expérimentation ATP-IDF a su mettre la parole et ses usages au cœur de ses webinaires. Il serait par-là fécond de voir comment celle-ci est mobilisée et dans quels buts.

D'abord, s'agissant du format des séminaires et webinaires, la parole est utilisée à des fins pédagogiques. En effet, le pôle d'éducation thérapeutique d'Île-de-France en charge de l'organisation de ces webinaires, développe une rhétorique efficace pour diffuser principes théoriques et bonnes pratiques. Dans les séminaires (en présentiel), les formats

d'animation sollicitent la parole des médecins et les échanges entre eux, et sont ponctués d'interventions du pôle de ressources en ETP. Dans les webinaires, les praticiens sont plus souvent invités à réagir sur le tchat ou encore à prendre la parole à la fin des interventions du pôle. Un des premiers constats est que les webinaires échappent plus difficilement à un format scolaire, même si les animateurs priorisent de plus en plus les échanges de pratiques au fur et à mesure du développement de l'expérimentation : les patients-experts présentent les attentes des patients, transmettent leurs conseils, défendent une expertise de la maladie ; le directeur du pôle, médecin, anime les séances en chef d'orchestre. 18 webinaires aux objectifs larges, parfois vagues, comme en témoigne le webinaire 3 nommé sobrement « agir », sorte de mot-valise dans lequel n'importe qui peut se projeter. On retrouve aussi, entre autres : « Adopter une posture à visée éducative », « identifier les attentes et besoins du patient, « techniques et outils », « ressources extérieures », « perception des changements dans la relation », « mettre en œuvre un ATP- Organisation ».

Les objectifs de chaque webinaire sont clairement identifiés ; exposés en début de séance, et rappelés au fil de la soirée. Bien souvent, la question de la communication entre le patient et le médecin émerge et devient le centre des réflexions. Citons ces quelques conseils à destination des médecins pour un début d'ATP réussi: « lui proposer de raconter ce qui s'est passé » (Notes d'observation), « la personne va avoir rapidement cette perception que l'on va parler d'elle et que ça va lui être utile. » (Notes d'observation), « comment aider la personne à raconter ? » (Notes d'observation), « n'ayez pas peur d'accorder un peu de temps pour l'expression spontanée des personnes » (Notes d'observation), « le langage médical souvent complexe et peu accessible au patient. » (Notes d'observation), « tenir compte des capacités de littératie : dépister l'illettrisme, rechercher les signes d'incompréhension, faire reformuler. » (Notes d'observation) Ces injonctions destinées aux médecins expérimentateurs ont pour objectif de renforcer l'usage de la narration en consultation d'ATP : la parole du patient doit être sollicitée, son récit écouté et entendu. Dans le cadre de l'expérimentation, la parole n'a plus pour le médecin un rôle strictement informationnel, elle est la base d'une nouvelle relation dans laquelle le patient passe d'un statut d'objet à un statut de sujet.

Si l'expérimentation fait la part belle aux enjeux de communication et de littératie, les médecins participants s'expriment peu comme en témoignent les nombreuses relances des animateurs : « personne ne veut rien ajouter ? » (Notes d'observation), « bon c'est que vous avez tout compris alors » (Notes d'observation), « pas de regrets ? » (Notes d'observation). Ces quelques verbatim ne sont pas sans rappeler ceux des enseignants tentant de faire participer les élèves silencieux. Une parole donc occupée majoritairement par les animateurs dont les patients experts. Au nombre de quatre, ils s'appuient sur une rhétorique efficace pour diffuser et légitimer leur expertise. Les discours sont construits, les postures sont affirmées si bien que leur place a été de plus en plus prégnante au fil de

l'expérimentation. Passant d'intervenants à animateurs, les patients experts ont su rebattre les cartes et se repositionner au cœur du dispositif. Quel usage les patients experts ont-ils de la parole et comment leurs discours tendent-ils à légitimer une forme d'expertise expérientielle ?

4.1. Les patients experts au sein de l'expérimentation : des rhéteurs en quête de légitimité ?

La présence des patients experts a étonné plus d'un praticien, l'une d'eux, méfiante, demandera même lors du premier séminaire s'ils sont de « *vrais patients* ». (Notes d'observation) Certains verront en eux des entrepreneurs de morale (Becker, 1963), perçus parfois comme culpabilisateurs et dogmatiques :

« Ouais, ouais, ouais toujours avec un peu le sentiment de culpabilisateur derrière, euh, et puis oui un peu donneur de leçons finalement » (Entretien, Dre Petit)

Ainsi, les rôles seraient inversés reconduisant la relation asymétrique médecin-patient dans laquelle le patient occupe cette fois une position de surplomb en tant que détenteur du savoir expérientiel. La rhétorique servant l'expertise de ces patients fut saluée par nombre de médecins expérimentateurs.

« Je sais pas hein, là je sais pas qui, comment elle a trouvé cette personne-là, là euh, je crois que, je pense que même si, avec les séances de, comment dire euh, la maîtrise de la parole publique. J'étais impressionné en fait. Donc euh du coup voilà. C'est euh, de voir d'autres personnes qui sont encore mieux armées que..., que moi [rires]. » (Entretien, Dr Nemours)

L'extrait précédent rend compte de l'efficacité du discours des patients experts, de l'autorité exercée et de l'inversion des rôles déjà évoquée. La parole est ici une arme efficace pour diffuser un savoir considéré comme profane. Pour être légitimes, les patients experts construisent un discours bien ficelé, saturé de références universitaires, déclamé avec un débit de parole très rapide laissant peu de temps à l'interlocuteur pour réagir. En effet, convoquer la littérature scientifique constitue un argument d'autorité particulièrement efficace quand il est adressé à des professionnels médicaux, souvent méfiants face à ce type de savoir : *« Nous nous formons, ne vous en faites pas, entre 1 an et 1 an et demi »*, (Note d'observation, Patiente experte)

En ambassadeurs de l'ETP, les patients experts adoptent une posture militante et ont su s'imposer dans une relation avec des dominants. A ce titre, leur rôle dans l'expérimentation a évolué et illustre bien le renversement des positions de domination rendu possible par un

mode de présentation charismatique et une scientification du discours. Être malade ne suffit plus à faire valoir une expertise sur la maladie, il est attendu que les patients s'acculturent à la biomédecine pour que leur parole soit entendue et leurs discours légitimés.

Toutefois, l'efficacité rhétorique des patients experts est à relativiser. La stratégie du pôle d'éducation vise à user de mots vagues, performatifs, forme de mots valises dans lesquels le manque de définition permet à n'importe qui de se projeter. Un des effets constatés est la pluralité des réalités recoupant ces mots. Pour illustrer ce dernier argument, prenons la situation suivante observée pendant un webinaire. Le thème de la séance « passer à l'acte », mot ambigu, n'a pas été saisi uniformément par les acteurs du webinaire. Les médecins expérimentateurs étaient invités à remplir deux colonnes, une pour les médecins, l'autre pour les patients, visant à définir « ce qui manque pour que les gens passent à l'acte (aides extérieures...) ».

Premier constat : la colonne des aides pour les médecins ne comporte qu'une ligne, celle pour les patients, plusieurs. L'intervention de l'animatrice « *Et, les médecins ?* » les embarque dans des considérations plus réflexives. De là, ils citeront exclusivement des ressources matérielles (schéma, site centralisant les informations sur les pathologies, cartes...), aucun n'évoquera la relation avec le patient, qui pourtant, si l'on en croit les discours du Pôle, serait la première ressource. Pendant la reprise, une patiente experte le rappellera : « *La première ressource serait le patient et il faudrait l'écouter.* » (Notes d'observation)

Après trois ans d'expérimentation, les médecins expérimentateurs sont nombreux à adopter encore un discours biomédical, pédagogique, loin des perspectives développées par les animateurs. Une belle illustration de la prégnance de ce discours est la solution d'un médecin pour aider les patients à passer à l'acte. Loin de se sentir investi de cette mission, il propose de confier les « *blocages* » (Notes d'observation) à une tierce personne : un coach de vie ou un psychologue. Ici, les dimensions psychologique et sociale sont confiées à une tierce personne ce qui laisse supposer que le médecin n'envisage pas ces dimensions comme faisant partie de sa pratique.

En définitive, les représentations, les définitions entre les acteurs sont en tension. La littérature, les discours des patients experts placent la relation, le fait d'être vu capable par le praticien, au cœur de leurs préoccupations. Pourtant, pendant le webinaire, les praticiens se sont pliés à l'exercice en se concentrant sur les ressources matérielles. Cette distinction rejoint celle déjà opérée entre deux grandes formes d'ETP (E. Jouet et al. : l'approche traditionnelle portée par les soignants qui consiste à viser une meilleure information pour une meilleure participation au soin et l'approche des patients experts, centrée sur la relation, sur le savoir incarné du patient sur sa maladie, pour lui permettre de participer activement aux décisions qui concernent sa santé.

Afin d'évaluer plus précisément la façon dont les médecins vont mettre en application l'approche portée par les patients, centrée sur l'écoute et la relation, nous étudierons comment la parole est mobilisée en consultation, et quelles fonctions lui sont assignées.

Comment la parole est-elle mobilisée en consultation par les médecins expérimentateurs ?

L'expérimentation ATP-IDF tend à valoriser l'usage de la parole en consultation, affirmant que *la parole des patients est la première ressource*. La perspective collaborative défendue par le pôle d'éducation pense l'ETP dans une approche relationnelle faisant intervenir des savoirs pluriels issus de l'expérience des médecins et des patients. La parole des médecins serait un moyen d'établir un lien avec le patient, de structurer une nouvelle relation dans laquelle le récit est un moyen thérapeutique voire un moyen d'acquérir de la connaissance, et un moyen d'émancipation de l'autorité médicale.

Pourtant, bien souvent dans le cadre de la relation spécifique de l'ETP, la parole des médecins vise l'observance- l'adéquation entre une prescription et le comportement effectif du patient- ou est utilisée pour délivrer une information au patient- c'est l'approche traditionnelle de l'ETP. Dans le cadre visant l'observance thérapeutique, la parole du médecin occupe une fonction conative, c'est-à-dire qu'il communique pour provoquer une réaction de la part du patient sous la forme d'un comportement ou sous la forme d'une réaction.

Pour servir l'approche traditionnelle ou la plus répandue de l'ETP, la parole du médecin occupe une fonction informative. Pourtant, loin de se satisfaire de ces deux fonctions, la parole peut aussi être le moyen d'établir un lien, d'attester d'une reconnaissance réciproque, c'est la fonction phatique. Elle peut aussi exprimer un état affectif, c'est la fonction expressive qui permet de créer des liens avec autrui.

Comment la parole sert-elle différents objectifs liés aux styles relationnels observés en consultation ?

Ainsi, trois médecins usent principalement de leur parole à des fins conatives, d'observance thérapeutique ; ils ordonnent aux patients de suivre leurs recommandations. En effet, Dr Le Roux, Dre Huet et Dre Rey ponctuent leurs discours de nombreuses injonctions, en voici quelques-unes :

« Il faut faire une radio et pas de jeûne prolongé, c'est interdit, deux jours maximums, pas trois jours. Il faut faire attention. Vous avez des enfants, il faut s'en occuper. » (Notes d'observation) ; *« Il faut varier, plus on varie, mieux c'est. »* (Notes d'observation) ; *« D'accord, d'accord. Il faut sortir marcher tous les jours. »* (Notes d'observation) ; *« Moi, je peux dire aux gens : « arrêtez de fumer, enlevez vos chats, euh, mettez pas d'eau de javel,*

pas de moquette. » (Notes d'observation) ; « Bon, ça fait deux fois que vous le dites « régime sec », ce n'est pas un régime, le but, ce n'est pas un amaigrissement ! Il va grandir donc le but c'est de ne pas grossir. Votre rôle Madame, c'est d'essayer de présenter les aliments différemment pour qu'il les mange. » (Notes d'observation)

Les quelques extraits précédents servent des objectifs de compliance aux soins proposés par les médecins. En outre, deux des médecins ne sollicitent pas la parole et le récit des patients, Dre Huet et Dre Rey. La relation est verticale, leur rôle est dominant.

Dre Paris et Dre Collins, elles, investissent la parole des patients à l'aide de nombreuses questions. Pourtant, au cours de ces consultations, Mme A. et Mme J. saisissent difficilement l'opportunité narrative qui leur est proposée. Les extraits suivants montrent les difficultés rencontrées par les médecins dans la mise en place d'un dialogue valorisant le récit de la maladie.

« Récapitulons, d'autres rdv ? Possibles grâce à l'arrêt maladie ?

Oui, kiné, chiropracteur.

On va voir deux points aujourd'hui : prolongation arrêt maladie et les antidépresseurs, vous êtes sur une limite, possibilité médicamenteuse.

Je ne veux pas. » (Notes d'observation, cas n°1)

« Non, je suis la première.

Et puis votre fils ?

Oui mon fils, avec 9 ans d'écart.

Il y en avait d'autres ?

Oui, ma grand-mère.

Vous le saviez ?

Oui, ma grand-mère se piquait.

Avec la grosse seringue ?

Oui. Et puis elle a perdu la vue.

Elle avait quel âge ?

80 ans. » (Note d'observation, cas n°5)

Les questions sont nombreuses au cours de ces deux consultations, bien plus nombreuses que dans les trois premières. La parole sert un objectif relationnel, de dialogue, base d'une alliance thérapeutique servant les exigences de l'ETP à savoir « *considérer la parole du patient comme un point de vue qui a autant de valeur que la nôtre* ». ¹⁸

Comment les patients s'emparent-ils de la parole ?

L'étude- brève et qui mériterait d'être approfondie- des fonctions de la parole chez les médecins a permis de déceler des modes de communication dominants liés aux styles

¹⁸ <https://outilsdusoin.fr/spip.php?article451>, l'article est rédigé par le pôle d'éducation thérapeutique.

relationnels. La parole impliquant un destinataire, il reste à étudier comment les patients vont s'emparer de la parole qui leur est laissée. Car si la parole des médecins occupe différentes fonctions, un invariant des consultations ATP est de laisser à la parole des patients une place importante, bien supérieure à la place qu'elle occupe en consultation classique et cela en vertu de la durée de la consultation et de la posture d'accompagnement adoptée par les médecins. Ainsi, comment les patients s'emparent-ils de la parole ? Quelles fonctions occupe-t-elle ?

De façon systématique, la parole des patients est sollicitée par les médecins à l'aide de questions ouvertes- c'est un des traits caractéristiques des consultations d'ATP. Pour autant, les patients ne répondent pas toujours aux sollicitations des médecins. Celles-ci se traduisent dans l'inaugural « Comment allez-vous ? » qui connaîtra une variation avec la Dre Rey : « ça va mieux ? ». Signe distinctif de l'ATP, ouvrir la consultation en formulant cette question sollicite la fonction expressive de la parole du patient- fonction permettant de manifester l'état affectif du locuteur. En résulte, différents comportements.

Mme A. dans l'étude 1 répond de manière lapidaire avec une voix douce, Dre Paris occupe l'espace, comble les silences, passe de questions ouvertes à des questions fermées :

La patiente parle très doucement, elle ne rebondit pas sur les questions posées, l'entretien est laborieux. La Dre Paris va prendre de plus en plus de place et commence le renforcement positif. Cherche-t-elle dans son champ premier ? Oui, gestion budgétaire, finance et risque. (Notes d'observation, cas n°1)

Le dialogue est ici difficile à mettre en place, élaborer un récit de soi est une tâche difficile pour Mme A. ; sans doute à cause de son état dépressif. En effet, Mme A. est française d'origine algérienne, cadre supérieur et possède un master 2 ; l'exercice narratif est donc très accessible. Elle ne sera pas la seule à s'y refuser, Mme J., aide-soignante, française, ne répond pas aux sollicitations lancées par Dre Collins, concentrées sur le vécu de son diabète, sur la perception et les relations avec l'entourage, peut-être ces questions sont-elles trop intrusives ? C'est en tout cas le sentiment que j'ai pendant la séance, en voici un extrait :

« C'est vous qui gérez le diabète de votre fils ?

Non, non, il a 20 ans. ;

Vous en parlez à la maison ?

Oui, je l'embête assez...

Et il a été une réassurance ou un frein dans la prise en charge de votre diabète ?

Non, non, je me suis sentie coupable. (Elle a beaucoup hésité avant de prononcer ces mots. Je la sens de plus en plus gênée). On a été à des groupes de paroles pour les parents des diabétiques. Et puis l'été AJD. » (Notes d'observation, cas n°5)

Mme J. ne souhaite pas s'emparer de l'opportunité narrative qui lui est proposé¹⁹. Le vécu de la maladie est difficile : son diabète n'est pas équilibré, la maladie est transgénérationnelle (sa grand-mère en était atteinte, son fils aussi). En résulte, une forme de culpabilité dominée par le sentiment d'avoir transmis la maladie, le rapport au corps et à l'apparence sont problématiques également. Si Dre Collins repère ces nœuds, elle peine à les démêler : Mme J. ne perçoit pas Dre Collins comme étant légitime à réaliser un accompagnement à forte dimension socio psychologique- centrée sur le vécu du diabète, les liens avec l'entourage, la perception et la représentation de la maladie. L'extrait suivant témoigne de cette coloration psychologique :

« C'est quoi pour vous le diabète ? En un mot ?

Contraignant ? Mais je peux travailler et vivre.

Si vous le visualisiez comme un animal ? Silence.

Un animal contraignant ?

Le paresseux rires, le paresseux, je l'aime pas cet animal. C'est lent, c'est pas beau comme le diabète. (Elles me regardent toutes les deux et rient). Alors je dois lutter contre le paresseux. » (Notes d'observation, cas n°5)

Si Mme J. ne saisit pas aisément cette parole qui lui est laissée, ce n'est pas le cas de Mme B. dans l'étude 2 et de Mme M. dans l'étude 4. Toutes deux se prêtent à l'exercice narratif avec ferveur- surtout Mme B. Les thèmes abordés sont différents cependant. Mme M. parlera de l'alimentation, du sommeil difficile, du stress ressenti et de ses douleurs. Mme B., elle, parlera de sa famille et particulièrement de sa fille souffrant d'endométriose. Ici la parole remplit une fonction expressive et devient l'occasion de se raconter- soi, son quotidien, son entourage et sa maladie. Les extraits suivants issus des grilles d'observation rendent compte de ces thèmes :

La patiente prend le post-it et commence à parler de ce qu'elle a vu sur le site de l'association de patients. Elle est très intéressée par la partie alimentaire et elle montre les photos des plats en ligne à sa médecin. (Notes d'observation, cas n°4)

La patiente parle de ses petits-enfants, elle s'en occupe beaucoup, elle emmène sa petite fille à la messe. Elle est très investie dans la vie citoyenne, elle demande à la mairie des ressources pour les distribuer aux personnes précaires. (Notes d'observation, cas n°2)

Les patientes sont toutes les deux affiliées à la CMU, *a priori* leurs ressources ne leur permettent pas de bénéficier d'un suivi psychologique- même si depuis le covid des remboursements existent, ils sont en réalité trop peu accessibles et suffisants pour répondre à une demande exponentielle. Une des hypothèses seraient d'établir un lien entre l'origine sociale, les difficultés d'accès à ce type de soins et la place importante occupée

¹⁹ Ma présence ici en tant qu'observatrice pourrait accentuer ces réticences.

par les récits lors des consultations ATP (Forté et al., 2021) - nous verrons comment ils sont reçus dans la mesure où le Dr Le Roux et la Dre Rey maintiennent une distance avec elles²⁰.

Une autre fonction de la parole dont se saisissent les patients remplit un rôle subversif. En effet, trois patientes opposent aux discours et aux propositions des médecins un *non* plus ou moins assuré ce qui n'est pas sans créer des tensions et des conflits. C'est le cas de Mme A. refusant les antidépresseurs proposés par Dre Paris, de Mme M. s'opposant à la posologie d'antidouleurs et de Mme J. ne souhaitant pas entrer dans une démarche éducative d'amélioration du diabète.

« On va voir deux points aujourd'hui : prolongation arrêt maladie et les antidépresseurs, vous êtes sur une limite, possibilité médicamenteuse.

Je ne veux pas. » (Note d'observation, cas n°1)

« Pourquoi vous ne prenez pas les médicaments ?

Parce que je n'aime pas les médicaments. Ça me donne des nausées, j'ai déjà trois médicaments, ça me fait beaucoup, je n'ai plus d'estomac pour supporter. Et après, je suis au lit pendant deux, trois jours. » (Note d'observation, cas n°4)

« Faire mieux ?

Non là, je fais mon maximum, tous les jours. Rires » (Note d'observation, cas n°5)

Mme A., Mme M., Mme J. opposent un *non* ferme aux propositions des médecins, l'observance thérapeutique est contrariée et les patientes s'émancipent d'une forme de pouvoir médical descendant, autoritaire. Les patientes parviennent à s'imposer momentanément- dans des relations avec des dominants. L'hypothèse serait d'établir un lien entre l'effet d'empouvoirement du patient recherché par l'ETP et les formes d'émancipation dont ces situations de refus attestent. Ces dernières peuvent être attendues voire sollicitées par les médecins.

Si la parole des patients remplit- tout comme celle des médecins- plusieurs fonctions, allant de la fonction expressive, de la construction d'un récit de soi à un rôle subversif où l'usage de la parole sert une émancipation du patient- un des effets recherchés par l'ETP-, il demeure que nous n'avons pas étudié la réception de ces récits et de ces refus de traitement. Comment les médecins répondent-ils à la mobilisation de parole qu'ils ont eux-mêmes sollicités ? *A priori* les médecins sensibilisés à l'écoute pendant l'expérimentation ATP devraient adopter une attitude d'écoute. Qu'en est-il en consultation ?

4.2. L'écoute, une compétence professionnelle ?

Nous l'avons dit, l'usage de l'écoute est renforcé par l'expérimentation ATP, les médecins sont confortés dans l'idée qu'elle participe d'un juste accompagnement thérapeutique.

Pourtant, il n'est pas aisé de la définir : Est-ce une posture ? Une capacité ? Une compétence ? Peut-on être formé à l'écoute ? Qu'implique-t-elle comme dispositions ?

L'écoute « *serait une manière d'aborder les relations sociales à travers une forme de sollicitude intimiste qui crée un espace de relations privilégiées.* »²¹ Nous l'avons vu, les sollicitations sont multiples de la part des médecins. Être à l'écoute, c'est, avant tout, solliciter la parole à l'aide de différentes techniques- posture physique d'ouverture, regard bienveillant, questions ouvertes. À juste titre, les médecins interrogés soulignent l'importance de l'écoute dans leur pratique de l'ATP : « *Je pense que je me suis vraiment qu'il y a vraiment un truc pour ce qui me concerne, qui m'a stupéfait, c'est vous dire si vous voulez, avec du temps libre vous posez une question plus ou moins ouverte, vous écoutez avec sympathie et ça change tout. [Rires]* ». (Entretien, Dr Le Roux)

« *On dit souvent, voilà, le temps, l'écoute, les détails...* » (Entretien, Dre Huet)

« *Là, j'ai plutôt laissé place à la patiente pour exprimer ses besoins, ses difficultés et donc, j'étais plus dans une situation d'écoute et j'avais plus de mal à cadrer la problématique de la patiente parce que l'on parlait de douleurs, d'alimentation, de croyances.* » (Entretien Dre Rey)

« *C'est-à-dire que je pense qu'il faut toujours écouter le patient et partir un peu de ses besoins.* » (Entretien, Dre Collins)

En ce sens, comme c'est le cas pour les membres des équipes d'ETP investis dans un travail éducatif (Schlegel, 2020), les compétences d'écoute des médecins expérimentateurs se traduisent en aptitudes professionnelles largement renforcées par l'expérimentation.

Ainsi, de quelles façons cet ethos professionnel se dévoile-t-il en consultation ? Comment les patients perçoivent-ils cette aptitude professionnelle ?

L'écoute en consultation : quelle perception des patients ?

Tous les patients interrogés louent la capacité d'écoute des praticiens consultés, parfois en établissant une comparaison avec la pratique d'autres médecins, sans doute moins engagés dans un travail éducatif. Les extraits suivants sont issus des entretiens menés. Les patientes évoquent des bienfaits : l'écoute est source de changements. Une amélioration de l'état général, notamment psychologique, est observée pour Mme A, Mme B. et Mme C.

²¹ FASSIN, D. 2004. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.

« Enfin même si y'a des hauts et des bas mais juste le fait d'avoir quelqu'un qui vous écoute et de me comprendre mieux. Comprendre mieux ma situation... et d'essayer de dépasser mieux ma situation. » (Mme A., entretien)

« Ah il écoute beaucoup, énormément, il est à l'écoute, il est attentionné, il vous donne des bons conseils, des bons conseils au patient. Et c'est au patient de savoir s'il veut écouter ses conseils ou pas. » (Mme B., entretien)

« Mais bon voilà, parler, cela fait du bien, cela décharge un petit peu. Voilà ! Cela décharge et nous permet un petit peu de faire une petite mise à jour. » (Mme C. mère du garçon, entretien)

« Elle est à l'écoute ... Elle est à l'écoute, elle est disponible puisque même la dernière fois, je n'avais pas réussi ... Parce que pour avoir des rendez-vous, c'est très, très, très compliqué et donc, j'avais mon ordonnance qui arrivait au bout et je n'avais mon rendez-vous que deux mois après. Donc, j'ai contacté sa secrétaire et elle m'a envoyé, par mail, l'ordonnance sans aucun souci et rapidement. » (Mme J., entretien) Le lien privilégié entre Dre Collins et Mme J. permet un accès plus facile à un renouvellement de prescription.

En somme, l'écoute en tant qu'aptitude professionnelle remplit une fonction thérapeutique pour le patient. Des changements plus ou moins importants sont perçus. Pour Mme A., l'ATP est source de *mieux*, les changements sont visibles pour la patiente :

« Sur le temps, ça m'a beaucoup aidé parce que j'ai des problèmes niveau respiration et niveau stress. », « j'ai senti la différence et aussi le fait que le docteur Paris sait comment poser les questions. » (Mme A., entretien)

Dans la première étude, l'écoute est perçue comme le principal outil thérapeutique et pour cause : la patiente refuse de prendre les thérapeutiques proposées par Dre Paris. La prise en charge est donc essentiellement basée sur l'écoute donnant à la consultation une coloration psychothérapeutique importante renforcée par l'usage de techniques de relaxation- pratiques non conventionnelles et qui ne visent pas l'observance thérapeutique mais qui constituent une alternative aux ressources médicamenteuses refusée par Mme A.

Des changements induits par l'ATP sont également visibles pour Mme B. :

« Et vous avez l'impression que le docteur Le Roux, il vous a aidé à mieux gérer la maladie vous-même ?

Ah oui, oui, oui. Il m'a aidé beaucoup à gérer non seulement mon asthme mais le stress.

Et lui, il faisait quoi ?

Il m'écoutait, il me donnait des conseils, il m'écoutait... » (Mme B., entretien)

La consultation devient un temps d'écoute caractéristique de l'ATP : les discours sont teintés de psychothérapie. Les effets perçus rejoignent ceux ressentis par Mme A :

diminution et meilleure gestion du stress. Ce qui est d'autant plus étonnant quand on sait que Mme B. ne prête pas au Dr Le Roux, une légitimité dans la gestion de l'anxiété :

« Lui, il est pneumologue, c'est pas à lui... c'est au médecin généraliste de donner. Du coup, maintenant, le médecin généraliste, il me le donne. » (Mme B., entretien)

L'ATP est un moment particulier pour les spécialistes, il leur donne le temps de repenser leur activité et leur expertise traditionnellement centrée sur l'aspect biomédical de la maladie. Ici, Dr Le Roux adopte un rôle plus social que l'on prête généralement aux médecins généralistes : le vécu et l'expérience du quotidien avec la maladie chronique sont intégrés à la prise en charge.

« Ah, c'était pour me demander, ce que j'avais fait dans la semaine, qu'est-ce que j'ai ressenti dans la semaine, est-ce que j'ai eu, des moments de faiblesses ou des moments où j'ai eu vraiment besoin de prendre ma ventoline, ou des moments où j'avais besoin de prendre la cortisone et tout quoi. » (Mme B., entretien)

Le temps d'écoute organisé par l'ATP est moins évident dans les autres études. Pour l'étude 3, Mme C., la mère du petit garçon n'en fait pas état même si elle reconnaît que le fait de pouvoir parler est source de *mieux être* : *« ça décharge. »*

En outre, l'ATP organisé par Dre Huet est intégré à la pratique ordinaire, de là, le moment d'écoute est sans doute plus « dilué » n'étant pas cantonné à un moment fermement circonscrit. De plus, la triangulation, la présence de la petite fille, ma propre présence, ne sont pas des conditions favorables à l'écoute et à la libération de la parole. Pourtant, les conditions sociales de la famille sont difficiles, Mme C. me le confiera pendant notre entretien. Parler avec Dre Huet est une source de motivation pour la famille, la consultation prend alors l'allure d'un entretien motivationnel.

« [Vous avez dit aussi : « Le fait de parler », qu'est-ce que cela vous apporte, avec le docteur Huet ?] (e) Cela remotive, cela donne envie. Malheureusement, on ne parle pas assez souvent, on a besoin d'eux avec nous, tout le temps, à la maison, pour ne pas craquer. Mais oui, moi, je ... Cela aide ! Cela aide parce que c'est dur quand même, cela reste fatigant. » (Mme C. entretien)

Pour Mme C., le rôle du Dre Huet n'est pas de répondre à des enjeux psychologiques, c'est le rôle des psychologues, psychiatres et généralistes. Dans l'extrait suivant, Mme C. partage ses difficultés et celles de sa famille. Elle n'a pas tenu à en faire part à Dre Huet tout en admettant que ce sujet-là n'est pas encore arrivé- chose étonnante quand on connaît la place qu'occupent les conditions de vie, le quotidien avec la maladie, le vécu de la maladie dans l'ATP. Ce qui est encore plus curieux, c'est que pendant l'entretien Dre Huet intègre ces éléments dans sa pratique en adoptant un regard sociologique sur sa pratique. Peut-être, le stade de la relation ne permet-elle pas encore d'aborder ces

éléments, intimes. L'écoute est ici mobilisée pour induire un changement de comportement mais se heurte à des conditions sociales complexes, incapacitantes.

« [(E) Et là, avec la docteure Huet, il y a des choses encore qui vous gênent ou qui vous empêchent peut-être de vous confier ou ... ?](e) Non, pas du tout. C'est que ce n'est pas son rôle, c'est pour cela. Ouais, c'est juste pas son rôle. Après, oui, si la conversation vient comme avec vous, voilà : Pourquoi est-ce que je ne fais pas d'autres choses pour que notre hygiène de vie soit meilleure ? Là, oui, je lui dirai certainement parce que je sais que cela nous gêne énormément. On a envie de rien, en fait ! » (Mme C., entretien)

L'écoute en tant qu'aptitude professionnelle est tributaire d'un contexte, de conditions favorables ou non. Il semblerait que cette compétence se rejoue sans cesse, à chaque consultation. Le cas n°4 rejoint le cas n°3 dans la mesure où les conditions de la consultation n'ont pas favorisé ce moment d'échange. D'ailleurs, si Mme M. voit en Dre Rey quelqu'un « d'exceptionnel », elle ne loue pas pour autant sa capacité d'écoute. La consultation est difficile- Dre Rey le reconnaît en entretien-, ponctuée de conflits à propos de l'hygiène et des traitements antidouleurs. Ici l'écoute du Dre Rey sert cet objectif et contre balance les idéaux de l'ETP qui voient en la compétence d'écoute une posture éducative indispensable à la coconstruction d'objectifs éducatifs qui s'appuient sur les ressources du patient. Dans l'extrait suivant, les ressources présentées par la patiente sont balayées d'un revers de manche :

« J'ai fait des recherches et j'ai passé trois jours sans manger.

Ça a fait quoi ?

Le troisième jour, je n'avais plus cette douleur fine.

Pourquoi, vous n'avez pas continué alors ?

Je suis déjà fine et des fois, je maigris énormément, je peux perdre d'un coup 3kg en un jour.

Vous mangez pas à ce moment ? Attention au jeun, vous êtes déjà fine, attention, attention.

Non, non, non (hausse le ton), je ne peux pas vous conseiller ça. Non, non. » (Note d'observation, cas n°4)

Le dialogue précédent est aux antipodes des canons diffusés par l'ETP : autoritarisme, démonstration d'un pouvoir médical vertical, injonction et posture teintée d'agressivité. La patiente cherche des alternatives, explore, se rebelle :

« [(E) Est-ce que vous avez ... Donc, vous avez, vous, perçu des changements dans votre manière de gérer la maladie depuis que vous êtes suivie par le Docteur Rey ?](e) Comme cela fait déjà beaucoup d'années que je souffre, des fois, je me rebelle et j'arrête de boire mes médicaments. » (Mme M., entretien)

Peut-être cette émancipation est-elle un des effets induits de l'ATP ? Notons, qu'au début du parcours, la patiente, sous les conseils de Dre Rey, tenait un agenda de la douleur en

notant ses pics et ce qui la soulageait. Les ressources mobilisées par Dre Rey ont permis à la patiente d'explorer des formes alternatives aux thérapeutiques classiques. Ces dernières sont mal reçues par la médecin. Le paradoxe prête à sourire : l'ATP permettant au patient de gagner en autonomie, il devient ensuite difficile pour le médecin de gérer cette nouvelle relation, moins verticale, plus symétrique.

Enfin, même si la médecin adopte une posture d'écoute, d'ouverture, formule des questions ouvertes, cela peut ne pas être suffisant. Mme J. dans la cinquième étude est réfractaire à entrer dans un dialogue à composante psychologique voire psychanalytique à certains égards. J'apprendrai dans l'entretien que si elle prête au Dre Collins des compétences d'écoute ; la relation n'a pas toujours été facile en raison d'un très fort attachement à son ancien diabétologue dont elle louait aussi et dans une autre mesure l'aptitude d'écoute. Dans une autre mesure car l'aptitude dépasse la stricte posture en consultation dans le sens où les questions factuelles du type début de la maladie ne sont pas sans cesse reposées. La patiente regrette une forme de superficialité- si le médecin était vraiment attentif au discours, aurait-il besoin de revenir sur des éléments factuels déjà évoqués ?

« [(E) Qu'est-ce que vous trouviez très bien avec ce médecin ?] (e) Enfin, il était à l'écoute de mes difficultés et il pouvait comprendre et, en aucun cas, vous voyez, il n'allait me dire qu'il fallait absolument que je sois sous pompe ou voilà. Il y avait tout un discours et, au final, j'arrivais à la pompe mais voilà, cela se faisait tout doucement et à force de discussions ... Et voilà ! Et pareil, une chose aussi où ... Enfin, avec beaucoup de docteurs où, à chaque fois, il faut que je redise, que je réexplique mon histoire, vous voyez ? Que je revienne sur cela fait combien de temps que je suis diabétique, machin alors que lui, il prenait mon dossier et il ne me reposait pas ces questions. Là, j'avais vraiment le sentiment qu'il savait de quoi il parlait et puis, il avait mon suivi. Vous voyez ce que je veux dire ?

Je vous dis, le docteur Collins, c'est pareil, je la vois deux fois dans l'année donc après, je peux comprendre, elle a plein de patients, elle n'a pas que moi, elle a beaucoup de travail. Enfin voilà ! Mais voilà, c'est ce côté où, des fois, cela me ... Je me dis : « Mince ! » (Mme J., entretien)

Ce dernier extrait pose des questions. Si développer une aptitude à l'écoute permet aux médecins de créer un espace de parole salubre pour les patients, comment peuvent-ils ensuite organiser ce nouveau flux d'informations ? Prendre des notes et les intégrer au dossier médical ? Sans doute, Mme J. lassait de répéter les mêmes éléments biographiques ne souhaite plus s'investir dans un récit sans cesse reconduit. Revenir sur des éléments de vie difficiles, intimes peut être éprouvant pour les patients et entraîner des conséquences négatives comme le fait de voir son récit occulté par le médecin lors de la consultation suivante. Une des causes probables est le grand nombre de patients suivis.

De là, se pose la question de la conservation et de la gestion de ces récits ? Où les conserver ? Comment les utiliser dans le cadre des consultations futures ?

4.3. Un accès à l'ATP socialement différencié

Si l'écoute est un élément central dans l'ETP, source de bienfaits pour le patient, elle est également sources d'inégalités (Longchamp, 2014) dans la mesure où l'aptitude à *parler de soi* est tributaire de prédispositions autonarratives. De la même façon que le *parler de soi* des enfants, le *parler de soi* des patients adultes est socialement déterminé. Comme le montre Longchamp dans son étude sur les infirmières scolaires face à la parole des enfants, la position sociale constitue le cadre de socialisation fondamental. Les classes moyennes et supérieures ont plus d'aisance à verbaliser des perceptions psychosomatiques, à reconstituer des trajectoires de vie quand les strates inférieures se heurtent à des difficultés dans la constitution du *parler de soi*. Un autre déterminant est le sexe. Le sens commun prête aux filles puis aux femmes une propension au *parler de soi*. Longchamp montrera que c'est en partie juste pour les enfants des classes populaires, la différence s'atténuant lorsque l'on grimpe les strates sociales. En outre, le *parler de soi* est aussi modelé par les trajectoires de vie dans la mesure où la fréquentation de psychologues dès le plus jeune âge peut intervenir comme un dispositif d'intériorisation de la disposition. Muriel Darmon abonde dans ce sens en montrant que les parcours médicaux des anorexiques jonchés d'entretien clinique forme « des discours adéquats à tenir sur soi ». (Muriel Darmon, 2003) De la même façon, les adultes marqués par un parcours médical de longue date seront plus à l'aise avec l'entretien clinique.

Ces déterminants sociaux nous rappellent que le patient est socialement situé. « *Car seule la prise en considération de son marquage sociale permet de révéler que cette figure entraîne des malentendus structurels qui interviennent toutes les fois qu'un professionnel de santé entre en relation avec un profane étranger à sa vision du monde, « sans avoir conscience d'être confronté à un langage différent, mais à un autre mode de construction du donné (du litige ou du malaise par exemple), supposant la mise en œuvre d'un système de dispositions différent.* (Bourdieu, 2003). » (Longchamp, 2014) Malentendus que nous avons pu observer en consultation au cours des conflits opposant professionnels et profanes liés à des résistances structurelles plus qu'à des résistances individuelles. Ces résistances apparaissent d'autant plus fortes que les déterminants sont pour la plupart méconnus dans nos systèmes de santé.

Partir de ces malentendus structurels peut nous permettre de penser l'ATP à l'aune des positions sociales et de ses déterminants. Notre enquête rejoint les observations de Longchamp sur les effets de la mobilisation du *parler de soi* en tant qu'il ne permet pas à

ceux qui en auraient le plus besoin d'en bénéficier- les prédispositions autonarratives étant socialement situées- puisque moins disposés à mobiliser ces compétences. À l'aune de cette première remarque, il sera fécond de voir comment l'ATP opère une sélection des patients sur la base de déterminants sociaux. Il en sera question dans le second chapitre de ce travail, une façon de montrer comment l'ATP est socialement situé.

En effet, les entretiens menés avec les médecins jettent la lumière sur le mode de recrutement des patients bénéficiant de l'ATP : les capacités langagières sont unanimement citées en prérequis

Considérer l'aptitude d'écoute comme un dénominateur commun des pratiques ATP n'est pas suffisant puisqu'elle recoupe, nous venons de le voir, différents degrés de compétence. Certains plus acculturés à cette pratique mettront au jour les bénéfices de l'écoute pour le patient, d'autres en dévoileront les limites. La question de l'écoute n'en demeure pas moins un élément fondamental puisque son utilisation en tant que compétence au service du soin est légitimée par l'expérimentation ATP-IDF.

Peu formés à l'écoute, les médecins n'ont pas confiance en ses bénéfices : le modèle dominant de l'EBM centré sur les dimensions biomédicales et épidémiologiques des maladies relègue au second plan les compétences relationnelles pourtant nécessaires à la pratique quotidienne. En résulte, une disparition progressive de la parole des patients : les examens médicaux prennent la place de leurs discours dans l'élaboration du diagnostic (Couturier et al., 2014)

L'expérimentation ATP entreprend une vaste entreprise de re-légitimation de la parole des patients. À contre-courant du paradigme technoscientifique, les patients experts s'engagent dans un travail éducatif dont l'une des dimensions est de redonner confiance aux médecins en leurs capacités d'écoute. Une parallèle intervient entre les médecins éducateurs et les patients experts.

Finalement une forme de relation éducative marquée par la réciprocité se laisse entrevoir. Les patients experts arborent dans l'expérimentation ATP-IDF un rôle de patients enseignants spécialistes des compétences relationnelles médicalement situées. Les discours abondent dans ce sens tant ils arborent un mode scolaire : structure des webinaires, utilisation de tableaux, travaux de groupes sous la supervision d'animateurs, renforcement positif, processus d'infantilisation des médecins participants... Dans cette perspective, certains aspects de la relation pédagogique traditionnelle- relation verticale, domination du sachant sur l'apprenant- sont reconduits dans l'expérimentation. Pourtant, malgré une formation commune mise en place par l'expérimentation ATP-IDF, les résultats montrent une diversité de pratiques ATP. Les difficultés ont été d'ordre définitionnel et la question en apparence simple- qu'est-ce que l'ATP ? - s'est heurtée à la réalité des pratiques. Réalité complexe recoupant des situations différentes recoupant des degrés de

formalisme, des types de ressources, des types relationnel pluriels. Pourtant, au terme de ce mémoire, nous pouvons affirmer ceci : l'ATP est un moment relativement plus long qu'une consultation ordinaire au cours duquel les dimensions psychosociales de la maladie sont explorées au service d'un objectif d'amélioration du bien-être global et ce malgré l'incurabilité de la maladie. Pour servir cet objectif, l'aptitude professionnelle d'écoute du médecin est la première ressource puisqu'elle permet au patient de se raconter dans ces dimensions psychosociales. À cette aptitude d'écoute, s'ajoute la mobilisation d'un réseau de collaborations au service du patient. L'ATP est aussi un moment de coordination offrant l'opportunité au médecin généraliste de remplir pleinement son rôle de coordinateur en soins primaires et permettant aux spécialistes de ville de remplir également ce rôle.

Limites

L'un des regrets de ce mémoire est d'avoir limité notre analyse comparative à cinq études de cas. Explorer cinq cas supplémentaires nous auraient permis d'étoffer nos catégories. Il aurait été à ce niveau intéressant d'établir des filiations entre les modes de socialisation des médecins expérimentateurs. De plus, compléter les cas par d'autres consultations ATP auraient été intéressant pour penser la différenciation sociale des pratiques- Comment les médecins adaptent-ils leurs pratiques en consultation et comment la modulation de la pratique est-elle liée à ce que les médecins perçoivent des patients ? Cette étude de la différenciation pourrait s'enrichir d'une étude de la différenciation des différenciations (Paillet, 2021) ou autrement dit de l'analyse des façons variables dont s'opèrent d'un médecin à l'autre ou d'un contexte à l'autre, les différenciations de pratiques d'un patient à l'autre.

En outre, ce travail mériterait d'être complété par une analyse économique des changements induits par l'ATP. On pourrait à ce sujet penser à l'étude des variations des consommations de soins des patients avant la prise en charge ATP, pendant et après. Comment les dépenses en santé des patients suivis en ATP ont-elles évolué ? L'argument économique serait un argument fort en faveur du développement de ces pratiques d'accompagnement pour les ARS.

En guise des préconisations

Afin de poursuivre l'expérimentation ATP-IDF, il faudra convaincre les financeurs du bien-fondé de cette nouvelle offre de santé. L'offre de premiers recours a tout intérêt à développer ces pratiques d'accompagnement dans un contexte hospitalier extrêmement tendu. Pour la prise en charge du diabète par exemple, le développement de l'accompagnement de proximité pourrait permettre d'éviter les hospitalisations et de participer du virage ambulatoire amorcé il y a déjà quelques années.

Pour diffuser ces pratiques d'accompagnement, les financements sont indispensables pour les médecins libéraux. Pour les médecins participants, le financement de quatre consultations pour une séance ATP est acceptable. En outre, un projet de diffusion de la pratique devra passer par un important travail de coordination entre les ARS : les enseignements de l'expérimentation ATP-IDF consignés dans une feuille de route pourront être transmis aux ARS sur les différents territoires de santé. Une équipe de coordinateurs pourrait s'occuper du développement du projet.

En parallèle et pour combler le besoin croissant en ETP des patients atteints de pathologies chroniques, il serait intéressant d'inclure d'autres professionnels dans l'expérimentation pour les faire dialoguer. Les médecins ne sont qu'un maillon de la chaîne ; ouvrir l'espace à des infirmières, à des diététiciennes, à des psychologues et à des médecins du travail

serait l'occasion de mettre en relation des professionnels d'horizons différents possédant des objectifs communs. Le rassemblement d'une forme de communauté de pratiques est également une opportunité pour ceux et celles qui le souhaitent de développer des programmes ETP²² en libéral.

En termes de compétences professionnelles enfin, l'ATP nous a permis de constater à quel point l'écoute est un élément central de la relation thérapeutique. Pour développer cette pratique de la narrativité²³ en tant qu'outil, qu'instrument de dialogue et de soin, une action peut se penser à deux niveaux. D'abord, les médecins doivent reprendre confiance en son usage, c'est ce qu'essaye de faire l'expérimentation ATP en réassurant les médecins sur l'usage de la parole. À un second niveau, il est important d'entreprendre de diffuser cette compétence puisque cela concerne l'ensemble de la chaîne de soin. Cela demande de la coordination et des supports de diffusion de pratiques qui respectent la confidentialité des données des patients.

Conclusion

En conclusion de ce mémoire nous dirons que les pratiques d'accompagnement construites au cours de l'expérimentation ATP-IDF par les médecins expérimentateurs ont été source de changements à différents niveaux. Au niveau des praticiens d'abord puisqu'ils ont perçu une influence positive de la formation ATP sur leur pratique, sur leur conception du soin et de la relation. Les médecins que nous avons interrogés ont choisi de restructurer leurs relations en se servant de nombreux outils dont la part belle a été faite à l'aptitude professionnelle de l'écoute. Ces praticiens ont aussi investi le temps donné par l'expérimentation pour pallier l'incertitude médicale et relationnelle gouvernant bien souvent l'exercice de la médecine. L'ATP devient un temps de recherche et d'exploration au service de la santé dans ses dimensions biologiques, sociales et environnementales.

Une santé qui s'est considérablement améliorée pour les patients interrogés puisque tous ont tiré des bénéfices- à différents degrés- du suivi ATP. Les relations plus solides avec les médecins sont porteuses de bénéfices thérapeutiques et notamment au niveau psychosocial. Pour les patients, ce moment privilégié est l'occasion de bénéficier d'un soin hyper personnalisé et d'ouvrir le suivi à tout un réseau de collaborations. En ce sens, l'ATP est un moyen pour les médecins de remplir leur rôle de coordinateur, rôle devenu indispensable et qui devrait encore se renforcer avec l'augmentation des pathologies chroniques et des parcours complexes associés.

²² Soumis à validation des ARS

²³ C'est une des entreprises de la médecine narrative, discipline nouvelle en France et qui souhaite replacer la narration au cœur du soin.

Bibliographie

Becker, H. La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales [Internet]. Paris: Editions la Découverte; 2017.

Bloy, Géraldine. « Les habits neufs du Docteur Knock ? Les médecins généralistes aux frontières extensibles du projet préventif ». In *Aux frontières de la médecine*, édité par Bujon Thomas, Doullens Christine, et Le Naour Gwenola, 3-22. Editions des Archives Contemporaines, 2015. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01230567>.

Coavoux, Samuel. « Muriel Darmon, Classes préparatoires. La fabrique d'une jeunesse dominante ». *Lectures*, 30 octobre 2013. <https://journals.openedition.org/lectures/12566?lang=en>.

Delpierre C, et al. Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°16-17, 2016.

Drahi, E. ETP séquentielle en médecine générale. *La revue du praticien*. 2011;24(847):673-7.

Duffau N. L'éducation thérapeutique en consultation de médecine générale : Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Diplôme d'Etudes Spécialisées Médecine Générale. 2011.

Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In: *Réduire les inégalités sociales en santé*. 2010. p. 195-208.

Fassin, D. 2004. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.

Foucaud J, Balcou-Debussche M, Gautier A, Debussche A. Training in therapeutic patient education of French primary care physicians : practices and perceived needs. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2012;8.

Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. *Santé Publique*. 2007;19(5):413.

Fournier C, Naiditch M, Frattini, M-O. Comment les médecins généralistes décrivent la dimension éducative de leurs pratiques. *Santé éducation, Spécial congrès 2017*, n° 1, vol 27, 7-9.

Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M, Traynard P-Y, Gagnayre R, Lombrail P. Comment les médecins généralistes favorisent-ils l'équité d'accès à l'éducation thérapeutique pour leurs patients ? *Santé Publique*. 2018;S1(HS1):69.

Fournier C, Troisoeufs A. Éduquer le patient ou transformer l'action publique : un espace d'expression pour les patients : Commentaire. *Sciences Sociales et Santé*. juin 2018;36(2):33-41.

Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et sante*. 2011;Vol. 29(3):81-122.

HAS. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques, 2007.

HAS. Rapport d'orientation. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle, 2008.

HAS. Démarche centrée sur le patient Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Proposer des temps d'éducation thérapeutique en lien avec la stratégie thérapeutique. 2015.

Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. 2009.

Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). 2015.

Leigh Star, Susan. « Ceci n'est pas un objet-frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept ». *Revue d'anthropologie des connaissances* Vol 4, 1, n° 1 (2010): 18-35. <https://doi.org/10.3917/rac.009.0018>.

Lelorain S, Bachelet A, Bertin N, Bourgoïn M. French healthcare professionals' perceived barriers to and motivation for therapeutic patient education: A qualitative study: Therapeutic patient education. *Nursing & Health Sciences*. sept 2017;19(3):331-9.

Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 20 oct 2001;323(7318):908-11.

Lombrail P. Les conditions de l'accès de l'ETP en ville : les principes, comment faire ? In: *Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire*. Maloine. 2013.

Margat A. Étude de l'évaluation quadriennale des programmes d'éducation thérapeutique autorisés en Île de France (entre 2010 et début 2011). Rapport final. 2017 janv.

M'Bemba J. Éducation thérapeutique en médecine libérale : exemple de la consultation de diabétologie. *Médecine des Maladies Métaboliques*. nov 2017;11(7):636-40.

Morgan HM, Entwistle VA, Cribb A, Christmas S, Owens J, Skea ZC, et al. We need to talk about purpose: a critical interpretive synthesis of health and social care professionals' approaches to self-management support for people with long-term conditions. *Health Expect.* avr 2017;20(2):243-59.

Mousquès Julien (IRDES), Frédérique Ruchon, Expérimentation d'un « Accompagnement Thérapeutique de Proximité » par des médecins libéraux franciliens, généralistes et spécialistes, Note de résultats intermédiaires quantitatives sur la vague OMS. Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soin dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. 1999.

Pélicand J, Fournier, Cécile, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actualité et dossier en santé publique.* mars 2009;(66).

Rogers A, Vassilev I, Brooks H, Kennedy A, Blickem C. Brief encounters: what do primary care professionals contribute to peoples' self-care support network for long-term conditions? A mixed methods study. *BMC Fam Pract.* déc 2016;17(1):21.

Emmanuel R. Education thérapeutique et éthique : de l'impératif de santé publique aux droits des personnes et des usagers. *Santé Publique.* 29(5).

Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns.* juin 2018;101(6):1006-35.

Sandman L, Munthe C. Shared decision-making and patient autonomy. *Theoretical medicine and bioethics.* 2009;30(4):289-310.

Sandrin Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. PUF; 2000.

Schlegel V. La fabrique sociale du patient autonome : développer et mettre en œuvre l'éducation du patient diabétique en France. EHESS; 2020.

Strauss A, Corbin, J. Les fondements de la recherche qualitative. Techniques et procédures de développement de la théorie enracinée. Fribourg: Academic Press; 2004. 342 p.

Traynard P-Y, Gagnayre R. Education thérapeutique du patient en ville et sur le territoire. Maloine. 2013.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guides d'entretiens et grille d'observation

Derler

Violette

7/09/2022

Master 2 AMOS-Paris

Analyse des pratiques d'accompagnement en médecine

Résumé :

L'offre ETP en France est aujourd'hui insuffisante à couvrir l'ensemble des besoins des patients atteints de maladies chroniques : les programmes sont bien souvent non adaptés aux besoins de la population, patients et médecins sont peu informés de l'existence de tels programmes, places insuffisantes... C'est dans ce contexte que l'expérimentation ATP-IDF souhaite développer des pratiques éducatives en médecine libérale. Notre mémoire s'attachera à analyser ces nouvelles pratiques et les changements qu'elles induisent tant au niveau des pratiques professionnelles qu'au niveau de la santé des patients. Qu'est-ce qui se distingue d'une pratique ordinaire ? Comment perçoivent-ils ce qu'ils font en matière d'éducation ? Autour de quels thèmes, de quels objets cette nouvelle relation se structure-t-elle ? Quels sont les outils et les ressources utilisés et dans quelles situations, avec quels patients, sont-ils utilisés ? En répondant à ces questions, notre travail aura l'ambition de rendre compte des enjeux autour d'une pratique innovante en matière d'ETP : l'ATP.

Mots clés :

ETP- Accompagnement thérapeutique- Pratiques éducatives- Libéral

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.

Annexes

Annexe 1 : Guides d'entretien médecin/patient et grille d'observation

Guide entretien médecin

Parcours, trajectoire personnelle et professionnelle

Pourriez-vous me raconter votre parcours professionnel ? (Lieu de formation, travail de thèse)

Comment êtes-vous entré dans l'expérimentation ? Qu'est-ce qui a motivé ce choix ? Rencontre déterminante ?

Aviez-vous déjà pris part à un projet visant à découvrir de nouvelles pratiques ? D'ETP ?

Mode d'exercice, fonctionnement activité

Comment organisez-vous votre activité ? nombre de consultations par semaines/ autres activités de soin.

Représentations liées à l'activité/ au rôle de médecin

Comment définiriez-vous votre rôle en tant que médecin (dans votre spécialité) ?

Quelle place offrez-vous à la dimension « d'accompagnement » dans votre pratique, et comment la concevez-vous ?

Comment décrieriez-vous votre patientèle ?

Sur la consultation observée

Quel était votre objectif et comment avez-vous préparé la consultation ATP ?

Trouvez-vous que vous avez pu faire ce qui était prévu ?

Comment avez-vous proposé à ce patient ? Pour quelles raisons avez-vous proposé à ce patient.e ? Depuis combien de temps suivez-vous ce patient.e ?

Est-ce que vous pouvez me donner un exemple d'un patient avec qui ça s'est très bien passé ? Moins bien passé ?

Les pratiques éducatives

Comment organisez-vous une consultation ATP ?

Qu'est-ce qui change par rapport à une consultation non-ATP ?

Changement de pratiques et de représentations ?

Qu'est-ce qui a changé pour vous depuis le début de l'expérimentation ?

Qu'est-ce que vous espérez qui change pour ce patient ? Est-ce que vous avez vu ces changements ?

Pouvez-vous me décrire la consultation qui s'est le mieux passée selon vous ?

Qu'est-ce que, selon vous, ce patient attendait d'une consultation ATP ?

Qu'est-ce qui vous a aidé à mettre en place l'ATP avec ce patient ? Et avec d'autres ?

Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées avec ce patient ? et avec d'autres ?
(Essayer ici de faire varier les caractéristiques sociales du patient : parler de barrière culturelle, de langue, literatie)

Avez-vous un exemple de consultation « ratée » ?

Origine sociale : Profession mère ? père ? Conjoint.e ? enfants ? Age ? Nombre années carrière ? Engagement social ?

→ Ici on leur posera ces questions de façon détournée, par le biais d'un recueil sociodémographique.

Guide d'entretien patient

Parcours/ Histoire de la maladie/ la maladie et l'entourage

Pour vous, qu'est-ce qui a causé votre maladie ? (// étiologie profane)
Comment décririez-vous votre maladie ?

Pourriez-vous me raconter comment vous avez découvert que vous aviez cette maladie ?

Quels ont été les évènements qui vous ont le plus marqué dans l'histoire de votre maladie ?

Si vous travaillez, est-ce que la maladie a eu des répercussions sur votre travail, et si oui de quel type ? des répercussions sur votre vie ?

Comment parlez-vous de votre maladie à votre entourage ? dans votre profession ?

Relation médecin

Comment avez-vous connu Docteur.e XXX ?

Avez-vous consulté d'autres docteurs depuis que vous avez été diagnostiqué et depuis que vous connaissez le Docteur XXX ?

Combien de fois le voyiez-vous par an ?

Comment décririez-vous la relation avec ce médecin ?

Représentations consultation ATP

Qu'est-ce que vous pensez de cette consultation ?

Qu'est-ce que vous avez compris de ces consultations longues proposées par votre médecin ?

Comment-vous a-t-il proposé ce nouveau type de consultation ? (Ici on va voir quelles catégories les médecins utilisent pour parler de l'ATP)

Est-ce que vous avez été gêné ?

Quels changements avez-vous perçu dans votre prise en charge ?

Qu'en pensez-vous ?

Est-ce que vous avez un exemple d'une consultation particulièrement marquante ?

Qu'est-ce que vous aimeriez encore changer ?

Caractéristiques sociales avec argument du recueil d'éléments sociodémographiques : Profession ? du Conjoint.e ? Profession mère ? Père ? Enfants ?
Lieu de naissance ? Lieu de vie ?

Grille d'observation

Thème	Notes
Durée de l'entretien, rapport temps de parole, minutage des temps de parole.	
Description de la structuration de la consultation <u>Thèmes abordés</u>	
Environnement et communication non verbale	
<u>Pendant la consultation</u> : Description de la disposition/décoration de la pièce de consultation.	
<u>Avant la consultation</u> : bâtiment, mode d'exercices, quartier, salle d'attente, affiches, documentation à disposition et nature de cette documentation, décoration, autres patients dans la salle d'attente.	

Description des positions médecin :		
Place du bureau		T1
Place de l'ordinateur		T2
Postures (regards, positions du corps...)		T3
Port de la blouse		
Description des positions du patient :		
Postures		T1
Changements		T2
		T3
Prise de notes par médecin et/ou patient ?		
Utilisation de support visuel (ou audio) à l'intention du patient ?		
Utilisation de supports pour le médecin (questionnaires, fiches, etc.)		
Communication verbale		
Niveau de la voix (médecin et patient)		
Types de questions (ouvertes, fermées...)		
Silences (types de silences, qui les induit, durée...)		
Interruption de la parole (médecin et patient)		
<u>Vocabulaire utilisé</u>		
Reformulation		
Aide à la reformulation		