

Contribution à la qualité des pratiques
en Education Thérapeutique du patient
*Vers une attitude éducative dans la
prise en charge de l'obésité*

Benoit Pétré, chargé de cours

Paris, 28 juin 2019



Objectifs de l'intervention

- Etat des lieux de l'intégration de l'ETP dans la prise en charge des patients obèses en Belgique
- Propositions de pistes originales de développement de l'ETP dans le domaine de l'obésité

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

L'obésité comme problème de santé publique

- Obésité: « une maladie caractérisée par un excès de masse grasse qui affecte négativement la santé d'un individu » (OMS 2000)
 - Danger pour le bien-être physique, psychique et social des individus affectés
- Pandémie de l'obésité (Swinburn et al, 2011)
- En Belgique

Age	Hommes		Femmes	
	Surpoids	Obésité	Surpoids	Obésité
<20	15,9	4,6	14,6	4,2
≥20	37,9	20,1	25,4	21,7

Prévalence du surpoids et de l'obésité en Belgique (Source : Ng et al, 2014)

L'obésité comme problème de santé publique

- Obésité : résultat d'un véritable réseau de déterminants plurifactoriels (Booth et al, 2001)
 - balance énergétique inscrite dans un ensemble de déterminants individuels et collectifs de santé
 - Solutions thérapeutiques manquantes
 - Traitements non chirurgicaux: Bénéfices durables modestes (Lambert et al, 2006: rapport KCE)
 - 20% d'individus obèses conservent une perte de 10% du poids initial à 1 an
 - Chirurgie: ne peut fournir une réponse généralisée à l'échelle d'une population
 - Difficultés pour la majorité des individus obèses de perdre du poids **de manière durable**, entraînant une certaine insatisfaction et souffrance, tant chez les patients que chez les soignants
 - Problème de surpoids et d'obésité à monitorer plutôt que traiter
 - Recherche d'une perte de poids et d'une meilleure qualité de vie (Fontaine et Barofsky, 2001)
- Besoin de solutions thérapeutiques novatrices visant la durabilité et la qualité de vie**

Education Thérapeutique du patient: définition

« L'éducation thérapeutique du patient a pour but de **former** les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien... L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par **des soignants formés à l'éducation du patient**, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de **gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications**, tout en maintenant ou en **améliorant leur qualité de vie** » (OMS, 1998)

➔ But de l'ETP: **Développement de compétences** (Tardif, 2006)

« un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une **variété de ressources** internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »

Développement de l'Education Thérapeutique du patient

- 1972: Expérience de Miller auprès de patients diabétiques (New England Journal)
- Années 80-90: Développement de la conceptualisation de l'ETP
- Au cours du temps, l'efficacité de l'ETP a été démontrée dans de nombreuses pathologies et sur de nombreux critères (Lagger, 2010; d'Ivernois, 2004)
- **En Europe**, chaque pays a développé sa propre approche en fonction de l'organisation de son système de soins et des expérimentations qui ont été conduites (Jacquat 2010)
- **En Belgique**, cadre politico-législatif peu soutenant pour le développement de l'ETP même si actuellement, inscrit en termes de priorité dans les plans santé des différents niveaux de pouvoir

Spécificités de l'ETP dans le domaine de l'obésité

Obésité considérée comme le parent pauvre de l'ETP (Ziegler, 2009)

- Véritable maladie chronique Vs simple facteur de risque (Vacheron, 2010)
- L'obésité est « *une problématique globale où s'enchevêtrent facteurs psychologiques, comportementaux, ..., familiaux, sociaux et culturels* » (Chambouleyron et al, 2012)
- Nécessité de peu de compétences d'autosoins et beaucoup plus de compétences d'adaptation à la maladie
 - « *On sort de la technique pour entrer dans l'humain* » (Ziegler, 2009)
 - double objectif de santé et de mieux vivre avec la maladie (qualité de vie)

→ Appel d'une combinaison de méthodes de prise en charge à mobiliser

Contexte des études

Programme de recherche
INTERREG

Education Thérapeutique et
Préventive face au diabète
et à l'obésité à risque chez
adulte et adolescence

GUILLAUME M et al

2009-2013



Doctorat en Santé
publique, 2016

**Contribution à la qualité
des pratiques en
Education thérapeutique
du Patient**

***Vers une attitude
éducative dans la prise en
charge de l'obésité***

Direction: Guillaume M et
Gagnayre R

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

Objectif spécifique 1

Explorer la perception des pratiques éducatives des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients obèses en Wallonie

Méthode

Etude qualitative exploratoire

Outil de collecte des données

Guide d'entretien semi-structuré basé sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé

Analyse

Analyse thématique

Paramètres étudiés

Définition de l'ETP – Structuration des activités (diagnostic éducatif – fixation d'objectifs – planification et mise en œuvre des activités – évaluation – collaboration interprofessionnelle – implication de l'entourage – facteurs adjuvants et inhibiteurs de la prise en charge)

Population et échantillonnage

Equipes hospitalières et médecins généralistes intervenant dans l'éducation des patients diabétiques et/ou obèses, adultes et/ou adolescents

Provinces de Liège et de Luxembourg (Belgique)

Echantillon raisonné de 62 professionnels hospitaliers (20 infirmières, 18 diététiciens, 12 diabétologues, 7 psychologues, 5 pédiatres) issus de 16 équipes différentes, et 20 médecins généralistes

Principaux résultats

- Concept d'ETP flou et polysémique pour les professionnels de santé interrogés
- Démarche réduite à une éducation liée essentiellement à l'information/explication de la maladie → Patient peu mobilisé

« En accord avec le patient mais bon souvent, de toute façon, c'est moi qui dis... »

- Prise en charge éducative essentiellement liée à la dimension physique

« ça a l'air d'aller beaucoup mieux et puis de recevoir une prise de sang. Donc... Je n'ai ce discours-là qu'avec quelque chose d'objectif sous les yeux, c'est clair. C'est clair »

- Manque de reconnaissance et de planification des activités éducatives

Principaux résultats

- Pas de procédure de remédiation ou d'adaptation au patient , sauf reprise de l'information
- Entourage peu mobilisé/exploité par les soignants dans la relation de soins
- Facteurs inhibiteurs perçus provenant des caractéristiques du patient
- Collaboration entre professionnels réduites à la pluridisciplinarité
- Sentiment de perte de capacité à agir, impuissance

*« s'il n'a pas envie d'y adhérer... je ne vais pas me battre, hein. Franchement... on a tellement de monde et tellement de patients à voir et tellement de boulot que...
Honnêtement, celui qui ne veut pas... voilà. »*

Objectif spécifique 2

Explorer les représentations, valeurs, besoins et attentes de la population générale vis-à-vis du poids en fonction de la catégorie de l'IMC des individus

Méthode

Etude quantitative
observationnelle

Outil de collecte des données

Questionnaire online

Analyse

Traitement statistique
des données

Paramètres étudiés

Caractéristiques sociodémographiques et anthropométriques, qualité de vie, expériences relatives à l'obésité et à sa prise en charge, attentes de perte de poids, attentes par rapport à la prise en charge liée au poids, facteurs psychosociaux de l'obésité

Population et échantillonnage

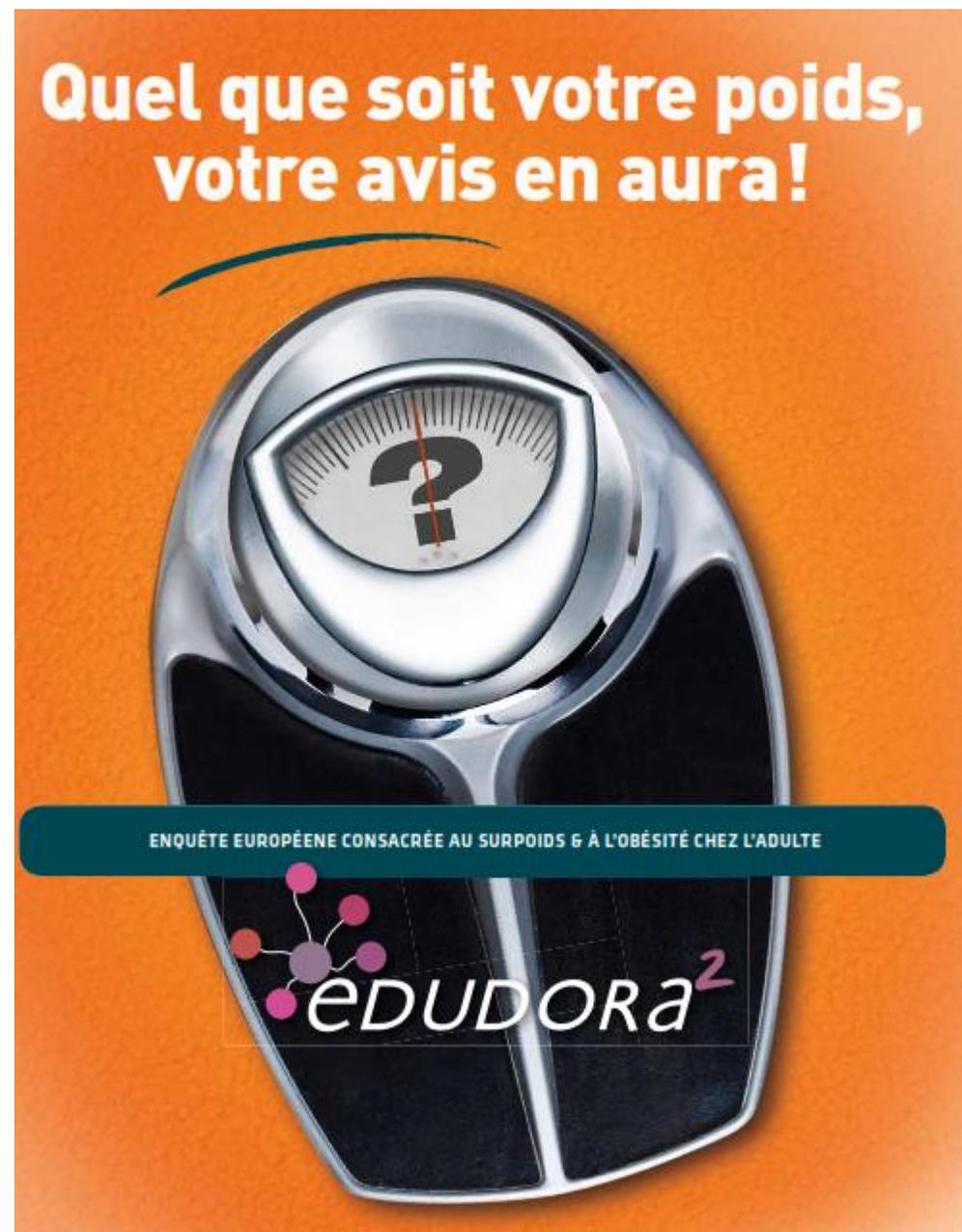
Toute personne désireuse de s'exprimer sur son poids. Echantillonnage non probabiliste sur base d'une participation libre et spontanée

Méthode de recrutement : approche systémique de la population ciblée

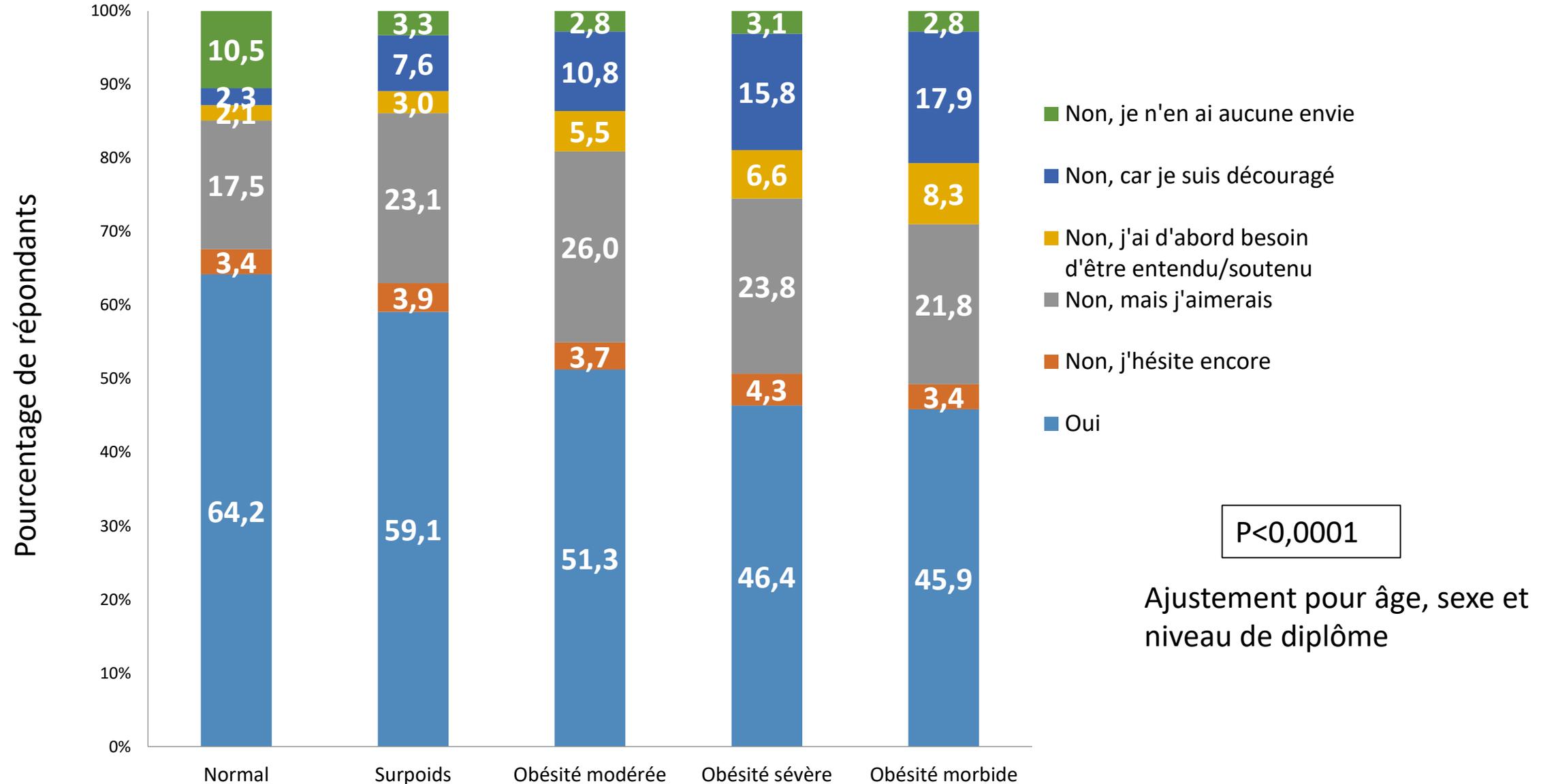
→ campagne de communication multimédias en 3 niveaux : questionnaire online, documents d'information et réseau d'acteurs + conférence de presse avec relais vers les médias

Caractéristiques de l'échantillon (n = 4155)

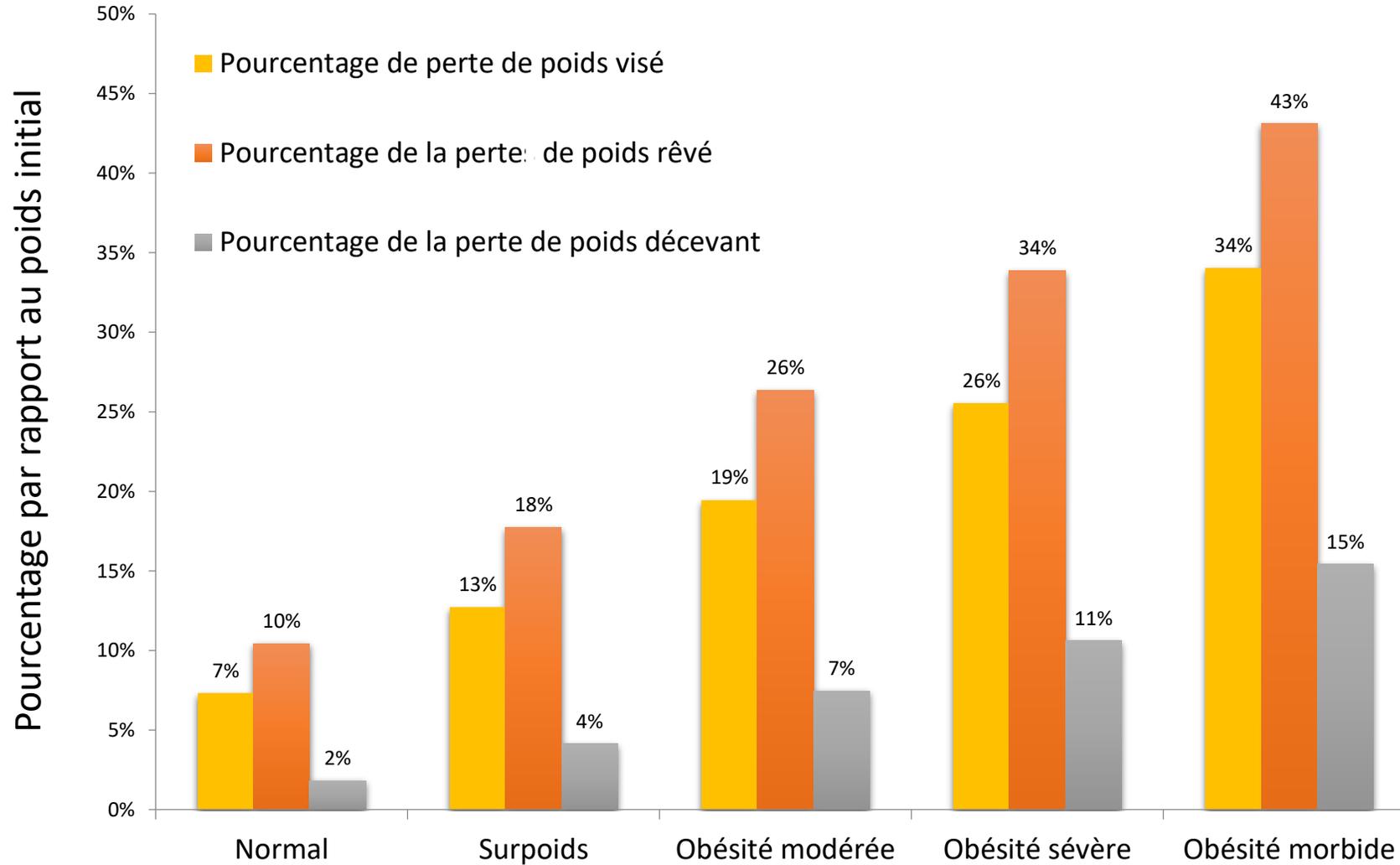
Variables	Category	N (%)	Mean ± SD
Gender	Men	1,304 (31.4)	
	Women	2,851 (68.6)	
Age (years)			46.3 ± 13.7
Level of education	Primary	271 (6.60)	
	Secondary	1,523 (37.1)	
	Tertiary	2,309 (56.3)	
Subjective economic status	Easy	2,291 (56.7)	
	Difficult	1,752 (43.3)	
BMI (kg/m ²)			31.7 ± 6.7
	Normal weight (19.5 ≤ BMI < 25)	519 (12.5)	
	Overweight (25 ≤ BMI < 30)	1,336 (32.2)	
	Obese class I (30 ≤ BMI < 35)	1,244 (29.9)	
	Obese class II (35 ≤ BMI < 40)	614 (14.8)	
	Obese class III (BMI ≥ 40)	442 (10.6)	



IMC et stade décisionnel de la démarche vis-à-vis du poids

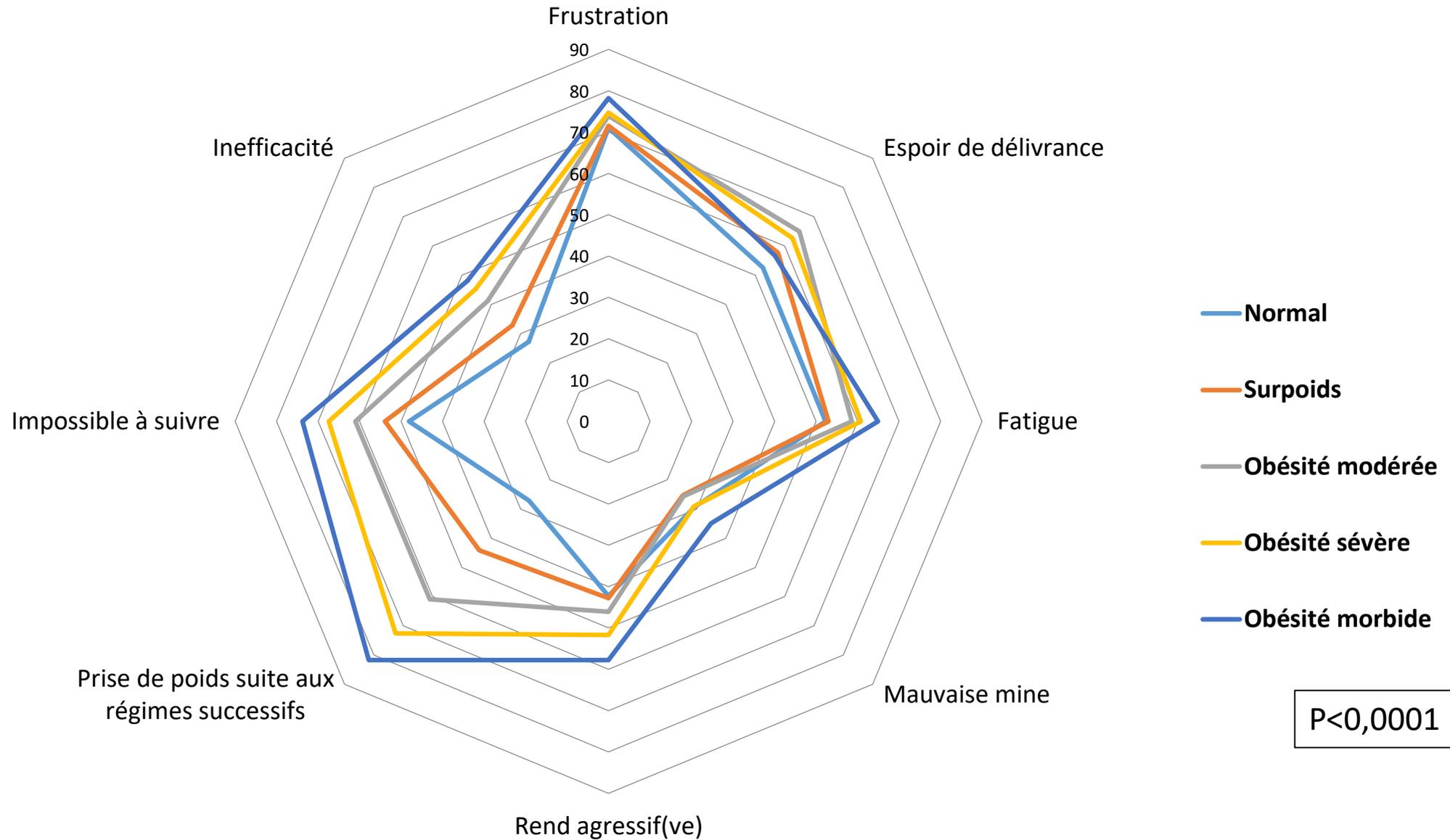


IMC et objectifs de perte de poids



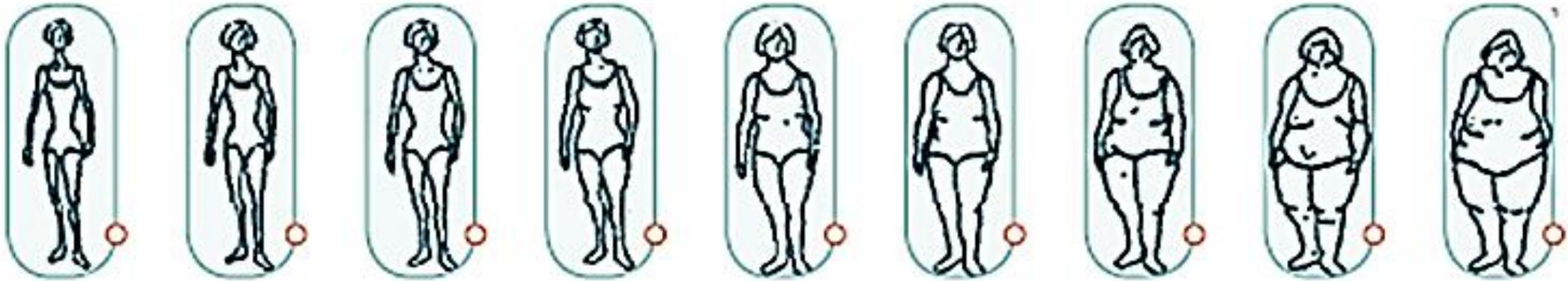
P<0,0001

IMC et perceptions des régimes

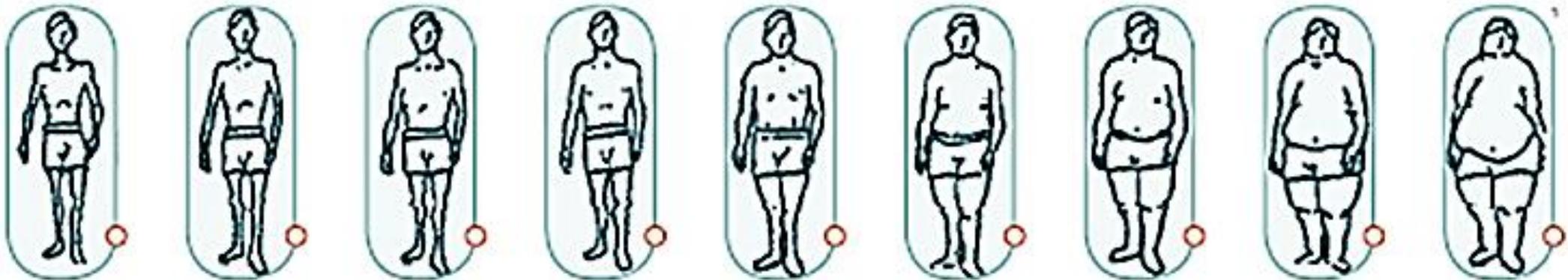


IMC et perception de la silhouette

○ Si vous êtes une femme... (Noirisez le rond de votre choix)

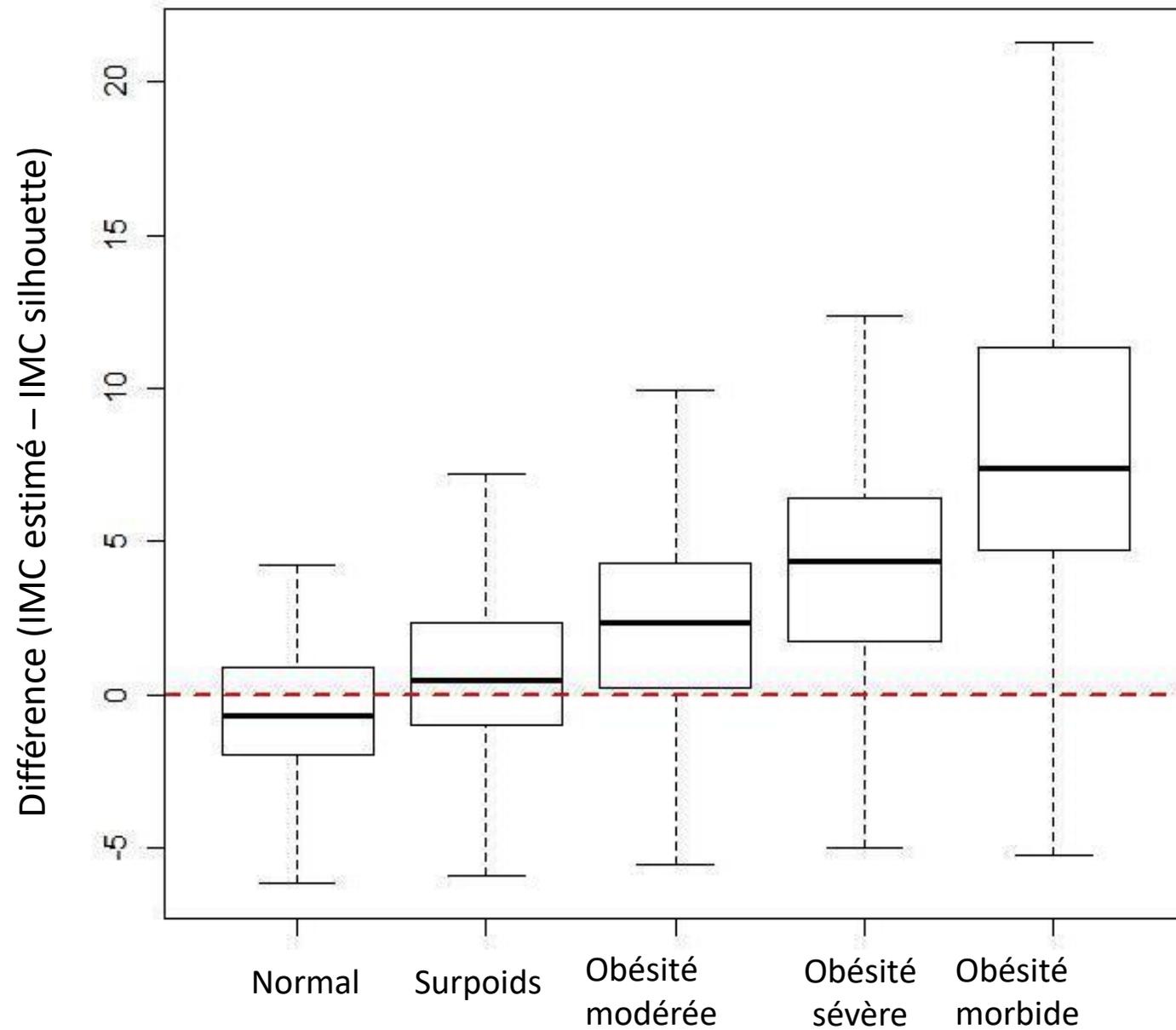


○ Si vous êtes un homme... (Noirisez le rond de votre choix)



Stunkard et al, 1983

IMC et perception de la silhouette



P<0,0001

Scores de qualité de vie (QdV)

	Total	Normal	Surpoids	Obésité Modérée	Obésité Sévère	Obésité morbide	p valeur
	Score (IQR)	Score (IQR)	Score (IQR)	Score (IQR)	Score (IQR)	Score (IQR)	
QdV Physique	13 (10-16)	16 (14-18)	15 (12-17)	13 (10-15)	11 (9-14)	11 (8-13)	<0,0001
QdV Psychosociale	11 (8-13)	12 (10-14)	11 (9-14)	10 (8-13)	9 (7-12)	9 (6-12)	<0,0001
QdV Totale	24 (19-28)	27 (24-30)	26 (22-29)	23 (19-27)	21 (17-24)	19 (15-24)	<0,0001

Objectif spécifique 3

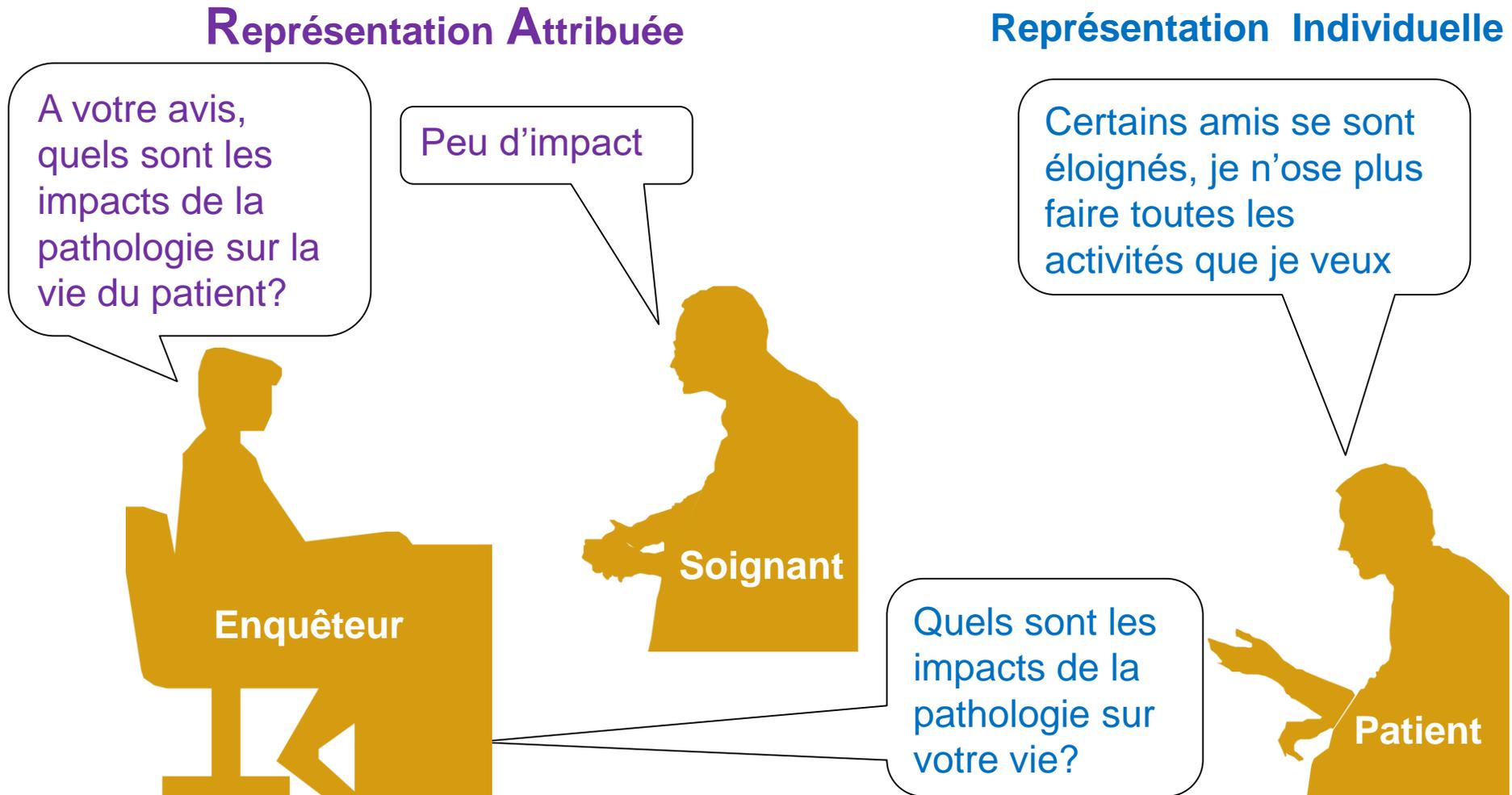
Analyser la dynamique relationnelle entre soignant/patient/entourage à travers la comparaison des représentations individuelles et attribuées de chacun des acteurs vis-à-vis des attentes et besoins de prise en charge dans le domaine de l'obésité

<p>Méthode Etude de cas - approche qualitative</p>	<p>Outil de collecte des données Entretien individuel basé sur la technique du récit de vie</p>	<p>Analyse Analyse thématique Représentations individuelles et attribuées</p>
--	---	---

Paramètres étudiés
Représentation de la maladie, et impact perçu sur la vie quotidienne - représentation du traitement - rôle de chacun des acteurs - attentes quant à la prise en charge

Population et échantillonnage
Triades: patient adulte, obèse/diabétique, soignant de référence, entourage
Echantillon raisonné: 5 triades adultes, soit 15 personnes interviewées

Approche des triades dans le projet EDUDORA²



EDUDORA² -
Degrange et
al, 2015

Principaux résultats

- Manque de partage des représentations au sein de la triade d'acteurs considérés
- Périmètre de discussion restreint autour de la dimension biomédicale du problème, prescrit par la norme sociale et implicitement admis par le patient et l'entourage
- Perte de poids à travers l'activité physique et l'alimentation saine apparaît comme l'objectif de la relation thérapeutique par le soignant alors que le patient la considère comme un moyen pour améliorer sa qualité de vie
- Familles/entourages peu impliqués dans la relation thérapeutique et mises dans l'incapacité de prendre une place active dans le processus

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

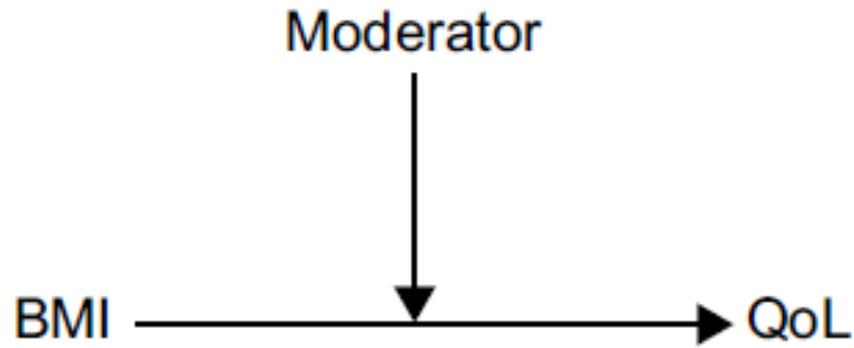
Constats

- Confirmation des difficultés pour perdre du poids de manière durable
- Vécu difficile de la maladie obésité
- Pas de lien proportionnel entre diminution de perte de poids et augmentation de la qualité de vie (Lexis et al, 2011; Furber et Mc Gowan, 2011)
- Effets de modération entre BMI et QdV: rôle de l'importance accordée au regard des autres et de la distorsion de l'image corporelle

Effet modérateur de l'importance accordée au regard des autres et à la distorsion corporelle

Dovepress

*Distorsion image corporelle
et importance du regard des autres*



Baron et Kenny, 1986

the coefficients, BID and SN, when considered together or separately, were found to be moderators of the relationship between BMI and PSY/SOC-QoL, except for SN in women when considered separately. The association between BMI and QoL was higher when the values of BID or SN increased, indicating that a greater underestimation of BMI and a greater importance placed on an individual's appearance in the eyes of others enhanced the strength of the association between higher BMI and lower PSY/SOC-QoL. When used in the model separately, SN was also a moderator of the relationship

Pétre et al, 2016

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

Travailler aveuglément la recherche d'observance est voué à l'échec!!!!

Intérêt pour les conduites effectives des patients

→ **observance aux traitements** → Bon et mauvais patient
(Lamouroux, Magnan et Vervloet, 2005)

Vs

Intérêt pour les facteurs psychosociaux impliqués dans les conduites de soin → **adhésion thérapeutique**

Travailler aveuglément la recherche d'observance est voué à l'échec!!!!

- Besoin de **changement de positionnement** du soignant → patient considéré comme véritable acteur du système de santé
- Véritable **processus d'appropriation** par le patient à mettre en œuvre (Anderson and Funnell 2010).

Comment favoriser les changements de comportement et apprentissages du patient ?

Intérêt central pour la posture éducative dans les formations en ETP

- Tourette-Turgis (2011): « *La fameuse posture éducative, devenue la posture à la mode dans les articles de vulgarisation sur la pratique de l'Education Thérapeutique* ».
- Posture éducative fréquemment utilisée comme objectif de formation dans la majorité des programmes d'ETP mais ne renvoie à aucune assise scientifique.

De la posture à l'attitude éducative

Terme d'« **attitude éducative** » privilégié à celui de « posture éducative » car renvoie à des travaux scientifiques antérieurs :

- Attitude: « *une **tendance psychologique** qui s'exprime par l'évaluation d'une entité particulière avec un certain degré de faveur ou de défaveur* » (Eagly et Chaiken, 1993)
- La compétence est définie comme un « ***savoir-agir efficacement en situation par la mobilisation et l'utilisation d'une variété de ressources*** » (Tardif, 2006) → l'attitude est une ressource
- Les attitudes influencent et prédisent les comportements: théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)

→ **ressource attitudinale des compétences en ETP**

= « **attitude éducative** »

→ **Risque de « dénaturation », « instrumentalisation » de l'ETP si attitude éducative non présente**

Les ressources nécessaires pour dispenser l'ETP (INPES, 2011)

Types de ressources	Contenu
Connaissances liées aux pathologies	<input type="checkbox"/> Connaissances biomédicales sur les pathologies, les médicaments, les traitements, la santé <input type="checkbox"/> Notion d'épidémiologie, d'anthropologie, de sociologie
Connaissances liées à la démarche ETP	<input type="checkbox"/> Connaissance des principes, valeurs et finalités de l'ETP <input type="checkbox"/> Connaissance du programme ou de la démarche d'ETP <input type="checkbox"/> Connaissance du réseau (interne et externe) des professionnels de santé et praticiens de l'ETP, notamment patient expert et patient ressource ¹ <input type="checkbox"/> Connaissance des associations de patients et de leur rôle

Manque de la dimension attitudinale dans les référentiels de compétences en ETP (« attitude éducative »)

Connaissances techniques et méthodes liées aux situations et activités exercées	<input type="checkbox"/> Connaissances des phases d'acceptation de la maladie <input type="checkbox"/> Connaissances des théories du changement de comportement <input type="checkbox"/> Connaissances des principes d'accueil, de communication, d'écoute active, de relation d'aide
	<input type="checkbox"/> Méthodes de création, animation et motivation de réseau <input type="checkbox"/> Techniques de communication écrite et orale <input type="checkbox"/> Méthode d'animation de réunions, groupes de travail, groupes d'expression, groupes d'échanges de pratiques <input type="checkbox"/> Gestion de public en situation défavorable <input type="checkbox"/> Connaissances des modèles pédagogiques, démarches, méthodes et techniques pédagogiques <input type="checkbox"/> Méthodes de résolution de problèmes
	<input type="checkbox"/> Connaissance des principes de base de l'organisation et de la planification
	<input type="checkbox"/> Connaissance et utilisation des fonctions usuelles des outils bureautiques, bases de données et outils collaboratifs

Objectif spécifique

Caractériser l'attitude éducative comme objet d'apprentissage des formations en ETP

Méthode

Etude qualitative exploratoire

Outil de collecte des données
Instruments inspirés d'enquêtes
narratives

Analyse

Analyse thématique inductive

Paramètres étudiés

L'attitude éducative entendue comme l'état d'esprit qui traduit (résulte de) la manière dont un individu évalue des objets particuliers et qui va prédisposer à l'action, en l'occurrence les activités ou pratiques d'ETP

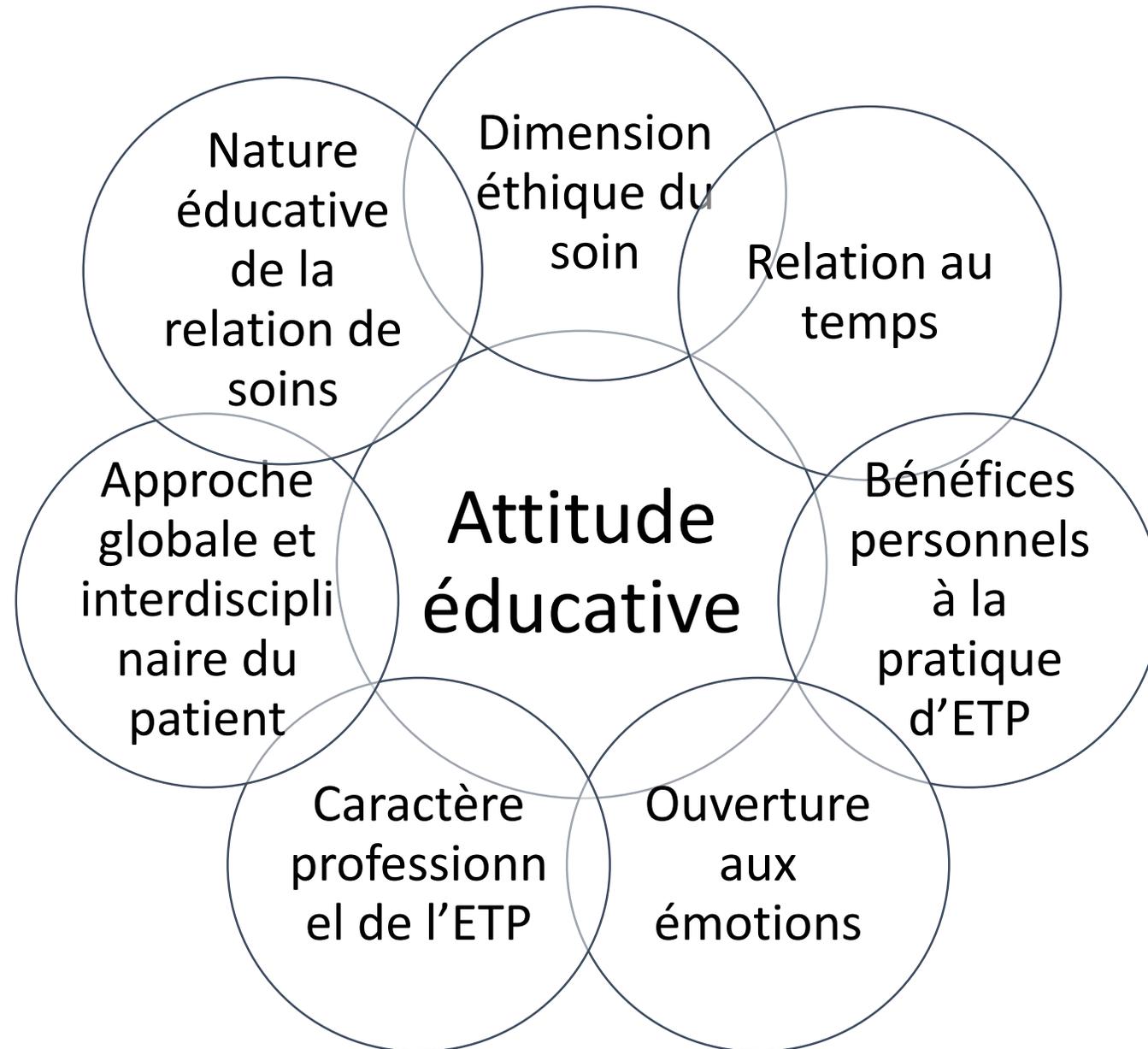
Population et échantillonnage

Professionnels de santé engagés dans un processus de formation continue en ETP (sites de Liège et de Nancy). Tous les participants de ces deux formations (n=33) ont pris part à la présente étude.

Caractéristiques des répondants (n=33)

Pays		Environnement de travail	
France	20	Hôpital	25
Belgique	13	Cabinet privé	4
Sexe		Réseau	9
Femme	29	Autre	1
Homme	4	Type de rémunération	
Age		A l'acte	1
25-35	11	Salarié	28
36-45	10	Mixte	4
46-55	12	Milieu de travail	
Profession		Urbain	27
Infirmier	17	Rural	3
Diététicien	8	Mixte	2
Médecin	3		
Kiné	2		
Autres	3		

7 dimensions identifiées



1. Dimension temporelle

C'est la manière dont les professionnels de santé reconsidèrent la maladie chronique dans une relation de soins au long cours.

- ▶ nécessité de prendre le temps pour les activités telles que l'annonce de la maladie, d'identification du patient, de définition d'un projet thérapeutique
- ▶ possibilité de postposer une activité d'ETP si le patient n'est pas prêt ou de développer sa motivation avant d'entreprendre cette activité
- ▶ inscription de la maladie chronique sur une relation de long terme (maladie du patient à vie)

Manque de temps souvent rapporté comme un frein à l'ETP (Cianciara et Miller, 2003, Aghakhani et al, 2012, Tapper-Jones et al, 1990)

Gains possibles en termes de santé grâce à une approche centrée sur la personne et collaborative de soins sans consommation supplémentaire de temps (Levison et al, 2000)

→ Besoin d'un autre rapport au temps.



2. Bénéfices personnels tirés de la pratique de l'ETP

Ce sont les bénéfices liés à l'intégration de l'ETP dans les pratiques professionnelles

- ▶ Renforcement de la capacité d'action du soignant
- ▶ Légitimation de certaines activités du soignant (par exemple le questionnement sur l'histoire de vie du patient)
- ▶ Amélioration de la motivation/ qualité de vie du soignant

Intérêt de l'ETP pour professionnels de santé (Bjerum et al, 2012, Swart et al, 1997)

Nos résultats → reconnaissance des bénéfices professionnels: satisfaction, motivation, capacité d'action et qualité de vie → renforcement de l'empowerment du soignant!!



3. Dimension émotionnelle

Réfère à la conscience des influences des mécanismes psychologiques sous-jacent à la relation de soins

- ▶ Identification et prise de conscience de ses émotions pour éviter les mécanismes de projection
- ▶ Accueil et reconnaissance des émotions du patient
- ▶ Réflexivité et humilité sur sa pratique professionnelle

Relation de soins plus complexe qu'un acte technique
→ rencontre de deux êtres animés par des émotions

Apprentissage implicite à "éviter les émotions" par les professionnels de santé → besoin d'une formation à la gestion des émotions



4. Caractère professionnel de l'ETP

C'est la reconnaissance que l'ETP exige une approche rigoureuse et scientifique

- ▶ Dépassement de la simple information
- ▶ Exigences de soignant formés et compétents: l'ETP ne s'improvise pas
- ▶ Démarche qui reconnaît des étapes incontournables comme l'évaluation et le diagnostic éducatif comme acte thérapeutique

Attitude qui nécessite que les professionnels de santé connaissent et situent l'ETP comme de leur responsabilité (Bergh et al, 2014)



5. Approche globale et interdisciplinaire

C'est la conscience des causes multiples de la maladie chronique qui requiert la collaboration de différents types de professionnels de santé

- ▶ Approche globale du patient (Vs cloisonnement ou clivage)
- ▶ L'entourage comme un déterminant dans la prise en charge
- ▶ Interdisciplinarité: recours à des professionnels de santé de spécialités différentes
- ▶ Reconnaissance de ses propres limites

Absence de considération du patient dans son environnement de vie → risque d'accusation de non compliance et de "mauvais patient" (Playle et Keeley, 1998)

Besoin d'un passage d'une multidisciplinarité à une interdisciplinarité (Orchard, 2005)



6. Nature éducative de la relation thérapeutique

C'est la reconnaissance et perception par les professionnels de santé du caractère éducatif de l'ETP

- ▶ Evolution d'un rôle curatif vers un rôle éducatif du soignant (facilitateur d'apprentissage)
- ▶ Patient acteur de son changement de comportement (place active du patient)
- ▶ Reconnaissance de la capacité du patient à faire des choix (compétence du patient)

Besoin d'évolution d'une relation de conseils à une relation d'éducation (Mikkonen et Hynynen, 2012) dans laquelle les soignants se sentent moins à l'aise (Adolfsson et al, 2014)

Reconnaissance des capacités des patients dans l'autosoins, pas toujours perçues par les professionnels (Wu et al, 2014)



7. Relation éthique de soins

Ce sont les conditions perçues pour une relation d'éducation durable et qui respecte le patient et ses préférences

- ▶ Passage d'un mode dirigiste à un mode délibératif, de partenariat
- ▶ Reconnaissance de l'expertise du vécu (expérience de la maladie)
- ▶ Liberté des choix de santé du patient

Reconnaissance d'une expertise "patient" (Mikkonen et Hynynen, 2012) .

Reconnaissance des capacités de responsabilité des patients et leur liberté (Siminerio et al, 2007)

Fréquente surestimation des professionnels de santé de ce qu'ils savent du patient (Deccache et al, 2009)



Principaux résultats

7 thèmes principaux ont été dégagés lors de l'analyse. Ainsi, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP tend à faire reconnaître :

- la perception d'une modification de la relation au temps

J'ai compris la nécessité de prendre le temps d'amener la patiente à pouvoir définir elle-même sa propre norme de santé, de lui permettre de déterminer ses propres objectifs. Je retire en effet un enseignement important : il ne faut pas se substituer au patient (ND2).

- les mécanismes liés à l'affect et aux émotions
- le caractère professionnel de la pratique d'ETP

Principaux résultats

7 thèmes principaux ont été dégagés lors de l'analyse. Ainsi, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP tend à faire reconnaître :

- les bénéfices personnels professionnels de l'intégration de l'ETP dans les pratiques

*Je me sens désormais plus compétente, car je me rends désormais compte que je peux avoir une incidence sur la situation : je ne suis plus une spectatrice désarmée, je suis une actrice outillée. J'ai appris à reprendre du contrôle sur un aspect de mon métier qui m'échappait et c'est sans doute une des évolutions personnelles les plus marquantes...
(ND3)*

- l'approche globale et interdisciplinaire nécessaire à l'ETP
- la nature éducative sur lequel se base le processus d'ETP
- les enjeux éthiques liés à la relation de soins en ETP

Travail exploratoire de l'attitude éducative dans le champ en ETP

7 dimensions, 43 items

Patient Preference and Adherence

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

ORIGINAL RESEARCH

From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals – a pragmatic approach for defining competencies and resources

This article was published in the following Dove Press journal:
Patient Preference and Adherence
22 March 2017
[Number of times this article has been viewed](#)

Benoit Pétré¹
Remi Gagnayre²
Vincent De Andrade²
Olivier Ziegler³
Michèle Guillaume¹

¹Department of Public Health, University of Liège, Liège, Belgium; ²Educations and Health Practices Laboratory (LEPS), (EA 3412), UFR SMBH, Paris 13 University, Sorbonne Paris Cité, Bobigny; ³Department of Diabetes, Metabolic diseases and Nutrition, Nancy University Hospital, Nancy, France

Abstract: Educative attitude is an essential, if implicit, aspect of training to acquire competency in therapeutic patient education (TPE). With multiple (or nonexistent) definitions in the literature, however, the concept needs clarification. The primary aim of this study was to analyze the representations and transformations experienced by health care professionals in the course of TPE training in order to characterize educative attitude. We conducted an exploratory qualitative study using several narrative research-based tools with participants of two TPE continuing education courses. We then performed an inductive thematic analysis. Thirty-three people participated in the study; the majority were women (n=29), nurses (n=17) working in a hospital setting (n=28). Seven categories of statements were identified: time-related (“the right moment, how much time it takes”), the benefits of TPE (to health care professionals’ personal well-being), emotions and feelings (quality of exchanges, sharing), the professional nature of TPE (educational competencies required), the holistic, interdisciplinary approach (complexity of the person and value of teamwork), the educational nature of the care relationship (education an integral part of care) and the ethical dimension (introspection essential). The first three components appear fairly innovative, at least in formulation. The study’s originality rests primarily in its choice of participants – highly motivated novices who expressed themselves in a completely nontheoretical way. Health models see attitude as critical for adopting a behavior. Best TPE practices should encourage personal work on this, opening professionals to the social, experiential and emotional aspects of managing chronic illness.

- Concernant la **relation au temps**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître :
 - la nécessité de prendre le temps pour les activités d'annonce de la maladie, d'identification du patient, de définition d'un projet thérapeutique
 - la possibilité de postposer (delay) une activité d'ETP si le patient n'est pas prêt ou de développer sa motivation avant d'entreprendre cette activité
 - l'adaptation de l'ETP au rythme psychique du patient et une bonne dose de flexibilité et d'adaptation du soignant
 - l'inscription de la maladie chronique sur une relation de long terme (maladie du patient à vie)
 - la nécessité de situer son intervention par rapport à l'histoire de vie du patient et à son suivi médical
- Concernant les **bénéfices de la pratique de l'ETP** pour le soignant, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :
 - aide à renforcer la capacité d'action du soignant envers le patient chronique
 - permet de lutter contre le sentiment d'impuissance et sortir de situation d'impasse/de blocage
 - permet au soignant d'appréhender plus positivement sa fonction professionnelle (en sortant d'une obligation de résultats)
 - légitimise (en donnant un réel mandat) certaines activités du soignant (par exemple le questionnement sur l'histoire de vie du patient)
 - contribue à améliorer la qualité de vie du soignant au travail
 - améliore la motivation du soignant
- Concernant les **mécanismes psychologiques**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :
 - nécessite d'identifier et de prendre conscience de ses émotions pour éviter les mécanismes de transfert/projection sur le patient
 - nécessite d'accueillir et de reconnaître les émotions du patient
 - nécessite un ajustement entre la pensée, les émotions et l'action du soignant (authenticité ; congruence)
 - nécessite de reconnaître que les mécanismes de résistance du patient font partie intégrante de son évolution face à la maladie
 - amène le soignant à reconnaître l'influence de ses attitudes verbales et non verbales sur la relation thérapeutique
 - amène le soignant à être plus humble et plus prudent sur ses connaissances vis-à-vis du patient
 - amène une réflexivité sur sa pratique professionnelle
- Concernant le **caractère professionnel de l'ETP**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que l'ETP :
 - dépasse la simple information
 - requiert des soignants formés et compétents, autrement dit que l'ETP ne s'improvise pas
 - formalise un certain nombre d'activités entreprises de manière implicite par les soignants
 - repose sur une démarche qui reconnaît des étapes incontournables comme l'évaluation et le diagnostic éducatif comme acte thérapeutique
 - exige une connaissance approfondie de la pathologie chronique
- Concernant l'**approche globale et interdisciplinaire du patient**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que :
 - les finalités de l'ETP sont la QDV et la santé des individus
 - les objectifs, activités d'apprentissages et indicateurs de l'ETP se situent dans la sphère bio-psycho sociale
 - seule une approche globale du patient est efficace (Vs cloisonnement ou clivage) :la maladie est la résultante d'un ensemble de déterminants environnementaux et bio-psycho-sociaux.
 - l'entourage doit être considéré comme un déterminant de la maladie et une ressource ou un frein dans la prise en charge
 - la maladie chronique nécessite le recours à des professionnels de santé de spécialités différentes
 - le soignant possède ses propres limites vis-à-vis du patient et qu'il est parfois nécessaire alors de passer la main ou ravailer avec d'autres soignants)
- Concernant la **nature éducative de la relation thérapeutique**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître :
 - l'évolution d'un rôle curatif vers un rôle éducatif du soignant,
 - le rôle éducatif consiste à apprendre à faire, à développer et à reconnaître les ressources, à faciliter l'apprentissage et à mettre en place de conditions propices à l'apprentissage, à éclairer le patient pour faire ses choix de santé
 - l'erreur comme faisant partie intégrante de l'apprentissage, y compris dans l'apprentissage lié à ETP
 - l'importance de partir là où est le patient au point de vue de ses connaissances et représentations de la maladie
 - le patient comme seul acteur de son changement de comportement (place active du patient)
 - la capacité du patient à faire des choix (compétence du patient)
 - la motivation ne peut venir que du patient lui-même
- Concernant la **relation éthique de soins**, l'attitude éducative dans le champ de l'ETP conduit à reconnaître que:
 - c'est avant tout un être humain à soigner et non un organe/une maladie
 - l'ETP implique des valeurs de non jugement, positivité, confiance, transparence, humilité
 - l'ETP requiert de passer d'un mode dirigiste à un mode délibératif, de partenariat
 - le patient doit être reconnu dans sa singularité (approche personnalisée)
 - le patient possède une expertise du vécu, de l'expérience de la maladie
 - le patient est libre de ses choix de santé / le soignant doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour rendre ce choix le plus éclairé possible
 - le patient peut avoir une vision différente de celle du soignant, notamment vis-à-vis des objectifs thérapeutiques

L'aventure d'une recherche qui dure...

De la posture à l'attitude éducative

Fusion des travaux :

« From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals – a pragmatic approach for dening competencies and resources »

Benoit Pétré, 2015



« Conceptualisation du terme “Posture Éducative” pour une meilleure intégration de l’éducation thérapeutique du patient en médecine générale »

Alban Peignot, 2015

= une grille de 52 item répartis en 7 catégories

Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2019, 11, 10501
© EDP Sciences, SETE, 2018
<https://doi.org/10.1051/tpe/2018019>

ETP/TPE

Disponible en ligne :
www.ctp-journal.org

ARTICLE ORIGINAL/ORIGINAL ARTICLE

La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l’éducation thérapeutique du patient !

Benoit Pétré^{1,*}, Alban Peignot², Remi Gagnayre³, Eric Bertin⁴, Olivier Ziegler⁵ et Michèle Guillaume⁶

¹ Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

² Médecine Générale, Maison Médicale, Pontfaverger Moronvilliers, Marne, France

³ Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (EA3412), Université Paris 13, Bobigny, France

⁴ Unité Transversale d’Éducation du Patient (UTEPE), Centre hospitalier universitaire de Reims, Reims, France

⁵ CHRU de Nancy, Université de Lorraine, hôpital Brabois-Adultes, service d’Endocrinologie, Diabétologie et Nutrition, Vandœuvre-lès-Nancy, France

⁶ Département des Sciences de la Santé publique, Université de Liège, Liège, Belgique

Reçu le 13 septembre 2018 / Accepté le 16 octobre 2018

Résumé – Introduction : La posture éducative est considérée par plusieurs auteurs comme la pierre angulaire pour le développement des compétences des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP) et plus largement l’intégration de cette ETP dans les pratiques professionnelles. Cependant, le terme reste à clarifier au vu des constats de définition polysémique ou tout simplement d’absence de définition. **Objectifs/contributions :** Cet article décrit les enjeux autour de la définition, de la reconnaissance et du développement du concept de posture éducative. L’article propose également une caractérisation pragmatique du concept organisée autour de 7 dimensions : la relation au temps (le bon moment, le temps qu’il faut), les bénéfices de la pratique d’ETP (bien-être des professionnels de santé), les émotions et sentiments (qualité des échanges, partage), le caractère professionnel de l’ETP (compétences biomédicales et éducatives requises), l’approche globale et interdisciplinaire (complexité de la personne, intérêt d’un travail d’équipe), le caractère éducatif de la relation de soins (éducation intégrée aux soins) et la dimension éthique (réflexion jugée indispensable). **Discussion/conclusion :** Cette étude ouvre des perspectives de transformations des formations professionnelles, ainsi que des recherches orientées sur les interventions pédagogiques pour faire de cette posture éducative un objet d’apprentissage à part entière.

Mots clés : professionnels de santé / éducation thérapeutique du patient / posture éducative

Perspectives de développement

Production d'un outil d'autoévaluation au service du développement de l'ETP dans les équipes de soins, les formations

→ Finalité « clinique »

Production d'un outil de mesure de l'attitude éducative

→ Finalité « recherche »

Plan de présentation

Introduction – positionnement

- L'obésité comme problème de santé publique
- Education thérapeutique du patient (ETP) et obésité
- Contexte des travaux de recherche

Relation patient-soignant: une rencontre impossible?

- Le point de vue des soignants
- Le point de vue des patients
- Regards croisés

Vers d'autres objectifs et indicateurs de la prise en charge

- Le regard des autres et la distorsion de l'image corporelle

Vers le développement d'une attitude éducative

Conclusions

Discussion générale (1)

L'attitude éducative comme ressource fondamentale des compétences en ETP,

une condition sine qua none pour des pratiques de qualité en ETP

- Déplacement du paradigme biomédical vers un paradigme holistique de la santé centré sur l'individu
 - Ouverture vers l'entourage (Reynaert et al, 2006)
 - Ouverture vers de nouveaux indicateurs de santé et nouvelles cibles thérapeutiques telles que les variables perceptives
 - Reconsidération de la santé comme moyen pour tendre vers des objectifs plus globaux de qualité de vie (Brignon et Gallouj, 2011; Fontaine et Barofsky, 2001)

- Passage d'une approche prescriptive de soin à une réelle approche éducative
 - évolution de la perception de rôle en soignant éducateur (d'Ivernois et Gagnayre, 2013) : les compétences éducatives du soignant au service du développement des compétences du patient
 - Renforcement des capacités du patient : patient acteur

Discussion générale (2)

- Développement d'une véritable interdisciplinarité:
 - En travaillant les tensions perçues dans les équipes de soins (Le Rhun et al, 2013)
 - Réflexion partagée sur le projet de soins
- Passage d'une recherche d'observance vers celle d'adhérence
 - du symptôme et des comportements à leurs déterminants (Lamouroux et al, 2005)
- Ouverture à l'expérience de vécu et l'histoire du patient
 - Ouverture d'un espace de dialogue avec le patient lui permettant d'identifier, de manière singulière, quels sont les objectifs du soin et les moyens à se donner, l'aider à mobiliser autant les ressources internes qu'externes



Approche centrée sur la personne (Rogers, 2005):
congruence, empathie et
acceptation positive
inconditionnelle

Conclusions et perspectives (1)

- L'obésité , problème majeur de Santé publique → nombreux défis
- Besoin de nouveaux métiers pour répondre aux enjeux de santé actuels:

*« accroître l'efficacité des interventions vis-à-vis de l'adhésion pourrait avoir un impact beaucoup plus important sur la santé de la population que toute amélioration dans les traitements médicaux spécifiques »
(Haynes et al, 2002)*

- ETP comme stratégie de choix → comment la mettre en œuvre ?

Conclusions et perspectives (2)

- L'ETP rencontre les besoins et attentes des différents publics cibles
- L'ETP pour sortir d'une situation d'impuissance, d'insatisfaction, de déception dans la prise en charge de l'obésité
- nécessité d'évolution dans le paradigme de soins avec plusieurs conditions nécessaires, dont la formation des professionnels de santé (Recommandée depuis 1998 par l'OMS)
- Besoin de développer les **concepts structurants** telle que l'attitude éducative
 - apport substantiel pour l'ETP
- Attitude éducative comme **nouveau standard des formations** en ETP → Demande à être réfléchi en ingénierie des formations pour définir les meilleures modalités de développement et d'évaluation (formation initiale et continue)
- Resituer la valeur humaine au cœur des soins, au-delà des considérations réglementaires, matérielles ou financières

Compilation d'articles en lien avec la présentation

1. Pétre B, Ziegler O, Guillaume M. Éducation thérapeutique du patient obèse en Belgique: contributions du projet EDUDORA². *Vaisseaux, Coeur, Poumons*. 2019 ; 24(3) : 20-24.
2. Benoit Pétre, Alban Peignot, Remi Gagnayre, Eric Bertin, Olivier Ziegler et Michèle Guillaume. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2019, 11, 10501.
3. Benoit Pétre, André Scheen, Olivier Ziegler, Anne-Françoise Donneau, Nadia Dardenne, Eddy Husson, Adelin Albert, and Michèle Guillaume. Weight loss expectations and determinants in a large community-based sample. *Prev Med Rep*. 2018; 12: 12–19.
4. Crutze C, Pétre B, Streel S, Donneau AF, Albert A, Dardenne N, Scheen A et Guillaume M. Etude populationnelle de la compréhension des difficultés dans la prise en charge de l'obésité par l'exploration des perceptions relatives à l'excès de poids. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2017, 65(3) : 209-219.
5. Pétre B, Gagnayre R, De Andrade V, Ziegler O, Guillaume M. From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of healthcare professionals. A pragmatic approach to defining competencies and resources. *Journal of Patient Preference and Adherence*. 2017,11:603-617.
6. Pétre B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcoeur X, Guillaume, M. Etat des lieux des pratiques en d'éducation thérapeutique dans les institutions hospitalières et chez les médecins généralistes – exemple dans le prise en charge du diabète et de l'obésité en Belgique. *Santé publique*. 2016 ;28 :287-298.
7. Pétre B, Scheen A, Ziegler O, Donneau AF, Dardenne N, Husson E, Albert A, Guillaume M. Body image discrepancy and subjective norm as moderators of the relation between BMI and quality of life. *Journal of Patient Preference and Adherence*. 2016 Nov 4;10:2261-2270.
8. Pétre B, Donneau AF, Crutze C, Husson E, Scheen A, Guillaume M. Obese subjects involvement in a population-based survey: the use of information and communication technologies (ICT) to avoid stigmatization. *Quality of Life Research*. 2015;24(5):1131-5.
9. Degrange S, Legrand C, Pétre B, Scheen A, Guillaume M. Représentations individuelles et attribuées de la prise en charge de l'obésité au sein de la triade patient/soignant/famille. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2015; 9(6):559-565.

Merci

Questions



« une éducation thérapeutique sans posture n'est qu'une imposture » (G Reach, 2011)

Contact: benoit.petre@ulg.ac.be