



HAL
open science

“ Informer, parler, écouter en ETP : une communication sous influence ? ”

Alain Panero

► **To cite this version:**

Alain Panero. “ Informer, parler, écouter en ETP : une communication sous influence ? ”. 10^{ème} journée régionale de prévention et d'éducation thérapeutique du patient 2022, UPJV-Copeppi, Nov 2022, Amiens, France. hal-04030326

HAL Id: hal-04030326

<https://hal.science/hal-04030326>

Submitted on 27 May 2023

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

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

Informer, parler, écouter en ETP : une communication sous influence ?

Alain Panero (UPJV/INSPE/CAREF)

Introduction

Je remercie le Pr Jean-Daniel Lalau, mais aussi son équipe, notamment Sophie Laquay, diététicienne, qui m'ont accueilli en tant qu'observateur. Je remercie aussi ma collègue du CAREF, ici présente, Dominique Meloni.

J'ai intitulé mon exposé « *Informer, parler, écouter en ETP : une communication sous influence ?* ». Sous influence avec un point d'interrogation.

Je n'ignore pas, moi qui ne suis pas un praticien, que l'ETP est avant tout une *pratique*, et j'ajouterai une pratique *in situ*, à chaque fois locale et singulière.

Mais vous savez que l'ETP est aussi devenue un objet d'étude et de savoir universitaires. Les pratiques, extraites en quelque sorte de leur site naturel, ont été formalisées, modélisées, mises en perspective. Toute une littérature universitaire sur l'ETP a vu le jour... Des cursus diplômants, du D.U. jusqu'au doctorat, ont été aménagés.

Alors, c'est seulement sous cette facette universitaire, celui d'une ETP *modélisée*, que je risquerai quelques remarques. Je me demanderai si l'ETP, qui est bien sûr une fille de la médecine, *puisque sa visée initiale est thérapeutique*, je me demanderai si elle n'est pas tombée, dans son désir de se constituer comme savoir universitaire, sous la double influence de la sociologie et des sciences de l'éducation.

1. L'ETP est fille de son temps... et peut-être même de la sociologie

Je dois d'abord rappeler, et ce sera le premier moment de mon exposé, *qu'en ce qui concerne sa visée éducative*, l'ETP est fille de son temps, fille de son époque.

L'ETP est née en 1975¹, dans le sillage des sciences humaines et sociales des années 1960-70. Or, ce fait, cette évidence, n'ont rien d'anodin. Car dans ces années-là, il faut se souvenir que le paysage social s'est transformé et que la question de l'éducation, le sens même du mot éducation, ont beaucoup changé. Or, les livres ou les manuels d'ETP, se contentant le plus souvent de renvoyer à l'étymologie du terme éducation², sous-estiment l'évolution historique des mentalités en matière d'éducation.

Pour remettre très brièvement les choses en perspective, rappelons que l'idéal d'éducation, qui remonte à l'antiquité, traverse le Moyen-âge et se perpétue jusqu'au XIX^e siècle, enveloppait une forte visée philosophique, une forte visée métaphysique ou théologique. En dehors des bribes d'éducation familiale, les rares lieux d'enseignement étaient réservés à une élite. Il s'agissait d'enseigner avant tout la grammaire, la rhétorique et la dialectique, et de former des érudits, des savants ou, pourquoi pas, des sages.

Ce modèle d'éducation n'a vraiment été mis en question qu'à la fin du XIX^e siècle par le sociologue Émile Durkheim qui en dénonce le formalisme³, c'est-à-dire la visée excessivement spéculative, « hors sol », sans rapport avec les besoins sociaux réels. Mais, ironie de l'Histoire, les propositions pédagogiques de Durkheim seront elles-mêmes jugées trop formelles par les sociologues d'aujourd'hui. Victime de la mentalité de son temps, Durkheim ne pouvait en

effet que légitimer, sans même s'en rendre compte, les inégalités scolaires de son époque.

En fait, le changement majeur dans notre vision de l'éducation, en tout cas en France, se produit dans les années 1970-80, moment où d'ailleurs naît l'ETP. Ce qui s'impose dans ces années-là, dans le sillage des travaux du sociologue Pierre Bourdieu, et ébranle tout le système éducatif, c'est un constat qui se veut scientifiquement établi : l'école dite « méritocratique », où chacun semble obtenir, en fonction de ses efforts, la place qu'il mérite, cette école ne ferait en vérité que favoriser la reproduction des inégalités scolaires et sociales.

Le but est alors de *refondre entièrement notre modèle éducatif* pour le rendre plus juste. D'où, par exemple, l'objectif fixé, en 1985, et bien connu, des 80% de bacheliers dans une classe d'âge. Politique éducative dénommée « démocratisation » par les uns et « massification » par les autres... Toute une ingénierie pédagogique se met en place, centrée sur les notions d'« expertise » et de « compétence ». Des IUFM, Instituts Universitaires de Formation des Maîtres, sont créés afin de préparer les futurs enseignants à ce qu'on appelle alors les « nouveaux contextes d'exercice du métier », c'est-à-dire des conditions de travail plus difficiles que par le passé. L'idée générale est d'apporter aux enseignants *un supplément de formation pédagogique* afin de faciliter leur contact avec ce que l'on appelle les « nouveaux publics », c'est-à-dire des publics plus hétérogènes.

Or, comment ne pas remarquer que l'ETP fait partie de cette époque du savoir, celle d'une *sociologisation* du concept d'éducation, où les inégalités en matière d'éducation deviennent *le problème numéro un* de toutes les politiques éducatives... Parce qu'elle a des ambitions éducatives, être une fille de son

temps, ce serait donc pour l'ETP être autant une *fille de la sociologie* qu'une fille de la médecine.

Voilà qui donne à penser. Car s'agit-il, quand on parle d'ETP, de développer les conditions matérielles d'un *accès aux soins* pour tous ainsi qu'un accompagnement *thérapeutique* plus durable ? Ce qui semble logique et sensé... Ou s'agit-il, de façon plus détournée, plus ambiguë, *mais selon une logique bien de notre temps*, de laisser entendre que cet accès aux soins a bien lieu mais que s'il ne porte pas tous ses fruits et que l'accompagnement des patients fait défaut, c'est surtout à cause d'un partage encore trop inégalitaire du savoir au sein du système de soins ?

Tout comme les enseignants ne sauraient pas s'occuper des élèves difficiles et décrocheurs, les médecins, les diététiciens ou les infirmiers ne sauraient pas trouver les mots pour convaincre certains patients récalcitrants de changer enfin leurs habitudes. *À la limite*, si l'on pousse cette logique à bout, tous nos maux, à l'école comme à l'hôpital, naîtraient d'un partage maladroit, insuffisant ou inégalitaire du savoir ! Ou pour le dire autrement : seul un « toujours plus de formation », un « toujours plus de pédagogie » permettraient une éducation de tous enfin réussie, y compris en ETP.

Or, il y a ici nombre de présuppositions qui mériteraient d'être examinées. Ce besoin d'un « toujours plus de formation et de pédagogie », qui est entré et qui est ancré dans les mentalités parce qu'il mobilise des valeurs de justice, et qu'en outre, il possède aujourd'hui un fondement juridique⁴, ce besoin, je ne dis pas qu'il contredit la visée strictement thérapeutique de l'ETP. Mais je me permets de souligner que le désir de justice et d'égalité est une chose et que le soin est autre chose. Il ne faut pas tout confondre. *Toute la question est donc de savoir jusqu'à quel point la pratique du soin est désormais gouvernée plus ou moins*

*consciemment par l'époque, c'est-à-dire par des normes sociologiques qui se présentent comme des valeurs universelles*⁵.

2. L'omniprésence des sciences de l'éducation en ETP

J'en viens maintenant assez naturellement au second moment de mon exposé. Je voudrais attirer votre attention sur l'omniprésence des sciences de l'éducation en ETP⁶, ou plus précisément, sur le transfert dans le champ de l'ETP de concepts provenant des sciences de l'éducation.

Je m'en tiendrai, dans le temps qui me reste, à 2 exemples significatifs.

Premier exemple : le transfert du concept d'« apprenant ».

Dans un ouvrage intitulé *Apprendre à éduquer le patient*, Rémi Gagnayre, nous dit que le patient est « un *apprenant* particulier qui requiert une pédagogie adaptée »⁷. Je précise que Rémi Gagnayre, est médecin mais aussi professeur en sciences de l'éducation, et, soit dit en passant, actuel président de la récente section 92 du Conseil National des Universités, celle des « sciences infirmières ».

Or, désigner le patient comme un simple *apprenant*, n'est-ce pas faire entrer un peu vite en scène nombre de ressources et de modélisations originellement dédiées à des situations d'apprentissage à l'école et non en milieu hospitalier ?

Certes, les deux adjectifs utilisés ici, « particulier » et « adaptée », montrent que l'auteur entend tenir compte de la singularité du patient. Mais en le qualifiant d'emblée d'« apprenant », il fait tout de même usage, dans un contexte qui n'est pas son contexte originel, d'un mot fortement connoté. S'agit-il de dire qu'il faut

mettre le patient au centre, comme on a mis, dans les années 1990, l'élève au centre ? Logique sociologique qui est bien de son temps ! Et qui laisse tout de même entendre que les médecins, les diététiciens, les infirmiers ont besoin d'un supplément de formation, surtout en sciences de l'éducation bien entendu ! À l'instar des enseignants des collèges et des lycées, ils seraient supposés ou bien ne pas savoir faire preuve de pédagogie, ou bien sous-estimer les difficultés psychologiques ou sociales des patients.

Deuxième exemple : le transfert du concept bien connu en sciences de l'éducation de *métacognition*, réutilisé ici en ETP par Alain Golay dans un ouvrage intitulé *Comment motiver le patient à changer ?*

Je cite :

« La conception que le patient se fait de sa maladie, du traitement (...) est rarement explicitée (...) et ces aspects sont autant de points de blocage de l'apprentissage ».

Jusqu'ici, on peut le suivre. C'est vrai que le langage du spécialiste, d'un spécialiste supposé peu pédagogue ou manquant de tact, peut déconcerter le patient et le « bloquer ».

Mais l'auteur qui nous parle de points de blocage *chez le patient* ajoute immédiatement, sans aucune transition, je cite :

« Ce qui crée par exemple la difficulté chez les collégiens, ce ne sont pas les raisonnements mathématiques en tant que tels, mais l'image que l'élève s'en est fait »⁸.

Or, cette analogie entre patient et collégien, entre patient et élève, qui, ici, semble aller de soi, ne va pas de soi. Elle repose sur une équivoque. « Prendre soin », au sens figuré, d'un élève et « prendre soin », au sens propre, d'un patient, cela impliquerait au fond, une démarche pédagogique comparable. Or, en ETP, l'éducation, *justement parce qu'elle est thérapeutique*, est la continuation d'un « prendre soin » *qui n'a rien de métaphorique*. Si l'enseignant peut ne pas intervenir en constatant qu'un élève ne comprend pas une consigne, le thérapeute, lui, « a le devoir d'intervenir énergiquement pour lutter contre les attitudes dangereuses du patient »⁹. S'interroger avec un collégien sur son rapport *au savoir scolaire*, ce n'est pas la même chose que s'interroger avec un patient sur son rapport *aux soins*. Que le patient ait à conscientiser ses points de blocage reste évidemment essentiel mais utiliser ici le concept didactique de métacognition est trompeur.

Certes, ces glissements de sens relèvent sans doute de bonnes intentions : il s'agit de mettre au jour des difficultés que les soignants ne soupçonnaient peut-être pas. *Des soignants mieux formés*, pourraient alors, comme on a pu le dire *mutatis mutandis* à propos des enseignants, motiver davantage le patient et le rendre plus « actif »¹⁰.

Mais permettez-moi tout de même de remarquer que s'il s'agit seulement d'exhorter les patients à devenir, comme j'ai pu le lire, « acteurs de leurs apprentissages »¹¹ mais aussi d'exiger des soignants, comme j'ai pu aussi le lire, qu'ils « donnent du sens aux apprentissages »¹², l'ETP est bien la fille de son époque, et son discours est bien sous influence. Car sachez tout de même que ces formules - « être acteur de ses apprentissages », « donner du sens aux apprentissages » - formules qui circulent déjà depuis une bonne dizaine d'années dans toutes les formations de l'Éducation nationale n'ont produit aucun bouleversement tangible. Si l'on veut vraiment parler de sens, d'activité et de

passivité, de volontaire et d'involontaire, bref de changement, il faudra sans doute élaborer une phénoménologie ou une herméneutique, c'est-à-dire un déchiffrement des conduites et des paroles, qui soit tout autre chose que ces simples mots d'ordre démagnétisés.

Conclusion

Pour conclure, je dirai très banalement qu'il convient de rester à l'écoute de ce que les patients et les soignants disent de leur expérience. Il ne faudrait pas qu'au moment de la restitution et de la retranscription de leurs vécus, ce qui, dans ces vécus n'entre pas dans les cadres de certaines modélisations universitaires¹³, soit d'emblée écarté¹⁴. *Ce serait tarir la source vive de l'ETP*¹⁵. Informer, parler, écouter en ETP, oui, mais à condition que cette communication ne soit pas sous influence !

Je vous remercie.

¹ « C'est en 1975 que le professeur Jean-Philippe Assal, diabétologue, a créé au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève une *unité de traitement et d'enseignement du diabète*. En s'adjoignant, quelques années plus tard, les compétences pédagogiques d'une psychologue d'essence psychanalytique, Anne Lacroix, pour former les soignants, cette unité a pu défricher de nouveaux territoires dans l'abord de la maladie chronique » (A. Golay, G. Lager, A. Giordan, *Comment motiver le patient à changer ?*, Maloine, 2010, p. 5.) Voir sur ce point l'interview d'Anne Lacroix et d'Alain Deccache dans J.-D. Lalau *et al.*, *Créer une alliance thérapeutique. On n'éduque pas un adulte souffrant*, Chronique sociale, Lyon, 2012, pp. 45-53.

² On oublie souvent de mentionner cette évolution, sans doute parce que les considérations étymologiques un peu convenues que l'on trouve dans les livres nous laissent penser, à tort, qu'il existe un seul concept d'éducation, un concept pérenne, quasi éternel, qui traverserait intact toutes les époques. Soit qu'il s'agisse d'en pointer le sens assez prosaïque d'élevage, de nourrissage (ce que dit le verbe *educare*), soit qu'il s'agisse de pointer un sens plus philosophique, celui d'arrachement, de rupture, de sortie hors de soi (ce que dit le verbe *educere*), dans les deux cas, on croit bien faire en insistant sur les deux racines possibles de *educio* (Voir Jean Grondin, *L'esprit de l'éducation*, Paris, PUF, 2022). Mais, en s'en tenant à l'étymologie, en s'en tenant seulement à cette tension interne entre deux significations, on gomme l'historicité et les déterminations contradictoires d'une notion dont le sens a beaucoup changé, tout simplement parce que la société et nos systèmes de valeur ont changé.

³ Voir É. Durkheim, *L'évolution pédagogique en France*, Paris, PUF, 2017, p. 320.

⁴ L'ETP est codifiée aujourd'hui par le droit (voir l'article 84 de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire, dite HPST, du 21 juillet 2009).

⁵ Certes, on n'a jamais assez de savoir, jamais assez de formateurs et de chercheurs. Le savoir est bien une valeur. Mais les historiens de l'éducation nous rappellent que le développement exponentiel des sciences de l'éducation et de la formation a permis à la fois d'accroître le nombre de postes d'enseignants-chercheurs mais aussi de répondre à une demande sociale de plus en plus grande en matière de diplôme, notamment de D.U (diplôme d'université), de Validation des Acquis de l'Expérience, de Master ou même de Doctorat. Nous avons

affaire ici, comme dans toute chose humaine, à un mélange d'intérêt général et d'intérêts particuliers. Mais il reste permis de faire preuve d'un minimum d'esprit critique lorsqu'on nous propose aujourd'hui « toujours plus de formation et de pédagogie ». Le formé, quel qu'il soit, élève, patient ou soignant, ne doit pas être instrumentalisé, et la formation doit avant tout avoir lieu dans son intérêt, et non dans l'intérêt du formateur. Ou du moins, l'intérêt doit être équitablement partagé. N'y a-t-il pas ici quelque résidu de « paternalisme » ? Des patients, des adultes ou même des enfants déjà éduqués chez eux et à l'école ne risquent-ils pas, malgré toutes les bonnes intentions éducatives, de se sentir infantilisés ? En outre, au moins pour ce qui concerne l'Éducation nationale, je note que cette logique a tout de même divisé les enseignants, avec d'un côté *ceux qui enseignent sur le terrain*, au contact des élèves, et d'un autre côté, *ceux qui sont devenus formateurs d'enseignants*, au contact donc de leurs collègues et non plus des élèves. Et sur ce point la question de la formation en ETP pourrait, *mutatis mutandis*, tirer quelques leçons de ce qui s'est passé au niveau de la formation des enseignants. Peut se creuser plus vite qu'on ne le croit un fossé entre deux catégories de professionnels dont l'objectif initial est pourtant le même.

⁶ Ce dont une ETP qui aspire à devenir une discipline autonome, dût-elle se constituer grâce à des apports pluridisciplinaires, devrait tout de même se méfier un tant soit peu. Je n'ai certes pas été étonné de constater, au niveau des concepts qui circulent en ETP, nombre d'emprunts à d'autres disciplines, par exemple aux sciences de l'éducation, à la psychologie de l'éducation ou encore à la psychosociologie. Voir par exemple les références aux différentes théories des apprentissages (béhaviorisme de Skinner, constructivisme de Piaget, socio-constructivisme de Vygotski, etc.) ou les emprunts aux travaux de Carl Rogers sur le vécu et les affects du sujet ou d'Albert Bandura sur le sentiment d'efficacité personnelle. Voir aussi les stratégies d'entretien influencées par la technique de l'entretien d'explicitation de Pierre Vermersch.

⁷ J.-F. d'Ivernois & R. Gagnayre, *op.cit.*, p. 1.

⁸ A. Golay *et al.*, *Comment motiver le patient à changer ?*, Maloine, 2010, p. 53.

⁹ J.-D. Lalau, *Et pourtant j'ai fait tous les régimes. Des résistances à la confiance*, Chronique sociale, Lyon, 2017, p. 43.

¹⁰ Le patient pourrait alors se fixer de nouvelles normes de vie, et pas seulement de survie (le concept de motivation est très présent dans l'ETP ; voir aussi les usages en ETP de la notion de résilience). S'il convient d'encourager ce type d'approche multidimensionnelle d'un sujet à la fois *patient* et *acteur des soins*, il importe néanmoins de prendre acte, en amont de la pluralisation des approches, d'un télescopage tout de même possible de paradigmes inconciliables. On ne peut pas vouloir que le patient devienne à la fois *sage* et un *apprenant* sans mesurer les contradictions d'un tel positionnement. S'agit-il de revenir à l'antique philosophie qui prônait un changement si radical qu'il opérait une « conversion » spirituelle et chamboulait la définition même de l'existence ? Ou s'agit-il plutôt de s'en tenir, selon le paradigme sociologico-didactique d'aujourd'hui, à une simple modification de nos modalités d'apprentissage ? Ce n'est pas du tout le même choix éducatif ! Cela ne relève pas du même système de représentation !

¹¹ Ce qui en didactique dite « conjointe » correspond au concept de dévolution. La dévolution est l'acte par lequel, dans le cadre d'un contrat didactique, l'élève devient en partie responsable de ses apprentissages, en apprenant mieux parce que *proprio motu* (de sa propre initiative).

¹² « Le patient peut apprendre si le processus d'apprentissage est facilité par des situations donnant du sens aux apprentissages » (A. Golay *et al.*, *op. cit.*, p. 61).

¹³ Il existe ici un risque, qui est d'ailleurs le risque de toute enseignement : celui de s'acheminer, sans s'en rendre compte vers un certain formalisme. En confondant les mots et les choses - illusion bien naturelle puisque les mots tiennent lieu de choses - on perd de vue la chose même, on perd de vue le réel. Ce qui, de fil en aiguille, devient prioritaire, c'est alors la *parole experte*, celle des formateurs reconnus par l'Institution qui *analysent les pratiques*, et non plus la parole brute, non encore décantée, du patient et du praticien ou soignant, celle de leur échange informel. Certes, on sait bien qu'il n'existe pas de pur vécu. Faire un dessin, écrire un texte, remplir un questionnaire, cela fait partie de tout un jeu de langage, avec ses codes et ses normes. De simples consignes, de simples remarques ou questions apparemment neutres ne le sont jamais totalement. Mais ce n'est pas une raison pour *survaloriser* les seuls modes de restitution qui, comme par miracle, entreraient en résonance avec les modélisations académiques en vigueur.

¹⁴ Évitions tout malentendu : une évaluation la plus objective possible des besoins du patient doit avoir lieu. Nos réserves ne portent donc jamais ici sur la formalisation des entretiens à visée diagnostique ni sur les Manuels d'éducation thérapeutique. Un manuel doit seulement être pris pour ce qu'il est : un ensemble provisoire de procédures opératoires, qui, dans le cadre du droit, de l'éthique et des connaissances actuelles, aide à réguler et à harmoniser des pratiques par nature évolutives.

¹⁵ Le côté riche et obscur des vécus doit donner lieu à un libre travail herméneutique (voir, par exemple, les approches herméneutiques de Catherine Draperi). Ajoutons que nombre d'auteurs, praticiens, soignants, patients, qui ont évidemment conscience de ces enjeux épistémologiques, traversent d'un pas alerte les modèles convenus, et s'efforcent de sauvegarder pour ainsi dire l'émotion ou l'élan originel qui a présidé à leurs recherches (certains

travaux de longue haleine, conduits au contact des soignants et des patients, rouvrent une ETP qui menaçait de se figer. Voir, par exemple : Tourette-Turgis, C., *L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage*, De Boeck, Louvain-la-Neuve, 2015 ; Lalau, J.-D. et al., *Créer une alliance thérapeutique. On n'éduque pas un adulte souffrant*, Chronique sociale, Lyon, 2012 ; Lalau, J.-D., *Hospitalité Je crie ton nom*, Chronique sociale, Lyon, 2016)

Bibliographie indicative (on trouvera à l'intérieur des ouvrages ci-dessous de riches bibliographies)

- Draperi, C., *La médecine réfléchie au miroir des sciences humaines*, Ellipses, Paris, 2010.
- Golay, A., Lagger, G., Giordan, A., *Comment motiver le patient à changer ?*, Maloine, 2010.
- Ivernois (d'), J.-F. & Gagnayre, R., *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique*, Maloine, Paris, 2011.
- Lalau, J.-D. et al., *Créer une alliance thérapeutique. On n'éduque pas un adulte souffrant*, Chronique sociale, Lyon, 2012.
- Lalau, J.-D. & Draperi, C., *Soigner l'anorexie. Recherche de l'équilibre nutritionnel. Accompagnement – Écrits de patients*, Chronique sociale, Lyon, 2019.
- Lalau, J.-D., *Hospitalité Je crie ton nom*, Chronique sociale, Lyon, 2016.
- Lalau, J.-D., *Et pourtant j'ai fait tous les régimes. Des résistances à la confiance*, Chronique sociale, Lyon, 2017.
- Revillot, J.-M., *Manuel d'éducation thérapeutique du patient. Modèles, méthodes, pratiques*, Dunod, Malakoff, 2020.
- Siksou, M. et al., « Dossier "L'éducation thérapeutique : prendre soin ou éduquer ? " », *Le journal des psychologues*, Mars 2015, N°295.
- Simon, D., Bourdillon, F., Popelier, M., Grimaldi, A., *Éducation thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2020.
- Tourette-Turgis, C., *L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage*, De Boeck, Louvain-la-Neuve, 2015.
- Tribonnière (de la), X. (dir.), *Pratiquer l'éducation thérapeutique. L'équipe et les patients*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2016.