

## A QUEL TYPE D'ACCOMPAGNEMENT FORMER LES SOIGNANTS ENGAGÉS DANS L'ÉDUCATION DU PATIENT ?

---

*Danièle FORESTIER,  
maître de conférences en psychologie au Cueep,  
membre du laboratoire Trigone-Cirel, Lille 1, EA 1038*

*Séverine ROFFIDAL,  
laboratoire Trigone-Cirel, Lille 1, EA 1038*

### QU'EST-CE QUE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) ?

---

■ De par la mission de l'une de nous en tant que responsable pédagogique du Diplôme Universitaire d'Éducation du Patient (DUEP) de Lille, une réflexion a été engagée depuis 10 ans déjà sur les types d'accompagnement qu'il convient de développer chez les soignants que nous formons à l'Éducation Thérapeutique du Patient. Le but est que les personnes atteintes de maladie chronique vivent mieux avec leur maladie, soient aidées dans la gestion de leur pathologie et soient le moins possible confrontées à une évolution néfaste de celle-ci.

#### L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DANS LES TEXTES

Cette réflexion s'inscrit dans un contexte où le nombre de patients atteints de maladies chroniques ne cesse de croître, entraînant des dépenses de santé toujours croissantes. Il s'agit donc d'un enjeu majeur de santé publique auquel le monde de l'Éducation a des réponses à proposer.

De nombreuses réponses juridiques ont déjà été apportées.

Entre autres, la Charte européenne du patient hospitalisé, dès 1979, définit les droits d'information du patient.

L'OMS, en 1991, reconnaît le diabète comme un problème de santé majeur et définit en 1998 ce qu'il faut entendre par "Éducation du Patient", à savoir un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient.

Elle comprend des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'**accompagnement psychosocial** concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladies des patients.

Des circulaires ministérielles et ordonnances ainsi que des conférences nationales et régionales de santé définissent la politique de santé dans ce domaine.

## **NOTRE ETUDE**

---

Elle vise à nourrir la réflexion sur ce qu'on entend par "accompagnement psychosocial" en Education thérapeutique du Patient. Nous nous proposons de confronter une enquête réalisée sur le terrain à une revue non exhaustive de la littérature scientifique sur la question, dans le but à la fois d'élargir le concept d'Accompagnement en Education et Formation dans une perspective psychosociale mais aussi d'améliorer toujours l'offre de formation aux professionnels de santé en matière d'ETP.

### **Quelques précisions**

L'accompagnement au sein de l'ETP concerne tant l'accompagnement du patient lui-même que l'accompagnement des soignants et des équipes soignantes dans leur mission éducative. Il sera surtout question ici de l'accompagnement des patients, en lien toutefois avec ce que cela induit sur la formation des soignants, dans la mesure où la posture d'accompagnement des patients par les soignants n'est pas ou très peu inscrite dans leur formation initiale.

Ce mode d'accompagnement concerne surtout les patients atteints de pathologies chroniques telles que le diabète, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, la sclérose en plaques... Certaines de ces maladies, comme le diabète ou l'asthme font déjà l'objet de programmes très élaborés en matière d'éducation thérapeutique. D'autres au contraire ne bénéficient pas pour l'instant d'un accompagnement structuré.

### **Une étude des besoins de patients en matière d'accompagnement**

Nous évoquerons notamment le cas de la sclérose en plaques, objet de notre enquête (S. Roffidal, 2008), qui montre clairement les besoins et attentes des patients atteints de sclérose en plaques (SEP) en matière d'accompagnement et de suivi de leur maladie.

Cette enquête réalisée auprès de huit patients montre que les patients interrogés estiment pour la moitié d'entre eux que le suivi médical ne correspond pas à leurs attentes.

Au niveau du vécu de la maladie, seul un quart de ces patients accepte la maladie, les autres la considérant comme un poids ou une menace, d'où un besoin

d'accompagnement psychologique. Ils évoquent la perte de leurs amis après l'annonce de la maladie (deux tiers des malades), les souffrances physiques (trois quarts des patients interrogés) ; la totalité souffre moralement de la sclérose en plaques.

Ils expriment un sentiment d'incompréhension de leur maladie et sont à la recherche d'information qu'ils trouvent sur le net (sauf les rares patients qui n'ont pas l'internet). La totalité d'entre eux aimerait avoir des informations sur les avancées de la recherche sur la sclérose en plaques.

Les trois quarts aimeraient parler de la maladie et souhaiteraient recevoir des conseils pour mieux gérer leur maladie.

### **Les perceptions des soignants sur l'ETP**

Neuf soignants ont également été interrogés lors de notre enquête.

Ils sont plus de la moitié à ne pas connaître les associations de malades atteints de SEP, ni de centre d'Education Thérapeutique du Patient atteint de SEP, ni même de réseaux spécialisés dans ce domaine. Ces réseaux sont pourtant un support nécessaire à l'accompagnement du patient.

Plus de la moitié pense néanmoins que l'Education Thérapeutique auprès de ces malades est à développer rapidement.

La totalité d'entre eux estime que la SEP nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et des séances d'ETP dès l'annonce de la maladie, ainsi qu'un espace de parole pour que les malades puissent bénéficier d'un soutien psychologique.

Cela pourrait, selon eux, prendre la forme de conseils médicaux, d'appui dans la gestion de l'activité professionnelle, de conseils concernant la sexualité, la vie sociale, le sport, ainsi que la gestion de la fatigue qui handicape beaucoup ces patients. Cette enquête montre, s'il était nécessaire, la nécessité de développer toujours plus l'éducation thérapeutique du patient. Elle pointe également le besoin des patients en matière d'écoute et de conseil dans la confrontation à leur maladie.

La souffrance psychique, qui se rencontre dans la plupart des pathologies chroniques, nécessite un accompagnement de qualité, une possibilité d'exprimer la douleur et les pertes liées à cet état de mal être. Qu'un "passeur" soit présent aux côtés du malade pour l'aider à vivre mieux avec sa maladie et lui donner des conseils sur la façon de la gérer.

Mais face aux demandes d'accompagnement des patients et aux perceptions qu'ont les soignants de leur rôle éducatif, quelles sont les pratiques réelles observées à ce jour ? Quels modèles s'offrent aux soignants désireux d'accompagner leurs patients ?

Nous nous proposons d'inventorier ces modèles à travers une revue de la littérature du domaine.

## L'ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT : VERS UNE APPROCHE SYSTEMIQUE

---

Parmi les types d'accompagnement observés et décrits dans la littérature scientifique médicale, on peut citer l'approche systémique. Ainsi, l'ETP a été modélisée par R. Gagnayre, Y. Magar et J.F. d'Ivernois (1998) comme *"un programme de formation, au terme duquel le patient devient capable d'exercer sur lui-même des compétences de soin, lesquelles dans un autre contexte, relèveraient de la responsabilité des soignants"*.

Ce modèle systémique se décline en quatre volets :

- le diagnostic éducatif, étape d'identification des besoins du patient,
- le contrat pédagogique, étape de définition des objectifs pédagogiques à faire atteindre au patient au terme de l'éducation,
- la mise en œuvre de la démarche éducative, où l'on choisit les contenus d'enseignement/apprentissage et les méthodes pédagogiques appropriées à ces objectifs,
- l'évaluation de cette démarche, c'est-à-dire du degré d'atteinte des objectifs pédagogiques.

Cette démarche est donc avant tout de nature pédagogique.

Certains programmes d'ETP sont surtout basés sur la transmission de connaissances concernant la maladie et son traitement. Les soignants y dispensent un savoir ou modèlent les comportements du patient et interviennent dans ce processus en tant qu'expert d'un domaine. Dans ce cas, l'accompagnement peut y être défini comme un enseignement / apprentissage, voire comme une sorte de tutorat qui répond surtout aux besoins d'informations exprimés par les patients. Il ne couvre pas les attentes des malades en termes de soutien psychologique.

Dans les pratiques, ce type d'accompagnement du patient n'est pas le seul observé, même si l'approche systémique est largement pratiquée en ETP. D'autres approches ont été décrites.

## QUAND L'EDUCATION THERAPEUTIQUE EST ESPACE DE RENCONTRE

---

### Une verbalisation des savoirs et représentations de chacun

Ainsi, J. Igouane (2002) propose, dans le cadre de l'ETP, de créer un espace de rencontre où le soignant pourra co-construire avec le patient le contrat d'éducation préconisé dans l'approche systémique. Le soignant s'appuiera sur le diagnostic

éducatif défini plus haut, c'est-à-dire un diagnostic des connaissances et compétences du patient concernant sa maladie, les facteurs de risque ainsi que les traitements qui y sont associés.

Cela suppose bien entendu que le soignant reconnaisse et tienne compte des connaissances et compétences du patient, qu'il le laisse s'exprimer librement à propos de sa maladie et de sa façon propre de la gérer, des gestes qu'il accomplit au quotidien. Pour Iguenane, *"l'impact de la verbalisation, sollicité par les interrogations du soignant, trop souvent sous-estimé, permet au patient de prendre conscience de ses compétences et de mesurer l'écart éventuel entre ce qu'il pense faire, ce qu'il fait et ce qu'il serait souhaitable qu'il fasse pour gérer, au mieux, sa maladie et son traitement"*.

Cet espace de rencontre vise donc à travailler sur les savoirs, les représentations et les comportements du patient concernant sa maladie en vue d'un apprentissage des bons gestes, notamment des auto-soins et dans le but d'aboutir à une meilleure observance de son traitement. L'objectif est essentiellement thérapeutique, même si l'écoute du patient apparaît comme un outil central de la relation éducative. Pour le soignant, cet espace de rencontre lui permettra de comprendre les modes de pensée et d'action du patient, à travers les réponses que celui-ci apportera à ses questions.

### **Une écoute mutuelle**

Il s'agit bien d'une co-construction, à travers une écoute mutuelle.

Cette écoute ne peut se mettre en place que si le soignant revisite les représentations qu'il a du patient, de l'éducation et de son rôle propre en tant que soignant intégré dans une équipe. Il n'est pas là uniquement pour dispenser un savoir. Au contraire, par l'écoute, il laisse place aux connaissances du patient, ce dernier étant reconnu comme expert de sa maladie par opposition au soignant qui ne la connaît que de l'extérieur.

Cette écoute mutuelle et cette co-construction, est réalisée dans un travail d'équipe car seule une collaboration entre les différents acteurs de soin gravitant autour du patient peut permettre d'unifier l'attitude des soignants face au patient. Ceci afin de ne pas le mettre en dissonance face à des interventions qui seraient contradictoires.

Cette attitude doit conduire à une plus grande autonomie du patient chronique dans la gestion de sa maladie. Elle pose d'importantes questions sur la perte de pouvoir du soignant ainsi que sur le deuil de celui-ci à vouloir guérir, étant face à des maladies au long cours qui nécessitent une auto-gestion de sa maladie par le patient.

### **L'"enveloppe partenariale"**

Ainsi, dans cet espace de rencontre, l'équipe crée une "enveloppe partenariale"

(C. Parret, J. Iguenane, 2001) qui sécurise le patient et l'aide à remettre en cause ses comportements et sa gestion de la maladie.

La notion d'enveloppe partenariale, inspirée de la psychanalyse, s'apparente au Moi peau défini par D. Anzieu (1985). L'enfant, à travers ses expériences de vie et de contact physique avec ses proches, élabore progressivement une image de lui-même (Moi psychique) et de son corps limité par la peau (Moi peau). Le ressenti qui y est associé modèle la frontière entre lui et les autres et sert de filtre aux émotions et de protection, en quelque sorte.

De la même manière, l'enveloppe partenariale, comme une seconde peau peut aider le patient, dont l'image corporelle est atteinte par la maladie, à se protéger provisoirement pour oser tenter et tester de nouvelles façons de vivre avec sa maladie.

#### **Vers une conscientisation de la gestion de sa maladie par le patient**

Grâce à l'enveloppe protectrice que lui apportent les soignants, le patient peut dialoguer avec eux, échanger des points de vue et bénéficier de l'effet-miroir que lui renvoie l'équipe soignante. Il sera à même de conscientiser (P. Vermersch, 1994) ses comportements et ses modes d'action par le retour réflexif que l'accompagnement va induire.

Cette conscientisation, telle que la décrit P. Vermersch, est issue de la démarche réflexive propre à un type de relation pédagogique à visée orthopédique qu'il nomme "entretien d'explicitation". Cette relation, où le formateur-éducateur incite l'apprenant à verbaliser le vécu de son action, amène ce dernier à prendre conscience des compétences et connaissances qu'il mobilise dans un champ d'action donné.

Elle comporte des techniques de relance inspirées de C. Rogers et de E. Erickson, avec une gestion toute particulière des silences, qui doit permettre au patient de mettre en œuvre sa mémoire sensorielle et d'entrer pleinement en contact avec ses souvenirs, comme s'il les revivait réellement. Ainsi, le patient prend vraiment conscience de "comment" il a agit au quotidien, comment il se comporte face à sa maladie. Il s'agit bien de travailler sur le comment et non sur le pourquoi de ses actes. Le but n'est pas d'amener le patient à se justifier (le "pourquoi") mais de comprendre comment il réagit face aux problèmes que suscite sa maladie.

Cette posture fondée sur la création d'une enveloppe partenariale à travers un espace de rencontre s'apparente un peu au rôle de conseil/consultant quoique des liens avec le counselling peuvent également exister. Elle répond davantage aux attentes de soutien psychosocial des patients.

Cette offre d'accompagnement psychosocial n'est pas la seule du genre.

## L'ACCOMPAGNEMENT EN ETP : UN COUNSELLING CENTRE SUR LA PERSONNE

---

Bien que la posture de counselling soit encore peu pratiquée en France dans le champ de l'ETP, on voit récemment apparaître la référence à ce type d'accompagnement dans les revues spécialisées.

Dans la lignée de C. Tourrette-Turgis (1997), cette approche Rogérienne de l'ETP vise, comme l'approche précédemment décrite, à créer un partenariat entre le soignant et le patient.

Cet accompagnement relationnel a pour but d'aider le patient "*à mieux vivre son quotidien*" (J. Schneider-Harris, 2007). Ensemble, les deux partenaires cherchent des stratégies voire des solutions aux problèmes rencontrés par le patient dans son vécu quotidien, en tenant compte de son contexte de vie, à savoir son environnement familial, son travail, son réseau de relation etc.

Il peut s'agir du traitement et des effets associés mais aussi de la difficulté d'accepter le passage d'un état de "personne en bonne santé" à un état de "malade" ; ou de gérer les altérations physiques liées à la pathologie du patient, ceci générant une altération de l'image de soi.

Ce travail porte entre autre sur les représentations et comportements à adopter face à une affection au long cours, où la guérison ne peut être envisagée. L'accompagnement se fera vers un "aller mieux" et vers un "apprendre à gérer" la douleur et l'évolution de la maladie, parfois handicapante. Dans cette approche, le patient n'est pas vu comme un malade mais comme une personne en demande d'aide qui est respectée dans ses modes d'expression, dans son autonomie et sa différence.

Elle s'inspire des trois principes du counselling définis par C. Rogers :

- l'empathie ou tentative de compréhension du vécu de la personne, des enjeux liés à sa maladie, de ses motivations et/ou freins au traitement
- la congruence ou disposition à être soi-même et en rencontre réelle avec l'autre, dans un climat de confiance et de sincérité
- le regard positif inconditionnel fait de respect des choix de la personne, de bienveillance et d'acceptation de la différence, sans vouloir faire "à la place".

Cette approche centrée sur la personne avait déjà été préconisée par S. Jacquemet qui a pointé la nécessité de prendre en compte le vécu du patient.

## LE SOIGNANT : UN FACILITATEUR

---

### La spécificité des patients souffrant d'obésité

Ainsi, dès 1998, A. Lasserre et S. Jacquemet, dans une réflexion sur l'accompagnement des patients souffrant d'obésité, pointent le rôle de facilitateur que peut endosser le soignant pour aider efficacement certains patients.

L'aspect intéressant de leur propos est que la posture du soignant-accompagnant dépend beaucoup de la spécificité de l'affection dont souffre le patient. Dans le cas de l'obésité, il est primordial que le patient prenne en charge son traitement. Or, il s'avère que le régime prescrit n'est suivi que dans 30% des cas et l'activité physique conseillée ne l'est que dans 50% des cas.

### Et si la maladie était un état de santé

Cette affection met l'accent sur la nécessité de comprendre les représentations du malade, notamment quant à son état de santé ; il faut, pour le soignant, bien comprendre que *"la maladie, surtout lorsqu'elle est silencieuse et chronique, fait partie de l'état de santé d'une personne"*. Beaucoup de patients obèses intègrent leur maladie à leur état de santé et revendiquent un droit à la santé que ne leur reconnaît pas toujours le corps médical.

Pour mieux répondre à leurs attentes, le soignant peut jouer un rôle facilitateur en accompagnant le patient dans sa prise de parole. Celui-ci pourra alors décrire ses sensations et émotions liées à la prise alimentaire ainsi que ses comportements pour faire face aux problèmes que cela lui pose. L'alimentation ayant un rôle central dans la vie d'une personne, le patient risque d'être assez vite submergé par les exigences de régime que lui impose son traitement. Seul une posture facilitante peut permettre de trouver un équilibre entre le souhaitable pour le soignant et le tolérable pour le patient.

A. Lasserre et S. Jacquemet (1998) soulignent bien le renversement de valeurs que cela induit pour le soignant, à savoir une prise en compte de la durée comme élément constitutif d'une pathologie qui s'est installée pas à pas chez le patient. La notion de temps est également présente dans le traitement et le soignant *"devra également considérer son action thérapeutique dans la même perspective de temps, en sachant qu'il n'est qu'un agent de changement et pas le changement lui-même"*.

### Accompagner un apprentissage existentiel

Une question se pose là encore, qui est celle de l'autonomie du patient, s'il est essentiel qu'il prenne en charge lui-même son traitement. Comment réaliser un apprentissage existentiel, c'est-à-dire lié à son existence-même, à sa survie sans se rendre dépendant du corps médical ?



A une grande proximité soignant-patient du début des soins doit succéder une liberté grandissante d'action au fur et à mesure que le patient s'approprie son traitement et devient conscient des éléments déclencheurs de la perte de contrôle alimentaire.

Cette démarche, quoique d'inspiration clinique, n'exclut pas l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales, et entre autres un conditionnement du patient par l'octroi de renforcements négatifs, afin de placer sous contrôle ses comportements alimentaires déviants. Néanmoins, elle a le mérite d'appréhender le patient dans sa totalité, allant au-delà d'une simple approche de type "transmission pédagogique".

## **QUEL ACCOMPAGNEMENT EN ETP ?**

---

### **Y a-t-il des points communs entre ces différentes postures ?**

Dans quelle mesure peut-on construire un programme de formation des soignants à l'ETP qui prennent en compte à la fois l'approche systémique dans ses diverses composantes, la création d'un espace de rencontre assorti d'une enveloppe partenariale, le counselling qui développe un regard positif inconditionnel et l'attitude facilitatrice où le soignant négocie le programme de soins avec le patient ?

L'éducation du patient suppose une approche multidisciplinaire où les rôles de chacun ne sont pas nécessairement interchangeable. Toutefois, nous l'avons souligné plus haut, l'accompagnement du patient atteindra un maximum d'efficacité si l'équipe soignante entourant le patient tient une attitude concertée.

La formation est un moyen d'harmoniser les pratiques et d'amener les soignants à changer de posture. A une attitude curative adaptée aux maladies aiguës doit se substituer une attitude éducative pour aider au mieux les patients chroniques.

Cette formation doit compléter la formation initiale des soignants mais il ne s'agit pas de les transformer en psychothérapeutes. La posture éducative s'ajoute à la posture de soins mais ne doit pas la remplacer. Il convient donc de définir le contenu des formations à l'ETP, notamment en matière d'accompagnement, en identifiant les fonctions que le soignant va investir en la matière.

La clarification de la notion d'accompagnement que propose Maela Paul (2006) nous aide à formaliser notre réflexion.

## LA POSTURE DE TUTORAT EN ETP

---

### Une première réponse des soignants

Les premières modélisations de l'ETP, très centrée sur une démarche d'enseignement/apprentissage optent pour un accompagnement sous forme d'un tutorat.

En effet, le modèle est celui de *"la transmission de compétences... dans lequel la relation expert/novice peut rappeler le compagnonnage"* M. Paul, p. 37.

La logique recherchée est celle de la transmission de savoirs propres à un champ professionnel qui est celui du monde médical. Et le soignant se pose comme modèle à imiter dans la réalisation des actes de soins. Et, tout comme *"le tutorat s'exerce dans un dispositif en alternance"*, l'ETP amène le soignant à veiller *"à la construction de connaissances qui ne sont ni purement conceptuelles ni purement instrumentales mais nées de l'alternance entre théorie et pratique"* (M. Paul, p. 37).

Le domaine d'apprentissage étant en grande partie celui des pratiques de soins, l'apprentissage par l'action est privilégié dans cette approche. S'y ajoute la réflexion sur l'action avec un déplacement progressif, au fur et à mesure des apprentissages, de l'action du tuteur vers *"l'expérience vécue et réfléchie par le stagiaire"* (p. 38) qui est ici le patient.

### ... basée sur une interaction de tutelle

La guidance, tout comme le tutorat tel qu'il est décrit par M. Paul, est basée sur un étayage au sens défini par J.S. Bruner dans sa modélisation de l'interaction de tutelle (J.S. Bruner, 1987, p. 277-279). On y trouve :

- l'enrôlement, engagement de l'intérêt et de l'adhésion du patient,
- la réduction des degrés de liberté, simplification de la tâche pour la rendre intelligible,
- le maintien de l'orientation, où le soignant-tuteur veille à maintenir l'objectif négocié avec le patient,
- la signalisation des caractéristiques déterminantes, guidage vers les éléments pertinents de l'action en regard des objectifs,
- le contrôle de la frustration, visant à relativiser les erreurs commises lors de l'apprentissage,
- la démonstration, faite d'imitation mutuelle en vue d'une appropriation par le patient de la tâche à apprendre.

### ... qui développe trois types de compétences

Ce tutorat recouvre les trois types de compétences soulignées par M. Paul p. 39, à savoir les compétences relationnelles, pédagogiques et organisationnelles qui s'adaptent aux besoins du patient.

De même, les composantes de la pratique tutorale y sont présentes :

- la composante praxéologique de par le mode d'apprentissage par l'action,
- la composante relationnelle, à travers les techniques d'entretien,
- la composante temporelle dans la programmation des séances éducatives.

Comme le souligne M. Paul, le tutorat est porteur d'apprentissage mais pas de changement. Or, ce qui est recherché par le patient, c'est justement d'être accompagné dans un changement de sa perception de la maladie et de son état d'être.

## **LA POSTURE DE CONSEIL/CONSULTANT**

---

### **Une recherche de solutions favorisant le changement**

Les perspectives évolutives se rencontreront davantage dans les pratiques d'espace de rencontre, où la création de l'enveloppe partenariale va permettre au patient, expert de sa maladie, d'accéder à une plus grande autonomie dans la gestion de sa maladie.

Le changement est également présent dans la fonction de facilitation, que l'on peut apparenter au rôle de conseil/consultant.

En effet, la facilitation, préconisée par A. Lasserre et S. Jacquemet fait du soignant non pas *"un expert mais un praticien impliqué"* (M. Paul, p. 35), qui s'intègre au processus de recherche de solutions aux problèmes posés au patient par sa maladie.

Sa posture délibérée est de répondre à une demande d'aide, dans un *"lien de réciprocité comme condition d'un dialogue authentique"* (M. Paul, p. 35).

La dimension temporelle y est également présente puisque l'éducation du patient s'adresse à des malades atteints d'affection chroniques qui, par définition demandent un traitement de longue durée.

### **... vers le respect de la personne**

Ici encore, *"le travail s'effectue en relation : sans recherche de conformité avec des modèles ou des référentiels préétablis, il consiste à travailler le rapport de la personne à une situation donnée en terme de problème et de solution, de plan d'action..."* (M. Paul, p. 35).

Cette posture de conseil/consultance s'inspire des techniques d'entretien d'explicitation (P. Vermersch, 1996), orientée vers la "verbalisation de l'action" et s'inspirant à la fois de la technique d'entretien non-directif de C. Rogers, du dialogue pédagogique d'A. de la Garanderie et des techniques de bio-énergie de Reich. On y retrouve *"la mise en œuvre d'un dialogue (qui) ne le réduit pas ... à un entretien : le dialogue fonde la relation au sens où il est travail de distance qui à la fois sépare et relie les interlocuteurs"* (M. Paul p. 33).

Cette distance permet au patient de mener une démarche réflexive qui aboutit par l'effet-miroir, apporté par le soignant à son écoute. Il en résulte une "conscientisation" de ses comportements, première étape vers un changement ayant pour objectif des modes de vie plus en adéquation avec sa pathologie.

A notre avis, ce type d'accompagnement est à promouvoir dans les formations à l'éducation du patient mais elle demande une initiation de qualité qui ne s'apprend pas en quelques jours. La solution peut résider alors dans une démarche multidisciplinaire où le soignant pourra être secondé par un psychologue ou un psychothérapeute.

## LE COUNSELLING

---

### **Le type même de l'accompagnement psychosocial**

Quant au counselling, préconisé par J. Schneider-Harris comme support à l'ETP, il suppose de mettre en place une relation d'aide basée sur des techniques d'entretien en face à face, où l'authenticité du soignant engagera le patient vers un changement.

Ce rôle, comme celui de conseil, est *"tout aussi bien éducatif que curatif ou protecteur"* (M. Paul, p. 29). Là encore l'attitude, d'inspiration Rogérienne offre au patient une écoute propice au changement. Elle l'aide, tout comme le conseil à verbaliser et par là même reconnaître ses modes de pensée et d'action. Elle se définit donc comme *"un type d'accompagnement à la fois psychologique, éducatif et social, à l'occasion d'une difficulté situationnelle, d'un malaise existentiel ... souscrivant à l'idée de développement."* (M. Paul p. 32). A partir du moment où le malade prend conscience de son fonctionnement, il peut s'engager à résoudre les problèmes existentiels engendrés par sa maladie.

### **... qui suppose une formation aux techniques Rogériennes**

Cette dernière forme d'accompagnement pratiqué en ETP suppose de former les soignants surtout à l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle du patient. Ou, comme dans la posture de conseil/consultant, de former les soignants à travailler en équipe en les incitant à rechercher un langage commun, condition indispensable à un vrai travail en équipe.

## LA FORMATION A L'ACCOMPAGNEMENT EN ETP

---

Notre réflexion sur les types d'accompagnement en Education du patient nous amène à penser une formation des soignants où les techniques de suivi des malades peuvent

s'inspirer du tutorat, mais surtout de la posture de conseil-consultant et de counselling. Le tutorat peut apporter au patient des connaissances et des modèles d'action. Le conseil, la consultance et le counselling vont lui proposer une écoute et un espace où il pourra exprimer son ressenti face à la maladie et trouver de l'aide dans sa confrontation avec la maladie.

Cette formation peut être une initiation aux techniques d'écoute qui facilitera un travail du soignant au sein d'une équipe multidisciplinaire où la présence de psychothérapeutes est fortement conseillée.

Nous avons déjà, comme nous l'avons dit en plus haut, mis en œuvre la formation des soignants à l'éducation thérapeutique du patient notamment dans le cadre du Diplôme Universitaire d'Education du Patient. Un travail important reste à faire pour informer et former les soignants à cette approche en veillant à ce que l'accompagnement dont il s'assortit soit de qualité et à la hauteur des besoins des patients.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Anzieu, D. (1985). *Le moi peau*. Paris, France : Dunod.
- Bruner, J.S. (1987). *Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire*. Paris, France : Puf.
- Gagnayre, R., Magar, Y., d'Ivernois, J.F. (1998). *Eduquer le patient asthmatique*. Paris, France : Vigot.
- Iguenane, I. (2002). Accompagner le patient dans ses apprentissages. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, vol. 21, n°1.
- Ivernois (d'), J.F., Gagnayre, R. (1995). *Apprendre à éduquer le patient*. Paris, France : Vigot.
- Lassere, A., Jacquemet, S. (1998). Quels rôles pour le soignant dans l'accompagnement de patients souffrant d'excès de poids ? Réflexions sur un double processus d'apprentissage, *Médecine et hygiène*.
- Lassere A., Lassal, J.P. (2001). Renforcer les compétences des médecins dans la prise en charge des patients chroniques. *Médecine et Hygiène*.
- Pandele, S. (déc. 2007). Repères pour une éthique de l'accompagnement de la personne en grande vulnérabilité. *Perspectives soignantes*, n°30.
- Parret, C., Iguenane, J. (2000). *Accompagner l'enfant maltraité et sa famille*. Paris, France : Dunod.

Paul, M. (2006). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris, France : L'Harmattan.

Roffidal, S. (2008). *L'éducation du patient atteint de sclérose en plaques : attentes et réalités*. Mémoire de Master non publié. Université de Lille 1, France.

Schneider-Harris, J. (2007). *Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soignée*. *Recherche en soins infirmiers* n° 89. p. 52-57.

Tourrette-Turgis, C. (1997). *Infection à VIH et trithérapies. Guide de counselling*. ed. Roche.

Vermersch, P. (1996). *L'entretien d'explicitation*. Paris, France : ESF.