



UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S-MÉDECINE
Année : 2025

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Comment la formation en éducation thérapeutique du patient transforme-t-elle la pratique des professionnels de santé de premier recours ? Une étude qualitative

Présentée et soutenue publiquement le 09/01/2025 à 16h
au Pôle Formation
par **Jason LE BOT**

JURY

Président :

Madame le Professeur Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Avertissement

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Action de Santé Libérale en Équipe
BEP	Bilan Éducatif Partagé
BPCO	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DPO	Délégué à la Protection des Données
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FG	Focus Group
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDS	Professionnel de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRQR	<i>Standards for Reporting Qualitative Research</i>
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

Sommaire

Table des matières

Avertissement.....	2
Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Sigles.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	10
1 Concepts et définitions	10
1.1 Définitions.....	10
1.2 Cadre légal	11
1.3 En pratique	12
1.4 Une vision globale de la santé.....	13
1.5 L’ETP de proximité et ses acteurs	14
1.6 L’exemple de l’URPS.....	15
2 Contexte	16
2.1 Place de l’ETP dans la recherche.....	16
2.2 ETP et intégration dans la pratique	17
2.3 L’offre d’ETP en France, une répartition inégale	18
3 Question de recherche	19

4	Objectifs	19
	Matériel et Méthode	20
1	Approche qualitative et paradigme de recherche	20
2	Caractéristique du chercheur et réflexivité	20
3	Contexte	21
4	Stratégie d'échantillonnage	21
5	Questions éthiques relatives aux sujets humains	23
6	Méthodes de collecte des données	24
7	Instrument et technologie de collecte des données.....	24
8	Traitement des données.....	25
8.1	Méthode d'analyse	26
9	Techniques visant à renforcer la fiabilité	27
	Résultats.....	28
1	Unité d'étude	28
2	Synthèse des résultats	30
3	Interprétation et liens avec les données empiriques.....	32
3.1	Des compétences transférables dans la pratique des PDS.....	32
3.1.1	Changer de façon de communiquer.....	32
3.1.2	Changer de posture	34
3.1.3	Des techniques plus ou moins nouvelles	36

3.2	Retentissement sur la pratique :.....	36
3.2.1	Se recentrer sur le patient.....	36
3.2.2	Rendre le patient acteur.....	39
3.3	Pratiquer l'ETP, l'importance du collectif	40
3.3.1	Acquérir de l'expérience	40
3.3.2	Un amplificateur pour le patient	40
3.4	Un processus de transformation mutuel et dynamique.....	43
3.4.1	Une valorisation mutuelle.....	43
3.4.2	Une relation horizontale et « privilégiée »	44
3.4.3	Des bénéfices mutuels.....	44
3.4.4	Un gain de temps.....	45
3.5	Des résultats et des limites.....	46
3.5.1	Des résultats concrets	46
3.5.2	Des limites	46
3.6	Développer l'interprofessionnalité	48
3.6.1	Valoriser le champ d'action des PDS.....	48
3.6.2	Développer la collaboration interprofessionnelle.....	48
3.6.3	Un temps d'échanges professionnels	49
3.6.4	Une responsabilité éducative partagée.....	50
3.6.5	Transformation des relations hiérarchiques	50

3.7	Des bénéfiques et des applications personnelles	51
3.7.1	Des compétences managériales.....	51
3.7.2	Gain d'activité	51
3.7.3	Un temps éducatif dédié	52
3.7.4	Épanouissement professionnel.....	52
3.7.5	Compétences d'animations.....	53
3.7.6	Expertise biomédicale.....	53
4	Modèles explicatifs	54
	Discussion	57
1	Rappel des résultats.....	57
2	Intégration avec les travaux antérieurs.....	58
2.1	Des concepts non spécifiques multidisciplinaires	58
2.1.1	Bien être des PDS	58
2.2	Posture éducative.....	59
2.3	Importance de la pratique en collectif.....	59
2.4	Spécificité des soins de premier recours	60
3	Perspectives.....	61
3.1	Recherche :.....	61
3.2	Formation	61
3.3	Organisation des soins.....	62

3.3.1	Rôle des PDS de premier recours	62
3.3.2	Importance du médecin traitant.....	64
4	Fiabilité et limites de l'étude	64
	Conclusion.....	67
	Financement et conflit d'intérêt.....	68
	Liste des figures	69
	Liste des tableaux.....	70
	Références	71
	Annexe 1 : intégration pratique de l'ETP (HAS 2007).....	75
	Annexe 2 : formation URPS.....	76
	Annexe 3 : courriel aux participants.....	77
	Annexe 4 : récépissé DPO	78
	Annexe 5 : guides d'entretien	79
	Annexe 6 : SRQR	82

Introduction

Avec les progrès médicaux et l'allongement de l'espérance de vie, les affections chroniques touchent un nombre croissant de patients. Selon l'OMS, elles se caractérisent par une durée prolongée et une évolution généralement lente. Parmi ces affections figurent principalement les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète.

Ces pathologies nécessitent souvent des adaptations comportementales et la gestion de traitements au quotidien. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

1 Concepts et définitions

1.1 Définitions

L'ETP moderne correspond à une définition établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1996.

« L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psycho-social, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Elle a

pour objectif de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie » (1).

Le rapport OMS ajoute que, « une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient »(1).

La Haute autorité de santé (HAS), en 2007, complète cette définition en proposant deux finalités à l'ETP :

- L'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins (axées sur la sécurité du patient et la sauvegarde de sa vie, notamment en situation d'urgence).
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psycho-sociales.

1.2 Cadre légal

C'est la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009, qui établit le cadre légal de l'accès à l'ETP et de sa dispensation, elle précise qu'elle doit être « accessible à tous, complémentaire et intégrée aux traitements et aux soins» (2).

Sauf dans le cas de dérogations spécifiques, l'ensemble des intervenants doit avoir reçu une formation relative à l'ETP d'une durée minimale de 40 heures, et respectant les référentiels fixés par arrêté (3).

1.3 En pratique

Pour mieux comprendre l'ETP et dépasser la définition proposée par l'OMS, parfois jugée trop générale, l'ETP peut être décrite comme un processus continu intégré aux soins. Elle positionne le patient au cœur de la prise en charge et lui permet de : (4)

- Gagner en autonomie vis-à-vis de sa maladie.
- Améliorer sa compréhension de la maladie.
- Être accompagné dans ses changements de mode de vie.
- Apprendre à mettre en pratique ses connaissances.
- Gagner en qualité de vie.
- Bénéficier de l'aide d'une équipe pluridisciplinaire de PDS.
- Trouver le soutien des patients qui vivent au quotidien la même maladie.

Ce processus se met en route grâce à des programmes personnalisés d'ETP. Ils répondent à divers besoins éducatifs au cours de plusieurs séances, qu'elles soient de groupe ou individuelles. Ils doivent être mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle formée. Ces programmes doivent intégrer systématiquement un bilan éducatif initial et une évaluation finale qui sont personnalisés.

La figure 1 présente le déroulement pratique de la mise en œuvre de l'ETP, elle est issue de l'annexe 1 qui détaille le processus d'implication d'un patient atteint d'une affection chronique dans un programme d'ETP.

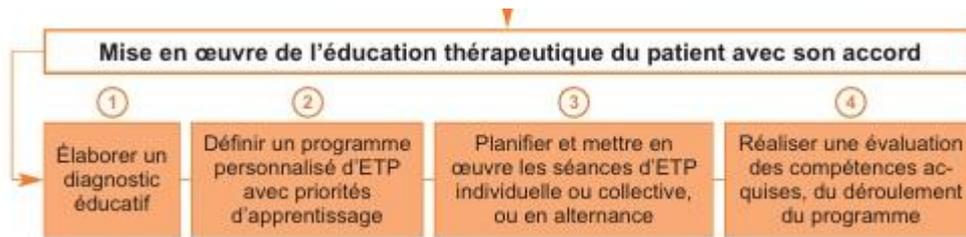


Figure 1 étapes d'un programme d'ETP d'après HAS 2007

1.4 Une vision globale de la santé

L'ETP, par sa nature multidisciplinaire, rassemble le biomédical, la psychologie, la socio-anthropologie et les sciences de l'éducation (5). Elle promeut une vision de la santé centrée sur le patient, s'appuyant sur un modèle « global » ou « biopsychosocial », établi par Engel et qui s'est développé depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Ce modèle a remplacé progressivement le modèle biomédical et paternaliste des soins.

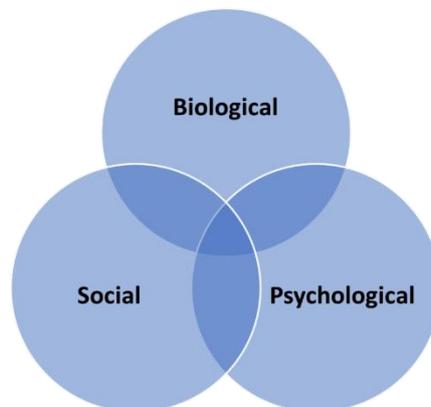


Figure 2 le modèle biopsychosocial d'Engel

Ce modèle, à la fois théorique et clinique, propose une approche centrée sur le patient, intégrant simultanément les dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans la prise en charge. Il repose sur le recueil des croyances, attentes et comportements du patient, tout en tenant compte de son contexte émotionnel, social et culturel. Cette

démarche nécessite la participation active du patient et vise à assurer une prise en charge éducative et personnalisée, adaptée à ses besoins spécifiques (6).

Si le modèle paternaliste est aujourd'hui considéré comme dépassé, le modèle global n'est pas pour autant universel et des relations directives ou « verticales » continuent de persister dans les pratiques de soins (7).

1.5 L'ETP de proximité et ses acteurs

L'offre d'ETP est hiérarchisée en fonction de la pathologie. Trois niveaux sont ainsi proposés dans une logique de complémentarité.

L'offre d'ETP de ville et de premier recours s'adresse aux patients atteints de maladies chroniques non compliquées et relativement stabilisées. Elle se pratique dans une logique de proximité (8).

Une offre d'ETP de deuxième intention est proposée par les équipes de coordination des réseaux de santé ou des structures intermédiaires pour les malades chroniques complexes.

Une offre d'ETP à l'hôpital est destinée aux patients nécessitant une prise en charge lourde et spécialisée (2^e et 3^e recours), ou atteints d'une pathologie rare (8).

Les professionnels qui composent l'ETP de premier recours sont :

- **Des professionnels de premier recours** , exerçant en médecine de ville ou en libéral : médecin généraliste, infirmier, pharmacien, orthophoniste, diététicien, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthoptiste, chirurgien-dentiste, sage-femme (8).

- **Des acteurs du secteur psychosocial** ou des professionnels ne répondant pas à la définition de professionnel de santé proposée par le Code de la santé publique : travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, psychologue, ostéopathe, sophrologue, autres.

Dans le cadre de cette étude, nous privilégions l'utilisation du terme « **professionnels de santé de premier recours** ». En effet, aucun professionnel de santé (PDS) n'est exclu de cette définition, même si le médecin traitant est mis en avant comme acteur pivot (9).

1.6 L'exemple de l'URPS

L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) Haut-de-France est une association loi 1901 à but non lucratif. Elle regroupe des représentants élus des professionnels de santé libéraux. Ces derniers jouent un rôle dans la coordination régionale des soins et la mise en œuvre des politiques de santé publique, en collaboration avec les Agences régionales de santé (ARS).

Dans les Hauts-de-France, l'URPS Médecins promeut l'ETP de premier recours. Elle forme les PDS à l'ETP, encadre et accompagne les professionnels dans la mise en place de programmes d'ETP de premier recours, en leur proposant une assistance organisationnelle et administrative. Plusieurs programmes se sont ainsi développés : par exemple, on peut mentionner :

- « **Le diabète ... dialoguer, partager et apprendre ensemble** » : destiné aux patients diabétiques de type 2.
- « **Lib'Air** » : destiné aux patients atteints de bronchites chroniques ou d'une BPCO modérée.

- « **Moi, mon corps et mes envies** » : destiné aux enfants présentant un surpoids ou à risque d'obésité.

L'URPS propose une formation spécifique destinée aux PDS souhaitant constituer une équipe dédiée à l'ETP de premier recours (annexe 2).

2 Contexte

2.1 Place de l'ETP dans la recherche

L'ETP et la recherche associée ont connu une croissance exponentielle ces dernières années (10). L'efficacité de l'ETP est largement reconnue dans de nombreuses pathologies chroniques, comme le montrent des méta-analyses présentant des niveaux de preuve élevés. Une synthèse regroupant 35 méta-analyses confirme cette efficacité dans la majorité des cas (60 %) (11). Cependant, beaucoup de ces recherches concernent des variables mesurables ou des mesures quantitatives, et raisonnent en termes d'efficacité, voire d'efficience (12). Elles ne considèrent pas toujours les autres dimensions du modèle global, plus complexes à appréhender, telles que les processus cognitifs et réflexifs, les stratégies d'adaptation à la maladie, aux traitements et à leurs répercussions (12).

Carroll et al. encouragent la production de recherches qualitatives dans le domaine multidisciplinaire qu'est l'ETP, suggérant que « La formulation même des recommandations pourrait être changée et les relations entre le patient et le ou les professionnels de santé également, si le patient était placé au premier plan »(13).

De même, on peut supposer que les acteurs de l'ETP (soignants ou soignés) sont engagés dans un processus de « réflexion-transformation » (14) et qu'ils pourraient être à l'origine d'innovations.

2.2 ETP et intégration dans la pratique

Seuls 5 % des patients atteints d'affection chronique bénéficient d'un programme organisé d'ETP (15). Ainsi, l'éducation thérapeutique est souvent réduite à une simple information ou à une transmission de savoirs et de savoir-faire (16), au détriment d'un véritable processus visant l'autonomisation et l'autodétermination des patients. Pourtant, l'appropriation de ces principes par les professionnels de santé est essentielle, afin qu'ils les intègrent pleinement dans leur pratique quotidienne. En effet, la qualité des actions en éducation thérapeutique repose largement sur les compétences et aptitudes des soignants, en particulier sur leur maîtrise des compétences éducatives. Il s'agit donc, pour les soignants, d'acquérir et de développer ces compétences afin de pouvoir les mettre en œuvre efficacement auprès des patients. (17)

La formation en ETP a fait l'objet de plusieurs évaluations formatives depuis sa législation en 2010 (18), portant notamment sur l'intégration des concepts, ainsi que sur l'évolution des représentations des PDS (19,20).

Certaines études suggèrent des changements d'attitude liés à une « culture » ETP développée par la formation (21). Pétré et al. décrivent ainsi la « posture éducative » adoptée par les soignants formés en ETP, confirmée par une étude portant sur 19 infirmiers, encore étudiants ou exerçant à l'hôpital (22).

Cependant, ces études ne définissent pas clairement les applications concrètes sur les pratiques des PDS, surtout dans le contexte spécifique des soins de premier recours et de la relation soignant-soigné qui leur est propre.

2.3 L'offre d'ETP en France, une répartition inégale

L'ETP reste largement confinée aux structures de soins secondaires et 80 % des programmes d'ETP se déroulent à l'hôpital (23).

Cette centralisation de l'ETP sur les structures hospitalières pose question car les soins de premier recours et de proximité jouent un rôle majeur dans la prise en charge des affections chroniques. De plus, la littérature met en évidence les difficultés inhérentes à la pratique hospitalière. Parmi celles-ci, on peut citer entre autres : la crainte de transgresser les rôles, le manque de collaboration pluriprofessionnelle, l'instabilité des équipes éducatives et un retour financier vers les équipes souvent inexistant (les allocations devant compenser les charges salariales des professionnels travaillant en ETP) (17,24,25).

Ainsi, aucune étude ne s'est intéressée aux applications pratiques de l'ETP de premier recours sur les professions qui la composent. De plus, les PDS ont rapporté de manière informelle aux formateurs de l'URPS que les compétences acquises en formation pourraient avoir des bénéfices et des applications complémentaires dans leurs pratiques professionnelles.

3 Question de recherche

En quoi la formation en ETP modifie-t-elle la pratique des professionnels de santé de premier recours ?

4 Objectifs

Explorer les changements induits par la formation à l'ETP de premier recours sur les professionnels de santé et comprendre les mécanismes sous-jacents. Analyser les retentissements de ces transformations sur leurs pratiques tout en mettant en évidence les spécificités des soins de premier recours.

Matériel et Méthode

1 Approche qualitative et paradigme de recherche

L'analyse des données a été réalisée à l'aide d'une approche inspirée de l'analyse inductive générale décrite par Thomas (26). Cette méthode a été retenue pour son caractère exploratoire.

Le paradigme de recherche choisi, post-positiviste, découle de cette approche. Il considère qu'il n'existe qu'une réalité objective, perçue de manière subjective. En conséquence, les perceptions des PDS ont été croisées afin de se rapprocher autant que possible d'une représentation objective de cette réalité.

2 Caractéristique du chercheur et réflexivité

Le chercheur principal était interne en médecine générale, ayant validé son diplôme d'étude spécialisé et accumulé trois années d'expérience en tant que remplaçant en médecine générale. Il était novice dans les concepts d'ETP : il n'avait pas suivi la formation de 40 heures, ne pratiquait pas l'ETP et n'a jamais travaillé dans des structures proposant de l'ETP. Ses seules notions sur le sujet provenaient de sa formation initiale (deux sessions de trois heures) et de sa recherche bibliographique. Certains articles n'ont pas été lus en intégralité afin d'éviter la formation de préjugés avant l'investigation.

Le chercheur principal a pris le temps de clarifier ses préconceptions sur le sujet en utilisant l'outil méthodologique des « sept questions » (27), détaillé dans le journal de bord (annexe numérique 1). Cette démarche visait à s'assurer que ses préconceptions n'interfèrent pas avec les données de terrain et que les résultats ne soient pas uniquement le reflet de ses propres suppositions. Le journal de bord tenu pendant l'étude permettait de rendre compte de la réflexivité du chercheur, de ses préjugés, de ses échanges avec son directeur de thèse et de ses débriefings en tant qu'investigateur des focus groups (FG).

Il est à noter que le chercheur principal connaissait personnellement deux des participants de l'étude."

3 Contexte

Aucun facteur contextuel n'a influencé les entretiens, qui ont par ailleurs été réalisés à distance.

4 Stratégie d'échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage raisonné à variation maximale, visant à garantir la diversité des expériences et des pratiques. Les critères de variation retenus étaient :

- Les professions des participants
- Le type de pratique (rurale, semi-rurale ou urbaine)
- Le mode d'installation (individuel, en groupe ou en MSP)

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir complété la formation de 40 heures en ETP
- Être un professionnel de santé exerçant en libéral et pouvant intervenir dans les équipes d'ETP de premier recours

Les psychologues étaient exclus, car ils ne répondent pas à la définition d'un professionnel de santé selon le Code de la santé publique.(28)

Le recrutement s'est effectué selon trois méthodes :

- Premièrement, à l'aide d'un courriel de demande de participation envoyé par l'URPS des Hauts-de-France aux 920 PDS formés en ETP entre 2012 et 2024 (présenté en annexe 3). 24 participants ont répondu qu'ils étaient intéressés, mais 6 n'ont pas été retenus en raison de l'échantillonnage raisonné ou de leur indisponibilité aux dates prévues.

Cette méthodologie initiale n'ayant pas permis de recruter suffisamment de participants pour atteindre la saturation des données, un recrutement complémentaire a été effectué :

- **Par effet boule de neige** : Il était demandé aux participants de l'étude s'ils connaissaient des professionnels de santé, au sein de leurs équipes d'ETP ou de leur formation, susceptibles d'être intéressés. 4 PDS ont répondu favorablement, 1 n'a pas été sélectionné ou n'était pas disponible aux dates prévues.
- **Par convenance** : Via des connaissances exerçant dans le domaine de la santé et ayant des liens avec des professionnels de santé formés en ETP. 5

participants ont été recrutés, 2 n'ont pas été sélectionnés ou n'étaient pas disponibles aux dates prévues.

Un total de 16 participants a intégré l'étude, répartis en trois focus groups composés respectivement de 8, 6 et 6 PDS. Cependant, un PDS s'est désisté pour des raisons familiales une heure avant le début du 3^e focus group et n'a pas pu être remplacé, réduisant l'effectif de ce groupe à 5.

L'échantillonnage n'a pas permis d'inclure les professions suivantes : chirurgiens-dentistes, pédicures-podologues, psychomotriciens et orthoptistes.

La saturation des données a été décidée lorsque aucune nouvelle catégorie ne s'ajoutait à l'analyse des données. Elle a ainsi été atteinte au cours du 3^e focus group.

5 Questions éthiques relatives aux sujets humains

Dans le cadre de la protection des données personnelles et en conformité avec la loi Informatique et Libertés, l'étude a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Lille.

La déclaration de l'étude au registre du DPO de l'Université de Lille est numérotée 2024-098 et disponible en annexe 4.

Les informations recueillies auprès des participants ont été détruites après leur anonymisation.

Une description des modalités de recueil, de l'enregistrement des données et des droits des participants a été détaillée dans le courriel de demande de participation envoyé aux participants (annexe 3).

Un rappel de ces informations, ainsi qu'un consentement éclairé oral, ont été recueillis au début de chaque focus group pour la participation à l'étude. Seules les données audio ont été enregistrées.

6 Méthodes de collecte des données

3 focus groups se sont tenus entre le 3 septembre 2024 et le 11 novembre 2024, ils ont été réalisés sur la plateforme de visioconférence RENDEZ-VOUS de RENATER et ont réuni entre 5 et 8 participants chacun.

Un investigateur était présent à chaque session, ainsi qu'un observateur pour le deuxième et le troisième focus group.

Les données ont été analysées dès la retranscription du premier focus group. Les guides d'entretien et les questions de l'investigateur ont été modifiés au fur et à mesure de l'avancée de la collecte des données, grâce à une analyse concomitante et selon un processus itératif. Les guides d'entretien sont disponibles en annexe 5, les questions modifiées en cours ont été surlignées.

7 Instrument et technologie de collecte des données

Les focus groups ont été animés selon un schéma semi-directif avec un guide d'entretien composé de questions ouvertes. Une question d'accroche était d'abord

proposée aux participants. Le guide comprenait également des questions de relance que l'investigateur pouvait poser ou non, dans l'ordre qu'il jugeait pertinent, selon l'orientation des discussions, afin de préserver la fluidité et l'interactivité des débats.

Les données ont été enregistrées à l'aide d'un dictaphone Olympus® VN-540. Par mesure de sécurité, un smartphone mis au préalable en mode avion, a complété l'enregistrement audio. Comme le dictaphone a fonctionné correctement à chaque session, les enregistrements réalisés sur le smartphone ont été supprimés avant la réactivation des données cellulaires.

8 Traitement des données

L'outil Google Docs® a été utilisé pour la retranscription des données, réalisée verbatim, c'est-à-dire mot à mot. Les hésitations, répétitions de mots, attitudes non verbales et commentaires de l'observateur étaient également retranscrits. Une participante ayant rencontré des difficultés à activer son micro, a envoyé ses réponses par écrit via la messagerie instantanée de la plateforme de visioconférence ; ces réponses ont été intégrées aux retranscriptions.

La transcription a été effectuée de manière mixte, combinant la fonction dictée de Google Docs® et un travail manuel. Les données étaient immédiatement anonymisées après retranscription, et les enregistrements ont été supprimés après plusieurs lectures attentives pour en attester la conformité.

Les retranscriptions anonymisées étaient ensuite fournies aux participants avec leur pseudonyme correspondant. Ceux-ci pouvaient, s'ils le souhaitaient, modifier, ajouter ou nuancer leurs propos à posteriori.

8.1 Méthode d'analyse

Le chercheur a transcrit les données brutes au format standardisé avant de les lire plusieurs fois pour s'immerger dans leur contenu et identifier les thèmes principaux abordés par les participants.

Il a ensuite repéré des segments de texte significatifs qui répondaient aux objectifs de la recherche. Ces segments ont été étiquetés par un mot ou une phrase concise, appelés codes.

À chaque lecture, des ajustements ont été apportés pour affiner les codes initiaux et les transformer en premières catégories. Ces catégories étaient décrites et expliquées par le chercheur.

Toujours guidé par ses objectifs de recherche, le chercheur a ensuite procédé à un regroupement des catégories redondantes et au raffinement de ces catégories pour en définir le sens, la portée et les nuances.

Ce dernier processus a été poursuivi pour aboutir à moins de huit thèmes intégrateurs pour le modèle final.

De nombreuses relations de cause à effet ayant émergé de l'analyse, celles-ci ont été modélisées selon un schéma explicatif de liens de causalité.

Le chercheur a produit également un tableau permettant d'illustrer une catégorie.

Le processus de codage et la réduction-raffinement des catégories ont été réalisés dans le logiciel NVivo15®.

9 Techniques visant à renforcer la fiabilité

En complément du journal de bord (Annexe numérique 1) permettant d'attester la réflexivité du chercheur et la prise en compte de ses préjugés, deux méthodes ont permis de fiabiliser et crédibiliser l'analyse du chercheur selon les méthodes recommandées par Thomas (26)

- **Vérification de la clarté des catégories** : Un second chercheur a été informé des objectifs de recherche, des catégories développées et de leurs descriptions respectives, sans toutefois avoir accès aux segments de texte rattachés aux catégories. Ce second codeur a reçu plusieurs échantillons de texte brut préalablement codés par le chercheur principal et a utilisé l'arbre de codage fourni pour coder ces segments. Les deux chercheurs ont ensuite comparé leurs résultats et discuté de la clarté des thèmes et des catégories. Cette méthode a conduit à la modification de plusieurs catégories.
- **Vérification auprès des participants** : Il leur a été demandé de commenter les résultats de l'étude. Sept retours ont été obtenus, suggérant que les interprétations étaient cohérentes et n'entraînant aucune révision des résultats.

Résultats

1 Unité d'étude

Le tableau 1 reprend les données des participants.

Une participante avait bénéficié de sa formation à l'hôpital mais exerçait en activité libérale depuis plusieurs années, il a été décidé de l'inclure dans l'analyse.

Parmi les infirmiers, il y avait un infirmier ASALEE (Action libérale en équipe) et un infirmier en pratique avancée (IPA) . Les participants étaient majoritairement de genre féminin (n=18/19), les professionnels de genre masculin ayant peu répondu aux sollicitations pour l'étude.

Tableau 1 description des participants

Profession/pseudonyme	Age	Installation	CPTS	Formation	Date	Coordination	Genre	Sessions d'atelier	Type d'activité
Infirmier 2	54	Groupe	oui	URPS	2024	En cours	Femme	1	Urbain
Diététicien 1	38	MSP	oui	Hôpital	2016	oui	Femme	3 par an	Urbain
Pharmacien	47	MSP	oui	URPS	2017	oui	Femme	2	Urbain
Médecin généraliste 1	37	MSP	oui	URPS	2022	Non	Homme	2	Semi-rural
Médecin généraliste 2	31	Remplaçant	oui	URPS	2023	Non	Femme	2	Mixte
Orthophoniste 1	35	seul	oui	URPS	2022	Non	Femme	2 + BEP	Urbain
Infirmier 1	44	Groupe	oui	URPS	2023	En cours	Femme	1	Urbain
Kiné	29	Maison de santé	oui	URPS	2024	non	Femme	0	Rural
Médecin généraliste 4	49	MSP	oui	URPS	2024	Non	Femme	0	Semi-rural
Infirmier 3	59	MSP	oui	URPS	2022	Non	Femme	3	Urbain
Ergothérapeute	46	MSP	Non	URPS	2022	Non	Femme	oui	Urbain
Médecin généraliste 3	33	MSP	oui	URPS	2020	Non	Femme	oui plusieurs	Semi-rural
Orthophoniste 2	50	Seul	oui	URPS	2024	Non	Femme	non	Semi rural
Infirmier 4	60	Groupe	Non précisé	URPS	2022	Non	Femme	oui plusieurs	Semi rural
Infirmier 5	57	Seul	oui	URPS	2023	Oui	Femme	bilans et ateliers	Rural
Sage-femme	34	Seul	Non	URPS	2023	Non	Femme	non	Rural
Orthophoniste 3	50	MSP	Oui	URPS	2022	non	Femme	plusieurs	Urbain
Diététicien 2	43	Maison de santé	Oui	URPS	2022	Oui	Femme	plusieurs	Urbain

Infirmier 6	N P	Groupe	Non précis é	URPS	Non précisé	non	Femme	non	Rural
-------------	--------	--------	--------------------	------	----------------	-----	-------	-----	-------

Le tableau 2 présente la composition des différents focus groups, ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées lors de leur déroulement. Un auto-débriefing a été effectué dans les 48 heures suivant chaque entretien, ils sont disponibles intégrés dans le journal de bord en annexe numérique 1

Tableau 2 description des focus groups

Focus group	Durée totale	Temps avec contenu	Profession des participants	Événements / difficultés	Nombre de participants
FG 1	1h58	1h46	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins • 2 infirmiers libéraux • 1 orthophoniste • 1 diététicien • 1 masseur kinésithérapeute, • 1 pharmacien 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 participants n'avaient pas de caméra 	8
FG 2	1h49	1h38	<ul style="list-style-type: none"> • 2 médecins • 1 infirmier libéral • 1 infirmier ASALEE • 1 ergothérapeute • 1 orthophoniste 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 participant a quitté après 45 minutes 	6
FG 3	1h25	1h14	<ul style="list-style-type: none"> • 1 infirmier • 1 IPA • 1 orthophoniste • 1 diététicien • 1 sage-femme 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 participant s'est désisté 1 heure avant le début de l'entretien • 1 participant avait une caméra et un micro non fonctionnels (communication via la messagerie instantanée) 	5

2 Synthèse des résultats

La figure 3 reprend les thèmes et les catégories émergents de la méthode inspirée de l'analyse inductive générale.

Des compétences transférables dans la pratique	Un processus de transformation mutuel et dynamique
Changer de façon de communiquer	Une valorisation mutuelle
L'écoute active	Gain de temps
Reformuler	Des bénéfices mutuels
Utilisation de questions ouvertes	Une relation horizontale et privilégiée
Un mode de communication égalitaire	
Intégrer la dimension temporelle	Des résultats et des limites
Changer de posture	Des résultats concrets
Rôle d'éducateur, une prédisposition	Des limites
Une posture moins directive	
Développer sa réflexivité	Développer l'interprofessionnalité
Des techniques plus ou moins nouvelles	Valoriser le champ d'action des PDS
	Développer la collaboration interprofessionnelle
Retentissement sur la pratique	Échanges professionnels
Se recentrer sur le patient	Une responsabilité éducative partagée
Prise en compte des savoirs	Transformation des relations hiérarchiques
Prise en compte du vécu	
Une entité multidimensionnelle complexe	Des bénéfices personnels
Identifier les freins et leviers	Des compétences managériales
Une attitude plus flexible	Gain d'activité
Rendre le patient acteur	Un temps éducatif dédié
Changer de statut	Épanouissement professionnel
S'affirmer	Compétences d'animation
Des solutions personnalisées	Expertise biomédicale
Pratiquer l'ETP, l'importance du collectif	
Acquérir de l'expérience	
Un amplificateur	

*

Figure 3 synthèse des thèmes et catégories

3 Interprétation et liens avec les données empiriques.

3.1 Des compétences transférables dans la pratique des PDS

3.1.1 Changer de façon de communiquer

La formation offre aux professionnels de santé des savoirs et des compétences en communication, qu'ils trouvent utiles dans leurs pratiques et qui constituent le point de départ aux transformations des PDS.

3.1.1.1 *L'écoute active*

L'écoute active permet aux PDS de s'engager pleinement dans la compréhension du discours du patient, elle permet aux PDS de se recentrer sur ses besoins.

FG 3 Diététicien 2 ligne 295 : Vraiment, on écoute et on essaie de comprendre les choses et on n'est pas là au tac au tac à donner tout de suite des solutions.

Elle libère la parole du patient et permet d'intégrer ses composantes psychologiques et émotionnelles à la prise en charge.

FG 3 Infirmier 5 ligne 328: Parce qu'il y a tellement d'écoute que moi j'ai des patients qui ont pleuré, voilà, qui ont pleuré. J'espère pas que je les ai fait pleurer, mais voilà, le fait qu'ils se soient livrés.

3.1.1.2 *Reformuler, se mettre à niveau*

Reformuler les propos permet aux soignants d'assurer une meilleure compréhension mutuelle et renforce le rôle actif du patient dans le processus de soin.

FG1 Infirmier 2 ligne 435 : Et là, se reposer sur la reformulation pour rebondir, pour aller plus loin, pour amener le patient à évoluer

Sur le même mécanisme, les soignants rapportent s'adapter au patient pour communiquer avec lui.

FG1 Infirmier 1 ligne 286 : Je m'assure qu'ils aient bien compris (...) Je prends le temps et je m'assois et je travaille beaucoup plus avec des schémas ou des enfin des dessins, j'essaie de m'adapter aussi à leurs moyens, à eux de communiquer

3.1.1.3 Utilisation de questions ouvertes

L'utilisation de questions ouvertes facilite l'expression des idées, des sentiments et des besoins du patient, tout en encourageant un dialogue participatif. Elles permettent également de stimuler la mise en action du patient, favorisant son implication dans sa prise en charge.

FG1 Orthophoniste 1 ligne 248: On pose des questions ouvertes qui quand même guident, mais je trouve qu'il va beaucoup plus vite vers ses propres réponses et du coup son évolution est aussi beaucoup plus rapide.

3.1.1.4 Un mode de communication égalitaire

Ces techniques contribuent à établir une communication plus ouverte qui est l'amorce d'une relation plus horizontale et égalitaire entre le soignant et le soigné.

FG1 Médecin 2 ligne 231 : C'est plus comment dire euh égalitaire(...) c'est moins descendant, c'est moins moi qui explique et le patient qui écoute quoi.

FG2 Orthophoniste 2 ligne 608 : L'avantage c'est que ça bouge beaucoup la discussion, que le patient, voilà, est beaucoup plus amené à participer, on est moins directif.

3.1.1.5 Intégrer la dimension temporelle dans la communication

Les professionnels reconnaissent l'importance d'incorporer le temps dans l'intégration de l'information, et qu'un apprentissage progressif permet une meilleure assimilation.

FG2 Orthophoniste 2 ligne 578 : j'aimais bien cette idée de semer une graine en fait, voilà, on donne l'information, on laisse finalement le patient mûrir avec cette information.

3.1.2 Changer de posture

La formation en ETP apporte des compétences en pédagogie et un savoir-être aux PDS, elle redéfinit leur rôle et encourage les PDS à changer leurs postures, attitudes, représentations d'eux même et des patients.

3.1.2.1 Rôle d'éducateur et prédisposition à l'ETP

L'ETP est perçue comme une prise de conscience du rôle d'éducateur au sein des soins de proximité où le PDS va dépasser son rôle habituel et avoir plus de responsabilités.

FG3 Orthophoniste 3 ligne 201 : Ça m'a changé, ça m'a enlevé mes œillères. Je ne me suis sentie, plus, que orthophoniste, mais aussi professionnel de santé et de voir le patient dans sa globalité.

Elle peut même être considérée comme la réponse à une intention d'éducation en santé jusque-là non concrétisée.

FG1 Orthophoniste 1 ligne 106 : C'est comme si ça m'avait donné la validation, que c'était une façon de faire qui pouvait exister et qui en plus était reconnue et validée

3.1.2.2 Une posture moins directive

Avec les concepts acquis lors de la formation et à l'aide d'une communication horizontale, la posture du soignant évolue progressivement vers une attitude moins directive, les soignants se positionnent davantage comme des partenaires du patient plutôt que comme des figures d'autorité.

FG2 Orthophoniste 2 ligne 77 : On n'est pas des mentors et que, dans nos petits cabinets de libéraux, on pourrait vite se laisser en fait, enfermer dans ce statut. Donc je trouve que ça remet de l'horizontalité dans la relation et(...), ça rappelle bien que on est dans un partenariat en fait, (...)ça remet un peu d'humilité dans nos professions, parce que l'égo peut vite être gonflé par nos postures, là, derrière nos bureaux.

3.1.2.3 Développer sa réflexivité

Ainsi, le soignant adopte une attitude plus réflexive, de remise en question sur sa pratique antérieure et sur la relation qu'il entretient avec ses patients. Elle lui permet d'identifier les pratiques directives qu'il appliquait avant la formation et de se rendre compte de son manque d'efficacité.

FG1 Kiné ligne 93 : C'est à dire qu'avant on donnait enfin on peut donner des exercices de manière systématique en fin de séance. Et euh à la séance suivante, je demandais au patient s'il avait pu le mettre en place dans leur quotidien et en général, la réponse était non.

3.1.3 Des techniques plus ou moins nouvelles

Ces techniques ne sont pas nécessairement nouvelles pour les participants, elles sont parfois connues et maîtrisées, mais la formation est perçue comme une consolidation de leurs outils et une validation de leur utilité.

FG 2 Médecin 4 ligne 381 : J'ai pris euh quelques outils en plus pour encore affiner ça, mais ça n'a pas été remis en question, ça m'a même conforté sur certaines choses que je faisais déjà.

Il convient aussi de noter que ces techniques ne sont pas spécifiques à l'ETP, et il pouvait être difficile pour le participant de déterminer l'origine de la compétence.

FG 1 Pharmacien ligne 745 : Et euh je pense que l'ETP (...). Et la méthode DISC [Détermination, Influence, Stabilité et Conscience] vous permet de prendre conscience qu'en fait c'est pas parce que les personnes disent oui j'ai compris qu'ils ont compris et du coup je communique différemment. Et en faisant reformuler

3.2 Retentissement sur la pratique :

3.2.1 Se recentrer sur le patient

3.2.1.1 *Prise en compte des savoirs*

Les compétences acquises en formation permettent au PDS de recentrer le processus de soin sur les patients en intégrant toutes ses composantes. Il apprend à mieux connaître ses patients et intègre ses savoirs pour renforcer sa prise en charge.

FG1 Infirmier 1 ligne 71 : En fait je me suis remise en question et je pars plutôt de ce que le patient sait et j'ai plus de patience pour aller vers ce qu'il va faire, ce qu'il a envie

de, et ce qu'il est en capacité de savoir.(...) . Et, ça, ça entraîne plus une adhésion, il ne subit plus.

3.2.1.2 *Prise en compte du vécu*

Le PDS prend en compte les représentations que le patient a de sa maladie ainsi que la manière dont il la vit. Ces représentations et cette expérience sont alors perçues comme un savoir dont l'importance et la valeur sont reconnues.

FG1 Diététicien 1 ligne 470 : c'est eux finalement les mieux placés, les experts pour en parler. Et je trouve qu'ils nous apprennent énormément et ça les valorise.(...) Alors même qu'ils sont dans une situation qui n'est pas forcément agréable pour eux vis à vis de cette pathologie

3.2.1.3 *Une entité multidimensionnelle complexe*

Le PDS intègre toutes les composantes du patient dans l'équation de sa prise en charge.

FG3 Diététicien 3 ligne 472 : Donc c'est lui qui a élaboré son objectif, donc il est plus à même de le suivre que si on lui impose un objectif qui n'est pas conforme, on va dire à sa vie sociale, à sa vie professionnelle, à sa vie personnelle.

Et il y intègre son environnement familial, social et culturel pour une efficacité renforcée

FG2 Infirmier 3 ligne 984 : je suis contente parfois de recevoir le couple parce que je me. Je me rends compte des habitudes alimentaires et je pense que si des fois, je n'aurais reçu que le patient, je n'aurais pas appris la moitié de ses habitudes de vie.

3.2.1.4 Identifier les freins et leviers

Cette approche leur permet non seulement d'identifier les freins à la mise en action du patient, mais aussi d'identifier les leviers nécessaires à sa mobilisation et aux changements de comportement souhaités.

FG2 Médecin 3 ligne 97 : Ce sont des choses qui vont nous sembler anodines et qu'on ne va pas forcément penser à signaler et qui pour lui, vont être des freins. (...) et donc ceux-là, c'est ceux sur lesquels on va pouvoir agir alors qu'on n'y aurait pas pensé initialement.

FG2 Infirmier 4 ligne 299 : On sait où taper. C'est bien ce que j'ai retenu. On sait où taper et par où. Euh, peut-être. Euh. Aller toucher la personne.

3.2.1.5 Une attitude plus flexible

Les PDS prennent conscience du décalage potentiel entre la complexité des patients et le caractère rigide des recommandations,

FG3 Diététicien 2 ligne 290 : Mais des fois, c'est dans la vie familiale, la vie sociale qui fait qu'il y a des choses.(...) Pour nous, c'est ça. La glycémie, elle ne va pas être bonne s'il y a des grignotages, point barre : il ne faut pas qu'ils grignotent. Mais il faut essayer de bien d'apprendre au patient, d'essayer de trouver des solutions. Comment, même avec un grignotage, on peut euh équilibrer le diabète

ce qui les rend plus flexible dans leur approche des soins

FG1 Médecin ligne 543 : Je vais quand même plus essayer de comprendre ce qu'attend le patient quand il me pose certaines questions et essayer d'avoir une négociation raisonnable autour de ce qu'il attend.

3.2.2 Rendre le patient acteur

Le PDS intègre que le patient doit devenir acteur de sa santé pour obtenir cette prise en charge individualisée. Cette mise en action devient un objectif pour le soignant et est accentuée par la pratique de l'ETP.

3.2.2.1 Changer de statut

Acteur dans le sens où il s'agit de lui faire changer de statut : il ne doit plus rester passif et subir l'autorité du soignant, mais devenir un acteur à part entière, tendant vers une relation d'égalité avec ce dernier.

FG3 Infirmier 5 ligne 338 : Donc moi j'ai pris le temps de voilà, de cette consultation pour quelque part, qu'elle se sente à l'aise et qu'elle se, et qu'elle ait l'impression de de, comment dire, de prendre en main un peu la consultation

3.2.2.2 S'affirmer

C'est par ce biais qu'il s'ouvre à l'apprentissage et s'investit davantage dans les soins, le PDS donne de la valeur à son avis, ses ressentis et lui apprend ainsi à s'autonomiser et à se responsabiliser.

FG1 Diététicien 1 ligne 468 J'ai l'impression aussi que le patient se sent plus important. Moi personnellement, ce que je leur transmets aussi, c'est que je trouve qu'ils sont très enrichissants.

Ce qui ne signifie pas pour autant une adhésion complète aux attentes des PDS.

FG3 Diététicien 2 ligne 598 : Après ça dépend comment ça a été pris. L'ETP pour certains c'est une mise en route et pour d'autres ben je sais ce que je dois faire, je sais comment je dois le faire, mais je ne suis pas encore prêt à le faire.

3.2.2.3 Des solutions personnalisées

Cette affirmation de soi l'amène à trouver lui-même ses propres solutions, qui, bien que guidées par le soignant, sont adaptées à sa situation personnelle.

FG3 Diététicien 2 ligne 182 : J'amène le patient à trouver lui-même la solution (...)Parce que, puisque c'est lui qui les a mises là, bah c'est que forcément, entre guillemets, il en a la possibilité et ce sera mieux suivi que si c'était moi qui les imposais

Ce qui lui permet de gagner en confiance et de s'affirmer encore davantage.

FG1 Diététicien 1 ligne 471 : On a des connaissances médicales mais on ne vit pas avec la maladie au quotidien et c'est eux finalement les mieux placés, les experts pour en parler. Et je trouve qu'ils nous apprennent énormément et ça les valorise.

3.3 Pratiquer l'ETP, l'importance du collectif

3.3.1 Acquérir de l'expérience

Pour les PDS l'ayant expérimentée, l'ETP collective est vue comme une mise en application des concepts appris en formation et permet de mieux les intégrer.

FG1 Médecin 2 ligne 1086: La pratique, elle est intéressante parce que ça nous demande de changer de posture et on est moins ancré dans nos habitudes. Donc en formation on l'apprend, mais c'est vraiment quand on est sur le terrain et quand on fait les premiers ateliers qu'on peut ressentir ça et l'éprouver

3.3.2 Un amplificateur pour le patient

Les activités d'ETP en collectif sont perçues comme ayant un retentissement plus important sur les patients.

FG1 Diététicien 1 ligne 399 : mais on sent vraiment qu'il y a un impact complètement différent que de l'individuel si on ne passe pas par la case ETP quoi, alors qu'on dit la même chose parfois en entretien individuel. Mais. Mais non. L'impact est différent.

Les patients sont liés par un vécu commun et rassemblés en petits groupes propices à la convivialité. L'ambiance y est décrite comme bienveillante, confidentielle et dépourvue de jugement.

FG1 Médecin 2 ligne 330 : C'était des petits groupes et c'était un petit peu aussi comme une bulle confidentielle entre chaque membre du groupe

FG1 Diététicien 1 ligne 200 : Les ETP collectifs à chaque fois je trouve que, entre eux ils, ça, apporte énormément de solutions. Il y a une entraide incroyable, il y a beaucoup de bienveillance

Cette ambiance renforce davantage la mise en action et l'efficacité des messages qui deviennent « authentiquement » centrés sur le vécu du patient. Le patient se reconnaît dans les expériences des autres.

FG1 Infirmier 4 ligne 382: en fait elle m'a dit « ça a été pour moi l'ETP, ça a été un électrochoc. Jamais j'aurais imaginé que, les complications qui pouvaient en découler»

FG1 Infirmier 4 ligne 86 : l'information d'une, d'un tel va percuter euh ou interroger une personne qui est dans le groupe

Le caractère bienveillant des groupes et cette authenticité entraînent une émulation entre patients qui sont plus à même de partager leurs expériences avec le groupe.

FG2 Infirmier 4 ligne 137: Elle s'est mise à raconter son histoire et elle était un peu le centre d'intérêt et du coup tout le monde était, voilà un peu à l'écouter et à lui poser aussi des questions parce que c'était la seule qui était insulino-dépendante.

Les ateliers collectifs permettent alors aux patients de s'affirmer davantage, le soignant s'efface pour devenir simple animateur et ainsi achever de rompre la barrière du statut et la verticalité dans la relation soignant-soigné.

FG1 Médecin 2 ligne 353: Alors que là enfin au sein de l'ETP, il n'y avait pas ce genre de de réflexion qu'on peut avoir, nous, en consultation par exemple,(.) où parfois même, je pense que les gens, ils n'osent même pas nous poser la question, ils se disent ah bah c'est le docteur, il va me prendre pour une « neuneuch ».

L'ETP collective peut créer des liens entre patients qui perdurent au-delà des ateliers. Plusieurs PDS ont même identifié l'ETP collectif comme un moyen de rompre l'isolement des patients, associé à leur maladie.

FG 3 infirmier 5 ligne 543 : et c'est le fait d'être ensemble qui fait que ça apporte énormément(...) Parce que beaucoup de gens, même s'ils sont en couple, ils se sentent isolés, voilà. Donc je pense que ça c'est ouais, ça fait partie du soin et et c'est hyper important, ouais, d'être comme, d'avoir comme un lien social qu'ils ont perdu parce qu'ils ont un problème de santé.

FG2 Infirmier 4 ligne 154 : Et la preuve c'est que ce groupe vit encore puisqu'ils ont créé un groupe Messenger et un groupe WhatsApp et qu'ils font quelques actions ensemble.

Cependant, le passage aux ateliers collectifs paraît être une marche plus difficile à franchir pour les patients et les soignants évoquent des difficultés de recrutement.

FG1 Médecin 1 ligne 839 : Mais je trouve qu'on a quand même beaucoup de mal et je suis assez étonné de la non-réponse de certains patients alors qu'ils semblent au niveau individuel très réceptif.

3.4 Un processus de transformation mutuel et dynamique

Le patient peut atteindre différents niveaux d'implication dans les soins, notamment grâce à l'ETP collective.

FG2 infirmier 3 ligne 219 ça dépend aussi si le patient que tu retrouves en consultation a bénéficié de l'ETP ou pas, parce que tu abordes les choses différemment quand tu sais que ton patient a participé à des séances d'ETP.

Le patient pleinement acteur peut, par ses interventions, modifier à son tour la pratique du PDS. Ce qui introduit une notion dynamique et évolutive de l'apport de l'ETP dans la relation soignant-soigné représentée dans le tableau 3.

Ces transformations des protagonistes peuvent conduire jusqu'à l'instauration d'une relation thérapeutique de pleine collaboration et d'apprentissage mutuel entre un patient acteur et un soignant éducateur

3.4.1 Une valorisation mutuelle

L'affirmation du patient favorise l'instauration d'une relation thérapeutique selon un modèle gagnant-gagnant. Le patient est fier des savoirs et de l'autonomie qu'il a acquis. Il les partage avec le PDS qui se sent valorisé dans son approche par le pouvoir d'agir indirect qui en découle.

FG1 Pharmacien ligne 80 : il y a un vrai échange et du coup euh Ils ont à cœur aussi de montrer qu'ils sont plus autonomes avec leur maladie.(.)

Infirmier 1 : c'est ça. Et ils se sentent valorisés

Pharmacien : complètement

FG2 Infirmier 3 ligne 892 : Voilà, on a réussi, on a l'impression d'avoir réussi quelque chose. (...) oui ça nous valorise un petit peu

3.4.2 Une relation horizontale et « privilégiée »

Le patient a acquis de la confiance, il change son approche du PDS (avec qui il a eu ses séances ou des PDS en général) aboutissant à une relation qui tend vers l'horizontalité. Cette relation peut même apparaître « privilégiée » sans pour autant rompre la distance nécessaire.

FG1 Diététicien 1 ligne 386 : les patients que j'ai pu suivre en dehors de l'ETP avant et après l'ETP, il y a une réelle différence effectivement sur la confiance, sur les échanges où ils se livrent davantage(...) On sent qu'ils sont vraiment plus à l'aise aussi avec le professionnel de santé. Et pour autant, c'est pas de, c'est pas de la familiarité

FG1 Pharmacien ligne 363: ils me retrouvent là pour le coup à l'officine (...) c'est là où on retrouve le lien privilégié parce que du coup il m'appelle (prénom du participant) (...) il y a des barrières qui tombent, mais des deux côtés aussi, sans, toujours bien sûr dans le respect.

3.4.3 Des bénéfices mutuels

Les deux acteurs y trouvent des bénéfices, cette relation privilégiée gagne en humanité et chaque partie valorise cette approche.

FG2 Infirmier 3 ligne 222 : je trouve que là, ça change bah déjà l'échange est plus euh comment expliquer, humain heu, l'échange humain de professionnel au soignant

FG2 Médecin 3 ligne 279 : je me souviens beaucoup de leur vie et parfois moins de leurs traitements. (...) je pense que l'ETP m'a dit que je que c'était plutôt une chose qui pouvait être valorisable et ce qui m'a rassuré

Le patient approfondit ses connaissances, renforce son pouvoir d'agir dans sa prise en charge, son autonomie.

FG1 Médecin 1 ligne 971 : et ne pas subir le renouvellement de médicaments

FG2 Infirmier 3 ligne 244 Et parfois il revient sur des choses qui(.) qu'il voudrait à nouveau approfondir.

le PDS enrichit son expérience grâce à l'apport du vécu des patients.

FG2 Médecin 3 ligne 261 : En tout cas, ça créait une forme de complicité et je les sentais beaucoup plus à même de pouvoir me raconter le vécu pêle-mêle de la maladie(...) Je pense qu'en fait je, ça m'a permis la formation ETP de recevoir un vécu de maladie chronique et de le valoriser et d'en dégager les compétences,

3.4.4 Un gain de temps

Le PDS connaît mieux son patient, tant sur le plan personnel que sur l'évaluation de ses savoirs, ce qui favorise une prise en charge fluide et un gain de temps.

FG2 Infirmier 3 ligne 238 : je sais qu'il sait des choses et on améliore ces choses-là, je sais que par exemple, sur les traitements, si il a tout pigé dans ces traitements, c'est pas la peine d'y revenir, on va s'attarder plutôt sur autre chose. Voilà, donc ça facilite quand même la consultation.

FG1 Diététicien 1 ligne 235 Et puis en plus tu sais que le patient, il a un savoir, donc ça, ça facilite quand même les choses.

3.5 Des résultats et des limites

3.5.1 Des résultats concrets

Les PDS observent chez leurs patients des progrès concrets, tels qu'une amélioration des paramètres biologiques, une meilleure adhésion et observance thérapeutique, des changements de mode de vie ou encore une perte de poids. Ces avancées, perçues par les PDS comme la finalité de l'application de l'ETP dans leur pratique quotidienne, relèvent principalement du domaine biomédical.

FG1 Pharmacien ligne 384 : De retours positifs sur les normes, l'hémoglobine glyquée, sur le diabète

FG2 Infirmier 4 ligne 685 : . Au niveau de l'hémoglobine glyquée, ça s'est vu. Des pertes de poids énormes

FG1 Pharmacien ligne 384 : Mais on le voit quand même au niveau bah de leur observance,

FG2 Infirmier 3 ligne 905 : On a fait passer des informations que voilà qui ne seraient peut-être pas passées si on avait appliqué une autre méthode

3.5.2 Des limites

Les PDS identifient des limites à l'application des concepts d'ETP dans leurs pratiques.

Côté patient, un faible niveau socio-économique, de littératie et des capacités d'expressions restreintes sont perçus comme des obstacles importants à une généralisation de ces pratiques.

FG2 Orthophoniste 2 ligne 847 : Ce sont des gens qui ne sont pas très à l'aise avec le langage ou qui ne conçoivent pas (.) enfin, ils sont plutôt passifs (...) je pense que certains patients peuvent être vraiment pas très à l'aise pour répondre et développer et même identifier ce qu'ils ressentent et ce qu'ils vivent

Des soignants évoquent même le caractère inéluctable d'une relation verticale avec certains patients.

FG1 Médecin 2 ligne 825 : Peut-être ça c'est propre au milieu rural, je sais pas trop, mais des patients qui disent bah c'est vous docteur, c'est vous qui savez

FG 2 Orthophoniste 2 ligne 853 : Ça devrait convenir à tout le monde, mais je pense que certains patients peuvent être vraiment pas très à l'aise pour répondre et développer et même identifier ce qu'ils ressentent et ce qu'ils vivent. Je pense que c'est pas si simple pour tout le monde.

Côté PDS, les concepts enseignés dans la formation nécessitent une expérience et un savoir-faire. La formation peut alors paraître insuffisante pour compenser le manque d'aisance naturelle ou les habitudes directives de certains soignants.

FG2 Médecin 2 ligne 258 : Ça vient pas forcément de façon très naturelle j'essaye vraiment plus de le faire, mais c'est pas naturel pour moi.

De même, plusieurs participants ont fait l'expérience négative d'une perte de contrôle sur la gestion du temps, une utilisation raisonnée leur semble nécessaire pour rester productif.

FG2 Orthophoniste 2 ligne 611 : Faut bien coacher parce que je trouve que on peut vite se laisser manger, ça peut prendre effectivement énormément de temps

3.6 Développer l'interprofessionnalité

3.6.1 Valoriser le champ d'action des PDS

La formation ETP est commune. De même, au sein des ateliers collectifs en coanimation, les PDS se mélangent et sont amenés à découvrir des champs de compétences de profession qui leurs sont alors méconnus ou à mettre en valeur leurs propres champs d'actions.

FG1 Orthophoniste 1 ligne 618 : Après, le fait d'avoir été en atelier, en animation d'ETP avec d'autres professionnels, moi dans les deux sens, ça m'a permis de découvrir d'autres professions euh et de voir un petit peu bah tout le panel d'interventions

3.6.2 Développer la collaboration interprofessionnelle

L'ETP et sa formation permettent aux PDS de constituer un réseau de collaboration interprofessionnel de premier recours ou de renforcer un réseau déjà existant.

FG1 Orthophoniste 1 ligne 579: Moi, ça m'a vraiment permis de travailler en réseau parce que j'étais assez isolée avec ma collègue dans notre cabinet d'orthophoniste.(...) et faire l'ETP, de les rencontrer dans les formations et après de coanimer les ateliers, ça a renforcé les liens,

FG1 Pharmacien 1 ligne 645 : Nous on est en MSP et on fait de l'ETP, (...) il y a un vrai lien qui s'est créé. Et pareil avec les podologues, les diéts

Elle permet de développer la pratique collaborative avec des professions spécialisées dans le suivi des affections chroniques en soins primaires.

FG2 Médecin 4 ligne 517 : Ça m'a ouvert l'accès, euh au à la, à l'infirmière ASALEE, à l'IPA. Et clairement, je compte travailler dès que mon, dès que mon infirmière est installée avec une IPA.

La collaboration entre professionnels de santé est enrichie par des rencontres régulières et des liens de confiance, voire d'amitié, construits dans une ambiance conviviale lors des ateliers; elle peut ainsi dépasser les interactions purement fonctionnelles et devenir plus accessible.

FG3 Sage-femme ligne 141: le travail en tant que professionnel de santé libéral, enfin pour moi, en tant que sage-femme est beaucoup plus fluide avec les professionnels de santé qu'on connaît du coup, parce qu'on travaille avec eux en ETP.

L'accès au PDS devient plus simple pour le patient et plus personnalisé

FG1 Infirmier 1 ligne 660 : on apprend vraiment à se connaître et aussi on peut proposer en fonction du (2s) du caractère du patient, de son comportement. En fait, divers professionnels avec qui on sait que ça va peut être plus facilement matcher.

3.6.3 Un temps d'échanges professionnels

L'ETP offre des moments d'échanges uniques entre professionnels, sur leurs pratiques et au sujet des patients, qui stimulent la réflexivité.

FG3 Sage-femme ligne 402 : Parce qu'on a tous des façons de travailler différentes, même si on a appris des choses similaires pendant la formation et du coup, du coup, c'est agréable de partager,

3.6.4 Une responsabilité éducative partagée

L'accès à l'ETP devient également l'accès à un partage de la responsabilité éducative entre médecin et les autres professions de santé.

FG2 Médecin 4 ligne 354 : Je sais que je ne ferai pas l'ETP , je n'en ai pas le temps matériel. Donc voilà donc, je vais orienter mes patients.

Pour ne plus avoir le sentiment de l'assumer seul et ainsi ne pas se limiter à la délivrance de l'information, sans pour autant s'affranchir de ce rôle éducatif .

FG1 Médecin 1 ligne 149 : Donc du coup, passer d'une pratique individuelle à une pratique collective, et aussi moi avec les patients, pas forcément me, comment dire, me donner des objectifs un peu irréalistes de tout faire en une consultation ou me baser uniquement sur des documents que le patient va lire mais auxquels on ne va pas forcément avoir le temps de discuter.

FG2 Médecin 4 ligne 374 : je cherche à déléguer en grande partie, pour revenir un peu plus(.) Ça reste le cœur de notre métier l'éducation thérapeutique. Mais en faire un peu moins, quoi.

3.6.5 Transformation des relations hiérarchiques

La pratique de l'ETP favorise une rupture des logiques hiérarchiques entre professionnels. Elle facilite davantage la collaboration interprofessionnelle notamment entre le médecin et les autres PDS.

FG3 Orthophoniste 3 ligne 616 : Surtout vis à vis des médecins. Au niveau de la hiérarchie, ça explose tout. En fait, comme je disais tout à l'heure, on se sent professionnels de santé et il n'y a plus aucune hiérarchie. Et ça, ça me fait un bien fou.

Aussi bien dans les deux sens. Je pense que les médecins sont très en demande aussi de ça

3.7 Des bénéfices et des applications personnelles

La formation en ETP et la pratique des ateliers peuvent avoir des retombées plus personnelles.

3.7.1 Des compétences managériales

Pour les PDS impliqués dans des projets ou encadrant des équipes, l'ETP a contribué au développement de leurs compétences managériales, renforçant la motivation de leurs collaborateurs et facilitant la délégation des tâches.

FG1 Médecin 1 ligne 155 : Ça a eu comme d'autres conséquences, qui est que je m'en suis un peu servi pour avoir plus un point de vue de manager dans le projet de MSP et non plus pour être porteur de projet, mais pour déléguer et amener au projet mes collègues et donc me servir un peu du côté des outils. Un peu d'ETP, d'entretien motivationnel aussi.

3.7.2 Gain d'activité

Les professions dont l'activité « classique » n'est pas prise en charge par la sécurité sociale deviennent plus visibles auprès des patients et des PDS prescripteurs Ils gagnent ainsi en attractivité.

FG1 Diététicien 1 ligne 993 : Donc moi j'avoue que ça me permet aussi de mieux me faire connaître auprès des professionnels qui sont prescripteurs de ce genre de, comment dire, de consultations, et puis auprès des patients avec le bouche à oreille

pour que ben oui, au niveau de la patientèle, ça puisse aussi prendre un peu plus d'ampleur.

Un PDS suggère que l'ETP a pu lui amener des patients à la recherche d'une qualité relationnelle plus proche de ses attentes.

FG1 Pharmacien ligne 442 : Alors clairement, moi dans la relation avec les patients, ça m'a apporté des patients, enfin des nouveaux clients, puisque que c'est une officine, clairement, parce qu'il y avait beaucoup plus de relations de confiance avec les clients et je pense qu'il y a aussi après la bouche à oreille. (...). C'est difficile à mesurer(...). Enfin, je le suppose en tout cas.

3.7.3 Un temps éducatif dédié

L'accès à l'ETP en collectif offre aux professionnels, se définissant comme des « techniciens » et contraints par un temps limité dans leur pratique, l'opportunité de disposer d'un temps spécifiquement dédié à l'éducation.

FG1 Infirmier 2 ligne 127 : je veux dire On prend le temps avec les patients, mais on ne prend pas des séances de 2 h 15 par, euh, par visite chez un patient. Donc là c'est vraiment prendre du temps.

3.7.4 Épanouissement professionnel

Il était unanimement reconnu par les PDS animant des ateliers d'ETP que ces derniers constituaient une parenthèse positive dans leurs pratiques. Ils offrent aux PDS l'opportunité de s'extraire de leur routine quotidienne en adoptant une pratique collective, perçue comme « dépayssante » pour des professions habituellement exercées de manière individuelle.

FG1 Pharmacien ligne 1112: Moi, le fait d'être éducatrice à côté euh (.) me donne aussi une bouffée d'air

FG1 Médecin 1 ligne 981 : Moi je ne peux pas dire que j'ai une grande expérience encore, mais ça change du quotidien (...) et travailler en équipe quand on est en libéral, ça fait du bien aussi.

3.7.5 Compétences d'animations

Les compétences d'animation acquises peuvent être transférées au-delà des ateliers, apportant une valeur ajoutée à la pratique professionnelle.

FG1 Médecin 1 ligne 1078 : Je pense en tout cas qu'on acquiert quand même une certaine aisance en animation

FG1 Pharmacien 1 ligne 697 : quand on fait nos réunions trimestrielles ou mensuelles, la petite ou la grande réunion avec les salariés, j'anime comme si euh parfois j'animais un atelier.

3.7.6 Expertise biomédicale

La pratique de l'ETP en collaboration avec d'autres PDS permet d'enrichir leurs connaissances biomédicales dans le domaine des affections chroniques.

FG1 Diététicien 1 ligne 621 : Juste pour un cas concret sur l'ETP diabète pour tout ce qui est en lien avec le pied du diabétique. Enfin voilà, c'est pas des choses qu'on apprend à l'école en tant que diététicienne. Et pour le coup, je trouve ça très enrichissant aussi de d'avoir cette euh, ce travail en binôme

Un participant suggère que l'ETP pourrait être le moteur d'une volonté de développer ses connaissances personnelles dans les affections chroniques.

FG1 Pharmacien ligne 460 : Je pense que parce qu'on est formé à l'ETP, moi j'ai le sentiment de mieux me former aussi, euh, avoir à cœur de me former vraiment à fond sur l'oncologie, sur le diabète pour être, euh, plus à l'aise dans ma pratique au quotidien

4 Modèles explicatifs

La figure 4 est un modèle permettant de mieux retranscrire les étapes de transformation et les relations de cause à effet précisées par les participants.

Le tableau 3 est un modèle qui propose les différents niveaux possibles d'intégration de la formation en ETP dans les pratiques des PDS.

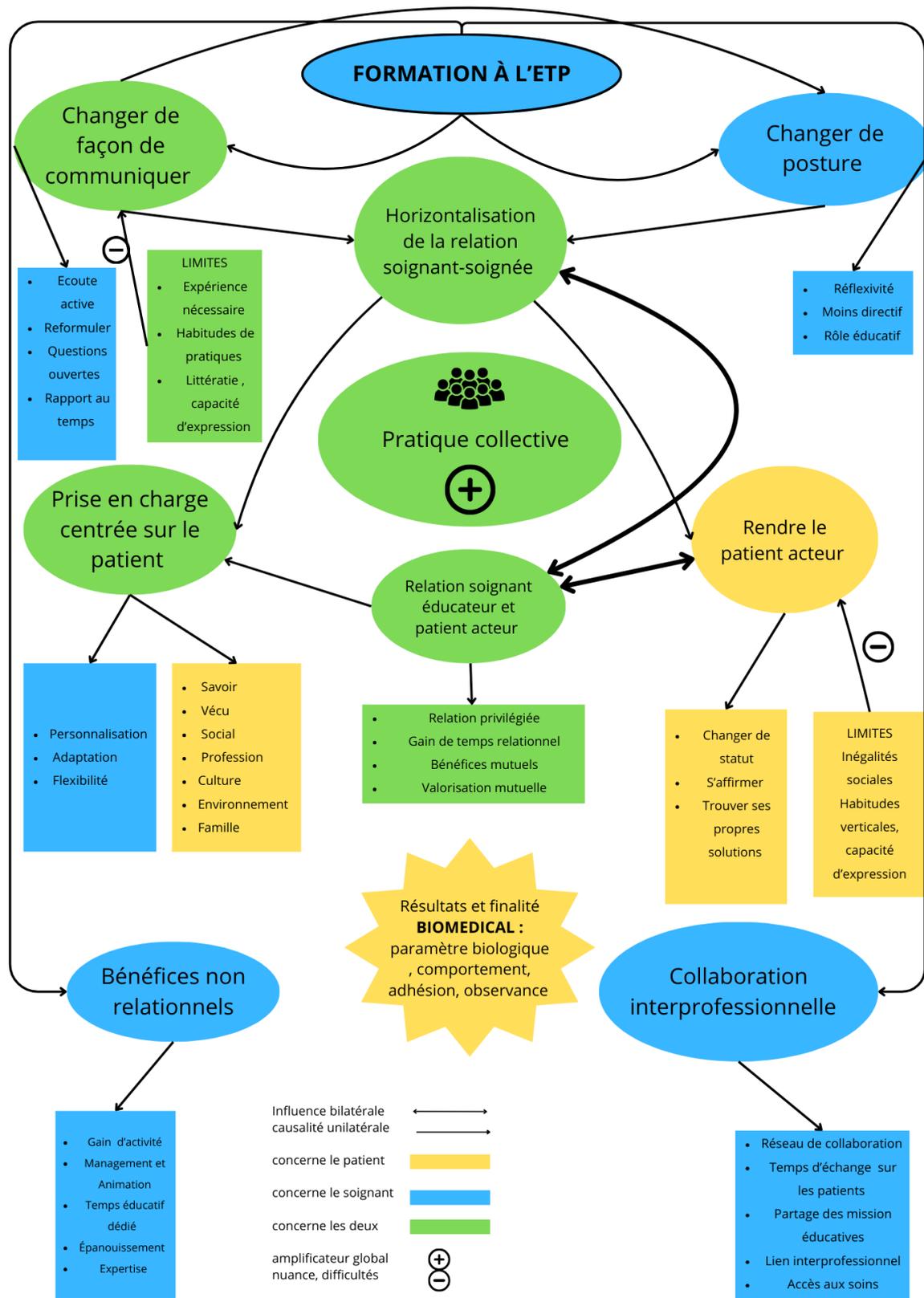


Figure 4 processus de transformation des pratiques des PDS

Tableau 3 modèle de niveau de transformation des pratiques par la formation en ETP

<p><u>Niveau 0 Sans formation en ETP :</u></p> <p>Le soignant n'a pas reçu de formation spécifique en ETP et se base uniquement sur ses connaissances et pratiques habituelles. La relation soignant-soigné peut être verticale, centrée sur la transmission d'informations sans volonté de mise en action du patient.</p>
<p><u>Niveau 1 Formation initiale en ETP :</u></p> <p>Après avoir suivi une formation en ETP, le professionnel de santé acquiert des compétences qui lui permettent de modifier sa manière de communiquer et d'adopter une posture moins directive. Sa prise en charge évolue pour se recentrer sur le patient, avec une volonté de l'impliquer.</p>
<p><u>Niveau 2 Expérience en pratique individuelle :</u></p> <p>En appliquant les principes de l'ETP dans sa pratique individuelle, le soignant peut s'apercevoir d'une transformation dans la relation soignant-soigné et d'évaluer les résultats produits. Il peut également identifier des difficultés liées à la mise en œuvre de l'ETP dans son quotidien, notamment en raison de ses habitudes, de la gestion du temps ou des défis spécifiques à certains patients.</p>
<p><u>Niveau 3 Animation de groupes en ETP :</u></p> <p>En animant des groupes de patients en ETP, le soignant acquiert des compétences d'animation et améliore sa communication ouverte, favorisant des échanges entre patients. Il gagne de l'expérience dans la gestion des patients acteurs et dans la compréhension du vécu de leur maladie. Cette expérience peut renforcer sa capacité à dynamiser la relation d'apprentissage.</p>
<p><u>Niveau 4 Relation soignant éducateur-patient acteur</u></p> <p>Avec le retour d'expérience de patients pleinement acteurs avec un niveau d'autonomie élevé, grâce notamment aux groupes d'ETP, le duo soignant-soigné dispose de davantage de temps pour une pratique centrée sur le patient. Cette interaction favorise une valorisation mutuelle entre les deux acteurs, conduisant à une relation privilégiée, plus humaine, et à des bénéfices réciproques.</p>

Discussion

1 Rappel des résultats

L'étude suggère que la formation en ETP apporte aux PDS des compétences qui changent leurs pratiques en termes de communication, de relationnel et de posture. Elle permet au patient de s'affirmer en tant qu'acteur de sa santé et au PDS de recentrer sa prise en charge sur le patient. La relation soignant-soigné s'horizontalise. Ces transformations, telles que ressenties par les soignants, ont un retentissement positif pour la santé des patients, notamment dans le domaine biomédical. Les freins à ces changements sont les disparités socio-économiques, les capacités d'expression limitées des patients et le manque d'expérience des professionnels de santé. La pratique de l'ETP en collectif joue un rôle d'amplificateur tant pour les PDS que pour les patients. Le patient peut devenir pleinement acteur et modifier à son tour les pratiques des PDS, tant sur le plan relationnel que sur le contenu des interactions. Elle permet alors au duo PDS-patient d'entretenir une relation privilégiée et de gagner du temps pour se concentrer sur le vécu du patient et le bien vivre avec sa maladie. Parallèlement, l'ETP et sa formation offrent aux PDS l'opportunité de construire ou de renforcer leurs réseaux de collaboration interprofessionnels. Les liens établis contribuent à enrichir la qualité et la fréquence des échanges. L'ETP permet d'accéder à une répartition des pratiques éducatives. Enfin, les professionnels rapportent que l'ETP peut également offrir une amélioration de leurs compétences d'animation,

une approche plus épanouissante de leur métier et permettre d'approfondir des compétences biomédicales.

2 Intégration avec les travaux antérieurs

2.1 Des concepts non spécifiques multidisciplinaires

Si l'ETP apporte plusieurs compétences utiles aux PDS dans leurs pratiques, beaucoup ne sont pas spécifiques à l'ETP et sont déjà bien définies. Dans les sciences humaines et sociales, la mise en action du patient constitue un fondement du concept d'*empowerment*, qui articule pouvoir et processus d'apprentissage pour y parvenir (29). De même, la capacité des PDS à adapter leur pratique en se recentrant sur le patient s'inscrit dans une démarche qui s'apparente au concept de *counseling* décrit comme «une approche de la relation thérapeutique visant à aider les personnes à mieux vivre leur quotidien» (30). Enfin, les techniques spécifiques de communication apprises et utilisées par les PDS s'inscrivent également dans les principes de l'entretien motivationnel proposé par Miller et Rollnick. Celui-ci inclut l'écoute active et empathique, les questions ouvertes et la reformulation (31).

2.1.1 Bien être des PDS

L'étude suggère également que l'ETP contribue à l'épanouissement professionnel des PDS, que ce soit par l'apport d'une pratique plus collective et ludique à des professions habituellement marquées par un exercice solitaire, ou par une approche plus humaniste de leur métier. Plusieurs études arrivent à des conclusions similaires (21,32). Cela pourrait apporter une contribution, certes modeste, à l'enjeu majeur que représente la santé mentale chez les PDS (33).

Le concept de transformation mutuelle et dynamique entre soignant et soigné par l'apport de l'ETP dans leur relation est moins retrouvé dans la littérature médicale. Philippe Barrier, professeur de philosophie et docteur en science de l'éducation propose : « La réciprocité des apprentissages, qui est l'objet de l'éducation thérapeutique, change la nature des relations entre le patient et le médecin » (34).

2.2 Posture éducative

Plusieurs études reprennent l'idée d'une posture éducative (21,22,35) apporté par l'ETP, finalement décrite par Pétré, qui la structure autour de 7 items et les définit comme une « posture ou attitude éducative qui découle de la formation et permettrait la pratique adéquate » (36). Ces 7 items sont :

- 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)
- La dimension éthique.

2.3 Importance de la pratique en collectif

Une étude menée en milieu hospitalier corrobore nos résultats en soulignant l'importance de l'expérience dans l'appropriation des concepts par la pratique

collective de l'ETP. Elle identifie la pratique collective et pluriprofessionnelle comme le principal moteur du développement et de l'adhésion des équipes. À l'inverse, un manque de pratique peut entraîner un sentiment d'insuffisance, d'incompétence et d'inefficacité. (25)

2.4 Spécificité des soins de premier recours

Plusieurs points émergent comme des spécificités potentielles des soins de premier recours. La transformation dynamique semble être favorisée par des contacts fréquents et un cadre de proximité. Des éléments qui, de même que la relation "privilegiée" entre le patient et le professionnel, sont plus spécifiques des soins de premier recours (37).

Plusieurs des bénéfiques personnels apparaissent également comme une spécificité des professions libérales , notamment à travers le développement de compétences managériales, d'animation ou encore le gain d'activité.

L'aspect collaboratif et la délégation des missions éducatives, centrés autour des médecins traitants, constituent également des spécificités des soins de premier recours.

Enfin, il a été souligné que le manque de pluriprofessionnalité dans la pratique hospitalière de l'ETP pouvait constituer un frein à l'adhésion à ses concepts, bien que plusieurs études soient discordantes à ce sujet (25,32).

3 Perspectives

3.1 Recherche :

Pour les affections chroniques les plus fréquentes comme le diabète, la majorité des patients sont suivis exclusivement en soins de premier recours (38), il serait pertinent d'étudier les retombées spécifiques de l'ETP de premier recours sur les patients concernés. De plus, il serait intéressant d'explorer les résultats perçus par les patients, devenus acteurs de leur prise en charge, afin d'en déterminer la nature et de vérifier leur concordance avec ceux observés par les PDS.

3.2 Formation

Si l'étude laisse penser que les concepts appris semblent utiles aux PDS, elle souligne également que ces connaissances, sans expérience pratique, peuvent s'avérer insuffisantes pour une intégration complète dans les pratiques quotidiennes. Déjà en 1998, une durée minimale de 50 à 70 heures était recommandée pour garantir l'efficacité des formations (39). Une piste intéressante d'amélioration pourrait être l'inclusion de patients-ressources ou patients-experts dans les formations, afin de favoriser une mise en pratique, cette approche ayant largement démontré sa pertinence (40–42).

Comme les résultats de cette étude semblent l'indiquer, une autre recherche aboutit à la conclusion que la formation en ETP entraîne davantage une « confirmation identitaire », qui sous-tend l'existence de prédispositions antérieures(35).

Il émerge alors une question : qu'est-ce qui détermine ces prédispositions à une approche globale et plus humaine des soins ? S'agit-il d'un apprentissage, et si oui, à

quel moment se construit-il ? Pendant la formation initiale, au cours de la pratique professionnelle, ou même dans les apprentissages pré-universitaires ? Il est probable qu'il s'agisse d'une combinaison de ces éléments.

Dans un article de 2015, Alain Deccache, professeur de santé publique, citait P. Molner, doyen de la faculté de médecine de Prague, avec une formule percutante : « La formation en santé est une machine à tuer l'empathie ». (43)

Si la phrase peut sembler forte et engagée, elle souligne néanmoins l'importance d'une uniformisation de l'apprentissage de l'ETP et, plus largement, des pratiques interprofessionnelles dans les formations initiales des PDS. Certains établissements intègrent même la formation de 40 h au sein de leur formation initiale (44) mais elle semble encore insuffisamment développée (45).

3.3 Organisation des soins

3.3.1 Rôle des PDS de premier recours

L'éducation thérapeutique de proximité se développe, mais l'offre reste insuffisante. Seulement 5 % des patients bénéficient d'un programme (15). Par ailleurs, dans un sondage réalisé par Santé publique France, 76 % des personnes atteintes de diabète de type 2 expriment le besoin d'informations complémentaires, notamment sur l'alimentation (45 %), les complications possibles liées au diabète (35 %), et les moyens de mieux vivre avec cette pathologie (29 %) (46).

Comme évoqué dans ce travail, une barrière persiste probablement pour certains patients en ce qui concerne la participation à des activités collectives.

Si cette étude tend à démontrer que la formation en ETP permet aux PDS de prendre conscience de leur rôle et de leurs compétences en tant qu'éducateur (représentant ainsi une forme d'*empowerment* pour eux), elle soulève également des questions sur la définition des rôles de chaque acteur des soins de proximité et sur la valorisation de ces actions.

C'est dans cette optique que se développent les professions comme les IPA et les infirmiers ASALEE. Par ailleurs, les pharmaciens ont également vu leurs rôles renforcés par le Code de la santé publique. (47).

Mais les maladies chroniques dans les soins primaires ne se limitent pas aux affections de longue durée, qui constituent la cible principale des programmes d'ETP. De nombreuses maladies chroniques fréquentes, bien que moins coûteuses ou moins impactantes en termes de morbi-mortalité, peuvent avoir un retentissement significatif si l'on adopte une approche globale du patient. Elles nécessitent une intervention éducative adaptée. Il serait souhaitable de permettre aux patients de bénéficier d'interventions éducatives individuelles sans nécessiter systématiquement le recours à une équipe d'ETP qui doit être validée par l'ARS et dans le cadre d'une pathologie spécifiquement définie.

Au vu de cette insuffisance de programmes, une perspective serait donc de mieux reconnaître et valoriser les actions éducatives individuelles des professionnels compétents impliqués dans les soins de proximité.

Certains auteurs proposent la création de professions dédiées à l'ETP parmi les soignants ou non-soignants comme dans le modèle du Royaume-Uni (48).

3.3.2 Importance du médecin traitant

L'étude suggère que l'ETP pourrait permettre au médecin traitant de s'appuyer sur les professionnels de santé de premier recours afin de déléguer une partie de son rôle éducatif et d'établir des relations moins hiérarchiques entre les PDS.

Comme le précise l'annexe ETP du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) : « Plus les médecins traitants comprendront l'intérêt de l'ETP dans leur pratique, plus ils seront en mesure d'intensifier le cadre pluridisciplinaire de leur exercice dans l'intérêt du patient. Cette démarche volontariste, qui vise un exercice coordonné répondant aux attentes du patient, s'inscrit d'ailleurs dans la responsabilité déontologique du médecin traitant »(8).

On peut supposer que ce n'est pas uniquement la formation à l'ETP qui permet d'adopter cette approche, mais qu'il existe, comme nous l'avons décrit, une prédisposition à celle-ci, valable dans le cas spécifique des médecins traitants.

Il semble exister une dichotomie au sein de la médecine générale française concernant le travail en collaboration pluriprofessionnelle, la coordination des soins partagée et la délégation de tâches. Si certains médecins généralistes en perçoivent pleinement les bénéfices, d'autres les considèrent comme une intrusion dans la relation médecin-patient et craignent un contrôle de leur activité (49).

Ce constat renforce l'intérêt de développer les formations en ETP et, plus largement, en travail interprofessionnel dans les cursus de formation initiale.

4 Fiabilité et limites de l'étude

L'étude présente plusieurs forces.

Premièrement, elle analyse l'ETP à travers un prisme pluriprofessionnel réunissant huit professions différentes au sein des focus groups. Les entretiens collectifs favorisent l'interaction entre les participants, enrichissant les perspectives grâce à des échanges variés et interactifs.

De plus, l'étude respecte l'ensemble des items du *Standards for Reporting Qualitative Research* (SRQR) d'O'Brien (50), qui définit des critères de qualité pour améliorer la transparence, la rigueur et la validité dans les études qualitatives (annexe 6).

Ensuite, le chercheur a adopté une démarche réflexive en consignnant ses préjugés et observations dans un journal de bord. Par ailleurs, les données ont été triangulées à l'aide de deux méthodes complémentaires.

Enfin, cette étude se distingue par son caractère innovant : à la connaissance du chercheur, il s'agit de la première à explorer les retentissements de l'ETP de proximité sur les pratiques des professionnels de santé impliqués.

L'étude présentait également des limites.

D'abord, l'échantillonnage présente des limites en raison d'une répartition inhomogène entre les genres.

Ensuite, le chercheur était novice dans les rôles d'intervieweur et d'analyste, ce qui a pu introduire un biais d'investigation. Il a également été observé que le discours des participants pouvait parfois sembler formaté.

Troisièmement, l'étude aborde la question selon un prisme pluriprofessionnel, qui peut affaiblir la prise en compte des particularités individuelles. Ce prisme pluriprofessionnel a d'ailleurs pu être biaisé par la formation et les activités du chercheur principal.

De plus, les professionnels de santé participant ont été amenés à s'exprimer sur les ressentis de leurs patients, lesquels restent supposés et n'ont pas pu être vérifiés.

Enfin, l'analyse inductive générale présente des limites qui lui sont propres. Bien que le chercheur ait tenté de faire preuve de réflexivité dans son journal de bord, cette méthode peut être perçue comme « une série d'opérations linéaires qui fait peu appel à l'esprit et à la créativité du chercheur » (44). Cette méthode propose un modèle, qui, pour être validé devrait bénéficier d'une évaluation quantitative.

Conclusion

La formation en ETP fournit aux professionnels de santé de premier recours des compétences leur permettant de modifier leur posture et de recentrer leur prise en charge sur le patient. Elle encourage une dynamique où le patient devient acteur, favorisant ainsi une horizontalisation de la relation soignant-soigné. Toutefois, l'expérience nécessaire pour intégrer pleinement cette approche, ainsi que les disparités socio-économiques et en littératie des patients, peuvent constituer des freins à ces transformations. La pratique de l'ETP en collectif apparaît essentielle, jouant un rôle d'amplificateur dans ces évolutions. En parallèle, elle développe l'interprofessionnalité entre les acteurs des soins de premier recours, ainsi que des bénéfices personnels pour les professionnels de santé, tels que leur épanouissement et l'acquisition de compétences d'animation. L'étude met également en avant plusieurs transformations et bénéfices pour les patients, qui mériteraient d'être explorés dans de futures recherches.

Financement et conflit d'intérêt

Les frais occasionnés par l'étude ont été supportés par l'auteur, qui ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Liste des figures

Figure 1 étapes d'un programme d'ETP d'après HAS 2007	13
Figure 2 le modèle biopsychosocial d'Engel.....	13
Figure 3 synthèse des thèmes et catégories	31
Figure 4 processus de transformation des pratiques des PDS.....	55

Liste des tableaux

Tableau 1 descriptions des participants	29
Tableau 2 description des focus groups	30
Tableau 3 modèle de niveau de transformation des pratiques par la formation en ETP	56

Références

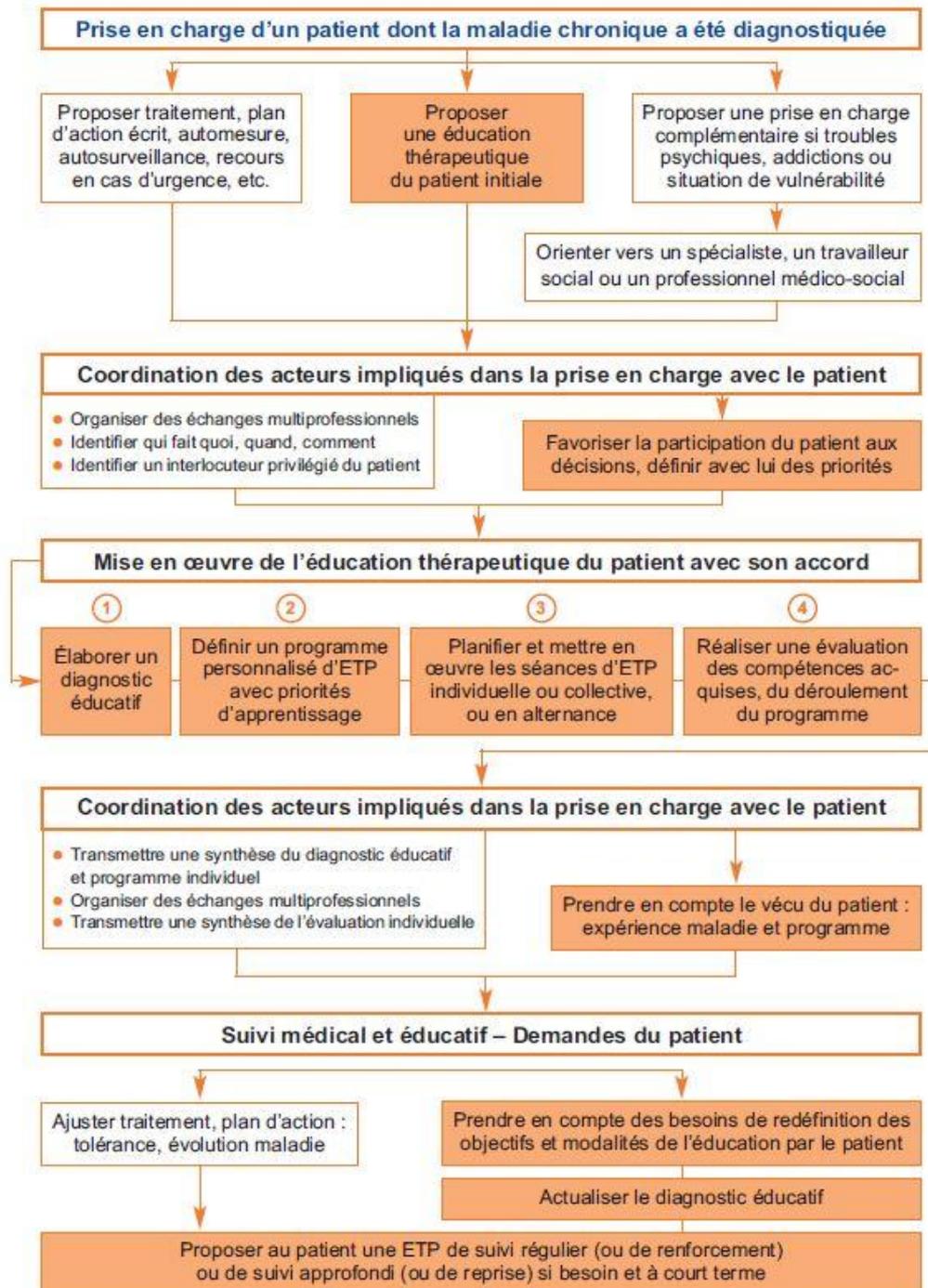
1. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1998 [cité 3 déc 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/345371>
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
3. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient - Légifrance [Internet]. [cité 15 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000027497787>
4. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 14 mars 2024]. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
5. Tourette-Turgis C, Thievenaz J. L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. *Savoirs*. 2014;35(2):9-48.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. mai 1980;137(5):535-44.
7. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 1 nov 2004;2(6):576-82.
8. Schéma Régional de l'Offre de Soins Annexe ETP [Internet]. [cité 7 déc 2024]. Disponible sur: https://www.nord.gouv.fr/contenu/telechargement/4388/23782/file/annexe%20etp_jv02.pdf
9. HAS 2015. Document de travail Lexique ou glossaire de termes à utiliser pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé [Internet]. [cité 7 déc 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf
10. Albano MG, De Andrade V, Léocadie M, d'Ivernois JF. Évolution de la recherche internationale en éducation du patient : une analyse bibliométrique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. juin 2016;8(1):10103.
11. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse*. 25 mars 2009;196(12):688-90.
12. HAS 2018. Évaluation de l'efficacité et de l'efficience dans les maladies chroniques Actualisation de l'analyse de la littérature HAS 2018.
13. Carroll C. Qualitative evidence synthesis to improve implementation of clinical guidelines. *BMJ*. 16 janv 2017;j80.

14. Gagnayre R, Pétré B. La recherche en ETP au service de son développement dans le système de santé. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2023;15(2):20101.
15. Cabrejo L, Popelier M, Grimaldi A. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : passé, présent, avenir. *Médecine des Maladies Métaboliques.* 1 févr 2024;18(1):8-13.
16. Pétré B, Degrange S, Tittaferante S, Legrand C, Vanmeerbeek M, Froidcœur X, et al. Pratiques hospitalières et de médecine générale d'éducation thérapeutique : l'exemple du diabète et de l'obésité en Belgique. *Santé Publique.* 2016;28(3):287-98.
17. de La Tribonnière X. L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? *Médecine des Maladies Métaboliques.* mai 2020;14:207-13.
18. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.
19. Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ Couns.* juill 2001;44(1):7-14.
20. Roussel S, Libion F, Deccache A. Représentations en matière de santé, éducation et soin chez les soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient : pistes pour la formation. *Pédagogie Médicale.* 1 mai 2012;13(2):79-90.
21. Pétré B, Gagnayre R, Andrade VD, Ziegler O, Guillaume M. From therapeutic patient education principles to educative attitude: the perceptions of health care professionals – a pragmatic approach for defining competencies and resources. *Patient preference and adherence.* 22 mars 2017;11:603.
22. Kaci C, Crozet C, Gillard-Berthod C, Rooj GV, Marchand C. La formation en éducation thérapeutique « niveau 1 » des étudiants en soins infirmiers : étude de cas. *Recherche en soins infirmiers.* 19 juill 2018;133(2):70-84.
23. Fournier C, Cittée J, Brugerolles H, Faury E, Bourgeois I, Le Bel J, et al. Améliorer la complémentarité des offres d'éducation thérapeutique du patient : retour d'expérience et recommandations. *Santé Publique.* 2018;30(3):307-11.
24. Le Rhun A, Gagnayre R, Moret L, Lombrail P. Analyse des tensions perçues par les soignants hospitaliers dans la pratique de l'éducation thérapeutique : implications pour leur supervision. *Glob Health Promot.* 1 juin 2013;20(2_suppl):43-7.
25. Lelorain S, Bachelet A, Bertin N, Bourgoin M. French healthcare professionals' perceived barriers to and motivation for therapeutic patient education: A qualitative study. *Nurs Health Sci.* sept 2017;19(3):331-9.
26. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. *American Journal of Evaluation.* juin 2006;27(2):237-46.
27. Gilles De La Londe J, Cadwallader JS, Lustaman M, Lebeau JP. Questionner la question. *EXE.* 1 sept 2020;31(165):324-8.
28. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665
29. Bacqué MH, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales.* 19 sept 2013;173(3):25-32.
30. Schneider-Harris J. Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant.e-soigné.e. *Recherche en soins infirmiers.* 2007;89(2):52-7.

31. William R. Miller, Stephen Rollnick. L'Entretien motivationnel 3ème édition 2024 [Internet]. 2024 [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien-motivationnel-aider-personne-engager-et-realiser-changement>
32. Zimmermann et al. Pratiquer l'Education Thérapeutique du Patient : quel retentissement sur les soignants ? 2016 [cité 11 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/12/archive-564.pdf>
33. Lucas G, Colson S, Boyer L, Gentile S, Fond G. Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the AMADEUS study. *J Nurs Manag.* oct 2022;30(7):2268-77.
34. Éducation thérapeutique, un enjeu philosophique pour le patient studylibfr.com [Internet]. [cité 11 déc 2024] Disponible sur: <https://studylibfr.com/doc/3694219/éducation-thérapeutique--un-enjeu-philosophique-pour-le-p...>
35. Olivier F, Bondier M, Letondal A, Euvrard G, Chassagne A, Trimaille H, et al. Les formations en éducation thérapeutique du patient : une transformation des professionnels ou l'approfondissement d'une prédisposition ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* déc 2019;11(2):20203.
36. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 1 juin 2019;11(1):10501.
37. Phillips WR, Herbert CP. Pourquoi les médecins de famille sont-ils les leaders dont nous avons besoin dans les soins de santé? *Can Fam Physician.* nov 2022;68(11):e298-300.
38. Boullenger L, Quindroit P, Legrand B, Balcaen T, Calafiore M, Rochoy M, et al. Type 2 diabetics followed up by family physicians: Treatment sequences and changes over time in weight and glycated hemoglobin. *Prim Care Diabetes.* oct 2022;16(5):670-6.
39. Deccache A . Recommandations de l'OMS. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? *Recommandations de l'OMS.* 2002;21(1):23-5.
40. Coleman D, McLaughlin D. Using simulated patients as a learning strategy to support undergraduate nurses to develop patient-teaching skills. *Br J Nurs.* 14 nov 2019;28(20):1300-6.
41. Gagnayre R, d'Ivernois JF. Pour des critères de qualité des formations (niveau 1) à l'éducation thérapeutique du patient: Quality criteria for training (level 1) to therapeutic patient education. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* juin 2014;6(1):10401.
42. Lataillade L, Chambouleyron M, Garcia M, Wibaut S, Moix V, Lasserre Moutet A. Former des professionnels de santé en éducation thérapeutique du patient (ETP) en partenariat avec des patients. Une expérience en stomathérapie. *Médecine des Maladies Métaboliques.* 1 juin 2020;14(4):308-13.
43. Deccache A. Santé Éducation - 02 - Avril-Mai-Juin 2015. [cité 4 déc 2024]; Disponible sur: <https://www.utep-besancon.fr/content/uploads/2022/01/Quand-des-soignants-decrivent-ce-que-LET-a-change-pour-eux.pdf>
44. Scherrer-Burri F. Impact de la formation initiale en Education Thérapeutique du Patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés.

45. Foucaud J, Rostan F, Moquet MJ, Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France.
46. Diabète [Internet]. [cité 11 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
47. Article L5125-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036408375
48. Foucaud J, Balcou M. Former à l'éducation du patient, quelles compétences ? réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008. (Dossiers).
49. Calafiore M, Chazard E, Averlant L, Ramez C, Sarrazin F, Leveque N, et al. GPs' interest in integrated care for frail older adults and corresponding consulting and prescribing data: qualitative and quantitative analyses of the PAERPA integrated care project. *Br J Gen Pract.* 4 oct 2022;72(724):e809-15.
50. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* sept 2014;89(9):1245-51.

Annexe 1 : intégration pratique de l'ETP (HAS 2007)



Annexe 2 : formation URPS



FORMATION À L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) EN SOINS DE 1^{ER} RECOURS



- **Public**

Professionnels de santé libéraux de la région Hauts-de-France et souhaitant pratiquer l'ETP auprès de leurs patients.

- **Objet de la formation**

La formation dispensée s'appuie sur le référentiel de compétences de l'INPES (JO du 2 juin 2013) relatif aux compétences requises pour dispenser l'Éducation Thérapeutique du Patient.

Elle vise à développer chez les professionnels des **compétences techniques, relationnelles, pédagogiques et organisationnelles** requises pour la dispensation de l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Elle comprend 5 modules de formation :

- **Module 1** : *Cadre et repère pour la mise en œuvre de programmes d'ETP*
- **Module 2** : *Les compétences relationnelles de base en ETP*
- **Module 3** : *Du bilan éducatif à la définition avec le patient des objectifs pédagogiques*
- **Module 4** : *La construction et l'animation d'ateliers d'éducation thérapeutique*
- **Module 5** : *L'évaluation avec le patient de son parcours en ETP.*

- **Objectifs de la formation**

- Définir l'ETP (finalités, objectifs, modalités d'intervention)
- Identifier les compétences patients telles que visées par l'ETP (autosoins et psychosociales)
- Repérer les attitudes des soignants et leur impact sur la relation d'éducation thérapeutique
- Explorer et mieux saisir le rapport que le patient entretient avec sa maladie
- Sensibiliser aux approches motivationnelles et centrées sur le patient
- Réaliser un Bilan Educatif Partagé, formaliser des objectifs pédagogiques et co-construire avec le patient son programme
- Susciter et soutenir la motivation du patient.

- Planifier des séquences éducatives tenant compte des besoins et des ressources du patient.
- Mettre en œuvre des stratégies pédagogiques favorisant l'expression, la motivation et l'apprentissage du patient.
- Développer des compétences d'animation dans la conduite de séquences éducatives individuelles ou en groupe.
- Mettre en œuvre des modalités d'évaluation des acquis du patient.

- **Méthodes pédagogiques :**

Alternance de **cours théoriques et d'activités en petits groupes** (étude de cas, mise en situation, etc.)

- **Modalités de mise en œuvre :**

La formation organisée par l'URPS Médecins Libéraux accueille 15 participants. Les 5 modules de formation sont dispensés **en présentiel** sur 5 journées (9h – 18h). Les journées de formations sont sélectionnées selon les disponibilités des participants, à **proximité de leur lieu d'exercice** professionnel et sur une période de 5 à 6 mois (en moyenne 1 journée de formation par mois).

- **Procédures d'inscription :**

Merci de bien vouloir contacter :

ou



Annexe 3 : courriel aux participants

Madame, Monsieur, Docteur,

Je me présente tout d'abord, je m'appelle Jason LE BOT, et je suis actuellement remplaçant en médecine générale.

Je vous contacte afin de solliciter votre participation à ma thèse d'exercice de médecine, réalisée sous la direction du Pr BERKHOUT. Vous avez bénéficié d'une formation de 40 heures à l'éducation thérapeutique du patient (ETP), dispensée par l'URPS des Hauts-de-France. Mon étude, qui s'inscrit dans une démarche qualitative, vise à comprendre **en quoi cette formation a modifié votre pratique dans vos activités quotidiennes**.

Le recueil des données repose sur trois focus groups réunissant des professionnels de santé volontaires. L'objectif est de recueillir vos perceptions, expériences, et réflexions à ce sujet

Déroulé des focus groups : (groupes de discussion) Ils se feront en visioconférences via la plateforme de communication Rendez-Vous afin de garantir plus de flexibilité pour établir les dates, pour minimiser le temps et les coûts de déplacement. Ils seront réalisés à trois dates au choix et dureront approximativement 1h30.

Les groupes seront composés d'environ 8 professionnels de soins primaires sélectionnés parmi les professions de santé éligibles à la formation (infirmiers, médecins, kinésithérapeutes, pharmaciens, diététiciens, orthophonistes, pédicures-podologues, sage-femmes, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthoptistes, chirurgiens-dentistes). J'en assurerai l'animation.

Les visioconférences seront enregistrées intégralement pour retranscrire les données verbatim.

Après que vous ayez répondu à ce courriel (affirmative, négative ou absence de réponse), nous procéderons à la sélection des participants selon un échantillonnage raisonné pour garantir la diversité des profils.

Dans le cadre de cette étude, certaines données personnelles (profession, âge, genre, lieu d'exercice, structure d'exercice) seront recueillies. Conformément à la Réglementation générale de protection des données (RGPD), l'anonymat et la protection de vos données personnelles seront strictement respectés.

Si vous êtes intéressé à participer ou souhaitez obtenir plus d'informations, je vous invite à me contacter par mail à jason.lebot.etu@univ-lille.fr Je serai également à disposition pour répondre à toutes vos questions et vous fournir davantage de détails sur le déroulement des focus groups. Je vous remercie par avance pour l'intérêt que vous porterez à ma demande et espère vivement que vous accepterez de participer à cette étude qui, j'en suis convaincu, enrichira notre compréhension des enjeux actuels dans le domaine de la santé.

Respectueusement,

LE BOT Jason

Annexe 4 : récépissé DPO



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les Changements apportés par la Formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur les Pratiques des Professionnels de Santé en Soins Primaires, une étude qualitative
Référence Registre DPO : 2024-098
Responsable scientifique : M. Christophe BERKHOUT Interlocuteur (s) : M. Jason Le BOT

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 16 mai 2024

Délégué à la Protection des Données

Annexe 5 : guides d'entretien

Guide d'Entretien sur les changements des Pratiques des Professionnels de Santé de soins primaire suite à une Formation en Éducation Thérapeutique du Patient (ETP)

Objectif de l'Étude

1. Introduction au sujet de recherche :

Cette étude vise à explorer les modifications dans les pratiques des professionnels de santé après leur formation en ETP en utilisant une analyse inductive généralisée pour identifier les thèmes émergents.

2. Questions d'entretien : une question d'accroche, brise-glace et plusieurs questions de relance si besoin

- En quoi pensez-vous que votre formation en ETP ait pu modifier votre vision ou votre approche de votre quotidien/ de votre travail ? Pouvez-vous donner des exemples concrets de ces changements dans votre pratique quotidienne ?
- Depuis votre formation en ETP, comment estimez-vous que votre relation avec vos patients ait pu évoluer ? Pouvez-vous partager des exemples
- Même question pour les relations avec les autres professionnels de santé
- Avez-vous remarqué un changement de votre posture vis-à-vis de vos patients depuis votre formation ?
- Quels outils ou méthodes appris durant la formation en ETP utilisez-vous dans votre pratique quotidienne ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontrées en essayant de mettre en pratique ce que vous avez appris lors de la formation en ETP ?
- Qu'est-ce qui vous a aidé à surmonter ces difficultés (le cas échéant)
- Quels éléments aimeriez-vous voir inclus ou améliorés dans la formation en ETP future ?

FG2

Guide d'Entretien sur les changements des Pratiques des Professionnels de Santé de soins primaire suite à une Formation en ETP

Objectif de l'Étude

Introduction au sujet de recherche :

- "En quoi la formation en ETP a pu modifier la vision que vous avez de votre profession ou la relation que vous avez avec les patients? Pouvez-vous donner des exemples concrets ?"
- Depuis que vous êtes formés à , est ce que vous avez notifié des différences dans la façon dont vous abordez les Affections chroniques avec vos patients et si oui, lesquelles?
- Depuis votre formation en ETP, comment estimez-vous que votre relation avec vos patients ait pu évoluer ? Pouvez-vous partager des exemples
- Même question pour les relations avec les autres professionnels de santé
- Comment la formation en ETP a-t-elle modifié la façon dont vous communiquez avec les patients
- Est-ce que vous êtes à l'aise pour initier un changement de comportement chez un patient? En quoi l'ETP la formation a-t-elle pu jouer un rôle
- Quels freins rencontrez-vous dans l'application des concepts, des techniques et des visions qui sont promues par l'ETP dans votre pratique quotidienne? . Qu'est ce qui, au contraire, valorisent les efforts que vous faites dans l'intégration de l'ETP dans vos pratiques,
- Quelle importance accordez-vous à la pratique de l'ETP dans vos groupes ou dans vos équipes pour ceux qui le pratiquent

Guide d'Entretien sur les changements des Pratiques des Professionnels de Santé de soins primaire suite à une Formation en ETP

Objectif de l'Étude

Introduction au sujet de recherche :

- Quelles sont les compétences que vous avez pu acquérir lors de la formation en ETP, est-ce que vous avez notifié des différences dans la façon dont vous abordez les Affections chroniques avec vos patients et si oui, lesquelles?
- En quoi vos acquis ont-ils pu modifier la relation que vous entretenez avec vos patients, la tournure de vos consultations ou la vision de votre profession.
- Quelle importance accordez-vous à la pratique de l'ETP en séance collective ? (si vous animez des séances, avez-vous des exemples)
- Quel retentissement observez-vous sur le contenu de vos consultations (ou entretiens individuels/discussions) lorsque vous êtes en présence d'un patient « autonomisé » grâce à l'ETP
- Comment la formation en ETP a-t-elle modifié vos relations avec les autres professionnels de santé ?
- La formation à l'ETP ou l'ETP a-t-elle eu d'autres conséquences dans votre pratique ou en dehors? Et si oui, lesquelles ?

Annexe 6 : SRQR

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* - version française

Titre et résumé

Titre – Description concise de la nature et du sujet de l'étude. Identifier l'étude comme qualitative ou indique l'approche (ex : ethnographique, théorisation ancrée) ou les méthodes de recueil des données (ex : entretiens, focus group) est recommandé.

Résumé – Résumé des éléments clés de l'étude en utilisant le format de la publication visée ; typiquement introduction, objectif, méthodes, résultats et conclusions.

Introduction

Formulation du problème – Description et significativité du problème/phénomène étudié ; revue des théories pertinentes et des travaux empiriques ; formulation du problème.

But ou question de recherche – But de l'étude et objectifs spécifiques ou questions.

Méthodes

Approche qualitative et paradigme de recherche – Approche qualitative (ex : ethnographie, théorisation ancrée, étude de cas, phénoménologie, recherche narrative) et théories sous-jacentes si approprié ; identifier le paradigme de recherche (ex : post-positivisme, constructivisme/interprétativisme) est également recommandé ; justification*.

Caractéristiques du chercheur et réflexivité – Caractéristiques du chercheur qui peuvent influencer la recherche, en incluant les attributs personnels, qualifications et expérience, relations avec les participants, préjugés et présupposés ; potentielle ou réelle interaction entre les caractéristiques du chercheur et les questions de recherche, approche, méthodes, résultats et/ou transférabilité des résultats.

Contexte – Déroulé, lieu et facteurs contextuels saillants ; justification*

Stratégie d'échantillonnage – Comment et pourquoi les participants, les documents ou événements ont été sélectionnés ; critères permettant de décider à quel moment arrêter l'échantillonnage (ex : saturation) ; justification*

Questions éthiques relatives aux sujets humains - Documentation de l'approbation par un comité d'éthique approprié et du consentement du participant, ou explication de l'absence de consentement ; autres questions de confidentialité et de sécurité des données

Méthodes de collecte des données - Types de données collectées ; détails des procédures de collecte des données, y compris (le cas échéant) les dates de début et de fin de la collecte et de l'analyse des données, le processus itératif, la triangulation des sources/méthodes et la modification des procédures en fonction de l'évolution des résultats de l'étude ; justification*

Instruments et technologies de collecte de données - Description des instruments (par exemple guides d'entretien, questionnaires) et des dispositifs (par exemple, enregistreurs audio) utilisés pour la collecte de données ; le cas échéant comment le ou les instruments ont changé au cours de l'étude

**(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)*

Unités d'étude - Nombre et caractéristiques pertinentes des participants, documents ou événements inclus dans l'étude ; niveau de participation (pourrait être indiqué dans les résultats)

Traitement des données - Méthodes de traitement des données avant et pendant l'analyse, y compris la transcription, la saisie des données, la gestion et la sécurité des données, la vérification de l'intégrité des données, le codage des données et l'anonymisation/identification des extraits
Analyse des données - Processus par lequel des inférences, des thèmes, etc., ont été identifiés et développés, y compris les chercheurs impliqués dans l'analyse des données ; fait généralement référence à un paradigme ou une approche spécifique ; justification*

Techniques visant à renforcer la fiabilité - Techniques visant à renforcer la fiabilité et la crédibilité de l'analyse des données (par exemple, vérification des membres, chemin d'audit, triangulation) ; justification*

Résultats

Synthèse et interprétation - Principaux résultats (par exemple, interprétations, inférences et thèmes) ; peut inclure l'élaboration d'une théorie ou d'un modèle, ou l'intégration avec une recherche ou une théorie antérieure

Liens avec des données empiriques - Éléments de preuve (par exemple, citations, notes de terrain, extraits de texte, photographies) pour étayer les résultats de l'analyse

Discussion

Intégration avec les travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine - Bref résumé des principaux résultats ; explication de la manière dont les résultats et les conclusions sont liés à des travaux antérieurs, les soutiennent, les développent ou les remettent en question ; discussion du champ d'application/généralisation ; identification des contributions uniques à l'érudition dans une discipline ou un domaine

Limites - Fiabilité et limites des résultats

Autres

Conflits d'intérêts - Sources potentielles d'influence ou d'influence perçue sur le déroulement et les conclusions de l'étude ; comment celles-ci ont été gérées

Financement - Sources de financement et autres aides ; rôle des financeurs dans la collecte, l'interprétation et la communication des résultats

Référence : O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, Vol. 89, No. 9 / Sept 2014
DOI: 10.1097/ACM.0000000000000388

**(Rapidement justifier le choix de cette théorie, de cette approche ou technique par rapport à d'autres options envisageables, les suppositions et limites inhérents à ces choix, et comment ces choix influencent les conclusions de l'étude et la transférabilité des résultats)*

AUTEUR(E) : Nom :LE BOT Prénom : Jason

Date de soutenance : 09/01/2025

Titre de la thèse : Comment la formation en éducation thérapeutique du patient transforme-t-elle la pratique des professionnels de santé de premier recours ? Une étude qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : *Médecine*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : éducation du patient comme sujet, soins de santé primaires, personnel de santé, relations entre professionnels de santé et patients

Résumé : Introduction : Bien qu'ancienne, l'ETP est une discipline en plein développement et en constante évolution, en particulier dans les soins de premier recours. Elle permet au patient de développer des compétences d'autosoin, d'adaptation et intègre une approche globale des soins. Plusieurs études suggèrent un retentissement sur la posture des professionnels de santé ou sur leur pratique dans les soins secondaires. Ainsi il paraît important d'analyser les retentissements des concepts d'ETP sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours dans un pays où il y a 20 millions de patients souffrant d'au moins une affection chronique et où l'offre d'ETP de premier recours est encore largement insuffisante.

Objectif : Définir les changements induits par la formation en ETP sur les pratiques des professionnels de santé et comprendre les mécanismes sous-jacents. Identifier les spécificités des soins de premier recours.

Méthode : Trois focus groups ont été réunis pour recueillir les perceptions des professionnels de santé formés à l'ETP par l'URPS dans le but de constituer des équipes d'ETP de premier recours. Des focus groups semi-directifs ont été menés. Les données ont été analysées selon une analyse inductive générale pour déterminer les thèmes principaux concordants avec les objectifs de recherche.

Résultats : Les PDS constatent que les compétences et la posture acquises en formation modifient leurs pratiques. La prise en charge se recentre sur le patient qui en devient un des acteurs. La relation se transforme progressivement pour devenir plus horizontale. La pratique de l'ETP en collectif joue un rôle d'amplificateur sur les deux acteurs. Ces changements surviennent de façon dynamique et réciproque ; plusieurs niveaux de transformation sont suggérés pour arriver à une relation entre un soignant éducateur et un patient acteur qui leur apporte des bénéfices mutuels. Les PDS constatent des résultats positifs pour le patient mais l'expérience nécessaire à l'application de ses concepts et les disparités socio-économiques limitent ces transformations des relations de soin. La formation en ETP et les liens tissés par les PDS, renforcent la collaboration et l'efficacité des équipes pluriprofessionnelles, elle permet une meilleure répartition des pratiques éducatives. Elle apporte également des bénéfices dans d'autres domaines, permettant d'acquérir des compétences en management et d'animation. Elle contribue à l'épanouissement professionnel en diversifiant les approches.

Conclusion : L'étude suggère que par la formation de ses acteurs, l'ETP de proximité améliore les compétences des PDS et les relations entre les patients et les PDS pour une prise en charge plus globale et pluriprofessionnelle. De plus, elle apporte des bénéfices personnels aux professionnels de santé. Elle ouvre des perspectives, incluant notamment le besoin de définir et de valoriser les interventions éducatives intégrées dans les pratiques, ainsi que de préciser les rôles de chaque professionnel de premier recours. Une étude portant sur les ressentis des patients au sujet des bénéfices de l'ETP de premier recours et sur leur relation avec leurs soignants de proximité pourrait compléter ce travail.

Composition du Jury :

Président : Madame le professeur Florence RICHARD

Asseseurs : Monsieur le docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse : Monsieur le professeur Christophe BERKHOUT