



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Motifs d'engagement des professionnels de santé en ETP

Présentée et soutenue publiquement le 11 juillet 2019 à 16h
au Pôle Formation
Par Abdallah BELHADJ HACEN

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence Richard

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Docteur Caroline De Pauw

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

**Avertissement : La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ALD : Affection Longue Durée

BEP : Bilan Éducatif Partagé

CCR : Cancer Colorectal

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HDF : Hauts-De-France

HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ML : Médecins Libéraux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

Introduction.....	5
1. Définitions et enjeux de l'éducation thérapeutique du patient.....	5
2. Motifs d'engagement en formation.....	11
3. Obésité de l'enfant.....	12
1. Définition et diagnostic.....	12
2. Épidémiologie et prise en charge.....	13
3. Facteurs de risques et complications.....	14
4. Programme d'ETP de l'URPS et justification de l'étude.....	15
Matériels et Méthodes.....	17
Résultats.....	19
Discussion.....	21
1. Synthèse des résultats.....	21
2. Points forts de l'étude.....	30
3. Limites de l'étude et ouvertures.....	31
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	34
Annexes.....	37

Introduction

1. Définitions et enjeux de l'éducation thérapeutique du patient

L'OMS publie le premier texte définissant l'ETP en 1996. Elle est alors définie comme visant « à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin » et ce afin de mieux contrôler la pathologie chronique. Elle « comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie »(1,2). Avec les notions d'information et d'apprentissage présentes dans la définition, l'ETP est compris comme étant un processus à la fois passif et actif pour le patient. Ce dernier doit être partie prenante du plan de soin qu'il discute avec son médecin.

En France, le développement de l'ETP était une des priorités du plan national d'éducation à la santé de 2001. En 2007, la HAS édite des recommandations avec un guide destiné à définir l'ETP ainsi qu'à aider les professionnels de santé à la mise en place de cette dernière.

(1) Il consiste en un processus sur le long cours qui doit être répété, intégré à chaque consultation et centré sur le patient. La participation de l'entourage est aussi essentielle, surtout chez les patients jeunes (parents). A noter que l'ETP peut être commencée à

n'importe quel moment de la vie du patient. Concernant ce guide, il encadre l'ETP selon plusieurs aspects :

1. tout d'abord, quelle est la matrice de l'ETP ? L'ETP a comme support ce qui est appelé un programme d'ETP. Il doit normalement définir « qui fait quoi, pour qui, où, quand, comment, et pourquoi » faire une ETP devant un patient avec une maladie chronique. Son contenu théorique doit se faire sur 3 niveaux distincts : l'information, le savoir-être et le savoir-faire, permettant ainsi une optimisation de l'observance du patient (Fig. 1) :

(2)

- a) l'information est un processus réalisé par le professionnel de santé. Il consiste en la délivrance d'explications sur la physiopathologie de la maladie, les risques liés, l'efficacité des traitements et même les structures où professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en charge du patient ;
- b) le savoir-être est un état d'acceptation de la situation, permettant au patient d'acquérir des notions de prévention et de solliciter des aidants parmi les professionnels de santé ;
- c) le savoir-faire qui permet au patient d'acquérir les bons comportements lors de l'utilisation de ses médicaments par exemple, ou pour gérer d'éventuelles complications.



Fig. 1 : modèle théorique d'un programme d'ETP, décomposé en 3 concepts théoriques indispensables

De plus, le programme d'ETP se construit en 4 étapes fondamentales (Fig. 2) :(3)

- a) l'élaboration du diagnostic éducatif. C'est un bilan partagé (appelé Bilan Éducatif Partagé ou BEP) où le professionnel de santé discute avec le patient pour mieux connaître ses besoins et attentes, sa connaissance de la maladie, de ses risques et des améliorations possibles via ce programme d'ETP. Ils fixent ensuite ensemble, d'un commun accord, les compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir tout au long de la maladie. Il s'agit donc, en tenant compte du projet du patient, de hiérarchiser avec lui les priorités d'apprentissage de ce programme ainsi que de pouvoir les redéfinir avec lui ;

- b) la définition d'un programme personnalisé d'ETP avec les priorités d'apprentissage.
- En effet, à la fin de l'élaboration du diagnostic éducatif, il faut se mettre d'accord avec le patient sur les compétences à acquérir durant ce programme. L'HAS recommande de se référer à un programme d'ETP pré-existant s'il existe déjà, sinon utiliser le tableau de compétences à acquérir au terme de la séance de définition du programme d'ETP avec le patient, dit modèle de Gagnayre et d'Ivernois. (Fig. 3).
- c) la planification des séances d'ETP, qui peuvent être individuelles ou collectives.
- D'abord, le professionnel de santé convient avec la patient des lieu, temps et nombre de séances. Ils discuteront de leurs contenus, de l'intérêt de ces dernières. Les séances (qu'elles soient collectives ou individuelles) durent en général 30 à 45 minutes, avec des pauses pour les enfants. Les avantages des séances collectives sont de rassembler des gens ayant des objectifs communs et de favoriser l'adhésion au groupe, tandis que celles individuelles sont plutôt réservées aux patients ayant des addictions physiques ou n'étant pas à l'aise en groupe. Selon l'HAS, une séance collective doit contenir entre 6 et 8 enfants maximum, et 8 à 10 adultes.
- d) l'évaluation individuelle de l'ETP qui se fera après chaque séance. Il s'agira d'évaluer les nouvelles acquisitions du patient, les objectifs nouveaux qu'il a lui même formulés, remettre à jour le diagnostic éducatif initial. Il peut aussi être proposé, à la fin de cette 4^e étape, un nouveau programme d'ETP si nécessaire.



Fig. 2 (ci-dessus) : les 4 étapes d'un programme d'ETP

Compétences	Objectifs spécifiques (exemples)
1. Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions sociofamiliales de la maladie, s'expliquer les principes du traitement.
2. Repérer, analyser, mesurer*	Repérer des signes d'alerte des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa tension artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
3. Faire face, décider*	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme, etc.), décider dans l'urgence, etc.
4. Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention*	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie, favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.).
5. Pratiquer, faire*	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, autocontrôle glycémie, spray, chambre d'inhalation, peak flow). Pratiquer des gestes (respiration, auto-examen des œdèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
6. Adapter, réajuster*	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse, etc.). Réajuster un traitement ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie.
7. Utiliser les ressources du système de soins. Faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler, rechercher l'information utile ; Faire valoir des droits (travail, école, assurances, etc.). Participer à la vie des associations de patients, etc.

* Les compétences comprennent des compétences dites de sécurité qui visent à sauvegarder la vie du patient.

Fig. 3 (ci-dessous) : tableau de compétences de Gagnayre et d'Ivernois

2. Ensuite, qui peut faire le programme ? Il peut être mis en place par tout professionnel de santé prenant en charge un patient atteint de maladie chronique, selon une liste fournie par le Code de Santé Publique. Il peut aussi indiquer au patient la possibilité de participer à un programme, en le dirigeant par exemple vers les structures compétentes.

Concernant l'aspect législatif, l'ETP est pour la première fois en Europe inscrit dans le Code de Santé Publique. En effet, elle figure dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 (art. L-1161-1 à 1161-6). Elle a pour but « de rendre le patient plus autonome », en améliorant entre autres sa qualité de vie. La loi garantit le droit au patient de refuser un programme d'ETP proposé par un professionnel de santé. De plus, la loi encadre la mise en place des ETP. En effet, les programmes doivent se présenter sous la forme d'un cahier des charges dont le contenu est stipulé par arrêté au niveau ministériel (Ministère de la Santé), à faire valider par l'ARS pour pouvoir les mettre en œuvre à l'échelle locale. Aussi, l'article précise que les programmes d'ETP ne peuvent pas être créés par des sociétés produisant des médicaments, par des personnes s'occupant de la mise sur le marché des dispositifs médicaux de soin ou de diagnostic ou par des entreprises ayant un quelconque lien avec la santé. Elles peuvent néanmoins y participer, notamment du point de vue financier. Enfin, des sanctions pénales sont prévues dans cet article de loi en cas de mise en œuvre d'un programme d'ETP sans les autorisations sus-citées (amende de 30000€).(2,4,5)

Les décrets n° 2010-904 et 906 sont aussi importants dans l'encadrement législatif de l'ETP, et nous donnent plusieurs informations : premièrement, l'ETP concerne une ou plusieurs des 30 affections de longue durée (ALD 30), ainsi que l'asthme et les maladies rares. Quelques exceptions peuvent être faites si le besoin est justifié. Deuxièmement, le programme d'ETP

n'est validé par l'ARS que s'il est coordonné par un médecin, un professionnel de santé ou un représentant du patient. De plus, il doit toujours comporté 2 professionnels de santé différents, dont un médecin s'il n'est pas le coordinateur.(6) Enfin, il faut qu'au moins un des intervenants au programme justifie d'une formation à l'ETP d'au moins 40 heures.(7)

En pratique, depuis le 1^{er} juillet 2011, pour qu'un programme d'ETP soit accepté, il faut que les coordinateurs déposent le dossier à l'ARS, et ce à n'importe quel moment de l'année. Ensuite, l'ARS doit répondre à cette demande dans les 3 mois. La demande, une fois acceptée, donne lieu à une autorisation de 4 ans si le programme démarre dans les 12 mois et qu'il n'est pas interrompu sur une période de plus de 6 mois. Si un changement apparaît dans le programme, il faut le signaler à l'ARS, ce qui peut aboutir à une nouvelle étude du programme par cette dernière.

Les équipes d'ETP ont pour obligation d'auto-évaluer leurs programmes annuellement. Il s'agira d'évaluer le taux de participation, si le nombre de séances convient, le taux de participation en vue d'améliorer les points négatifs. Cette auto-évaluation est faite selon des critères édités par la HAS. De plus, une évaluation quadriennale doit être faite et envoyée à l'ARS, qui permettra le renouvellement du programme d'ETP.(2,8).

Cette définition de l'ETP amène donc à se questionner sur les raisons de la participation d'équipes à ce type de programmes.

2. Motifs d'engagement en formation

D'après P. Carré, les motifs d'engagement des adultes en formation peuvent être classés de manière résumée en deux types : les motifs intrinsèques, qui expliquent le fait même d'être en formation *versus* extrinsèques qui eux trouvent satisfaction hors de ladite formation. Il décrit 3 motifs intrinsèques : épistémique, qui est défini par l'apprentissage pour

soi-même ; socio-affectif, pour bénéficier de nouvelles connaissances sociales ; hédonique, pour bénéficier du plaisir des conditions pratiques de la formation ainsi que de son ambiance.

Les 7 motifs extrinsèques sont : économique ; prescrit, correspondant à la pression de conformité au sein d'une équipe de professionnels par exemple ou à une réelle pression hiérarchique ; dérivatif, pour éviter la mauvaise ambiance quotidienne au travail ; opératoire professionnel, pour acquérir des compétences nécessaires au travail ; opératoire personnel, pour acquérir des compétences nécessaires à la bonne réalisation hors du travail (famille etc.) ; identitaire, pour améliorer l'image de soi ; et enfin vocationnel, centré sur une logique de recherche d'emploi ou de gestion de carrière.

A noter que les motifs peuvent être pluriels, évoluer dans le temps et sont « contingents », c'est-à-dire ne dépendant pas de traits de la personnalité.(9)

3. Obésité de l'enfant

1. Définition et diagnostic

L'obésité est définie par un excès de masse grasse ainsi que par le déséquilibre entre dépenses énergétiques et apports. De par la complexité de définir l'obésité par un unique seuil (car dépendante de l'âge et du sexe), il est d'usage de la diagnostiquer grâce à des courbes et abaques. Ces courbes sont disponibles dans les carnets de santé (fig. 4.)(10)

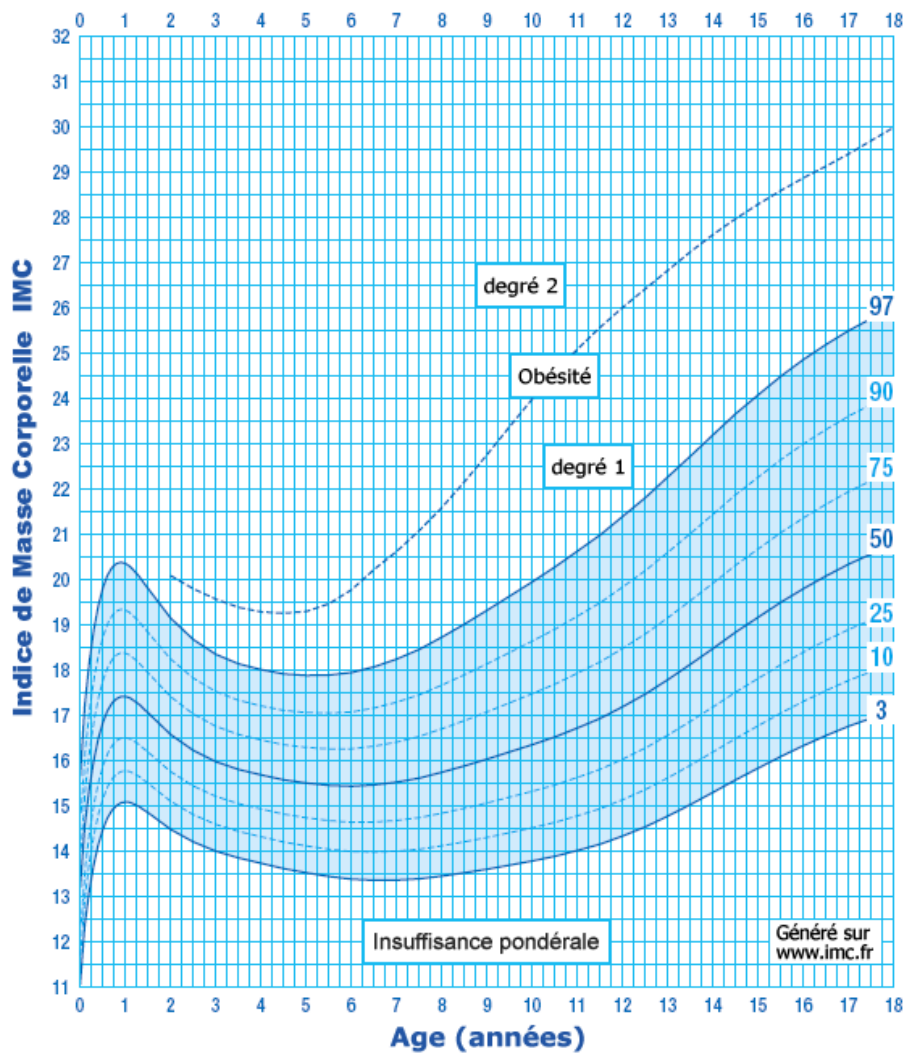


Fig. 4 : courbe de poids des garçons âgés de 0 à 18 ans

L'European Childhood Obesity Group (ECOG) recommande l'utilisation de l'indice de masse corporelle (IMC, masse/(taille au carré)) standardisé selon l'âge et le sexe. Seront considérés en surpoids les enfants entre 2 et 18 ans dont le poids dépasse le 90^e percentile, et obèses les enfants dont le poids dépasse le 97^e percentile. L'OMS définit les enfants en surpoids et obèses selon ses propres courbes, de 0 à 5 ans puis de 5 à 18 ans.(11)

2. Épidémiologie et prise en charge

L'OMS rappelle l'importance de la prise en charge de l'obésité au niveau mondial. En effet, cette dernière est décrite comme étant « l'un des plus grands défis de la santé publique au 21^e siècle ». En 2016, on estimait le nombre d'enfants de 0 à 5 ans en surpoids à plus de 41 millions. Par ailleurs, l'OMS estime que si rien n'est fait pour empêcher ce fléau, le nombre d'enfants en surpoids atteindra 70 millions début 2025.(12)

Aux Etats-Unis, le nombre d'enfants en surpoids et obèses se stabilise depuis 2004, avec un nombre estimé à 31.9 % des enfants de 2 à 19 ans dépassant le 85^e percentile des courbes américaines, ce qui correspond au 97^e percentile français. En France, l'obésité est en constante augmentation depuis les années 80. Le nombre d'enfants en surpoids était respectivement en 1980, 1996 et 2001 de 5.1 %, 12.7 % et 15.1 %. En 2016, l'étude ESTEBAN a montré que le nombre d'enfants entre 6 et 17 ans atteints de surpoids est désormais de 17 % dont 4 % d'obèses.(12)

L'HAS précise, quant à elle, que le nombre d'enfants en surpoids entre 3 et 17 ans en 2011 s'élevait à 18 % dont 3.5 % d'obèses.

Une autre notion est prise en compte par l'HAS : le rebond d'adiposité. En effet, plus celui-ci survient tôt dans l'enfance, plus le risque que l'enfant développe une surpoids et/ou une obésité augmente.

La recommandation actuelle de dépistage de l'obésité de l'enfant par la HAS est une surveillance de l'IMC entre 2 et 3 fois par an minimum, à tout âge de l'enfance et de l'adolescence, pour tout motif de consultation et quelle que soit la corpulence du patient.(13)

3. Facteurs de risque et complications

La HAS rappelle qu'un enfant diagnostiqué en surpoids ou obèse a un risque compris entre 50 et 70% de rester ainsi après la puberté. Ce continuum est à l'origine des nombreuses

complications qui suivent l'enfant malade jusqu'à l'âge adulte, complications d'autant plus nombreuses et graves que l'obésité commence tôt dans la vie du patient. Parmi celles-ci, notons les complications ostéoarticulaires avec de l'arthrose généralisée et précoce, un risque augmenté d'épiphysiolyse de la tête fémorale ; les complications respiratoires avec des troubles ventilatoires restrictifs et des syndromes d'apnée du sommeil ; les complications cardiovasculaires dues à l'athérosclérose, le diabète, l'HTA et certains types de cancer (CCR, cancer du sein). Il est important de ne pas négliger les complications psychologiques *a fortiori* chez les enfants qui peuvent être atteints de souffrances psychologiques dues au contexte scolaire (brimades avec mésestime de soi et exclusion sociale).(13)

L'OMS souligne l'importance de l'allaitement comme étant un facteur protecteur de l'obésité. Les conditions socio-économiques favorables le sont également.

La cause principale – en dehors des causes d'obésité secondaire – est génétique. Cette part génétique serait impliquée dans l'obésité à environ 25 à 55 % dans les études familiales, avec jusqu'à 80 % entre jumeaux homozygotes.(12)

La littérature sur l'obésité est très riche, les données sur ce domaine étant facilement trouvables et accessibles. De par ses complications sur le plan de la santé individuelle et en terme de santé publique, les autorités sont amenées à mettre en place des programmes d'éducation en rapport avec cette pathologie.

4. Programme d'ETP de l'URPS et justification de l'étude

Le programme d'ETP de l'URPS des médecins libéraux des Hauts-De-France « Moi, Mon corps, Mes envies » a été initié en juin 2013. Il propose une prise en charge éducative aux enfants présentant un surpoids ou un risque d'obésité de grade 1 dont l'âge est compris entre 7 et 11 ans révolus, n'ayant pas de complications sociales (ce qui empêcheraient le suivi). Ce programme, expérimenté en 2014-2015 par 2 équipes éducatives et autorisé par

l'ARS Hauts-de-France, a comme but de promouvoir le bon comportement alimentaire et la pratique physique à travers des activités ludiques. De par ses critères d'inclusion, il permettait d'élargir la population ciblée, étant donné que le programme « Mission retrouve ton cap' » de l'Assurance Maladie n'incluait que les enfants de 3 à 8 ans.

Le programme d'ETP de l'URPS consiste en un cycle de 6 ateliers de 75 à 90 minutes.

Chaque cycle accueille entre 6 et 8 enfants. Il est encadré par 1 animateur dit « fil rouge » et 5 autres coanimateurs. La dernière séance se fait avec les parents, nécessite 2 animateurs et dure 60 minutes.

Sept équipes de 6 professionnels de santé chacune du Nord-Pas-De-Calais ont été volontaires pour participer à ce programme d'ETP. Ils ont d'abord tous reçus 40h de formation initiale correspondant à la formation de base, et participent tous à la journée d'appropriation du programme durant laquelle ce dernier sera détaillé.

De par le temps que prend une formation d'ETP, il est légitime de connaître les raisons qui poussent les professionnels de santé à s'y engager. De plus, la fine connaissance des véritables motifs pourrait améliorer l'adhésion des professionnels aux programmes d'ETP que promeuvent les agences nationales de santé publique.

Le rationnel de cette étude est donc de savoir quels sont les motifs d'engagement de ces 42 professionnels de santé dans ce programme d'ETP.

Matériels et Méthodes

Quarante-deux professionnels de santé de sept équipes (Aulnoye, Boeschepe, Calais, Hautmont, La Gorge, Steenvoorde et Tourcoing) ont participé au programme d'ETP de l'URPS sur les enfants obèses.

Ils ont tous été formés à l'ETP et ont tous participé à la journée d'appropriation du 29 septembre 2018.

Ils ont été contactés par l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France pour obtenir l'autorisation de les interviewer individuellement via entretien téléphonique en amont de la journée d'appropriation. Cette série d'appels est appelée première vague d'appel.

Les entretiens de la première vague étaient basés sur un questionnaire semi-qualitatif (directif) de 13 questions ouvertes ayant pour but de connaître les motifs d'engagement des professionnels de santé ainsi que la perspective de mise en place d'ateliers d'ETP basés sur le programme de l'URPS (cf. annexe 1).

Le suivi a été de 5 mois pour savoir si les équipes ont mis en place les ateliers d'ETP auprès des jeunes patients, si les motivations étaient inchangées ainsi que leur niveau de connaissance du système de rémunération ; une deuxième vague d'appels a donc été effectuée courant février 2019 récoltant ces informations.

Le questionnaire de la deuxième vague était quant à lui composé de 7 questions ouvertes (cf. annexe 2).

Le but était de comparer entre les dates prévues de mise en place des ateliers et la mise en place réelle de ces derniers. De plus, au vu des motivations annoncées lors de la première vague d'appels en amont de la journée d'appropriation, le but était de savoir si les motivations

avaient changé et si la journée d'appropriation les a rassurés quant à la mise en œuvre des ateliers.

De par les objectifs des deux vagues d'appels, des tableaux ont été mis en place. Le premier tableau est un tableau recueillant les motifs d'engagement des professionnels de santé interrogés lors de la première vague d'appel selon le modèle de P. Carré (cf. introduction partie 2). Le deuxième tableau concerne la deuxième vague d'appels et comprend la date prévue de mise en place des ateliers, le changement de motif d'engagement et la connaissance du système de rémunération.

Résultats

Sur les 42 professionnels de santé ayant participé à la journée d'appropriation, 19 ont donné leur accord pour répondre au questionnaire. Parmi eux, 13 ont répondu à l'entretien téléphonique de la première vague (numéro 1) de septembre 2018. Lors de la deuxième vague (numéro 2) de février 2019, 4 professionnels n'ont pas répondu et 9 entretiens ont été effectués. A noter que parmi les deux vagues d'appels, au moins un professionnel de chacune des 7 équipes a participé aux entretiens, les 7 équipes étaient donc toutes représentées.

La figure 1 représente le tableau des motifs d'engagement des 13 interrogés de la vague numéro 1, classés selon le modèle de P. Carré. Parmi ces derniers, on note qu'une très grande majorité ont comme motif principal en amont de la journée d'appropriation le motif opératoire professionnel (10 sur 13). Viennent ensuite les motifs prescrit (4 sur 13), épistémique (3 sur 13), socio-affectif (2 sur 13) et enfin économique (1 sur 13). De plus, des motifs complexes (supérieur ou égal à 2 motifs pour une activité donnée) ont été rapportés pour 5 des 13 professionnels de santé, 3 des 5 étaient des motifs doubles et 2 professionnels de santé avaient un motif triple.

	Motifs intrinsèques			Motifs extrinsèques						
	épistémique	hédonique	socio-affectif	économique	prescrit	dérivatif	opératoire prof.	opératoire pers.	identitaire	vocationnelle
Numéro 1	x		x				x			
Numéro 2					x					
Numéro 3							x			
Numéro 4							x			
Numéro 5			x		x		x			
Numéro 6							x			
Numéro 7					x		x			
Numéro 8							x			
Numéro 9	x									
Numéro 10	x						x			
Numéro 11					x					
Numéro 12				x			x			
Numéro 13							x			

Fig.1 : tableau des motifs d'engagement récoltés lors de la 1ere vague d'appels (sept. 19)

La figure 2 est un tableau reprenant différentes informations des entretiens de la vague numéro 2 que sont la date prévue de mise en place des ateliers, le changement de motif d'engagement et la connaissance du système de rémunération. Concernant l'analyse de ce tableau, on note que les 9 professionnels interrogés rapporte la non-mise en place des ateliers du programme d'ETP de l'enfant obèse au 5^e mois de suivi (février 2019) post-journée d'appropriation des ateliers d'ETP (septembre 2018). Pourtant, 4 d'entre eux avaient annoncé une mise en place en amont de la date des entretiens de la 2^e vague (c'est-à-dire février 2019) ; 3, en revanche, avaient annoncé des dates imprécises, et 2 avaient annoncé des dates en aval de la date des entretiens de la 2^e vague (2^e semestre 2019, été 2019). Ensuite, on note qu'aucun des 9 professionnels n'a eu de changement de motivation après la journée d'appropriation. Enfin, concernant la connaissance de la rémunération, seuls 3 professionnels sur 9 connaissaient leur rémunération par ateliers ; néanmoins les informations rapportées concernant la rémunération différaient : 1 professionnel rapporte 100 euros pour un atelier de 2h tandis que 2 autres rapportent 140 euros pour la même durée.

	Vague numéro 1 (09/18)		Vague numéro 2 (02/19)	
	date prévue mise en place des ateliers	date prévue mise en place des ateliers	changement de motivation	connaissance de la rémunération personnelle
Numéro 1	moyen terme (pas date précise)	inconnue	non	non
Numéro 2	Courant 2019	fin 2019 ou début 2020	non	non
Numéro 3	2 ^e semestre 2019 ou 1 ^{er} semestre 2020	Fin 2019	non	non
Numéro 4	été-septembre 2019	Fin 2019	non	non
Numéro 5 PdV	dans 6 mois-1 an			
Numéro 6	Fin 2018 ou début 2019	Mars-avril 2019	non	non
Numéro 7	Début 2019	Avril-mai 2019	non	Oui (100 euros par atelier donc pour 2h)
Numéro 8	dès février 2019	courant septembre 2019	non	non
Numéro 9 PdV	2 ^e semestre 2019			
Numéro 10	Courant 2019	Courant 2019	non	Oui (140 euros par atelier donc pour 2h)
Numéro 11	dès janvier 2019	dès avril 2019	non	Oui (140 euros par atelier donc pour 2h)
Numéro 12 PdV	Mars-avril 2019			
Numéro 13 PdV	Début 2019			

Fig. 2 : tableau de résultats de la 2e vague d'appels (février 19)

Discussion

1. Synthèse des résultats

Pour la grande majorité des professionnels de santé interrogés, le motif d'engagement dans ce programme d'ETP était principalement le motif opératoire professionnel. Ce motif consiste en la formation de l'individu dans le but d'acquérir des compétences nécessaires au travail(14). Le résultat était attendu du fait de la nécessité de formation en amont pour pouvoir mettre en place ce type d'ateliers, complexe de prime abord pour les professionnels de santé interrogés : en effet, 5 des 9 interrogés de la deuxième vague attestent que la formation a permis de clarifier la façon de mettre en place ces ateliers. Cette notion de compétence est donc centrale et doit être définie.

La compétence est définie par Le Boterf comme étant « l'activation de plusieurs savoirs dans un contexte et une situation donnés »(15). Elle a aussi été définie par Perrenoud par « la capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances »(16). La compétence est composée de 4 éléments : son caractère opératoire qui signifie qu'elle dépend d'une activité, elle est apprise, elle est le résultat d'une combinaison de savoirs et elle est abstraite c'est-à-dire que seules ses conséquences sont observables(17).

A la lecture de ces définitions, il paraît logique de définir deux notions importantes citées :

1. Premièrement, le savoir. C'est une donnée contenue dans un support et existant à tout moment, ne dépendant pas d'une personne l'ayant apprise (appelée connaissant). Lorsqu'il est traité par l'individu apprenant, il devient savoir formalisé. Le savoir faire quant à lui représente les savoirs utilisés par un individu pour l'accomplissement d'une tâche ;

2. Ensuite, la connaissance. Elle représente le résultat de l'intégration de savoirs par un individu, cette notion étant donc dépendante d'un apprenant, et pouvant varier d'un individu à l'autre pour une même somme de savoirs appris.

Le savoir, qui est donc la pierre angulaire de la création de compétence, s'intègre par un processus d'apprentissage. Le mode d'apprentissage utilisé lors de formations – comme la formation de nos professionnels de santé à l'ETP enfant obèse – est l'apprentissage par le faire, décrit entre autres par Arrow en 1962(18). Cet apprentissage se doit de faire participer l'individu par des mises en situations, comme cela fut le cas lors de la journée d'appropriation du programme d'ETP, où les professionnels ont participé aux ateliers d'ETP pour s'exercer et appréhender leur mise en place ultérieure.

Cette acquisition de compétences – qui semble être le motif principal qui pousse les professionnels de santé à participer aux programmes d'ETP – est au cœur même de l'efficacité de l'éducation thérapeutique. Au terme d'une journée de formation comme la journée d'appropriation de notre programme, il serait intéressant d'évaluer a posteriori la bonne acquisition des compétences, mais comment évaluer ces dernières ? D'après Boutin, le concept de « bilan de compétences » est de plus en plus utilisé(19). Il est défini comme une hétéro-évaluation faite par le formateur qui permet d'évaluer un certain nombre de savoirs acquis lors de la formation. Néanmoins, comme décrit par Le Boterf, une compétence est difficilement évaluable si elle est réduite au concept de savoir pur, c'est-à-dire ne dépendant pas de l'apprenant ni du traitement qu'il fait de ce savoir(20). C'est ainsi que Le Boterf considère la compétence comme étant singulière et propre à chaque individu. Un autre mode d'évaluation décrit par Boutin est l'auto-évaluation de la compétence par l'apprenant lui-même, mettant ainsi en exergue ses points forts et les côtés à améliorer – mode d'évaluation étant celui privilégié par les responsables de formations continues(19). Ces deux modes d'évaluation peuvent évidemment être combinés. Actuellement, aucune évaluation par

l'URPS n'est faite lors de la formation et après celle-ci. La mise en place des deux types d'évaluation peut être discutée (évaluation efficace mais charge de travail augmentée pour l'URPS).

Détaillons les autres motifs d'engagement choisis:

- Le motif prescrit a été le plus choisi (4/13) après le motif opératoire professionnel. Il consiste en la motivation d'un professionnel par rapport aux motivations des autres professionnels travaillant avec lui, dans un élan de pression de conformité(14). Plus rarement, ce choix peut être imposé par la hiérarchie. Étonnement, ce choix qui paraît être un choix par défaut a permis l'adhésion de professionnels de santé au programme de l'URPS. Si on pousse l'analyse plus loin, on remarque que les 4 professionnels de santé ayant choisi ce motif font tous partie d'une MSP. La coopération entre professionnels de santé qu'offre la structuration en MSP est donc un facteur permettant de motiver ou d'obliger les professionnels de santé à participer à des actions de type ETP.

En effet, nous remarquons dans les résultats que 2 équipes ont répondu que la mise en place des ateliers n'a pas été effectuée du fait d'une attente d'une structure physique pour leur équipe pluridisciplinaire de type MSP. La problématique de la mise en place d'ateliers d'ETP par une équipe de professionnels de santé se pose lorsque les locaux communs manquent, d'autant plus que la création de telles structures sont coûteuses aussi bien en terme de temps que d'argent. Une solution, optée par toutes les équipes travaillant en MSP (au nombre de 5), est la coordination sous forme de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). En effet, cette dernière – créée en 2011 – a l'avantage d'octroyer une rémunération pour le temps de coordination effectué lors de la création d'une MSP jusqu'à un montant de 76000 euros par an(21).

- Le troisième motif le plus choisi (3/13) était le motif épistémique, c'est-à-dire pour le plaisir d'apprendre, pour un apport personnel(14). Ce motif est intrinsèquement lié à la nature humaine. En effet, J. Nuttin définit l'humain comme un être ayant un « dynamisme d'auto-développement »(22), c'est-à-dire qu'il est naturellement enclin à aller de l'avant et apprendre de nouvelles choses sans besoin de stimulation extérieure. Ce système de fonctionnement diffère en tous points du système animal ou informatique, reproduisant des actes de manière répétée. De plus, l'humain est défini par sa « directionnalité », c'est-à-dire sa capacité à se donner des objectifs pour élaborer des projets en fonction de leur vision d'avenir(14). La motivation est aussi défini par Vallerand et Thrill comme la résultante de deux facteurs : la perception de compétence, permettant à l'individu de réaliser des projets de par ses compétences ; et le sentiment d'autodétermination, c'est-à-dire la capacité à mettre en place des projets en totale autonomie grâce à ses compétences acquises(23). Notons que l'ETP en soins de premier recours cible les patients atteints de maladies chroniques. Les sujets sont donc variés, allant du diabète de type 2 aux maladies neurodégénératives en passant par l'HTA(24). Chaque professionnel de santé y trouvera alors son compte en fonction de ses centres d'intérêt. Il est donc logique pour l'URPS de varier les types de programmes d'ETP proposés pour éviter une lassitude chez les professionnels participant aux programmes.
- Le quatrième motif le plus choisi (2/13) était le motif socio-affectif. Ce motif est défini comme la motivation d'un individu par rapport à sa rencontre avec d'autres individus dans le cadre de nouvelles connaissances, pour découvrir de nouvelles personnes et parfois bénéficier de contacts sociaux(14). Ce motif peut s'expliquer par le besoin de connaître plusieurs professionnels de santé dans le cadre de son activité professionnelle, par exemple pour orienter un patient chez tel confrère et pour se créer

un réseau professionnel. Certains professionnels pourraient être amenés à vouloir participer à des programmes d'ETP dans ce cadre, mais leur isolement dans leur mode d'exercice seul peut être un frein. Il est donc naturel de tenter de faciliter la participation des professionnels exerçant seuls aux ateliers d'ETP, quand ces derniers ne veulent pas s'associer avec d'autres professionnels de santé dans la création d'une MSP. La création d'une nouvelle forme de structure que sont les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pourra motiver certains professionnels de santé isolés à adhérer à des programmes d'ETP sans être lié à une structure physique. Le principe de ces CPTS est de rassembler des professionnels de santé mêmes exerçant seuls autour de projets communs médico-sociaux. L'ARS peut être à l'initiative de la création d'une CPTS lors d'un besoin dans un territoire précis mais ces communautés sont avant tout destinées à être créées selon le besoin de professionnels de santé dans l'organisation d'un projet identifié(25).

- Enfin le dernier motif choisi a été le motif économique, choisi par un seul professionnel de santé. On peut noter également que lors de la vague n°2, seuls 3 professionnels sur 9 avaient une idée du système de rémunération qui différait selon deux modèles cités (140 euros l'atelier contre 100 euros l'atelier). Le motif économique est défini comme une motivation à la participation pour des avantages économiques. Ces avantages peuvent être directs comme une rémunération ou indirects comme du matériel permettant une amélioration de la rémunération(14). En ce qui concerne notre programme d'ETP obésité de l'enfant, la rémunération des ateliers dépend du nombre de patients et d'ateliers suivis par les patients(26). En effet, l'URPS octroie une enveloppe globale d'un montant équivalent à 300 euros pour un patient assistant à 5 ou 6 ateliers, 250 euros à 3 ou 4 ateliers et 100 euros s'il n'assiste qu'à 1 ou 2 ateliers. De plus, la rémunération des Bilans Éducatifs Partagés (BEP) est incluse dans le

forfait global. Si nous regardons le guide d'entretien numéro 2, une des questions posées était « connaissez-vous le système de rémunération des ateliers ». Seules 3 personnes sur les 9 interrogées connaissaient le système de rémunération, mais plusieurs (3/9) ont répondu à cette question par une phrase du type « je ne fais pas cela pour l'argent ». De plus, les professions représentées étaient surtout des professions paramédicales. Moins d'un quart des participants étaient des médecins (10 sur 42). Le peu de professionnels ayant choisi ce motif économique ainsi que le peu de médecins présents interrogent grandement le modèle économique actuel de l'ETP. En effet, il octroie – selon l'URPS – en moyenne 179 euros par atelier de 2h sur une base de 8 patients présents aux ateliers(26). Cette rémunération moyenne peut varier selon le nombre de BEP réalisés (indemnisation de 45 euros pour chaque BEP réalisé) et selon le nombre de patients participants aux ateliers. Il faut aussi inclure dans cette rémunération les 40 heures de formation non rémunérées. Cette rémunération – pouvant être considérée comme peu valorisante – en contrepartie d'une certaine implication dans la formation (40h, journée d'appropriation, mise en place des ateliers) peut expliquer l'adhésion d'autres professionnels de santé dont l'activité classique manque de valorisation soit par des rémunérations basses, soit par une absence de remboursement et donc une difficulté de recrutement de patients, comme pour les diététiciennes. Il est important d'aborder également dans ce point le financement de la formation d'ETP initiale de 40h qui passe essentiellement par les enveloppes de Développement Personnel Continu (DPC). Deux points négatifs cependant émergent de ce système de financement : premier point, les enveloppes de DPC sont différentes selon la profession du participant (celle d'un médecin est supérieure à celle d'un infirmier par exemple) et sont même inexistantes pour certaines professions comme les diététiciennes, étant considérées comme non médicales.

Deuxième point, les enveloppes ne couvrent pas toute la formation d'ETP de 40h, l'enveloppe d'un médecin couvrant par exemple seulement 21h(27).

Ces inégalités d'accès à l'ETP au sein d'une même équipe pluriprofessionnelle ainsi que le temps nécessaire à la formation et la perte financière indirecte provoquée par la non implication dans l'activité habituelle du professionnel de santé sont autant de potentiels freins à l'adhésion des professionnels à l'ETP. Il serait intéressant d'inclure dans la formation initiale de tout professionnel de santé les 40h de formation obligatoire pour pratiquer aux programmes d'ETP car cette formation semble être un des plus gros freins à l'adhésion de par son aspect chronophage.

- Cinq motifs parmi les motifs du modèle de P. Carré n'ont pas été choisis par les interrogés : les motifs opératoire personnel, dérivatif, vocationnel, identitaire et hédonique. Ces motifs ne conviennent pas avec le sujet de la formation proposée et l'ETP de manière générale pour plusieurs raisons :
 1. le motif opératoire personnel consiste en l'acquisition de connaissance pour autre que le travail comme la vie quotidienne. Les sujets proposés dans le cadre de l'ETP n'ont que peu d'intérêt dans la vie de tous les jours. Ils sont destinés à améliorer la qualité de vie des patients et n'apportent aucune plus-value sur les relations de l'individu formé dans sa vie personnelle ;
 2. le motif dérivatif est défini comme étant l'évitement des situations perçues comme désagréables lors du travail. Dans notre cas de figure, les participants viennent en équipe. Cette équipe est composée de collègues de travail qu'ils côtoient très fréquemment, et il est impensable que les professionnels ayant participé à cette formation tentent d'esquiver leurs collègues de tous les jours en venant en formation avec eux ;

3. le motif vocationnel qui consiste en l'acquisition de compétences dans le but d'une orientation professionnelle et en vue de l'obtention d'un emploi dans le futur. Les orientations de nos professionnels de santé étaient déjà établies et aucun d'entre eux n'était en recherche d'emploi ;
4. le motif identitaire qui est l'acquisition de connaissances pour permettre une reconnaissance de l'image sociale par autrui. En d'autres termes, les connaissances acquises permettront d'obtenir une meilleure image sociale, une meilleure qualification, en dehors de toute valorisation financière. Ce motif ne semble pas déterminant dans le choix de participer aux formations d'ETP pour les professionnels de santé. Pourtant, être un soignant-éducateur donne un nouvel aspect identitaire avec comme conséquence une certaine reconnaissance des autres professionnels de santé, de la société et des patients ;
5. le motif hédonique qui consiste en la motivation d'un individu à participer à une formation pour son ambiance, son environnement agréable. Ce motif devrait être un motif de choix par les professionnels de santé mais seulement à posteriori. En effet, l'ambiance ne peut être perçue qu'après avoir effectué la formation. Ce point doit être pris en compte par l'URPS lors de la présentation des ateliers et lors de leur mise en place pour augmenter le plaisir des participants et faire adhérer plus de professionnels aux ateliers. Le plaisir ludique est essentiel dans les formations car il augmente la motivation et donc l'attention de l'apprenant, cette notion ayant été prouvée dans le cadre scolaire(28,29) ;

Les résultats montrent que la majorité des 13 professionnels de santé de la vague n°1 n'avaient qu'un seul motif d'engagement, les motifs complexes étant plus rares. Il a été décrit que la motivation est le moteur même permettant la persévérance dans un engagement en formation(14), et il paraît logique que plus celle-ci est étoffée et multiple, plus elle permet de

maintenir la mise en place des ateliers. Or, aucune étude n'a été retrouvée se penchant sur le sujet. Il serait intéressant de savoir si la multitude de motifs d'engagement chez un même professionnel de santé permet d'obtenir une meilleure efficacité dans la mise en place des ateliers. Ces motifs choisis ont pour but de mener à bien les ateliers dudit programme d'ETP. Ce modèle, incluant motivation et mise en place, est appelé projet.

Défini par J.-P. Boutinet comme étant une « anticipation opératoire partiellement déterminée », le projet est un ensemble d'actions à réaliser pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a été identifiés un début et une fin(30). Les acteurs du projet sont appelés parties prenantes du projet. Les trois principales parties prenantes d'un projet sont le porteur de projet, personne définissant les objectifs des projets(31) ; le maître d'œuvre du projet ou chef de projet, chargé de la mise en œuvre du projet et responsable des résultats de ce dernier ; enfin l'équipe projet, équipe choisie pour mener à bien le projet. Toutes les équipes d'ETP ayant participé à la formation sont des équipes projet. Ensuite, les porteurs de projets sont les MSP. Enfin, la question du chef de projet se pose. En effet, trois cas de figure se dégagent des deux entretiens : certains (11 sur 13) ont décrit un leader, personne ayant la charge du projet et ayant le plus de motivation à le faire. Cette personne était quasi-systématiquement le fil rouge des ateliers. Pour le reste (2 sur 13), aucun leader ne se dégagait, pour un des interrogés lors de la vague 1 il n'y avait aucun leader (tous participaient au leadership) ; pour l'autre interrogé, leur équipe fonctionnait avec un leadership à 3. L'organisation de l'équipe se faisait d'un commun accord, avec des tâches attribuées selon la disponibilité ou l'envie de la personne.

A noter que le projet est de deux types en sociologie des organisations : la gestion par projet utilisé dans le domaine de l'expérimentation et de l'innovation et ayant une temporalité

courte ; et le projet d'institution largement utilisé dans le domaine médical, dont le but est d'améliorer ce qui préexiste et dure dans le temps, qui nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de l'ETP(32).

Enfin, lors de la vague n°2, aucun professionnel de santé n'avait mis en place les ateliers alors que 4 avaient annoncé une mise en place avant la date de la vague n°2. Deux points essentiels sont à explorer : premièrement, il est intéressant de savoir quelles raisons les a poussés à décaler les dates qu'ils avaient annoncées en les leur rappelant pour que les URPS puissent travailler sur ces motifs afin de faciliter la mise en place des programmes d'ETP. L'idéal d'après l'URPS ML des HDF serait de les mettre en place le plus rapidement possible. Cela se comprend dès lors qu'un atelier mis en pratique rapidement après la journée d'appropriation a plus de chance d'être respecté à la lettre et donc d'être efficace. Deuxièmement, les autres professionnels de santé de la deuxième vague d'appels ont annoncé des dates de mise en place de 6 mois à plus d'un an. La question à poser est de savoir pourquoi participer à une formation ETP alors que la mise en application des ateliers est aussi lointaine.

2. Points forts de l'étude

La nature de l'étude consistant à étudier les motifs d'engagement de professionnels de santé dans le cadre de l'ETP la rend intéressante du fait du manque flagrant d'études concernant ce domaine. En effet, aucune étude similaire n'a été retrouvée. De plus, comme évoqué précédemment, cette étude pourrait être un outil pour les URPS car elle peut aider à connaître les motivations des professionnels de santé lors d'un engagement en ETP et donc d'optimiser l'adhésion de ces derniers à ces programmes.

3. Limites de l'étude et ouvertures

Tout d'abord, l'étude se faisait sur un échantillon de 42 personnes que sont les 42 professionnels de santé des 7 maisons de santé pluridisciplinaires. Ayant obtenu seulement l'accord de 19 d'entre eux pour des entretiens téléphoniques et ayant pu nous entretenir avec seulement 13 et 9 d'entre eux lors des vagues n°1 et 2 respectivement, la question de la puissance de l'étude peut se poser. De plus, il est justifié de se demander si un questionnaire quantitatif détaillé aurait été plus judicieux pour la première vague : en effet, tous les professionnels étaient présents lors de la journée d'appropriation du programme et étaient accessibles toute la journée. Cela aurait pu éviter d'obtenir si peu d'accords pour des entretiens téléphoniques potentiellement chronophages pour ces professionnels de santé ainsi que d'éviter la réticence quant au fait de communiquer des données personnelles telles que des numéros de téléphone ou des courriels. Le questionnaire aurait pu contenir des questions fermées de type « quel est votre motif d'engagement dans ce programme d'ETP ? » en proposant comme réponses les différents motifs d'engagement du modèle de P. Carré, ainsi que des questions ouvertes du type « avez-vous une date de mise en place des ateliers d'ETP de l'obésité de l'enfant au sein de votre MSP ? ». Une limite au questionnaire apparaît cependant : la deuxième vague d'appels aurait été difficile à effectuer via questionnaires et aurait nécessité le même type d'accord de transmissions de données personnelles des professionnels de santé.

Ensuite, le modèle utilisé concernant les motifs en engagement était celui de P. Carré. Il est tout à fait possible de se baser sur un autre modèle, du type modèle de Kaddouri qui n'a pas été utilisé ici, ou encore de combiner ces modèles pour affiner les questions et obtenir plus de résultats.

Enfin, il est à noter que les études sur l'efficacité de l'ETP dans le cadre de l'obésité et des maladies chroniques – de manière plus générale – sont peu nombreuses. Une étude de 2010 ayant évalué 35 méta-analyses a rapporté que l'ETP améliorait l'état de santé des

patients dans 64% des études, avec aucun effet sur les patients pour 30% des études.(33)

Une revue de littérature entre 2005 et 2010 et parue en 2012 traitant des caractéristiques des programmes d'ETP mis en place dans le cadre de l'obésité conclut à l'intérêt d'études supplémentaires permettant d'évaluer les formes d'interventions réellement efficaces dans ces programmes(34). Une revue de littérature récente concernant l'efficacité de l'ETP serait intéressante dans le sens où elle pourrait nous renseigner sur la véritable plus-value apportée par l'ETP, ciblant ainsi les aspects sur lesquels il est nécessaire d'améliorer l'éducation des patients. Cette revue pourra être faite sur d'autres pathologies, c'est-à-dire ne ciblant pas seulement l'obésité.

Conclusion

La formation continue est essentielle au cours de la vie professionnelle des différents acteurs de santé, et l'ETP s'inscrit pleinement dans cette formation. En effet, cette éducation est importante dans la plupart des maladies chroniques. Il était donc naturel que des programmes se mettent en place dans le but d'optimiser cette éducation et par conséquent améliorer la qualité de vie des patients. C'est pourquoi l'URPS promeut régulièrement des programmes d'ETP à destination des professionnels de santé. Le programme étudié portait sur l'obésité, pathologie chronique pouvant débuter tôt dans l'enfance et aux conséquences multiples. Pour que l'ETP soit efficace, les professionnels de santé doivent adhérer à ses programmes et s'y former. On comprend alors toute l'importance des motifs d'engagement des professionnels de santé dans l'ETP.

Ce travail a permis de brosser un portrait des différentes raisons poussant les professionnels de santé à participer au programme d'ETP « obésité de l'enfant » de l'URPS HDF Médecins Libéraux. Le motif opératoire professionnel consistant en l'acquisition de connaissances nécessaires au travail. Le motif prescrit nous indique que le travail collaboratif – comme au sein des MSP – pousse les professionnels à participer à des formations avec leur équipe. Enfin, le motif économique n'a été que peu choisi. Il est difficile à penser que la rémunération ne soit pas un critère d'adhésion des professionnels lors de formation. La question est donc de savoir si ce système de rémunération peut être amélioré pour convenir au plus grand nombre.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. *Obésité*. 2007;1(39-43).
2. Grange L, Allenet B. Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). *Rev Rhum Monogr. juin*. 3(146-51).
3. HAS. Éducation thérapeutique du patient Comment la proposer et la réaliser ? *CommentProposerETPHAS.pdf*. juin 2007;
4. Bulletin Officiel. Circulaire DGS/SD6 n° 2001-504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé. *Bull Off [Internet]*. Disponible sur: sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-46/a0463058.htm
5. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *LOI [Internet]*. 2009;2009(879). Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_84
6. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient. *Décret [Internet]*. 2010;2010(904). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/8/2/SASP1007571D/jo/texte>
7. FMC-Action, Association nationale de formation médicale continue, formation conventionnelle pour les médecins généralistes et libéraux, MonDPC, FMC, DPC, FAF, FPC [Internet]. [cité 13 juin 2019]. Disponible sur: https://www.fmcaction.org/formation.php?tri=etp&menu_ref=2
8. L'éducation thérapeutique du patient | Agence régionale de santé Hauts-de-France [Internet]. [cité 22 août [Internet]]. 2018. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-1>
9. Carré P, éditeur. *De la motivation à la formation*. Paris? L'Harmattan; 2001. 211 p.
10. Serban A, Brunard F. Prise en charge de l'enfant et de l'adolescent obèses. *Datarevues0003426600645-C23S34 [Internet]*. 16 févr 2008 [cité 18 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/75921>
11. Frelut M-L. Obésité de l'enfant et de l'adolescent. *EMC - Pédiatrie - Mal Infect*. 3(1-15).
12. | Surpoids et obésité de l'enfant [Internet]. WHO. OMS [Internet]. 2018;août. Disponible sur: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/fr/>
13. Synthèse de Recommandation de Bonnes Pratiques - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS; 2011. 4 p.

14. Carré P, Fenouillet F. Motivation et rapport à la formation [Internet]. Dunod; 2011 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-des-sciences-et-des-techniques-de-la-format--9782100566891-page-269.htm>
15. Le Boterf. De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Paris, Editions d'organisations. 1995.
16. Perrenoud, Ph. (1997). Construire des compétences dès l'école. Paris : ESF (4e éd. 2004).
17. Savoir, connaissance, compétence | Coop'ICEM [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.icem-pedagogie-freinet.org/node/3593>
18. Pr. Thomas Durand. Savoir, savoir-faire et savoir-être : repenser les compétences de l'entreprise.
19. Boutin G. L'approche par compétences en éducation : un amalgame paradigmatique. Connexions. 2004;no81(1):25-41.
20. Boterf GL. Évaluer les compétences Quels jugements ? Quels critères ? Quelles instances ? :10.
21. DGOS. La société interprofessionnelle de soins ambulatoires - SISA [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 26 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>
22. Nuttin J. Théorie de la motivation humaine [Internet]. Presses Universitaires de France; 1996 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/theorie-de-la-motivation-humaine--9782130442776.htm>
23. Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Laval: Editions Etudes Vivantes.
24. MSP Guide Décembre 2015 - Guide d'aide aux porteurs de projets - URPS Médecins Libéraux NPDC.
25. Les Communautés Professionnelles Territoriales De Santé - URPS Médecins Libéraux HDF.
26. Fiche de rémunération - Formation ETP - URPS Médecins Libéraux HDF.
27. Haute Autorité de Santé - Réglementation relative au dispositif de DPC [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732957/fr/reglementation-relative-au-dispositif-de-dpc
28. Viau (Rolland) - La motivation en contexte scolaire - Revue française de pédagogie - Année 1995.

29. Lieury (Alain), Fenouillet (Fabien) - Motivation et réussite scolaire - Revue française de pédagogie Année 1997.
30. Boutinet J-P. Anthropologie du projet. Presses Universitaires de France; 2018. 584 p.
31. Dictionnaire de Management de Projet - AFITEP.
32. Repères concernant la notion de projet - ANESM - HAS Santé.
33. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. Patient Educ Couns. 1 juin 2010;79(3):283-6.
34. Albano MG, Golay A, Andrade VD, Crozet C, d'Ivernois J-F. Therapeutic patient education in obesity: analysis of the 2005–2010 literature. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 1 déc 2012;4(2):S101-10.

Annexes

Guide d'entretien 1: recueil d'informations auprès des professionnels de santé en amont de la journée d'appropriation de l'URPS du 29/09

1. Fonction de la personne interrogée : êtes-vous bien médecin/infirmier/... etc.
2. Êtes-vous déjà formé à l'ETP ? Avez-vous eu des formations en ETP autres que celle de l'URPS ? De plus, avez-vous lu quelque chose sur l'ETP ?
3. Qu'est-ce qui vous a amené à vous inscrire à cette journée du 29/09 sur l'ETP des enfants obèses ? (efficacité, argent, curiosité, effet de groupe au sein de l'établissement etc.)
4. Qu'attendez-vous de cette formation du 29/09 sur l'ETP des enfants obèses ?
5. Que représente pour vous l'obésité de manière générale ? (maladie du siècle, nécessité d'intervenir etc.)
6. Que représente pour vous l'obésité de l'enfant en particulier ?
7. Avez-vous lu des choses sur l'obésité de manière générale ? Sur l'obésité de l'enfant ?
8. Êtes-vous amenés à réaliser des ateliers d'ETP ? Si oui, quand ? (date approximative demandée)
9. D'après vous, comment et à quelle hauteur est financé un programme d'ETP en ambulatoire ? Et combien pensez-vous gagner par atelier que vous réaliserez
10. Qui serait selon vous le leader de votre équipe ?

Guide d'entretien 2: recueil d'informations auprès des professionnels de santé : suivi de la mise en place de l'ETP obésité de l'enfant à M5

1. Comment avez-vous trouvé cette formation ?
2. Avez-vous encore des questions sans réponse (suite à la journée de formation) ? Si oui, lesquelles ?
3. Est-ce cette formation vous a motivé ou démotivé ? Pour quelles raisons ?
4. Est-ce que cette journée a modifié ou non votre vision des ateliers ?
5. Au vu du système de rémunération des ateliers (à détailler lors de l'appel) vous recevrez une enveloppe d'un certain montant. Combien serez-vous personnellement rémunéré ?
6. Avez-vous décidé d'une date pour la mise en place des ateliers ?
7. Quel rôle avez-vous dans les ateliers (BEP, évaluation, animateur simple) ? Ce rôle a-t-il été choisi ? Imposé ? S'il n'a pas été choisi, quel rôle auriez-vous voulu tenir ?

AUTEUR : Nom : BELHADJ HACEN Prénom : Abdallah

Date de Soutenance : 11 juillet 2019

Titre de la Thèse : Motifs d'engagement des professionnels de santé en ETP

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : ETP, éducation thérapeutique, motifs, engagement, professionnels, obésité, enfant

Résumé :

Contexte : L'ETP est définie la première fois par L'OMS en [1996](#). Elle permet d'aider le patient à avoir les compétences dont il nécessite pour sa pathologie. Parmi les pathologies pouvant bénéficier d'une ETP, l'obésité infantile – de par ses complications sur le long terme – est prioritairement visée. Le programme de l'URPS ML des HDF "moi, mon corps, mes envies" initié en juin [2013](#) a pour but une prise en charge éducative aux enfants entre 7 et 11 ans révolus ayant un surpoids ou une obésité. L'ETP étant un processus faisant intervenir les patients d'un part mais aussi les professionnels de santé d'autre part, il est naturel de savoir ce qui pousse les professionnels de santé à participer à ces formations. L'objectif de cette étude est donc de connaître les motifs d'engagement des professionnels de santé ayant participé au programme ETP obésité de l'enfant de l'URPS ML HDF. Cette étude se base sur la classification des motifs d'engagement en formation de P. Carré. Matériels et Méthodes : 42 professionnels de santé de 7 équipes exerçant dans les HDF ont participé au programme. Ils ont tous été formés à l'ETP et ont participé à la journée d'appropriation du 29/09/19. La première vague d'entretiens semi-qualitatifs basés sur un questionnaire semi-qualitatif de 13 questions ouvertes a été effectuée en septembre 2018 pour 13 professionnels de santé, la deuxième vague d'entretiens du même type basés sur un questionnaire de 7 questions a été effectuée en février 2019 pour 9 professionnels de santé, 4 étant perdus de vue. Résultats : Le motif principal choisi par les professionnels de santé est le motif opératoire professionnel ([10/13](#)), prescrit (4/13), épistémique (3/13), socio-affectif (2/13) et enfin économique (1/13). Les motifs complexes (>=2) se retrouvent chez 5 des 13 professionnels de santé. En février 2019, aucun des 9 professionnels de santé n'a mis en place les ateliers. 4 d'entre eux avait pourtant annoncé une mise en place avant février 19. Aucun de ces 9 professionnels n'a eu de changement de motivation par rapport à la première vague d'entretien. Enfin, seul 3 des 9 professionnels connaissaient le système de rémunération des ateliers. Conclusion : Cette étude met en avant l'importance des motifs opératoire professionnel et prescrit. Le motif économique n'a été que peu choisi.

Composition du Jury :

Président : Pr. Florence Richard

Assesseurs : Pr. Jean-Marc Lefebvre, Dr. Caroline De Pauw, Dr. Nassir Messaadi