

Global Health Promotion

<http://ped.sagepub.com/>

Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision

Anne Le Rhun, Rémi Gagnayre, Leïla Moret and Pierre Lombrail

Global Health Promotion 2013 20: 43

DOI: 10.1177/1757975913483338

The online version of this article can be found at:

http://ped.sagepub.com/content/20/2_suppl/43

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

On behalf of:



International Union for Health Promotion and Education

Additional services and information for *Global Health Promotion* can be found at:

Email Alerts: <http://ped.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ped.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [Version of Record](#) - May 15, 2013

[What is This?](#)

Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision

Anne Le Rhun¹, Rémi Gagnayre², Leïla Moret¹ et Pierre Lombrail²

Résumé : La mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique en France suscite chez les soignants des tensions. Ces tensions résultent du décalage perçu entre la réalité des pratiques d'éducation thérapeutique et les représentations qu'ils en ont. Cette étude descriptive qualitative vise à caractériser la nature de ces tensions. En 2009, 27 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de soignants du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (France). A partir de la théorie ancrée, l'analyse des entretiens a mis en évidence 3 types de tensions : tensions dialogiques, tensions cognitives et tensions d'impuissance d'action. Cette étude interroge les conditions d'une supervision des soignants. (*Global Health Promotion*, 2013; 20 Supp. 2: 43–47).

Mots clés : éducation thérapeutique, pratique professionnelle, formation, supervision

Introduction et objectif de l'étude

L'éducation thérapeutique (ET) est une pratique développée depuis plus de 40 ans au niveau international pour renforcer les compétences des personnes atteintes de maladie chronique afin de les aider à mieux vivre avec leur maladie. En fonction de différentes recommandations internationales (1) ou nationales, les pays conçoivent différemment le développement de l'ET. En France, la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (2) permet son intégration durable dans le système de soin français (3). Deux Agences nationales sont mandatées pour soutenir son développement. C'est ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) produisent et diffusent des recommandations nationales (4). Pour implanter l'ET, des structures de soutien aux équipes soignantes paraissent nécessaires. A Nantes, l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de

la Santé des Pays de la Loire et l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTET) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes proposent une supervision des soignants : formation, conseil méthodologique, analyse de pratiques, création d'outils pédagogiques (5).

Au cours de ces supervisions, des soignants ont fait part de tensions dans la mise en œuvre de l'ET. La tension correspond à une gêne, un malaise, une insatisfaction ressentie par le soignant. La tension résulte du décalage perçu chez le soignant entre la réalité des pratiques d'ET et les représentations qu'il en a. Ces tensions peuvent être personnelles ou interpersonnelles lorsqu'elles impliquent un tiers (conflits d'équipe, réticences de collègues).

Ces tensions sont peu étudiées dans le champ de l'ET. Pourtant, notre expérience nous conduit à penser que si elles ne sont pas reconnues et travaillées dans le cadre de dispositifs de supervision et de formation, elles peuvent être un obstacle au

1. Hôpital Saint Jacques, Unité Transversale d'Education Thérapeutique, Service d'Evaluation Médicale et d'Education Thérapeutique, PIMESP, CHU de Nantes, 85 rue Saint Jacques, 44093 Nantes, France. Correspondance à : Anne Le Rhun; anne.lerhun@chu-nantes.fr
2. Laboratoire de pédagogie de la santé, EA 3412, Université Paris 13, PRES Sorbonne-Paris-Cité, Paris, France.

(Cet article a été soumis le 15 février 2012. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 6 août 2012)

développement de l'ET. Cette étude vise donc à recenser et caractériser la nature des tensions vécues par les soignants en utilisant la théorisation ancrée (6). Elle s'inscrit dans un projet multicentrique mené par 3 équipes de recherche (Nantes, Paris-Bobigny et Bruxelles) d'avril 2008 à janvier 2009. Nous rapportons les résultats de l'étude nantaise.

Méthode

Le recrutement des soignants s'est fait auprès des coordonnateurs des 20 programmes d'ET du CHU de Nantes identifiés par l'UTET à la date du travail. Les critères de sélection étaient d'être soignant participant à un programme d'ET, de travailler en milieu hospitalier et d'avoir été formé à l'ET. Pour appréhender la variété des tensions, chaque coordonnateur a identifié 1 ou 2 volontaire(s) par programme. Leur disponibilité a établi l'ordre de passage. La technique de saturation a déterminé le nombre d'entretiens en fonction de l'exhaustivité des contenus explorés. Des entretiens semi-directifs de 2 heures en moyenne ont été réalisés par le même chercheur à l'aide d'un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes. L'ensemble des verbatim a fait l'objet d'une analyse qualitative thématique (7). Un groupe de recherche multicentrique s'est régulièrement réuni pour fonder la validité inter-codeur des entretiens par confrontation des analyses d'un même entretien par 3 chercheurs.

Résultats

Description de la population d'enquête

C'est au 27^{ème} entretien que la saturation des données a été obtenue. La majorité des enquêtés étaient infirmières ou médecins (respectivement 13/27 et 8/27), les autres diététiciennes (2/27), psychologues (2/27), pharmacien (1/27) ou aide-soignante (1/27). La plupart étaient des femmes (25/27) travaillant exclusivement en milieu hospitalier (23/27), ou au sein d'un réseau d'ET (3/27) ou en libéral (3/27). La majorité avait plus de 39 ans (25/27) avec une moyenne d'expérience en ET de 8 ans (minimum : 1 an; maximum : 20 ans). Les pratiques éducatives individuelles et collectives visaient pour la plupart des patients adultes (16/27). Les 20 programmes étaient représentés.

Nature des tensions

Conformément à la démarche de théorisation ancrée, nous nous sommes référés pour notre analyse aux travaux théoriques effectués dans d'autres milieux professionnels (8,9). Nous avons pu ainsi catégoriser 3 natures de tensions :

Tensions dialogiques

Il est possible de définir la tension dialogique comme le fait de « vouloir des choses contradictoires ». Plusieurs soignants exprimaient une forme de tension personnelle lorsque leurs objectifs d'amélioration de la qualité de vie du patient entraient en conflit avec leur finalité de santé physique. Un médecin parlait même de « dérive éducative » :

« Plus on va être à l'écoute et centré sur les besoins des patients, et plus on risque de ne plus faire ce qu'on devrait faire en terme biomédical. On ne va plus faire cet examen parce que c'est compliqué pour lui d'accepter, ou parce que ce jour-là il n'est pas prêt à entendre. Or, je reste soignant et si j'ai des choses désagréables à dire, il va falloir que je les dise » (médecin, entretien 7)

Dans ce type de tension dialogique, des tensions interpersonnelles étaient également notées. Elles sont de 2 catégories :

- cells liées à des discordances d'objectifs entre professionnels : par exemple, une infirmière exprimait « devoir jongler entre deux demandes qui ne coïncidaient pas : le médecin veut que le patient prenne son traitement, et le patient, lui, a un autre objectif. Vouloir faire coïncider les deux, c'est l'échec, on n'est pas du tout sur la même longueur d'ondes » (infirmière, entretien 10)
- celles liées à des priorités professionnelles différentes au sein de l'équipe. Il semble que le manque d'intérêt et de reconnaissance de l'ET par leurs collègues ou hiérarchie en était l'origine.

Tensions cognitives

Ces tensions sont liées à la confrontation de « savoirs contradictoires ». Ces tensions personnelles pouvaient, notamment, résulter d'une confusion sur

le rôle de chacun. Plusieurs soignants exprimaient leur crainte de transgresser leur propre rôle ou d'empiéter sur le territoire du psychologue. Ces craintes étaient liées à de nouvelles pratiques intégrant le questionnement du vécu du patient :

« Moi je ne suis pas psychologue, on ne peut pas se permettre de tout faire non plus ; les écouter, leur donner des pistes par rapport à la nutrition, faire émerger les compétences des patients, ça c'est pleinement dans ma mission » (diététicienne, entretien 26)

Des tensions interpersonnelles résultaient de conceptions différentes sur la légitimité des intervenants en ET. Certains professionnels de santé exprimaient leurs réticences ou leur désaccord vis-à-vis de la participation des « non soignants », par exemple les représentants d'associations de patients ou les prestataires de services :

« Cela peut être dangereux de faire participer des associations de patients. » (infirmière, entretien 20)

Tensions d'impuissance d'action

Ces tensions résultent d'une incapacité à transformer les pratiques ou le contexte d'exercice, pour les accorder à son idéal « désiré » de l'ET. Elles sont associées à un sentiment d'impuissance.

Concernant les tensions émanant des soignants eux-mêmes, il apparaissait un sentiment d'auto-efficacité faible, lié à la conviction de ne pas savoir faire, dans 3 domaines de pratique d'ET :

- Le premier volet correspondait à la prise en compte du vécu, des émotions et des difficultés des patients. Dans des situations de souffrance du patient, certains soignants évoquaient leurs craintes de se laisser déborder émotionnellement et de faire émerger des problèmes sans pouvoir apporter de solutions : « Je trouve que ça peut être dangereux car cela fait émerger des blocages et on n'a pas toujours de quoi les lever » (diététicienne, entretien 26). Ils exprimaient la crainte de déstabiliser les personnes dans leur équilibre de vie en allant trop loin dans leur intimité. Le risque pour les soignants était de se mettre soi-même en difficulté ou de mettre en difficulté les patients.
- Un deuxième aspect concernait la personnalisation du programme. Plusieurs soignants évoquaient la

difficulté de négocier avec le patient, de trouver des objectifs éducatifs ajustés au patient en tenant compte des impératifs du traitement ou du programme d'ET : « Je voyais bien qu'il fallait être à l'écoute, mais me dégager de mes objectifs soignant, ce n'était pas si facile que cela » (infirmière, entretien 17).

- Le dernier domaine correspondait à l'évaluation et au renforcement des compétences des patients : les soignants questionnaient la pertinence de leurs interventions, souvent plus ciblées sur les connaissances : « Je ne sais pas trop si on est très pertinent dans notre façon de les encourager à faire une activité physique. On les conseille sans vraiment mettre en pratique » (infirmière, entretien 25).

Par ailleurs, concernant les tensions d'impuissance d'action émanant du contexte, les soignants considéraient le manque de moyens et de temps comme un frein indéniable dans la mise en place et la pérennisation de leurs pratiques éducatives : « On a encore des patients diabétiques qui sortent du service sans avoir été éduqués ! Avec du personnel en moins, c'est l'éducation qui saute » (infirmière, entretien 14). L'absence de financement de l'ET était perçue comme une difficulté pour les professionnels partageant une activité hospitalière et libérale : « C'est un gros obstacle pour moi parce qu'en libéral, je gagne plus d'argent qu'ici. Au début c'est sympa, mais on a tous besoin d'être reconnu au niveau financier » (psychologue, entretien 1).

Discussion

Discussion des résultats

Cette étude vise à caractériser les tensions vécues par les soignants dans leur pratique d'ET en milieu hospitalier. Que ces tensions soient personnelles ou interpersonnelles, elles ont des implications dans la mise en place et le maintien des pratiques éducatives. L'élaboration de notre analyse nous a permis de définir 3 types de tensions s'appuyant sur différents courants théoriques.

D'une part, les tensions qualifiées de « dialogiques » par le courant théorique de la complexité (8) correspondent aux tensions « dialectiques » dans le domaine global de l'éducation (10). Le choix en France de former tous les soignants à l'ET plutôt que de développer un nouveau métier d'éducateurs

ou de conseillers en santé a conduit les soignants à composer avec des logiques différentes, parfois opposées et contradictoires, du soin et de l'éducation.

D'autre part, les tensions dites « cognitives » nommées ainsi dans le courant socio-constructiviste, font référence aux travaux sur la « dissonance cognitive » et au « conflit cognitif » (9). Par exemple, ces conflits cognitifs peuvent être engendrés par différents positionnements des soignants quant à leur rôle en ET. A noter que les tensions interpersonnelles sur la place des « non-soignants » et plus particulièrement celle des associations de patients montre la nécessité de clarifier la légitimité des différents intervenants en ET. La psychologie sociale a décrit ce type de tensions chez d'autres professionnels en lien avec une confusion de rôles qui va parfois de pair avec une perte d'identité disciplinaire (11).

Enfin, les tensions dites « d'impuissance d'action » se réfèrent au courant cognitiviste parce qu'il considère le professionnel comme un « organisme adaptatif dont la tâche est d'évaluer l'écart qui existe entre une situation désirée et une situation existante, et de rechercher un processus qui permette de combler cet écart » (9). Ces tensions résultent de ces écarts et se retrouvent dans nos résultats. D'une manière plus générale, cette étude met en lumière les tensions suscitées chez les soignants par les évolutions du système de soins français liées de surcroît aux conséquences de la crise macroéconomique. Aujourd'hui, les équipes luttent pour pérenniser leurs pratiques éducatives et ont une attente forte vis-à-vis de leur reconnaissance financière. Les freins institutionnels et politiques à l'ET sont actuellement bien identifiés : « A l'hôpital comme en libéral, les actes d'éducation sont peu reconnus. Les services hospitaliers ne sont pas tous organisés pour assurer les activités d'éducation dans de bonnes conditions » (12).

Repères pratiques

Différents types de soutien peuvent être envisagés en fonction de la nature des tensions, pour accompagner les équipes soignantes.

Au regard des tensions dialogiques, il s'agit d'aider les soignants à en prendre conscience, à les clarifier et les formaliser. Ces actions sont indispensables pour créer une dynamique de changement positive et non culpabilisante auprès des équipes. Elles sont intégrées dans certaines formations initiales en médecine (13).

Ce soutien correspond à l'*appraisal support* décrit dans un modèle de soutien social (14) qui propose des interventions d'analyse de pratiques auprès des soignants dans la gestion de leurs propres émotions (*emotional support*) (14). Ces interventions permettent aux professionnels d'élaborer leurs affects (15).

Au regard des tensions cognitives, des interventions permettraient l'explicitation et la confrontation des représentations des soignants au sein d'une même équipe. Ce travail, réalisé parfois en formation continue, est nécessaire pour intégrer la diversité des positionnements et des identités des soignants (16). L'analyse de pratiques permet également une prise de conscience des représentations sous-jacentes aux tensions existantes (15).

Enfin, concernant les tensions d'impuissance d'action, un soutien aux équipes est nécessaire pour relayer à l'institution leurs besoins en personnel et en matériel (*instrumental support*) (14). L'intérêt porté sur les facteurs individuels des soignants ne doit pas induire une dérive vers leur sur-responsabilisation et négliger l'influence des conditions de travail à l'hôpital, dont la surcharge d'activité par manque de personnel. Les tensions d'impuissance d'action interrogent également la formation des professionnels (*informational support*) (14) du point de vue du renforcement des compétences des soignants. Une formation élargie permettrait la prise en compte des émotions des patients et des professionnels, la personnalisation de leurs pratiques éducatives et le renforcement des compétences des patients.

Cette analyse conforte ainsi l'intérêt d'une supervision de proximité apportant ces 4 soutiens complémentaires (*informational, emotional, appraisal and instrumental support*) (15). Ces soutiens sont rassemblés dans un modèle dont les principes relèvent du paradigme de la complexité qui intègre ces différentes tensions, logiques contradictoires, incertitudes et aléas comme matériau nécessaire pour conduire un changement (8). Un accompagnement des soignants dans la durée est souhaitable.

Conclusion

L'application de l'ET est source de nombreuses tensions chez les soignants éducateurs. Cette catégorisation de tensions est un outil réflexif pour les praticiens afin de pouvoir négocier l'ajustement de leurs pratiques avec une réalité complexe. Pour les structures de soutien aux soignants, cet outil peut

orienter les interventions de supervision des équipes. Pour les formateurs, il leur permet d'anticiper des difficultés avec les participants en discutant de possibles stratégies et en les préparant à considérer ces tensions comme source de changement.

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Comme tous les articles de ce numéro hors-série, ce projet de recherche a bénéficié du soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

Remerciements

Les auteurs remercient Alain Deccache, de l'Unité UCL-RESO Education santé patient, Université Catholique de Louvain, et les soignants ayant participé à cette recherche.

Références

- World Health Organisation Regional Office for Europe. Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group. Copenhagen, Denmark: WHO/EURO; 1998: 8–9.
- Article 84 du titre III de la loi (n°2009–879) du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires. France; 2009.
- Van Ballekom-Van K. L'éducation thérapeutique aux Pays-Bas et en Belgique. *Ther Patient Educ*. 2009; 1: 219–227.
- Haute Autorité de Santé, Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. France: HAS et INPES; 2007.
- Le Rhun A, Greffier C, Lamour P, Gagnayre R, Lombrail P. Etat des lieux en 2006 de 16 programmes d'éducation thérapeutique au CHU de Nantes (et réseaux rattachés) : une démarche éducative centrée sur le patient ? *Education du patient et enjeux de santé*. 2007; 25: 17–21.
- Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York, USA: Adline de Gruyter; 1967.
- Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse Qualitative en Sciences Humaines et Sociales* (2nd ed). Paris, France: Armand Colin Collection Sciences humaines et sociales; 2008: 166.
- Morin E. *Introduction à la Pensée Complexe*. France: Points Essais, Edition du seuil; 2005: 98–100.
- Brien R. *Science Cognitive, Formation* (3rd ed). Québec, Canada: Presse de l'Université du Québec; 2002: 7.
- Meirieu P. *Apprendre, oui mais Comment*. Collection Pédagogiques. Paris, France: ESF éditeur; 1987: 40.
- Deschamps JC, Moliner P. *L'identité en Psychologie Sociale. Des Processus Identitaires aux Représentations Sociales*. Paris, France: Collection Cursus Edition Armand Colin; 2008: 15.
- Bourdillon F, Collin JF. *Dix Recommandations pour le Développement de Programmes D'éducation Thérapeutique du Patient en France*. Paris, France: Société Française de Santé Publique; 2008.
- Hatem D, Ferrara E. *Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing*. *Patient Educ Couns*. 2001; 45: 20.
- Glanz K, Rimer B, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice* (3rd ed). Hoboken, NJ, USA: Jossey-Bass; 2002.
- Blanchard-Laville C, Nadot S. *Analyse de pratiques et professionnalisation. Entre affect et représentation*. *Connexions*. 2004; 2: 119–142; http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=CNX_082_0119#citation.
- Roussel S, Libion F, Deccache A. *Représentation en matière de santé, éducation et soin chez les soignants-éducateurs en Education Thérapeutique du Patient : piste pour la formation*. *Pédagogie Médicale*. 2012 ; 13(2): 79–90.