

Résumé

Dans un contexte général où l'intérêt pour le développement de la formation en éducation thérapeutique du patient (ETP) devient de plus en plus prononcé, les coordonnateurs de diplômes d'université ont organisé un séminaire centré sur les compétences à acquérir dans les formations universitaires en ETP. Regroupés à Lille en 2006, les différents acteurs de la formation ont fait état de la diversité de leurs conceptions sur les compétences en ETP.

Notre étude s'appuie sur le discours des soixante-neuf participants au séminaire. Issus d'horizons divers (patients, formateurs, étudiants...), ils ont débattu de trois questions : quelles sont les compétences à acquérir ? Quels sont les dispositifs de formation ? Quelles sont les articulations possibles entre les compétences du professionnel et celles du patient ? L'ensemble des échanges a été enregistré et retranscrit exhaustivement. Le corpus a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Les résultats rendent compte de points de vue différents dans lesquels se croisent des interrogations sur les compétences des professionnels et les contextes institutionnels. Parmi les onze thèmes qui émergent de cette analyse publiée en intégralité par l'Inpes, trois sont déclinés ici : l'écoute et la prise en compte de la différence, la mobilisation des savoirs, la professionnalisation des acteurs.

Quelles compétences en éducation thérapeutique du patient ?

Analyse de contenu du séminaire de Lille, 11-13 octobre 2006*

MARYVETTE BALCOU-DEBUSSCHE**
JÉRÔME FOUCAUD***

INTRODUCTION

En octobre 2004, à La Grande-Motte, la première rencontre des concepteurs de formations universitaires en éducation thérapeutique du patient (ETP) a constitué le point de départ d'une réflexion importante sur les contenus des formations, leurs agencements spécifiques et leur inscription dans le tissu local, régional et national. Cette rencontre a permis de mesurer la nécessité de mieux définir les cadres théoriques, les modalités de travail et les résultats obtenus à l'issue des formations universitaires. Dans cette perspective, le second séminaire national organisé à Lille en octobre 2006 s'est centré sur la notion de compétence, en travaillant sur trois niveaux complémentaires : les compétences à acquérir par le patient, par le professionnel en formation, par le professionnel en situation réelle, dans une perspective éducative.

Dans le champ de la formation, la notion de compétence est centrale. Elle est relative à un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être qui permettent d'exercer un rôle, une fonction ou une activité [1]. En tant que savoir clairement identifié qui met en jeu une ou des capacités dans un champ donné [2], elle exige que soit pris en compte le cadre de perception construit par l'auteur de la situation [3]. Tel est le double enjeu des formations en ETP : permettre aux professionnels intervenant en santé de savoir agir dans une situation déterminée, avec un objectif précis, tout en permettant aussi au professionnel de former le patient à ce même exercice.

En éducation thérapeutique du patient, il existe déjà des propositions qui visent à formaliser les compétences des professionnels de santé. Dès 1998, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé proposaient une classification des compétences selon quatre

* Séminaire national « Les formations universitaires en éducation du patient. Quelles compétences ? », Lille, 11-13 octobre 2006.

** Chargée de mission en éducation à la santé à l'IUFM - Université de la Réunion, chercheur au Laboratoire Processus d'actions des enseignants : déterminants et impacts (PAEDI), France.

*** Chargé d'expertise scientifique en promotion de la santé, Inpes, Saint-Denis, chercheur associé au Laboratoire de psychologie de la santé, Université Bordeaux 2, France.

niveaux de formation [4]. Cette catégorisation a incontestablement permis de contribuer à la structuration de la formation en éducation du patient, mais il a semblé nécessaire de questionner les compétences au regard des contenus de formation existants et des différentes pratiques des professionnels en ETP. C'est ce qui a été réalisé lors du séminaire qui s'est déroulé à Lille en 2006. Cette rencontre a permis de proposer différents espaces d'échanges et de recueillir le point de vue des acteurs de la formation sur la question des compétences en éducation thérapeutique.

L'ensemble de l'analyse du corpus fait l'objet d'un ouvrage collectif qui comprend les résultats des différentes communications, l'analyse de contenu des échanges lors des ateliers et tables

rondes ainsi que plusieurs éclairages conceptuels complémentaires [5]*. Loin de chercher à constituer un référentiel de compétences, l'ouvrage n'en est pas moins un support précieux pour la réflexion des professionnels qui, dans le cadre de leurs missions de formateurs, travaillent sur les compétences à acquérir en ETP. Les différences de points de vue des acteurs montrent comment la question des compétences s'articule avec des contextes institutionnels complexes et fort diversifiés. La présentation réalisée ici n'est pas exhaustive. Elle relate trois des onze thèmes (**tableau 1**) ayant émergé de l'analyse qualitative :

- l'écoute et la prise en compte de la différence ;
- la mobilisation des connaissances ;
- la professionnalisation des acteurs.

Tableau 1. Les onze thèmes issus de l'analyse de contenu du séminaire de Lille en 2006.

Des compétences liées à la façon d'être et de communiquer	1	Savoir s'ouvrir à l'autre
	2	Savoir prendre en compte le malade
	3	Savoir prendre le temps
Des compétences pédagogiques et méthodologiques	4	Savoir différencier les pratiques éducatives
	5	Savoir faire progresser l'autre
	6	Savoir organiser, planifier, évaluer
	7	Savoir adopter une posture réflexive
La professionnalisation des acteurs en France	8	La formation initiale, l'hôpital et les réseaux
	9	La formation continue et la reconnaissance de l'éducation du patient
	10	Les contenus des formations et les modalités de travail
	11	Former les soignants ou créer un nouveau métier ?

POPULATION ET MÉTHODE

L'étude qualitative s'appuie sur le discours des soixante-neuf participants (quarante-trois femmes, vingt-six hommes) au séminaire de Lille [5]. Il s'agit de patients, de formateurs, de professionnels de santé, d'experts en sciences humaines et sociales, de représentants d'institutions et d'associations, de responsables administratifs, de personnes en formation en éducation du patient.

Issues de structures différentes et d'horizons divers, ces personnes ont débattu trois questions principales. Quelles sont les compétences attendues à la fin d'un cursus universitaire en éducation du patient ? Quels sont les dispositifs de formation pour que les professionnels puissent atteindre ces compétences ? Entre les compétences du professionnel intervenant

en santé et les compétences du patient, quelles sont les possibilités de rencontres ? L'ensemble des conférences et des échanges a donné lieu à un enregistrement complet et à une retranscription exhaustive. Le matériau recueilli a fait l'objet d'une analyse de contenu thématique [6].

RÉSULTATS

L'écoute et la prise en compte de la différence

L'analyse de contenu du séminaire montre qu'un consensus s'est établi autour de l'idée que la pratique de l'éducation thérapeutique ne peut pas se réduire à une simple transmission d'informations aux patients. Il s'agit à l'inverse de travailler sur la perspective d'une rencontre constructive entre

* Ce travail d'analyse et d'éclairage conceptuel a été réalisé par un groupe de travail composé de Maryvette Balcou-Debussche, Louisa Beyraqued, Jérôme Foucaud, Claudie Haxaire, Mélanie Seillier et Viviane Szymczak.

le malade et le professionnel, en prenant en compte l'inscription temporelle de la maladie, la conception et la gestion des séances éducatives ainsi que l'évaluation des différentes actions développées. Tout en restant centré sur le patient, le professionnel intervenant en santé doit ajuster son accompagnement afin de rester en permanence attentif à un double processus d'évolution : celui de la maladie et celui du patient lui-même.

Prendre en compte un processus impose que l'on comprenne la difficulté de faire évoluer des représentations qui ont leur cohérence interne. Les participants au séminaire ont considéré que le projet éducatif n'a rien de linéaire : il se construit entre la singularité et la spécificité des temps des uns et des autres et s'oppose à une vision uniforme des moyens, des parcours et des résultats. Dans la plupart des cas, le malade et le professionnel n'ont pas bénéficié des mêmes types de socialisation (ils n'ont pas les mêmes codes) : cette différence entre le professionnel et le patient est souvent source d'incompréhensions et d'insatisfactions. Pour organiser et réussir au mieux la rencontre, le professionnel doit alors pouvoir identifier les spécificités culturelles du patient et les réseaux sociaux dans lesquels il est impliqué. Il doit aussi savoir réaliser un état des lieux du contexte dans lequel l'action éducative s'intègre (connaissance des institutions, des acteurs, des modes d'organisation et des financements). Le professionnel peut ainsi trouver la meilleure adéquation entre le projet à mener et le contexte.

Les participants ont rappelé que l'acte éducatif s'appuie sur des méthodes pédagogiques variées, associées à une évaluation continue et réaliste, construite à partir d'indicateurs pertinents. Ce travail exige des remises en question régulières, des réajustements des objectifs et des dispositifs, des analyses des méthodes mises en œuvre et des résultats obtenus. Le patient devrait être associé en tant que véritable acteur de la démarche, y compris dans la mise en place des programmes, des projets et des actions menées dans le champ de l'éducation thérapeutique. Le professionnel se devrait d'adopter une posture d'ouverture, de compréhension et d'attention à l'autre, dans sa différence.

Savoir mobiliser les connaissances dans l'action et en contexte

Pour mettre en place des pratiques en éducation thérapeutique, les participants au séminaire ont considéré que le professionnel doit avoir acquis des savoirs spécifiques dans plusieurs domaines qui relèvent tout autant des sciences médicales (diagnostic des pathologies, actualité des traitements...) que des sciences humaines et sociales (approches pédagogiques, prise en compte des contextes, dimension psychologique...). Le professionnel doit aussi et surtout être capable de mobiliser les outils théoriques opératoires pour optimiser les actions éducatives de terrain. Il sait écouter, échanger, générer une dynamique de groupe, entretenir la relation et la faire évoluer en

tenant compte du contexte social, économique, culturel dans lequel s'inscrit l'action d'éducation. Une « posture réflexive » continue permet d'analyser les pratiques et les connaissances mises en jeu, mais elle favorise aussi l'identification des atouts et des limites de chacun. Le professionnel ne doit pas hésiter à interroger ses représentations de la maladie et la place qu'il tient en tant qu'expert par rapport à la personne qui est en face de lui, tout en sachant accepter les situations d'incertitude. Comme en éducation pour la santé, l'enjeu principal ne réside pas dans l'accumulation de savoirs, mais dans une intégration des connaissances en contexte, en adéquation avec les besoins du malade et les particularités de certaines situations.

Compte tenu de ces exigences, l'enseignement de l'éducation du patient apparaît comme insuffisant, notamment dans la formation initiale des professionnels. En France, les professionnels de santé restent plus centrés sur l'accomplissement d'actes techniques que sur la façon d'entourer le patient ou de l'éduquer. L'éducation du patient réalisée à l'hôpital devrait être fortement complémentaire de celle que l'on peut faire à domicile en soins primaires, mais plusieurs problèmes majeurs se posent. À l'hôpital comme en ville, les actes d'éducation sont très peu reconnus. Les services hospitaliers ne sont pas tous organisés pour assurer des prestations éducatives dans de bonnes conditions. En libéral, les professionnels de santé disent ne pas avoir assez de temps pour éduquer les patients. Quant aux réseaux, ils ne semblent pas répondre de manière complète aux exigences de suivi à long terme des patients et de qualité des parcours de soins. Finalement, les participants au séminaire ont considéré que les pratiques d'éducation thérapeutique en France sont en décalage avec les recommandations qui s'y rapportent.

Logique de compétences ou logique de métier ?

Les nouvelles compétences acquises par les professionnels formés à l'éducation thérapeutique du patient pourraient-elles être associées à un métier ? Pour les participants au séminaire, le débat est resté ouvert. Certains ont considéré que les compétences dans ce domaine doivent déboucher sur un métier si l'on veut que l'ETP soit reconnue. Pourquoi suivre une formation qui n'ouvre ni sur un métier spécifique, ni sur une reconnaissance professionnelle particulière ? À terme, ne faudrait-il pas prévoir l'émergence de certains métiers pour que l'éducation thérapeutique du patient se diffuse et progresse sur une population de professionnels ? D'autres participants ont à l'inverse pensé qu'il ne serait pas pertinent de créer un métier d'éducateur thérapeutique. Les équipes qui sont historiquement les plus anciennes dans l'éducation du patient ont attesté que dans les services où un professionnel s'est spécialisé dans l'éducation du patient, les autres soignants se désengagent.

Il reste une importante réflexion à mener. Faut-il que la spécialisation en éducation se traduise en actes, en salaire, en métier spécifique ? Faut-il que tous les professionnels de santé soient formés à l'ETP ? Si les participants ont considéré que la formation des médecins (avec les compétences à acquérir) doit être questionnée, ils ont aussi souligné la nécessité de travailler sur les complémentarités des uns et des autres dans la gestion des maladies. Certains participants ont néanmoins rappelé qu'il faut former tous les professionnels en situation pour mieux les sensibiliser à l'éducation. D'autres ont estimé que le coût était trop important dans un contexte de restrictions budgétaires. Dans de tels cadres, comment continuer les actions quand il faut faire de l'adaptation des compétences le cœur du métier ? La valorisation financière des actes d'éducation est à approfondir, de même que la création de nouvelles spécialisations professionnelles. Ces orientations permettraient de proposer un cadre plus précis pour les formations à mettre en place.

Dans les diplômes universitaires (DU), l'approche éducative est souvent pensée par le biais d'une thématique particulière alors que les équipes se retrouvent de plus en plus souvent confrontées à des personnes qui ont plusieurs pathologies, handicaps et traitements. De nouvelles approches transversales sont donc à questionner, de même que doit être interrogé le choix des formateurs qui interviennent dans les formations universitaires et notamment avec leur « capacité » à faire construire des compétences en éducation. Dans un contexte où il ne suffit plus de miser sur des transmissions de connaissances, la formation des intervenants dans les cursus universitaires constitue un enjeu fondamental puisque ces derniers sont en charge du développement de la pratique réflexive chez les « professionnels étudiants ».

DISCUSSION

L'analyse de contenu du séminaire présentée de façon succincte dans cet article doit être restituée à partir des choix théoriques et méthodologiques qui ont été effectués. En premier lieu, il convient de différencier l'approche qualitative retenue ici de la perspective privilégiée dans les études quantitatives. Ce travail comprend en effet un nombre réduit de personnes choisies en fonction de critères qui n'ont rien de probabiliste et ne constituent en aucune façon un échantillon représentatif au sens statistique du terme [7]. En second lieu, il est important de rappeler que la recherche des divergences de points de vue a été privilégiée plutôt que la synthèse des propos les plus couramment tenus : l'article ne présente qu'une partie de l'ensemble des résultats exposés par Foucaud et Balcou-Debussche [5].

Au cours du séminaire, les participants se sont longuement interrogés sur la place de l'écoute et la prise en compte des spécificités du patient, mais le plus souvent la rencontre entre le professionnel de santé et le malade se fait sur la base de rétentions de l'information et de soustraction de la vérité [8]. Les différences de socialisation des individus [9], de pratiques langagières, de moyens économiques, de statut social et de référents (dans les façons de penser et d'agir) constituent autant d'éléments qui participent à des décalages importants lors des rencontres entre le professionnel et le malade [10]. La maladie vue par le médecin n'est pas la même que la maladie vue par un malade qui raconte sa souffrance à travers un langage différent selon les culture et société auxquelles il appartient. Reconnaître l'expérience du malade, c'est accepter de partir de son expérience dans sa dimension sociale et pas seulement dans sa dimension psychologique. C'est aussi accepter d'aller au-delà de la simple acquisition de techniques de communication et d'astuces pédagogiques. Il s'agit, à l'inverse, de débiter et d'entretenir une aventure humaine de mutuelle transformation [11]. La personne confrontée à la maladie chronique se met elle-même en quête d'un remodelage identitaire [12] tandis que le professionnel s'ouvre aux connaissances expérientielles des patients en les accueillant et en les intégrant à l'action éducative. Cette posture d'ouverture et d'écoute effective est indispensable pour favoriser la convergence entre la prescription thérapeutique et l'adhésion des personnes malades. Elle ouvre sur la reconnaissance des limites du cadre d'intervention de l'action éducative. Quand la maladie est déclarée, le professionnel s'immisce brutalement dans des espaces qui étaient ordinairement gérés par une personne bien portante, si bien que ce qui est vécu comme une intervention professionnelle d'un côté est souvent pensé comme une véritable intrusion de l'autre. En effet, chaque interlocuteur peut vouloir investir de façon différenciée ces espaces, mais il faut comprendre dès le départ que cet investissement va se faire à travers un processus long, évolutif et dynamique qui impose une confrontation non linéaire à des réalités sociales, culturelles, cognitives et médicales [13, 14]. L'action éducative mérite alors d'être pensée à travers la recherche de nouvelles cohérences qui vont se construire à partir d'adaptations, d'analyses et d'ajustements, bien plus que dans la seule attente de changements (de pratique, d'attitude, de statut, de rôle). Cette perspective ne peut pas manquer de questionner le rôle des professionnels de santé qui s'inscrivent souvent malgré eux dans une « illusion d'éducation », notamment du fait d'actions éducatives qui continuent à s'exercer dans des cadres spatio-temporels et des contextes peu adaptés, en prenant appui sur des formations quasi inexistantes [15].

La question des compétences à construire a été longuement discutée durant le séminaire, mais la diversité des modèles éducatifs (et la nécessité de les clarifier) a été très peu questionnée par les participants. Il est vrai qu'en France, les modèles théoriques sur lesquels les pratiques éducatives s'appuient sont rarement explicités par les acteurs. Aux pratiques éducatives qui puisent dans le modèle biomédical, on oppose pourtant deux grands types d'approches issues de la psychologie: le behaviorisme et le constructivisme. L'approche behavioriste privilégie la prédiction des conduites des individus et leur contrôle par différents types de renforcements, à travers des stimulations positives (encouragements, observation des résultats obtenus) ou négatives (menaces, peur, visibilité des risques encourus, culpabilisation) [16]. Ce modèle s'oppose à la perspective constructiviste selon laquelle l'apprenant se développe en construisant son objet de connaissance [17, 18]. En considérant dès le départ que la personne n'est pas vierge de toute connaissance [19], l'action éducative de type constructiviste tend vers un changement de conception qui nécessite une mise en confrontation des savoirs antérieurs avec les nouveaux savoirs à construire. Dans cette perspective, l'action de l'individu est primordiale et la démarche éducative consiste alors à créer des conditions pour que l'individu puisse travailler des activités cognitives lui permettant de faire évoluer ses façons de penser la maladie et ses pratiques.

Malgré leurs divergences, ces deux approches ont en commun de miser sur des individus qui fonctionneraient, *a priori*, de façon plutôt rationnelle. Elles ne prennent pas suffisamment en compte les rapports sociaux constitutifs de la gestion de la maladie et occultent souvent la pluralité des dimensions qui interviennent dans la vie quotidienne du malade (environnement, interactions sociales, conditions de l'apprentissage, dimension affective, pouvoirs en jeu, réseaux sociaux, spécificités culturelles, contextes différenciés). Si ces deux modèles sont parfois croisés, l'approche behavioriste associée à un modèle pédagogique transmissif reste néanmoins le modèle dominant: c'est aussi le modèle le plus fortement investi dans la formation des professionnels de santé [20]. Au-delà du séminaire et du questionnement sur les compétences à acquérir dans les formations universitaires, un travail important reste encore à faire pour apprendre aux acteurs impliqués dans l'ETP à identifier ces modèles en situation et à les mobiliser à bon escient.

Les participants au séminaire ont aussi appréhendé le lien entre l'élévation du niveau d'exigences en ETP et le questionnement sur la professionnalisation des acteurs. La formation en éducation thérapeutique du patient a déjà donné lieu à une professionnalisation des éducateurs

dans certains pays: c'est le cas du Royaume-Uni, des États-Unis, des Pays-Bas, du Canada. Mais si le recours à la création du métier d'éducateur thérapeutique a permis de développer largement l'éducation thérapeutique du patient, le fait que cette activité relève d'un seul professionnel a, semble-t-il, tendance à générer un désinvestissement des autres acteurs de santé [5]. Dans d'autres pays, le modèle est plutôt celui d'un développement des compétences des professionnels de santé en éducation. Ainsi, en France, l'éducation thérapeutique est l'affaire de tous les professionnels de santé (et donc d'aucun en particulier).

Le séminaire de 2006 n'avait pas pour vocation d'établir un consensus pour l'action, mais de prendre en compte la diversité des points de vue des acteurs. Deux idées ressortent particulièrement: promouvoir l'éducation thérapeutique du patient dans la formation initiale de tous les professionnels de santé pour aider ces derniers à développer une posture éducative dans la relation avec les patients et réfléchir à l'opportunité de créer une profession d'éducateur thérapeutique du patient qui aurait pour mission de proposer un soutien spécifique au patient et un appui aux équipes de santé.

Au-delà du contenu des échanges, ce séminaire national centré sur les compétences dans les formations universitaires en éducation thérapeutique ouvre la voie à de nouvelles expérimentations à soutenir et à analyser.

CONCLUSION

Les résultats de l'analyse de contenu du séminaire montrent que, malgré un intérêt de plus en plus prononcé pour l'éducation thérapeutique en France, de nouvelles pratiques sont encore à inventer et à instaurer. Les échanges ont permis de souligner la nécessité de soutenir les approches dans lesquelles sont pris en compte les savoirs médicaux ainsi que les dimensions contextuelles, sociales, économiques, culturelles. Les compétences du professionnel se construisent dans un aller-retour continu entre la théorie et la pratique et se combinent à une posture d'ouverture, à des observations, des analyses et des ajustements. Les formations universitaires en éducation thérapeutique vont probablement se centrer peu à peu sur un travail autour de la compétence, plus que sur la connaissance, même si cette dernière est indispensable dans les pratiques professionnelles. Les enjeux sont d'autant plus importants que l'on se situe désormais dans un contexte de forte expansion des maladies chroniques: ces dernières obligent, à elles seules, à un développement de postures spécifiques pour lesquelles les soignants ne sont généralement pas formés. Ces nouvelles exigences interrogent de fait la compétence des soignants-éducateurs, mais

aussi celle des formateurs de formateurs. Elles imposent que l'on sache s'extraire d'une certaine sectorisation des actions et des professionnels, laquelle ne permet pas une lecture globale d'un travail cohérent, agencé de façon productive à destination des malades, tout en gardant pour les professionnels de santé des exigences réalistes en matière d'éducation thérapeutique. Certaines actions dans ce champ relèvent aujourd'hui sans doute de compétences d'autres professionnels. Nous devons donc rester attentifs aux mutations à venir sans oublier, qu'en tant qu'acteurs impliqués dans le développement de l'éducation thérapeutique en France, nous participons pleinement à ces changements.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] D'Hainaut L. *Des fins aux objectifs de l'éducation*. Bruxelles: Labor, 1988 : 472 p.
- [2] Meirieu P. *Apprendre... oui mais comment ?* Paris: ESF éditeur, 1991 : 181 p.
- [3] Wittorski R. *Analyse du travail et production de compétences collectives*. Paris: L'Harmattan, coll. Action et Savoir, 1997 : 240 p.
- [4] **Organisation mondiale de la santé (World Health Organization)**. *Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group*. Copenhague: WHO, 1998 : 88 p.
- [5] Foucaud J., Balcou-Debussche M. coord. *Former à l'éducation du patient: quelles compétences? Réflexions autour du séminaire de Lille -11-13 octobre 2006*. Saint-Denis: Inpes, coll. Séminaires, 2008 : 112 p.
- [6] Bardin L. *L'analyse de contenu*. Paris: PUF, 1977 : 233 p.
- [7] Michelat G. Sur l'utilisation de l'entretien non directif de recherche en sociologie. *Revue française de sociologie*, 1975, n° XVI : p 229-247.
- [8] Fainzang S. *La relation médecins-malades: information et mensonge*. Paris: PUF, 2006 : 159 p.
- [9] Lahire B. *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris: Nathan, coll. Essais & recherches, 1998 : 271 p.
- [10] Balcou-Debussche M. *L'éducation des malades chroniques. Une approche ethnosociologique*. Paris: Éd. des archives contemporaines, 2006 : 280 p.
- [11] Lacroix A. *Éducation thérapeutique du patient: une nouvelle relation ?* Lyon: École normale supérieure, 2007 : 51 p.
- [12] Barrier Ph. *L'auto-normativité du patient chronique: approche méthodologique, implications pour l'éducation thérapeutique du patient [thèse]*. Paris: Paris 5 Sorbonne, 2007 : 633 p.
- [13] Bury, M. The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 1991, n° 13: p. 451-468.
- [14] Lawton J. Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health & Illness*, 2003, n° 25: p. 23-40.
- [15] Balcou-Debussche M., Debussche X. Type 2 diabetes patient education on Reunion island: perceptions and needs of professionals at the initiation of a primary care management network. *Diabetes & Metabolism*, 2008, vol. 34, n° 4: p. 375-381.
- [16] Skinner B.-F. *Science and Human Behavior*. New York: The Macmillan Company, 1953 : 461 p.
- [17] Piaget J. *Théorie du langage, théorie de l'apprentissage*. Paris: Seuil, 1979 : 533 p.
- [18] Vygotski L.-S. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978 : 170 p.
- [19] Bachelard G. *La formation de l'esprit scientifique. Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective* (5^e éd.). Paris: Librairie philosophique J. Vrin, coll. Bibliothèque des textes philosophiques, 1967 : 257 p.
- [20] Foucaud J., Moquet M.-J., Rostan F., Hamel E., Fayard A. *État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé*. Saint-Denis: Inpes, coll. Évolutions, 2008, n° 12: 6 p.

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont participé au séminaire ainsi que celles qui ont contribué à la réalisation de cet article, principalement: Patrick Banneux, Philippe Barrier, Louisa Beyragued, Yves Corvaisier, Élisabeth Darras, Jennifer Davies, Daniel Dreuil, Annick Fayard, Danièle Forestier, Claudie Haxaire, Emmanuelle Hamel, Marie-Josée Moquet, Brigitte Sandrin Berthon, Pablo Segal, Mélanie Seillier, Christian Sepieter, Viviane Szymczak Claude Terral et Isabelle Vincent.

Abstract

In a context of an increased interest in Therapeutic Patient Education (TPE), university diploma coordinators organized a workshop on the competences to acquire during university trainings. In a meeting in Lille (France) in 2006, they have reported their conceptions on competences in TPE.

Our analysis is based on the comments of the 69 workshop attendees coming from broad horizons (patients, students, teachers, etc.), who discussed three questions: what are the competences to be acquired? What are the training devices? What are the articulations between professionals' and patients' competences? All debates have been recorded and thoroughly retranscribed. A thematic content analysis has been realized on the corpus.

This work reflects the point of view and issues raised by participants about competences in TPE and their institutional context. The complete analysis was published by Foucaud and Balcou-Debussche [5]. This article presents three of the eleven topics enlightened by the analysis: how to learn to listen and take into account the specificities, knowledge mobilization and actors professionalization.