



HAL
open science

Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité : quel effets selon les patients ?

Philippe Rémy

► **To cite this version:**

Philippe Rémy. Éducation thérapeutique de la personne en situation d'obésité : quel effets selon les patients? . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01427342

HAL Id: dumas-01427342

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01427342>

Submitted on 5 Jan 2017

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

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

Université de Nice Sophia-Antipolis

Faculté de Médecine de Nice

**EDUCATION THERAPEUTIQUE DE LA PERSONNE EN SITUATION
D'OBESITE : QUELS EFFETS SELON LES PATIENTS ?**

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement devant la faculté de Médecine de Nice

Le quinze novembre 2016

Par Philippe REMY

Né le 25 septembre 1988 à Grasse

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine

(Diplôme d'état)

Jury de la thèse :

Monsieur le professeur P. Hofliger, Président

Monsieur le professeur B. Canivet, Assesseur

Monsieur le professeur J-L. Sadoul, Assesseur

Monsieur le professeur G. Gardon, Assesseur

Madame I. Pourrat, Directeur de thèse.

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

Mme DE LEMOS Annelise

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER	Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

PROFESSEURS AGREGES

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DARMON David	Médecine Générale
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1^{er} septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRACTICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIES

M. GARDON Gilles Médecine Générale
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale
Mme CASTA Céline Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

Remerciements

A Mélanie,

Cette thèse est aussi la tienne, toi qui m'a soutenu, porté, aimé depuis maintenant sept ans que nous avons choisi de partager nos vies. Merci de ta patience, de tes encouragements, de nos prises de tête sur la formulation, de ces journées à t'occuper de notre fils pour que je puisse travailler. Et merci de ne pas m'avoir tenu rigueur de ma mauvaise humeur, de ces nuits à t'endormir seule. Cette partie de notre vie est derrière nous. Avec cette thèse je trace enfin un trait sur mes années d'études pour pouvoir me consacrer à notre avenir et à notre famille. Je t'aime.

A Baptiste,

Mon antithèse à moi, qui m'aura bien compliqué les choses mais les aura rendues plus lourdes de sens. Ma thèse c'est aussi pour toi que je la passe. Voilà maintenant presque trois ans que tu es né, trois ans que je suis interne. Car je ne voyais ma vie d'interne qu'avec toi à nos côtés. Cela n'a pas été facile tous les jours c'est vrai, mais ta présence a rendu le moindre instant de ces années authentique. Je t'aime fiston.

A mes parents, Nicole et Jean-Louis,

Qui, je suis sûr, ne pensaient pas que leur dernier finirait ses études si tard ! Je n'aurai jamais de mot pour vous dire à quel point je vous remercie et à quel point je vous aime pour m'avoir toujours encouragé, soutenu, poussé, à suivre non pas un rêve mais une découverte, un sentier nuageux mal défini sans visibilité. Car tel était pour moi la médecine quand je me suis inscrit en P1. Merci de m'avoir laissé le temps d'aller au bout de ce que je voulais faire. Si j'en suis là c'est autant grâce à vous qu'à moi. Vous êtes des grands-parents au top pour Baptiste. Merci, je vous aime.

A ma famille, Vincent, Olivier, Claire, mais aussi Isabelle, Estelle, Bastien, Ange, Perrine et Alban,

Je sais que l'on ne se voit pas souvent, et je le regrette. Merci d'avoir toujours pris un moment pour me passer un coup de fil, car c'est sûr que ce n'est pas moi qui allais vous appeler ! Merci de m'avoir encouragé et écouté pour vous expliquer des trucs trop compliqués.

A ma belle-mère, Joëlle,

Encore une fois merci pour votre disponibilité et votre soutien, pour les choses matérielles comme pour garder Baptiste au dernier moment. Vous nous avez aidé un nombre incalculable de fois durant ces trois dernières années, et je ne vous remercierai jamais assez pour cela.

Et à mes amis, tous mes amis, d'ici, de tout près (hein Guillaume) comme ceux qui sont loin (Olivier elle est pour toi celle-là !),

Merci de m'avoir accompagné pendant ces 10 ans d'études, certains sont arrivés en cours de route, d'autre étaient là avant, d'autres sont partis malheureusement. Mais je vous remercie tout particulièrement pour votre patience à mon égard, pour ma grippe du téléphone, mes silences radios pendant 3 mois ou 1 an ... bref pour être toujours là contre vents et marées.

Monsieur le Professeur Hofliger,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre soutien, autant pour mon dernier stage - ce fameux stage libre d'ETP en ville – que pour ma thèse, ainsi que pour votre engagement après de tous les internes de médecine générale.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Canivet,

Je souhaite vous remercier pour votre patience durant mon stage en diabétologie et pour votre disponibilité pour évaluer ce travail.

Permettez-moi de vous exprimer tous mes remerciements.

Monsieur le Professeur Sadoul,

Vous me faites l'honneur de votre présence au sein du jury de cette thèse. Etant président du CERON et responsable d'un programme d'ETP dans votre service, votre avis sur ma thèse compte énormément pour moi.

Vous avez toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gardon,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Merci de votre patience lorsque vous encadriez mon groupe de GEASP, je sais que nous n'étions pas un groupe facile, beaucoup de discussions étaient assez houleuses mais je m'y rendais toujours avec le sourire. J'ai beaucoup appris grâce à vous et je vous en suis reconnaissant.

Veillez croire en ma gratitude.

Madame le Docteur Pourrat,

Merci Isabelle, mille fois merci de ta proposition il y a de cela presque trois ans. T'avoir rencontré et accepté de participer à cette évaluation quadriennale (alors que je n'y comprenais parfaitement rien) a totalement transformé ma vision de la médecine. Tu m'as apporté énormément, bien plus que tu ne le penses. Ces deux stages en ta compagnie m'ont ouvert les yeux sur les milles façons d'exercer la médecine, moi qui en envisageais qu'une seule. Faire cette thèse sous ta direction a été un plaisir, j'ai grâce à toi pu travailler en toute confiance. Je te dois énormément (et pas seulement en café).

Trouve ici toute ma reconnaissance.

Aux professionnels de l'unité de diététique de Pégomas et au cabinet des Aspres de Grasse,

Merci de m'avoir laissé travailler avec vous, de votre patience, de votre compréhension à mon égard. Rencontrer tant de bienveillance pour un seul interne me fait chaud au cœur.

Merci à tous, et merci pour tout.

Aux patients qui ont participés aux entretiens,

Merci à vous d'avoir donné de votre temps, de vous être confiés pour nous aider à comprendre comment le programme a pu vous aider. Cette thèse n'aurait pas été possible sans vous.

Sommaire

Remerciements.....	9
Introduction.....	15
Méthode	21
1. Type d'étude :.....	21
2. Guide d'entretien : (annexe I)	21
3. Population de l'étude :	22
4. Déroulé de l'entretien :	23
5. Analyse des données :.....	23
Résultats	24
1. Caractéristiques des patients :	24
2. Relation à soi et aux autres :	26
2.1 Changements intra-personnels :	27
2.2 Modifications des relations familiales.....	28
2.3 Modifications des relations amicales	29
2.4 Modifications des relations professionnelles.....	30
3. Vécu du patient et démarche éducative :	30
3.1 Avant le programme.....	32
3.2 Pendant le programme.....	32
3.3 Après le programme.....	33
3.4 L'échec.....	34

Discussion	35
1. Discussion des résultats:	35
1.1 L'estime de soi	35
1.2 Le processus de changement selon Prochaska	37
1.3 Le processus de changement selon Walsh et McPhee	41
1.4 Le patient partenaire dans l'équipe éducative, le modèle de Montréal.....	44
2. Les faiblesses de cette étude:	46
2.1 Matériel et méthode :	46
2.2 Analyse :	46
3. Propositions d'amélioration	47
Bibliographie.....	48
Annexes.....	51
Annexe I.....	51
Annexe II.....	56
Annexe III.....	58
Serment d'Hippocrate.....	60
Serment d'Hippocrate de Martin Winckler.....	62

Introduction

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

La question de l'éducation thérapeutique a été évoquée en 1921 lorsque l'insuline a été isolée et administrée pour la première fois à des patients diabétiques de type 1. Il faut ensuite attendre 1972 pour que Leona Miller, un médecin américain, démontre l'effet positif d'une éducation du malade [1]. Par la suite, un autre diabétologue, Jean-Philippe Assal, a créé en 1975 un service de traitement et d'enseignement du diabète à Genève. Maintenant, cette structure continue de former des patients au sein des hôpitaux de Genève sous la direction d'A. Golay.

L'Education Thérapeutique du Patient a souvent consisté à enseigner de manière magistrale : expliquer, montrer, démontrer, avec l'idée de transmettre un message. Les limites de cet enseignement sont maintenant connues: la simple transmission d'une information n'assure pas la compréhension de celle-ci et encore moins un changement de comportement [2]. C'est pourquoi il a fallu changer de modèle, passer de l'information à l'éducation. Eduquer plutôt qu'informer, parce qu'« informer ne suffit pas » selon Giordan A [3], l'information seule ne mobilisant que le niveau cognitif. L'éducation implique également la « dimension émotionnelle », la « dimension méta cognitive », ainsi que la « dimension infra cognitive ». L'éducation permet une meilleure approche de l'apprentissage, selon l'allosteric learning model [4]. Nous ne pouvons pas agir directement sur la pensée d'un patient. L'éducateur va donc favoriser l'apprendre en adaptant un environnement didactique et en interrogeant les conceptions du patient pour lui permettre d'intégrer de nouvelles connaissances.

Nous disposons actuellement de plusieurs méta-analyses montrant que l'information seule ne suffit pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. Gibson [5] et Monninkhof [6]

l'ont prouvé à propos de l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'antivitamines K.

Selon le rapport de l'OMS-Europe de 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 et par là améliorer leur qualité de vie. Elle doit faire partie intégrante et permanente de la prise en charge du patient atteint de maladie chronique et ne se restreint pas au seul champ d'action biomédical.

La définition de l'ETP n'est pas consensuelle, que cela soit au niveau national ou au niveau mondial. D'autres écoles proposent d'autres définitions de l'ETP. En 1986, la charte d'Ottawa parlait déjà d'acquisition d'aptitudes individuelles dans l'éducation à la santé. D'Ivernois et Gagnayre, deux médecins français, définissent l'ETP comme une formation qui vise à faire acquérir des compétences, à mieux comprendre sa maladie, à vivre avec, savoir comment réagir en cas de problème, retarder les complications, améliorer l'observance du patient et développer une « citoyenneté de santé » [7].

Selon les recommandations HAS de 2007 il y a deux finalités spécifiques de l'ETP. La première concerne l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. La seconde porte sur la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

En France, la loi HPST de 2009 [8] donne un cadre législatif à l'ETP, ce qui a entraîné une multiplication des programmes (2700 programmes en 2012[9]).

L'efficacité de l'ETP

L'efficacité de l'ETP a été étudiée par G. Lager, Z. Pataky et A. Golay en 2009. Ils ont réalisé une synthèse de méta-analyses, portant sur plus de 500 études et concernant une dizaine de pathologies chroniques [10]. L'analyse finale a porté sur 255 études après avoir exclu les études qui n'ont pas décrits de façon suffisamment solide les critères retenus pour juger de leur efficacité dans leur programme. Les auteurs concluent que 58% des programmes

d'éducation thérapeutique montrent une amélioration significative de différents critères de santé, tels que : la qualité de vie, le handicap, la douleur, le nombre de réadmission hospitalière, les facteurs sanguins (ex : l'hémoglobine glyquée). Toutes les pathologies chroniques étudiées sont concernées par ces améliorations. 35% des études n'ont démontré aucun effet à l'ETP, et 7% ont montré une dégradation de ces mêmes critères de santé.

Pour la prise en charge de l'obésité, l'ETP a également fait la preuve de son efficacité. Une étude de 2004 ainsi que 2 revues de la littérature sont à considérer :

- Dès 2004 à Genève, A. Golay a montré qu'une éducation thérapeutique interdisciplinaire et multidimensionnelle permettait de maintenir des pertes de poids à cinq ans à 45% [11].

- Selon Maria Grazia Albano et al, sur une revue de la littérature de 2005 à 2010 [12], l'ETP a des effets positifs en termes d'amélioration des connaissances et de mise en œuvre de compétences d'auto-soins, notamment en ce qui concerne l'activité physique et la nutrition.

- Selon Lang A et Froelicher ES, en 2006, une intervention comportementale combinée avec des cours de diététique et d'activité physique entraîne une perte moyenne d'environ 10 kg (sur un poids de départ moyen de 94 kg) ainsi que le maintien de ce poids à 12 mois [13].

L'éducation thérapeutique a donc fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge de l'obésité mais uniquement lorsque certaines conditions optimales sont réunies.

L'obésité en quelques chiffres

L'obésité est la première épidémie mondiale non infectieuse dans l'histoire de l'homme et les pays en développement sont les plus touchés [14]. Elle est classée comme maladie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997, car elle met en cause le bien-être physique, psychologique et social de l'individu.

L'OMS a défini l'obésité comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé ». Pour les adultes, il se définit par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m².

La population de personnes obèses a doublé en 30 ans pour atteindre 600 millions en 2014, soit 13% de la population mondiale [14].

En France, la population de personne en situation d'obésité est suivie par les enquêtes ObEpi (enquête transversale répétée sur la prévalence de l'obésité en France). En 2012, il y avait 6 922 000 personnes obèses en France, soit plus de 15% des adultes français [15].

La prise en charge de l'obésité

L'obésité a des conséquences principalement psychologiques : dépressions, perte de l'estime de soi. Les représentations sociales, étudié par JOLY Anne-Sophie et DANGAIX Denis en 2012 [16] sont nombreuses : « une personne forte est dénuée de neurones », le surpoids serait « la conséquence d'un manque de volonté » [16], et des stéréotypes négatifs, tel que « se goinfrer en cachette », « personne molle », « sans contrôle de soi », « se laissant aller ». La personne en situation d'obésité est aussi confrontée à des discriminations, surtout à l'embauche [17]. L'obésité impacte aussi la santé physique, avec des complications cardio-vasculaires, métabolique (diabète), entraîne des troubles musculo-squelettiques, favorise certains cancers (endomètre, sein, ovaire, prostate).

Actuellement, la prise en charge de l'obésité repose sur des actions dans les domaines « médico-diététique, activité physique, traitements médicamenteux, chirurgie, les cures et les thérapies cognitivo-comportementales » [17].

Selon les recommandations HAS de 2011, cette prise en charge se fait principalement en premier recours, sur la base de consultations par le médecin généraliste [18].

Selon Bernard Waysfell, « traiter le poids pour le poids mène à l'échec » [19], ce qui va dans le sens de l'étude d'A. Golay de 2004 [13] en ce sens qu'une action pluri-disciplinaire est un meilleur gage d'efficacité. La démarche ETP prend donc tout son sens ici, car elle est multi disciplinaire et aborde les versants psychologique, diététique, activité physique, la créativité avec l'art-thérapie qui ont une meilleure efficacité qu'une prise en charge mono disciplinaire.

En termes d'efficacité sur le territoire français pour la recherche évaluative, l'HAS a publié un rapport d'orientation en 2007 qui nous précise que « au niveau national, la définition des orientations générales du développement de l'ETP en France (organisation, recommandations professionnelles, évaluation,...) doit être mise en place » [20]. Ainsi nous n'avons aucune donnée sur l'évaluation de l'ETP en France en termes de cout-efficacité.

C'est pourquoi l'ARS demande à ce que chaque programme d'ETP bénéficie d'une auto-évaluation annuelle, ainsi que d'une évaluation quadriennale [21].

Dans le département des Alpes Maritimes, l'Unité de Diététique de Pégomas est un établissement de soins privé de type SSR qui propose deux programmes d'ETP : l'un pour le diabète de type 2, et l'autre pour l'obésité. Ils ont été initiés en 2010 et sont accessibles soit lors d'une hospitalisation conventionnelle de 4 semaines soit en hôpital de jour pour les patients habitant à proximité. La structure existe depuis une vingtaine d'années. Elle accueille 1400 patients par an.

C'est dans cet établissement que j'ai effectué mon premier stage d'interne en médecine générale en novembre 2013 et que j'ai été initié à la pratique de l'ETP. Travailler dans cette équipe a remis en question ma représentation de la pratique médicale et mes préjugés sur les connaissances que pouvait avoir le patient. Ce cheminement m'a donc permis d'intégrer cette démarche éducative dès mes premiers mois en tant qu'interne.

Mon stage a coïncidé avec le temps de l'évaluation quadriennale des deux programmes en vue de leur reconduction. J'y ai donc participé et mes interrogations se sont intégrées à cette évaluation. J'ai cherché à comprendre comment l'ETP pouvait participer à un changement de mode de vie ou de comportement. Voilà ce à quoi ce travail va s'attacher à rechercher : quels sont les effets d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux personnes en situation d'obésité et ce du point de vue du patient.

Méthode

L'objectif principal de cette étude a été de recueillir le point de vue des patients quant au vécu du programme et aux changements survenus dans leur vie quotidienne.

1. Type d'étude :

Nous avons choisi de réaliser une recherche qualitative, approche qui permet de comprendre et expliquer un comportement ou un changement de comportement.

Nous avons réalisé des entretiens sous forme de focus group. Notre choix d'entretien collectif plutôt qu'individuel a été en partie guidé par le fait que le programme d'ETP se fait sous ce format et que les patients avaient l'habitude d'échanger en groupe. Cette dynamique nous semblait importante à respecter. De plus, le focus group permet de fournir un éventail d'idées plus diversifiées et les représentations, les expériences, les réactions personnelles sont enrichies grâce aux échanges du groupe. Cela permettait également de trouver des pistes pour améliorer le programme existant.

2. Guide d'entretien : (annexe I)

Le guide d'entretien a été élaboré en se basant sur

-le guide de l'évaluation quadriennale de l'HAS dans l'optique du bilan du programme et de l'amélioration de l'action engagée.

-le guide de prise en charge HAS concernant l'obésité pour l'approche cognitivo-comportementale de la prise en charge.

-le travail de thèse d'H. COPPET datant de 2012 « impact d'un programme d'éducation thérapeutique du patient de proximité du point de vue du patient diabétique de type 2 » [22]. Il s'agissait d'un des premiers travaux s'attachant au point de vue du patient qui décrivait bien les compétences psycho-sociales pour les diabétiques de type 2 en situation complexe. Il s'agissait du programme SUDD (Suivi des patients Diabétiques en Difficulté). C'était une étude prospective développée par l'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète). Ce programme a débuté en mai 2009 s'est terminé fin Juin 2011.

Le guide d'entretien a été ajusté entre les différents focus group en se basant sur une expérience préliminaire, et adapté secondairement pour aborder le plus de thèmes possibles.

Nous avons testé un autre style d'animation avec un autre modérateur pour le dernier focus group afin d'explorer d'autres idées et d'autres pistes durant l'entretien.

Les quinze domaines de la vie quotidienne du patient à aborder étaient symbolisés par quinze pancartes disposées sur la table. Les thématiques étaient :

« Mon corps »	« Mes émotions »	« Le plaisir »
« Ma vie et mes projets »	« Mon poids »	« Les relations aux autres »
« La liberté d'agir »	« Le regard des autres »	« L'estime de soi »
« La confiance en soi »	« Les soignants et le suivi médical »	« S'accomplir »
« Décider en cas de crise »	« Ma santé »	« Soutien psychologique »

3. Population de l'étude :

Les patients ont été recrutés par une campagne d'affichage au sein de l'établissement et des appels téléphoniques des professionnels avec lequel le patient était en lien. Il était précisé lors du recrutement qu'il s'agissait de groupes de discussion pour recueillir le point de vue des patients concernant le programme d'éducation thérapeutique à l'obésité et son utilité pour

leur santé et leur vie quotidienne. Voulant évaluer le programme dans sa globalité malgré des mises en œuvre différentes, le recrutement se faisait pour des patients ayant eu une hospitalisation conventionnelle ou en hôpital de jour.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir commencé le programme d'ETP obésité il y a 1 an maximum.
- Avoir fini le programme d'ETP obésité il y a 6 mois minimum
- Être en capacité de s'exprimer dans un groupe de discussion.

4. Déroulé de l'entretien :

Nous avons été attentifs à la mise en place d'une ambiance agréable, avec le souci d'instaurer une dynamique de groupe. Le temps d'accueil en début d'entretien était un temps de collation pour favoriser la mise en place d'une telle dynamique. De même, le placement des patients dans la salle se faisait autour d'une table basse, pour favoriser les échanges.

A la fin du focus group, chaque patient s'est vu remettre un questionnaire pour renseigner ses caractéristiques (Annexe II).

5. Analyse des données :

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone. Cette méthode peut induire une censure des patients mais cela nous a semblé préférable à la prise de note durant l'entretien, qui n'est pas adaptée à un focus group de 8 personnes.

Les focus group ont été ensuite retranscrits sous Microsoft Word. Une analyse thématique de contenu a été réalisée avec le logiciel NVivo 11.

Résultats

Nous allons tout d'abord détailler la population qui a participé à cette étude, puis les changements induits par le programme. Deux grands changements ont été identifiés : une transformation des relations des patients (avec eux-mêmes et leur entourage), et leur vécu du processus de changement de comportement.

1. Caractéristiques des patients :

3 focus group ont été réalisés entre août et octobre 2014. La durée moyenne d'un entretien était de 90 minutes. 24 patients ont donné leur accord pour participer à cette démarche. Ils ont été répartis en 3 focus group de 8, 9 et 7 patients.

Les caractéristiques de la population ayant participé à l'étude sont regroupées dans le tableau 1.

Il est intéressant de noter que peu des personnes ayant bénéficié de l'ETP sont des hommes (2 hommes / 24 patients) et que la classe d'âge la plus représentée est celle plus de soixante ans (dix patients sur les vingt-quatre)

Concernant le niveau de formation, treize patients ont une formation BEP, CAP ou équivalent.

L'ETP était majoritairement reçue en hospitalisation conventionnelle pour un séjour de quatre semaines. Certains patients ont poursuivi par une prise en charge en hôpital de jour. Tous les patients de l'hôpital de jour ont initié la démarche éducative par une hospitalisation conventionnelle.

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.

		Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Total:
Nombre de patients					
patients		8	9	7	24
Sexe					
	Masculin	0	0	2	2
	Féminin	8	9	5	22
Age					
	Moins de 40 ans	0	0	0	0
	40-50 ans	1	2	2	5
	50-60 ans	2	3	4	9
	60 ans et plus	5	4	1	10
Activité professionnelle					
	Oui	3	5	5	13
	Retraité (e)	4	3	1	8
	Sans emploi	1	1	1	3
Niveau de formation					
	CAP, BEP, BTS	6	4	3	13
	Bac	1	3	3	7
	Entre Bac et Bac +3	1	1	1	3
	Au-delà de Bac +3	0	1	0	1
Pathologie (s) surajoutée à l'obésité*					
	Sans complication	1	1	0	2
	Arthralgies	3	3	2	8
	Dyslipidémies	2	1	1	4
	Diabète type 2	2	1	2	5
	Maladie cardio-vasculaire	2	2	1	5
	Retentissement psychologique	1	1	1	3
	Retentissement respiratoire	0	1	1	2
Type de prise en charge *					
	Hospitalisation conventionnelle	5	6	6	17
	Hospitalisation de jour	4	3	2	9

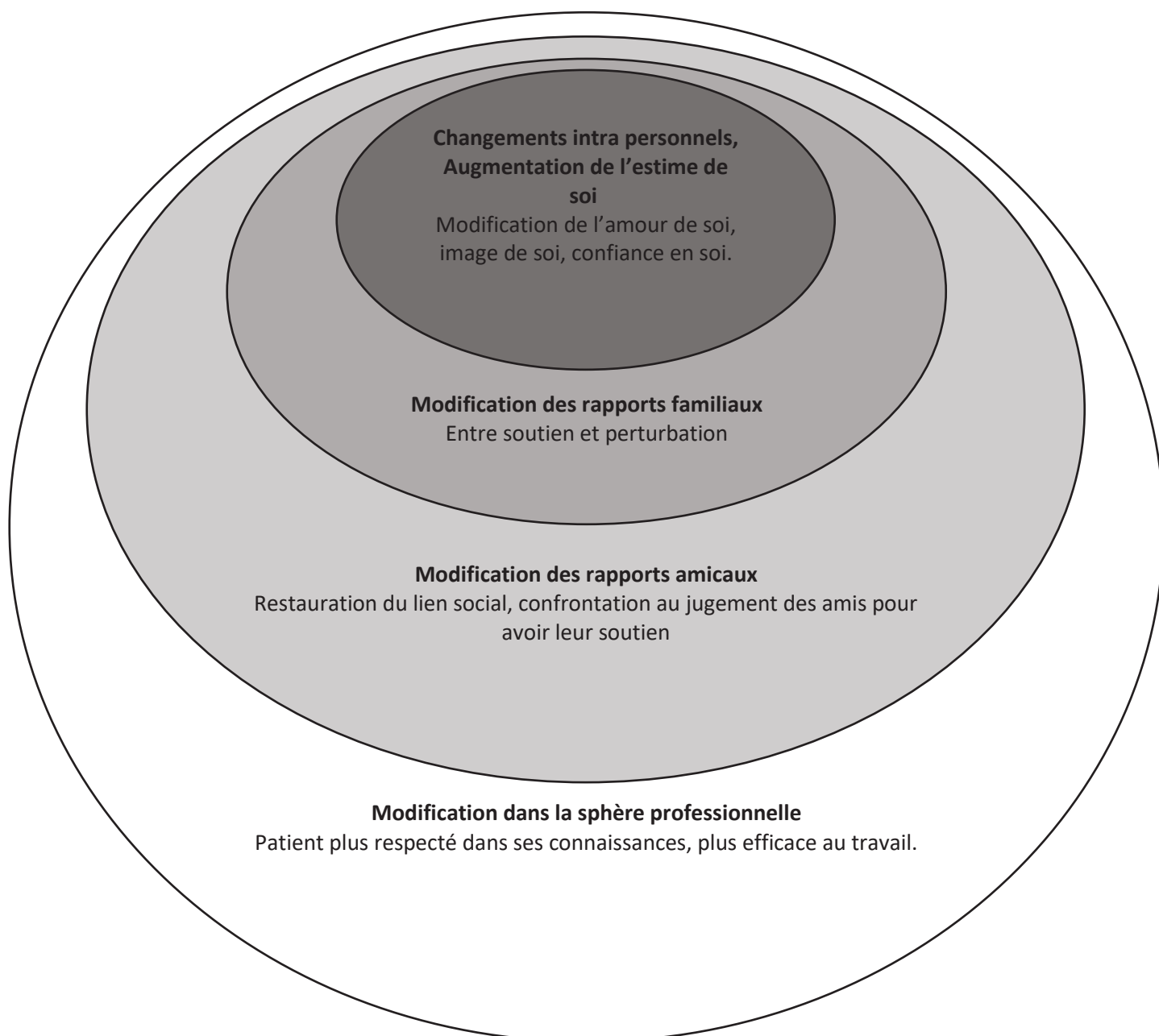
*: le total excède 24, car les patients peuvent avoir plusieurs comorbidités, et avoir bénéficié du programme d'ETP suivant différentes prises en charge.

2. Relation à soi et aux autres :

Selon les patients le programme d'ETP modifie les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes, ainsi que les rapports avec les personnes de leur environnement : famille, amis, collègues de la sphère professionnelle.

Tous ces changements intra-personnels, familiaux, amicaux, professionnels sont reportés sur la figure 1.

Figure 1 : Changements constatés par les patients après le programme.



2.1 Changements intra-personnels :

Nous avons constaté une amélioration de l'estime de soi des patients, soit au travers d'une modification de l'amour de soi, de la confiance en soi ou de l'image de soi.

2.1.1 *L'amour de soi*

Nous avons constaté une augmentation de l'amour de soi. Avant le programme, les patients déclaraient « *Je commençais à être mal dans ma peau.* » ou « *Je me détestais !* ».

Nous avons remarqué une évolution de leurs discours lorsqu'ils se référaient à eux-mêmes après le programme, mettant en lumière une amélioration de leur amour de soi. Ils disaient en ce qui les concernaient : « *on est content de soi* », « *on s'aime ! Alors qu'on s'aimait plus du tout* », voire « *je suis bien dans ma tête, mon corps. Ca y est, je m'aime* ».

2.1.2 *La confiance en soi*

La confiance en soi a aussi été développée. Une patiente a fait état d'une difficulté à sortir de chez elle car elle avait « *peur du regard des autres, le jugement* », peur de ce qu'ils pourraient penser d'elle. Un patient nous disait : « *il y a des personnes qui ont honte de dire qu'ils sont au régime* » en s'incluant dans ce « *ils* » ce qui pouvait s'entendre comme une faible confiance en lui.

Après le programme, le discours a évolué et la confiance en soi des patients a été stimulée.

Un patient rapporte de lui et de deux amis qui ont participé au programme « *on accepte nos failles* ». Un autre au sujet du contrôle de son poids et des écarts qu'il pourrait faire « *le juge, c'est toi, par rapport à toi-même* », ce qui traduit bien la confiance renouvelée qu'il a su trouver après la sortie du programme.

2.1.3 *L'image de soi*

Une participation au programme d'ETP améliore l'image de soi des patients. Une patiente rapporte clairement que « *mon image, c'était que j'étais en surpoids* ». Une autre patiente nous avouait qu'elle était « *mal dans son corps* ».

Pendant le programme, une patiente rapporte que « *A force de voir « des gros », ben finalement on voit la personne qu'il y a en dessous de tous ces kilos* », ce qui est un premier pas dans le changement de l'image de soi.

Après le programme, une patiente nous dit que grâce au programme son « *moi intérieur est sorti, on s'en fiche des kilos, on rayonne* ». Un « *se sent plus alerte* » après le programme, un autre nous rapporte que « *en perdant du poids, je me sens beaucoup mieux* » en faisant référence à son positionnement au sein de sa famille. Une patiente nous dit que « *mon corps, ben maintenant il va un peu mieux* ». « *On voit son corps changer* » ce qui apportait de la motivation, voire de la joie en constatant que « *J'ai deux tailles de moins* ».

2.2 Modifications des relations familiales

Le fait de s'inscrire à un programme d'ETP réveille le soutien de la famille du patient. Ces proches aidant le patient peuvent être de la famille proche ou éloignée « *tout le monde autour de moi* », « *mon mari qui comprend mon mal être* », cela peut être le « *soutien de mes enfants et mes gendres* ». La famille donne spontanément son soutien au patient pour qu'il prenne soin de lui. Comme si le fait de se « *reprendre en main* » réveille la compassion de sa famille. Par contre un patient nous disait qu'il comptait aussi sur eux après la sortie du programme, « *il est fondamental, quand on sort d'ici, que les gens autour de nous soient moteurs* ».

La participation au programme d'ETP transforme le regard de la famille au patient.

Avant les programme, une patiente nous disait que le simple fait d'être obèse la différenciait de sa famille « *déjà ça c'est une exclusion* ». Pour une mère de famille, les commentaires à table ressemblaient à « *Tu vas encore manger ça ?* ». Une autre femme nous confie ce que lui disait son mari « *T'es grosse...* ». Une patiente nous avouait que sa fille de seize ans « *ne voulait pas devenir comme elle* ». Cette même patiente a fait venir sa fille à l'unité de diététique pour

qu'elle puisse bénéficier de la même éducation diététique. Après le programme, le regard des membres de la famille a changé, un mari a dit à sa femme « *mais tu es bien comme tu es !* ».

Mais ce changement du patient éveille aussi des perturbations au sein de la famille, car ses membres ne veulent pas que les patients changent trop ou trop vite. Ainsi deux bénéficiaires du programme ont eu comme commentaires de leur famille « *Ne maigris pas trop !* » ou alors « *maigris pas trop tu vas tomber malade* ». Le changement de leurs proches peut les effrayer et leurs réactions venir perturber l'évolution du patient.

2.3 Modifications des relations amicales

Le soutien des amis, évolue aussi après avoir participé au programme. Avant le programme, peu de personnes bénéficiaient du soutien de proches, certains se sentaient « *délaissés* », voire « *désociabilisés* ».

Après le programme, le patient déclare retisser du lien social, se « *resociabilise* ». Mais il faut aussi qu'il accepte d'en parler à ses proches pour pouvoir bénéficier de leur soutien qui n'est pas automatique. Ainsi une patiente nous relatait que « *moi mes amis je leur ai dit « je suis malade », donc si vous m'invitez ne vous vexer pas si je ne mange pas certaines choses* ». La démarche a besoin d'être expliquée pour que les amis y adhèrent et soutiennent le patient. Une autre patiente nous expliquait que « *l'extérieur, il faut qu'ils adhèrent, pour que cela soit compatible au long cours* ». C'est comme cela qu'un homme nous disait que « *les vrais amis me sortait un Perrier* », signe qu'ils comprenaient et le soutenaient dans sa démarche.

Le regard des proches évolue aussi, les patients ont reçu des commentaires positifs à la suite du programme comme « *eh ben dis donc, qu'es ce que tu as fait ?* » au sujet du physique d'un patient qui avait perdu 8 kilos. Une autre patiente a eu comme remarque de la part d'amis « *qu'elle était rayonnante !* ». Une patiente a eu des retours moins agréables, comme « *Je te l'avais jamais dit, tu en avais besoin* ». Ce dernier témoignage est assez significatif des rapports

avec les proches : ils ne veulent pas émettre des critiques négatives, comme c'est le cas avant le programme, mais n'hésitent pas à souligner les effets positifs. Tous les proches ne sont pas aidants et certains invitent à transgresser l'interdit concernant la diététique « *oh ben quand même, tu peux bien en boire un !* ».

2.4 Modifications des relations professionnelles

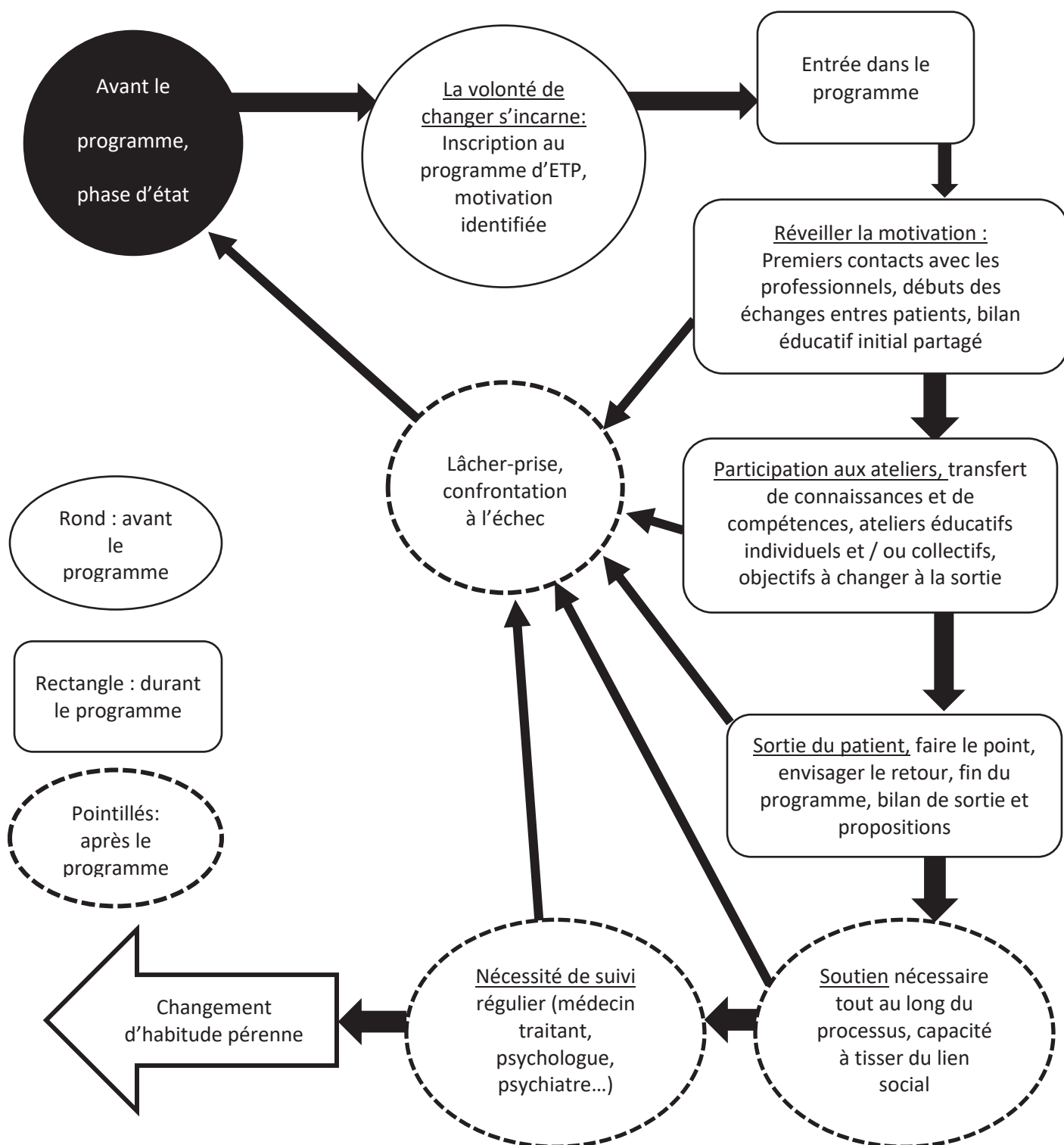
En dernier lieu, le programme a eu des effets dans la sphère professionnelle. Une patiente avait entendu son chef parler d'une collègue qui était obèse « *Comment elle va monter à l'échelle ? T'as vu le gros cul qu'elle se trimballe ?* ».

Après le programme, un patient nous racontait qu'il avait parlé de son hospitalisation à ses collègues de bureau qui « *ont changé leur façon de voir les choses, ils discutent moins ce que je dis, parce que avant j'avais systématiquement tort !* ». De son propre point de vue, il se sent mieux dans son travail « *je trouve que je travaille mieux, c'est plus rapide, je mets moins de temps pour traiter un dossier* ».

3. Vécu du patient et démarche éducative :

L'autre catégorie d'effets du programme d'ETP est le changement d'habitude sur le long terme. Nous savons qu'une habitude est quelque chose de difficile à modifier. Durant nos rencontres les patients ont décrit les étapes nécessaires pour qu'un changement s'inscrive dans la durée. Ces différentes étapes sont schématisées dans la figure 2.

Figure 2 : Le processus de changement constaté à l'entrée, pendant et à la suite du programme d'ETP.



3.1 Avant le programme

Les patients sont mus par une envie de changement. Ces motivations sont variées, de la peur d'une opération « *c'était ça ou je repassais encore sur la table d'opération* » aux douleurs à soulager le « *mal de dos* », pour « *soulager mon cœur* », ou alors « *j'ai un petit-fils, donc il faut que je m'en occupe* », « *se sentir mieux dans ma peau* ». Cette volonté de changement des patients se traduit par l'engagement dans le programme d'ETP.

3.2 Pendant le programme

Après son entrée dans le programme, les deux premiers jours sont des jours de découverte, où le patient prend contact avec les professionnels pour établir les objectifs du patient. Cette phase va stimuler la motivation du patient, la « *booster* » selon un des interviewé. Le patient après apprend aussi à faire connaissance du groupe. Les premiers échanges en dehors de la structure apparaissent, et ils sont importants « *Moi ce qui m'a aidé c'est les discussions, en dehors des cours c'est là où l'on progresse vraiment* ».

Le patient bénéficie de quatre types d'ateliers : médicaux, diététiques, activité physique adapté, psychologiques. Là les patients peuvent cibler des changements qu'ils veulent mettre en place dans leur vie, par exemple pour la diététique : « *faire de la cuisine diététique* », « *peser* » les aliments, « *faire mes courses* », « *calculer* » les équivalences dans les familles alimentaires, « *aménager les recettes* ». Bref « *les habitudes ont changées* » comme le dit si bien une patiente. Pour l'activité physique, les changements sont la volonté de « *refaire du sport* », « *reprendre l'escalier* », « *s'inscrire à un cours de gymnastique* », « *aller prendre le pain en marchant* », « *garer sa voiture le plus loin possible* ». Un patient nous confie même qu'il a « *compris que si on arrête de faire du sport en sortant d'ici, on est foutu* ».

Un entretien de fin de programme, avec le médecin et l'infirmière permet d'aider le patient à préparer sa sortie en identifiant ce qu'il veut changer comme nous le relatait une patiente

« Moi c'est l'entretien avec le docteur à la fin où on a fait mon plan de bataille pour les mois après ma sortie ça m'a bien aidé. »

3.3 Après le programme

Une fois sorti, le patient a besoin d'un soutien inconditionnel de son entourage (famille, proches) pour *« ne pas craquer »*. Il mettra à profit sa capacité retrouvée à tisser du lien social *« on se resocialise », « on peut vivre en société », « je parle beaucoup plus, je vais plus vers les autres »*.

Une grande majorité des patients sont d'accord pour affirmer qu'un suivi est nécessaire, voire indispensable *« si l'on n'a pas d'encadrement après, attention », « si je craque au niveau de la tête, forcément, je reprendrai des kilos »*. Et justement, pour ne pas craquer, le suivi est essentiel.

Plusieurs personnes peuvent assurer ce suivi selon les patients, le médecin traitant, un psychiatre, un psychologue, un diététicien, un nutritionniste,... C'est au patient de trouver le suivi qui lui conviendra le mieux, suivant ce qui s'est passé durant le programme.

Certains ont identifié des problèmes d'ordre psychologique durant leur hospitalisation *« on m'a aidé aussi psychologiquement », « c'était plus psychologique », « le psychologique va avec le physique », « je ne suis pas bien, paf je mange », « c'est pas ton ventre qui n'est pas bien, c'est ta tête », « nos émotions peuvent influencer sur nos comportements immédiats »*, ou même psychiatrique *« parce que quand je ne me vide pas la tête, je mange pour me faire du bien »*.

Un patient pensait que la diététique était importante mais pas suffisante parce que *« Je pense qu'on a tous un problème psy, si on est là »*. Il a conclu que *« le suivi avec un psy est indispensable »*. D'autres ont choisi de se faire suivre par leur médecin traitant *« j'ai fait une sorte de contrat avec ma généraliste, pour la voir tous les mois »*. Une autre patiente louait *« la bienveillance et le non-jugement des professionnels en général »*

Une fois l'objectif atteint, le patient ressent une intense satisfaction, le « *phénomène de récompense* » selon une patiente, « *on se sent puissant* ». Ces objectifs sont très divers « *je peux monter les escaliers* », perdre « *un ou deux kilos* ». La taille des vêtements jouent un rôle important dans cette satisfaction, car ils sont des repères fiables du changement du corps du patient « *quand vous mettez du 46 voire du 48 et puis après du 42, ça fait plaisir* », ou alors quand une vendeuse leur dit du pantalon qu'elles ont choisi « *Mais c'est trop grand madame* ». Tous ces objectifs atteints sont « *bons pour le moral* », « *ça m'a fait me sentir bien* » et participe au renforcement de l'estime de soi et de la motivation du patient, ce qui produit un cercle vertueux jusqu'au moment où les nouvelles habitudes seront ancrées.

3.4 L'échec

Par contre si le patient perd sa volonté de changement et lâche prise, « *se laisse vivre* », si « *les écarts arrivent* », ou s'il ne tient ses résolutions « *que six mois* », ou s'il « *envoie tout balader !* », alors il retournera à la phase d'état, celle d'avant l'inscription au programme, avec en plus le sentiment d'échec et une perte d'estime de soi. Or plusieurs patients ont observé que « *rien ne préparait à l'échec* » durant le programme.

Discussion

Notre travail a permis de mettre en lumière deux principaux changements attribués au programme d'ETP par les patients : le premier concerne les changements dans les relations à soi et aux autres. Le second correspond au vécu des patients durant la démarche éducative et les étapes qu'ils ont identifiées dans leur progression.

1. Discussion des résultats:

1.1 L'estime de soi

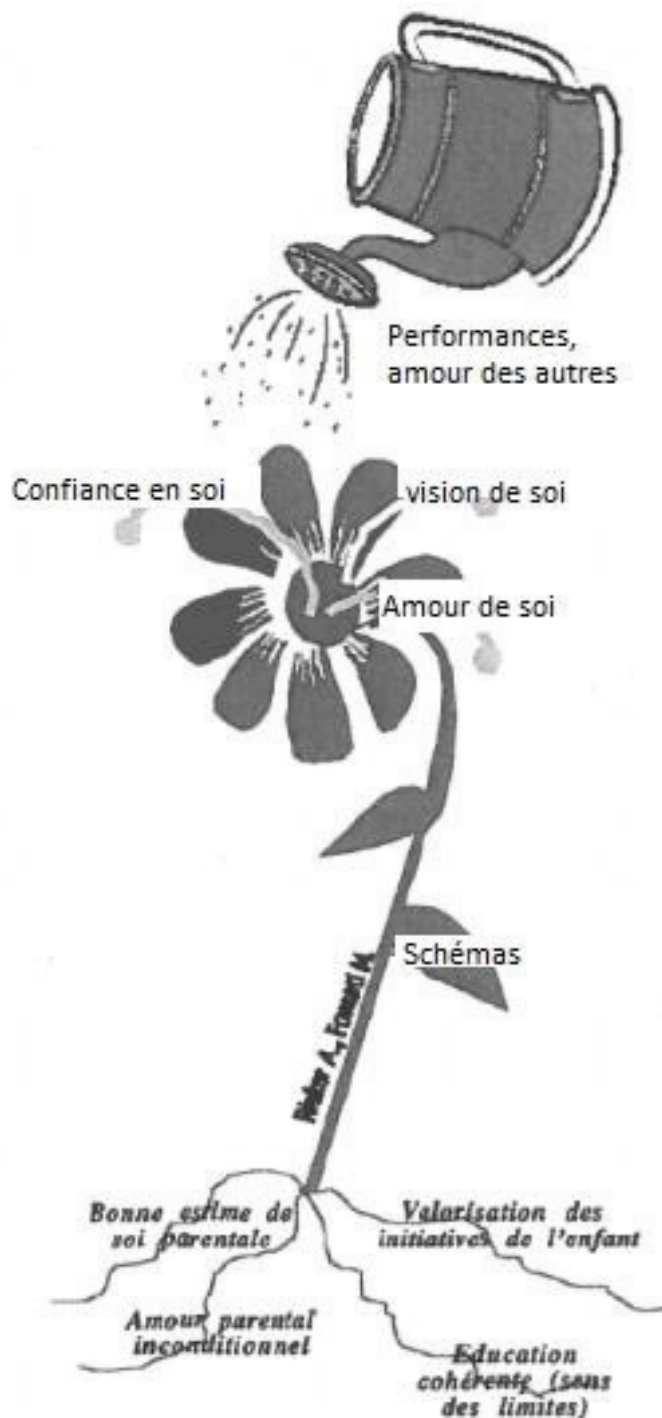
Notre travail a bien retrouvé l'importance du développement de l'estime de soi en éducation thérapeutique. Dans le discours des patients améliorer la vision qu'ont les patients d'eux-mêmes permet d'améliorer l'efficacité de l'ETP. Cela a été démontré par Fossati, Rieker et Golay en. Ils ont établi un schéma métaphorique pour représenter l'estime de soi : la fleur de l'estime [23]. Cette fleur, représentée dans la figure 3, se compose de :

-Quatre racines qui correspondent à la bonne estime de soi parentale, à un amour parental inconditionnel, une éducation cohérente et une valorisation des initiatives)

-Trois étamines qui sont l'amour de soi, la vision de soi, et la confiance en soi)

-Les schémas cognitifs du patient sont représentés par les feuilles de la fleur.

Figure 3 : la fleur de l'estime de soi.



En déclinant les différentes composantes de cette fleur, les patients peuvent identifier celles sur lesquelles ils peuvent agir, comment ils peuvent « arroser » leur fleur. En 4 séances de thérapie de groupe, les patients constatent une amélioration de l'estime de soi ainsi que de la communication et de l'affirmation de soi. Nous faisons l'hypothèse que cela se retrouve dans

notre étude, car les modifications de rapports entre le patient et sa famille, ses proches et sa sphère professionnelle commencent par une modification intra-personnelle (l'augmentation de l'estime de soi) qui ensuite retentit sur ses relations et sur le comportement de personnes gravitant autour du patient.

Le travail sur l'estime de soi en ETP est important pour donner confiance au patient en sa capacité à changer d'habitude de vie et à l'accompagner dans ce processus. Nous avons cherché à confronter le processus décrit par les patients dans nos entretiens aux modèles existants pour le valider.

1.2 Le processus de changement selon Prochaska

Nous avons trouvé des correspondances entre les étapes décrites par le patient dans le processus de changement et celles du cycle de Prochaska et DiClemente [24].

Ce cycle décrit les phases par lesquelles nous devons passer pour changer un comportement délétère à notre santé, et l'illustre pour le sevrage tabagique. Il se décompose en six étapes :

-La première étape est celle de la pré-contemplation. Le fumeur ne pense pas avoir de problème avec sa consommation de tabac et ne compte pas changer de comportement.

-La deuxième étape est celle de la contemplation. C'est là que commence l'ambivalence du fumeur, il sait qu'il doit arrêter de fumer mais continue à profiter de sa situation.

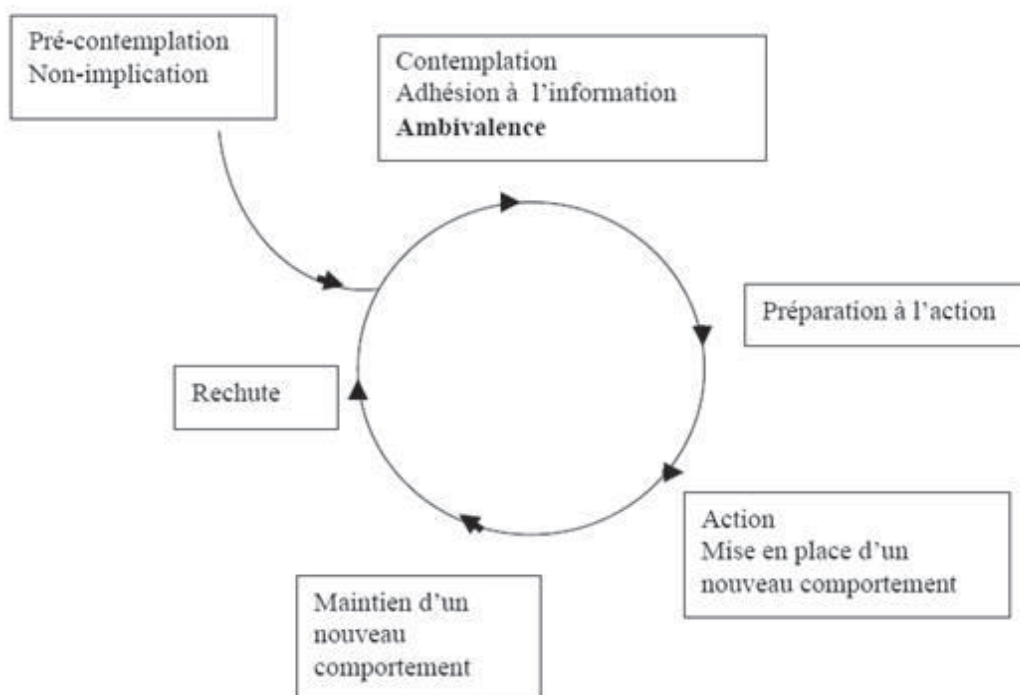
-La troisième étape est celle de la préparation à l'action. Le fumeur planifie l'arrêt du tabac dans un futur très proche.

-La quatrième étape est celle de l'action et la mise en place d'un nouveau comportement. Le fumeur arrête de fumer. Les difficultés du sevrage apparaissent, et le soutien est nécessaire.

-La cinquième étape est celle du maintien du nouveau comportement. C'est une phase de consolidation le fumeur doit être attentif à ne pas rechuter.

-La sixième et dernière étape est celle de la rechute. Elle fait partie du cycle normal qui se répète jusqu'à ce que le patient réussisse à consolider sa phase de maintien pour faire une sortie permanente de ce cycle.

Figure 4 : Le cycle de Prochaska et DiClemente.



Nous avons identifié comme corrélations :

*La phase de préparation à l'action du cycle de Prochaska et DiClemente correspond à l'inscription du programme.

*La phase d'action englobe ce qui se passe durant le programme : le réveil de la motivation (premiers contacts entre patients, établissement des objectifs éducatifs), le transfert de connaissances et de compétences (ateliers, établissement des objectifs de sortie).

*La phase de maintien d'un nouveau comportement correspond à l'après programme, au moment où le patient a besoin de soutien, d'un suivi régulier et d'un lien social renforcé.


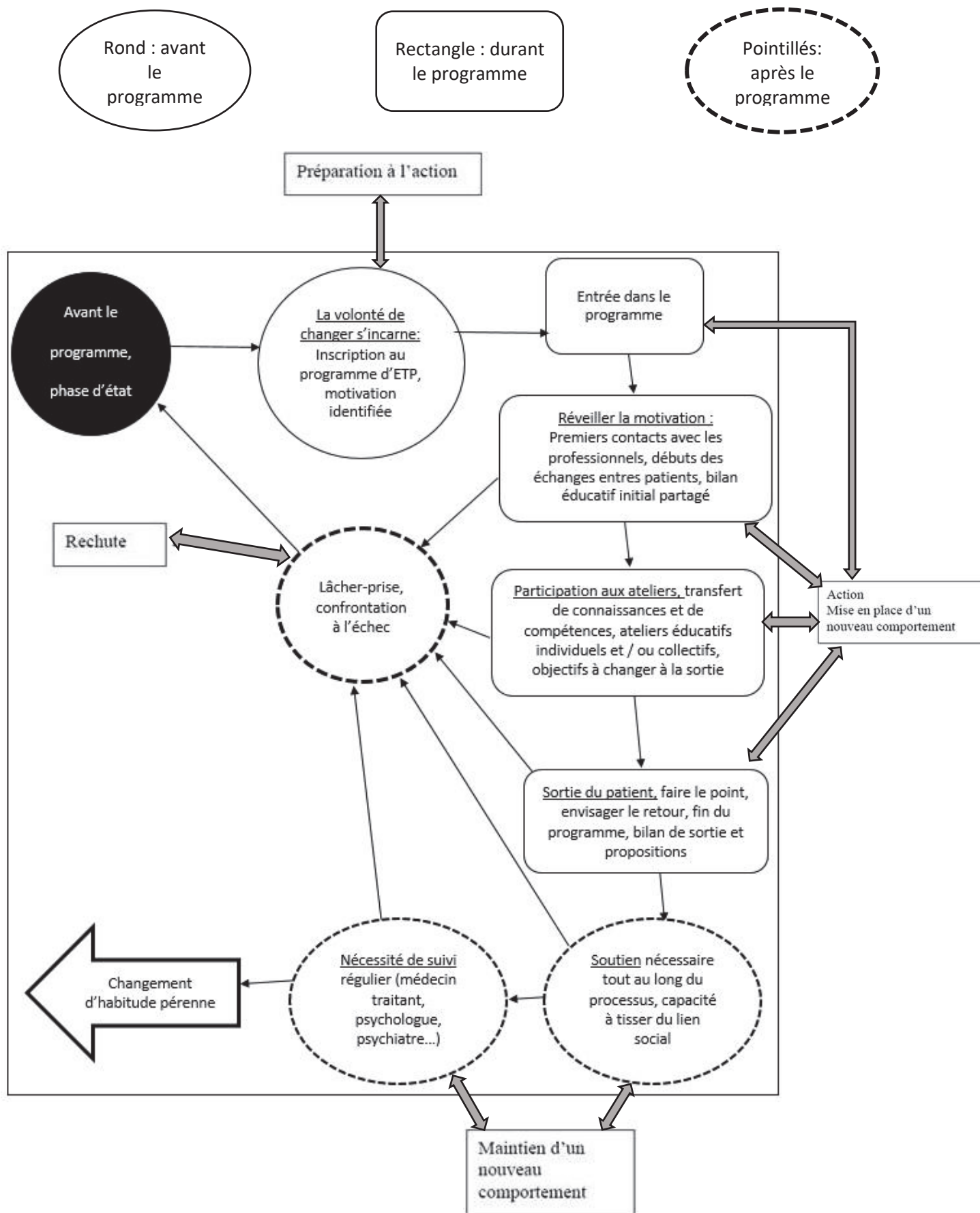
*L'étape de rechute du cycle de Prochaska concorde avec le lâcher-prise décrit par certains patients. Cela est reporté sur la figure 5. Les concordances entre le cycle de Prochaska et le processus éducatif décrit par les patient sont marquées par des doubles flèches :  .

Figure 5 : Concordances entre le processus de changement de l'étude et cycle de Prochaska et DiClemente.



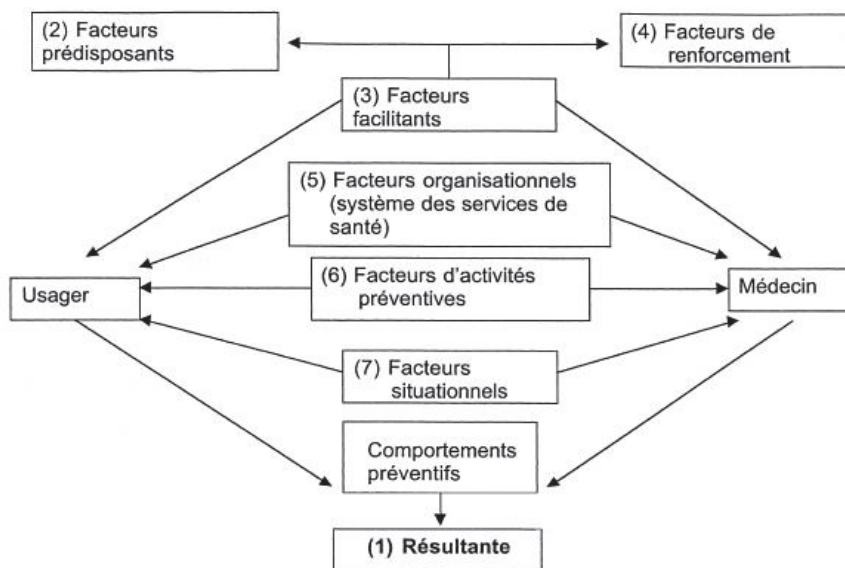
Cependant, le modèle de Prochaska et DiClemente ne prend pas suffisamment en compte l'histoire personnelle du patient. Il s'agit pourtant d'une part essentielle de l'éducation thérapeutique, qui vise à apporter au patient ce qu'il pense lui manquer, en fonction de son ressenti et de ses expériences. C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de m'assurer que les effets déclarés par le patient concernant le programme lui soit bien imputable.

1.3 Le processus de changement selon Walsh et McPhee

Pour pouvoir affirmer que les effets constatés sont bien attribuable au programme, nous allons utiliser le modèle systémique de soins préventifs de Walsh et McPhee de 1992 [25]. Ce modèle met en évidence les rôles respectifs du patient « l'utilisateur » et du médecin dans les comportements de prévention et de soins préventifs. La coalition de ces deux acteurs est essentielle pour mettre en place un comportement préventif. Ils sont tous deux influencés par plusieurs types de facteurs : prédisposant, de renforcement et facilitant. Par ailleurs d'autres facteurs extérieurs participent au comportement préventif, sont les facteurs organisationnels, les facteurs d'activités préventives et les facteurs situationnels. Le détail de ce modèle est donné en annexe III.

L'éducation thérapeutique, qui a pour but de prévenir les complications et de diminuer l'incidence de la maladie concernée, s'inscrit dans des fonctions de prévention secondaire. Le modèle de Walsh et McPhee peut donc être appliqué à l'ETP.

Figure 6 : Le modèle systémique de soins préventifs de WALSH et MCPHEE (1992).



Pour chaque facteur décrit dans ce modèle, nous allons faire le parallèle avec la démarche éducative du programme d'ETP. Si tous les facteurs concordent, nous pourrions faire l'hypothèse que les effets constatés, la « résultante » selon ce modèle, sont bien imputables au programme d'ETP.

1) La résultante correspond à tous les changements induits par le patient dans le cadre d'un objectif qu'il s'est choisi (perte de poids, reprise d'activité physique adaptée, alimentation diététique)

2) Les facteurs prédisposants sont reliés à la motivation à entreprendre le changement désiré. Pour le patient il s'agit de sa motivation (à perdre de poids, ou alors le « mal de dos », « peur de l'opération »), ses croyances de santé, ses attitudes, ses attentes. Les facteurs prédisposants sont les mêmes pour le médecin: croyances, attitudes, expériences cliniques antérieures.

3) Les facteurs facilitants sont les habiletés et les ressources nécessaires pour effectuer le changement choisit par le patient : son vécu, ses connaissances sur l'obésité, son niveau socio-économique. Ceux du médecin sont son expérience en éducation thérapeutique, ses connaissances et la structure où se déroule l'éducation.

4) Les facteurs de renforcement sont ceux qui supportent ou récompensent le changement. Pour le patient il s'agit du soutien de la famille, des proches ainsi qu'un suivi nécessaire après la sortie du programme. Ceux du médecin sont la satisfaction du patient et le soutien de l'équipe éducative.

5) Les facteurs organisationnels correspondent au service où se déroule l'action éducative, la disponibilité des professionnels et la prise en charge par la Sécurité Sociale de l'hospitalisation.

6) Les facteurs d'activités préventives sont composés des coûts, des risques, de l'efficacité et de l'impact des ateliers éducatifs.

7) Les facteurs situationnels correspondent aux comportements de santé du patient mais aussi des médecins ce qui inclut les visites médicales qui étaient réalisées une fois par semaine.

La démarche éducative se retrouve donc dans ce modèle de soins préventif. Nous pouvons donc penser que les effets constatés par les patients sont liés au programme d'ETP.

Mais nous devons noter que ce programme ne met pas en jeu tous les facteurs possibles :

*Les facteurs facilitants du patient, notamment son vécu, ne sont pas abordés systématiquement. Les patients partagent leurs expériences entre eux et avec un professionnel durant des groupes de parole qui fonctionnent sur la base du volontariat.

* Les facteurs de renforcement du patient ne sont pas suffisamment exploités dans le programme. Rien ne prépare le patient à mettre en place un suivi pourtant indispensable après la sortie du programme.

*Les facteurs prédisposants du médecin (motivation, croyances de santé, attitudes, attentes) ne sont jamais abordés dans le programme.

Durant notre étude, les patients n'ont que très peu parlé de leurs relations avec le médecin de l'unité. Or selon le modèle de soins préventif de Walsh et McPhee, le soignant a autant d'importance que le patient dans l'adoption d'un nouveau comportement en santé. Nous pouvons formuler deux hypothèses : soit le programme n'utilise pas, ou peu, le médecin pour aider le patient à modifier son comportement, soit le guide d'entretien telle que nous l'avons créé n'explore pas cette thématique.

Cette égalité entre médecin et patient pose la question de « Qui éduque l'autre ? » qui a déjà été étudiée par Brigitte Sandrin [26], médecin de santé publique et présidente de l'Association Française pour le Développement de l'Education Thérapeutique (AFDET). Finalement, le patient et le médecin vont s'éduquer l'un l'autre et « la relation médecin-patient apparaît dès lors comme un enrichissement mutuel » très bien expliqué par Philippe Barrier [27].

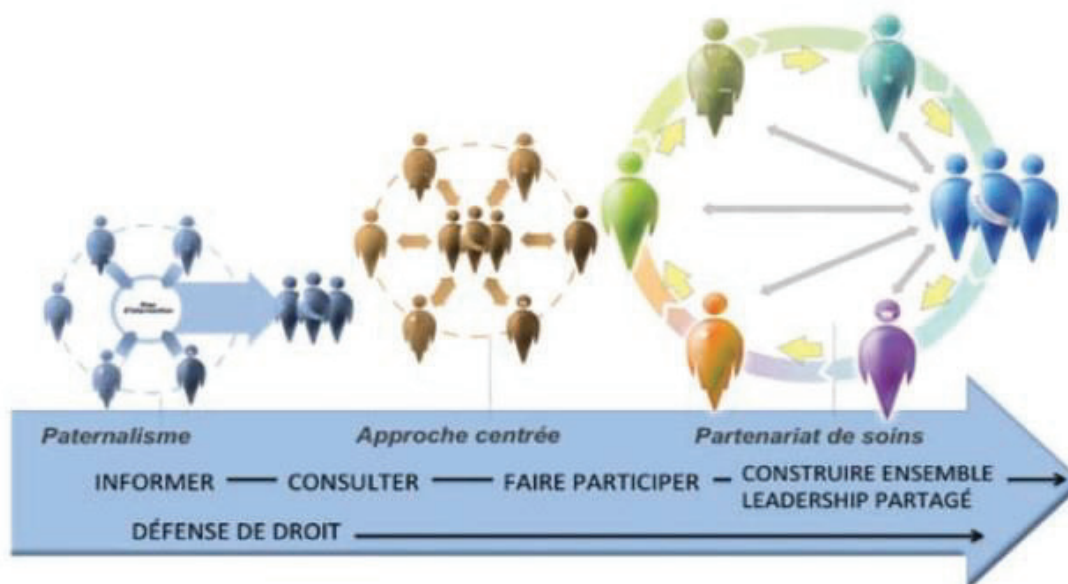
1.4 Le patient partenaire dans l'équipe éducative, le modèle de Montréal

Les relations entre les patients et les équipes de soins ont évolué depuis que le modèle de WALSH et MCPHEE a été décrit en 1992. Historiquement, les premières relations de soin décrites entre patient et médecin correspondent à l'approche paternaliste, où le patient n'a aucun poids et aucun avis, il doit juste suivre les directives du médecin. Ensuite est apparue l'approche centrée patient où le patient était impliqué dans l'acceptation ou le refus de la décision, mais pas dans l'élaboration de cette décision.

En 2016, l'équipe de l'université de Montréal a décrit une nouvelle façon d'envisager les relations médecins-patient avec la notion de « patient partenaire » [28]. Dans ce modèle, le patient est reconnu pour son savoir expérientiel de la maladie, c'est un membre de l'équipe de soin comme tout autre professionnel de santé. Cette approche vise à engager le patient dans l'activité de soin et à le conforter dans sa légitimité pour prendre une décision le concernant. De plus, étant un membre à part entière de l'équipe soignante, c'est lui qui va

dicter la dynamique de la prise en charge, en fonction de ses capacités, de ses potentialités et de ses souhaits.

Figure 7 : Evolution des relations entre le patient et les équipes de soin.



Et c'est exactement dans cette démarche de partenariat de soin qu'évolue l'ETP en France actuellement, avec une volonté politique de la part de l'HAS d'inclure les associations de patients avec des patients-experts dans la création et l'animation des programmes d'éducation thérapeutique. En effet qui mieux qu'un patient peut expliquer à un autre patient son parcours de santé en faisant le lien ville-hôpital, son vécu, son expérience, ses liens avec les équipes de soin ?

En conclusion, nous pouvons dire que l'étude des effets de ce programme d'ETP destiné aux personnes en situation d'obésité rappelle l'importance de la prise en charge de l'estime de soi dans les pathologies chroniques multifactorielles. De plus, un programme d'ETP permet aux professionnels de santé d'accompagner le patient dans les différentes étapes d'un changement comportemental à visée préventive (prévention secondaire ou tertiaire). Mais cet accompagnement doit se faire dans les deux sens : le patient doit aussi agir pour que le

médecin modifie sa vision de la relation soignant-soigné. Une évolution dans ce domaine sera bénéfique pour tous les patients qui seront pris en charge ultérieurement.

2. Les faiblesses de cette étude:

2.1 Matériel et méthode :

Il existe un biais de sélection concernant la qualité de l'échantillon. En effet, étant donné que la participation de cette étude reposait sur la base du volontariat ainsi que la répartition géographique des patients, il est logique de penser que les patients ayant ressentis des effets négatifs du programme ne sont pas venus participer aux entretiens. Des entretiens individuels avec des patients insatisfaits auraient pu compléter l'échantillon de la population étudiée. De plus les patients se sachant enregistrés ne se sont peut-être pas autorisés à livrer tous leur ressentis. Par ailleurs, la population étudiée comporte seulement deux hommes sur vingt-quatre patients, alors que le programme compte 40% de patients masculins. Il aurait été intéressant de réaliser des entretiens individuels semi dirigés pour recueillir le vécu et l'opinion de plus d'hommes et de de patients qui auraient pu se sentir bloqués par l'aspect collectif des focus group.

Cette étude portant sur des patients ayant fini le programme d'ETP entre six mois et un an, il subsiste un biais de mémorisation.

2.2 Analyse :

L'analyse des verbatim a été réalisée par une seule personne, ce qui est la plus grande faiblesse de cette étude. Elle peut également être responsable d'approximation dans l'analyse et la catégorisation thématique, ainsi que d'un manque de profondeur de part l'inexpérience du chercheur.

3. Propositions d'amélioration

Depuis que le recueil des données a été fait, deux ans se sont écoulés. J'ai eu l'occasion de revenir à l'unité de diététique de Pégomas à l'occasion de mon dernier stage et j'ai pu y constater les changements qui ont eu lieu depuis mon premier stage d'interne. Par exemple le fait que l'équipe soignante se soit formée à l'ETP, formation durant 6 jours et exigée par l'ARS. Les supports d'évaluations ont été modifiés, la prise en charge éducative est plus coordonnée avec des réunions pluriprofessionnelles qui ont un vrai impact sur le parcours du patient.

Ce travail de recherche permet de proposer plusieurs pistes d'amélioration pour la pratique éducative des professionnels du programme d'ETP pour patient en situation d'obésité :

- Comme les patients le soulignent, le suivi est primordial. Il serait donc intéressant d'augmenter le nombre de places en hôpital de jour et de faire participer les professionnels de proximité dans la démarche.
- L'estime de soi est une thématique essentielle dans le programme d'ETP, or peu d'ateliers la prennent en compte. Il faudrait envisager de créer des ateliers spécifiques pour travailler l'estime de soi ou former les professionnels de santé à tenir compte de cette compétence psycho sociale en transversalité.
- Les connaissances scientifiques concernant la diététique, que les patients sont très heureux d'apprendre, sont peu applicables sur le long terme dans leur vie quotidienne. Il serait judicieux de revoir le contenu de ces ateliers et faire une actualisation scientifique des contenus.
- Nous avons vu que l'approche du « patient partenaire » a toute sa place dans un processus éducatif. Nous pourrions proposer d'inclure les patients experts au moment des réunions de concertation pluriprofessionnelles, et de certains ateliers, pour donner plus d'impact aux messages délivrés par les professionnels de l'équipe ETP.

Bibliographie

1. Miller L V, et Goldstein G. More efficient care of diabetic patients in a country-hospital setting. *N. Engl. J. Med.*, 1972, 286, 1388 – 1394.
2. Golay A, Lager G, Giordan A. *Comment motiver le patient à changer*. Paris : Maloine ; 2010.
3. Giordan A. *Apprendre !*. Belin, Paris 1998, rééd 2004.
4. Golay A, Lager G, Giordan A. Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique. *Médecine des maladies métabolique*, 2007, vol 1, n°1.
5. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, et al. Selfmanagement education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software; 2001.
6. Monnikhof EM, Van der Valk PD, Van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, Walters EH, et al. Self-management education for chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002; Issue 4.
7. D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer un patient : approche pédagogique*. Paris : Maloine, 2004.
8. Journal Officiel de la République Française n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184.
9. HAS. Guide d'auto évaluation annuelle communiqué de presse du 10 avril 2012.
10. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse*, 2009 ; vol 5 : p 688-90.
11. Golay A, Buclin S, Ybarra J, et al. New interdisciplinary cognitivebehavioural-nutritional approach to obesity treatment : a 5-year follow-up study. *Eating Weight Disord* 2004, vol9, p29-34.
12. Albano M-G, Golay A, De Andrade V, Crozet C, D'Ivernois J.F. Therapeutic patient education in obesity : analysis of the 2005-2010 literature. *Educ Ther Patient*, vol4, n°2, décembre 2012.

13. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults : Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2006, n 5, p102-114.
14. Aide-mémoire de l’OMS N°311 « Surpoids et obésité », Juin 2016.
15. Eschwege E, Charles M-L, Basdevant A (et al.). *ObEpi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l’obésité*. Neuilly-sur-Seine : Institut Roche de l’obésité, INSERM, Kantar-Health, 2012, pp16-17, Chapitre III.
16. JOLY A-S, DANGAIX D.« Si vous voulez travailler sur l’obésité, il faut déjà respecter les personnes obèses ». *La santé de l’homme*. 2012, n°419, p. 15-16.
17. Bracq Retourné F, Sangignol F. *Education thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : INPES, 2010, p 108-113.
18. Recommandation HAS sur la prise en charge médicale de premier recours pour le surpoids et l’obésité, septembre 2011.
19. Waysfeld B. *Le poids et moi*. Paris : Armand Colin, 2014, p 278-283.
20. Rapport d’orientation de l’HAS. L’éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques : Analyse économique et organisationnelle. Novembre 2007.
21. Rapport HAS. Evaluation quadriennale d’un programme d’éducation thérapeutique du patient : une démarche d’auto-évaluation. Mai 2014.
22. COPPET H. Thèse de médecine générale. *Evaluation de l’impact d’un programme d’éducation thérapeutique de proximité du point de vue du patient diabétique de type 2*. Nice, 2012.
23. Fossati M, Rieker A, Golay A. Thérapie cognitive en groupe. De l’estime de soi chez les patients obèses. Un nouvel outil : la fleur de l’estime. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2004, vol.14, n°1, pp. 29-34.
24. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol*. 1992;47:1102–14.

25. Walsh JM, McPhee SJ. A systems model of clinical preventive care: an analysis of factors influencing patient and physician. *Health Educ Q.* 1992;19:157-75.
26. Sandrin-Berthon B. Patient et soignant: qui éduque l'autre? *Médecine des maladies Métaboliques*, 2008, vol2, n°4.
27. Barrier P. *Le patient autonome*. Paris : PUF ; 2014.
28. Pommey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V. La vision « patient partenaire » et ses implication : le modèle de Montréal. *La revue du praticien*, avril 2016, vol 66, p 371-375.

Annexes

Annexe I

GUIDE D'ENTRETIEN

Accueil : collation.

Installation des personnes autour d'une table basse.

Introduction / Présentation :

« - Bonsoir à tous. Je m'appelle Philippe REMY, et je réalise actuellement un travail de recherche sur l'éducation thérapeutique du patient souffrant de surpoids. Plus particulièrement, je m'intéresse aux effets engendrés par cette éducation sur le patient et sa famille. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet. Mieux connaître votre point de vue va permettre d'améliorer les pratiques des intervenants en la matière.

- Vous avez été contacté par téléphone, ou vous vous êtes porté volontaire après avoir lu les affiches pour participer à cette enquête et je vous remercie d'avoir répondu et d'être présent aujourd'hui.

- Avec votre permission, cette rencontre sera enregistrée afin de faciliter ultérieurement l'analyse de vos réponses et suggestions.

- Je réaliserai moi-même cette analyse et prendrai soin de rendre anonymes toutes les données concernant chacun d'entre vous, conformément aux règles d'un travail de recherche.

- Durant les échanges, je demande à chacun de respecter la parole de l'autre, et son point de vue.

N'hésitez pas à prendre la parole pour exprimer toutes les idées qui vous viennent à l'esprit. C'est ce

que vous ressentez, ce que vous pensez qui est intéressant. Plus les idées sont différentes, variées et mieux c'est.

-Je prendrai soin d'encourager les plus timides à parler et à modérer les plus bavards afin d'équilibrer le temps de parole.

- Avant de commencer, avez-vous des questions ?

-Êtes-vous toujours d'accord pour participer à cette enquête ?

- Cette rencontre va durer environ une heure trente, est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des impératifs ? Notamment aux niveaux des horaires ?»

Consigne :

Je souhaiterais que vous m'expliquiez qu'est ce qui vous a été utile dans ce programme d'éducation thérapeutique pour gérer les situations quotidiennes avec votre surpoids et/ou votre diabète.

Votre opinion est importante. Afin de vous aider à exprimer en quoi le programme d'éducation thérapeutique vous a été utile, pour vous, votre vie et votre entourage, j'ai disposé sur la table 15 pancartes, qui sont de grands thèmes de la vie quotidienne qui se rapportent à la santé. Il s'agit simplement de pistes de réflexion, et d'autres peuvent émerger grâce à vous qui êtes les premiers concernés.

***Mon corps** (Image de soi, image du corps, bouger, respirer, confiance en soi, se respecter, discrimination, comment les autres me perçoivent, bien être, énergie)

***Ma vie, mes projets** (Stabilité, relation avec les autres, faire des projets, exprimer ses besoin, prendre des décisions, résoudre un problème)

***Mes émotions** (sentiments d'efficacité, stress, sommeil, sexualité, équilibre, apaisement, déprime)

***Le plaisir** (Manger, bouger, bien-être, relations avec mes amis/ma famille)

***Mon poids** (Perception de soi, ma vision de l'obésité, compréhension de son état, exprimer ses besoins, état d'esprit)

* **Les relations aux autres** (confiance en soi, estime de soi, ouverture d'esprit, se connaître, se respecter, se faire entendre, savoir dire)

***La liberté d'agir** (Bien-être, confiance en soi, émotions)

***Le regard des autres** (image de soi, perception, discrimination, reconnaissance, ouverture d'esprit, se respecter, les autres et moi)

***L'estime de soi** (discrimination, reconnaissance de soi, reconnaissance de ses efforts, relations avec les autres)

***La confiance en soi** (Rapport à soi, stabilité, compétences)

***Les soignants, le suivi médical** (confiance/méfiance, soutien, relations avec les professionnels de santé, exprimer ses besoins, se faire entendre)

***S'accomplir** (relations au travail, relations avec sa famille, relations avec ses amis, relations avec son conjoint, estime des autres, reconnaissance de ses efforts, estime de soi, prendre des décisions, résoudre des problèmes)

***Décider en cas de crise** (hypoglycémie)

***Ma santé.**

***Soutien psychologique**

- Je vous invite à prendre la parole sur chacun de ces thèmes afin de m'expliquer ce que le programme vous apporte, et en précisant par quels moyens. Si d'autres idées viennent à votre esprit n'hésitez pas à me le suggérer. Nous allons effectuer ensemble cette réflexion durant environ 75 minutes puis nous concluons cette rencontre.

En fonction des réactions, laisser parler ou relancer en reprenant les thèmes point par point :

-avez-vous modifié vos habitudes concernant ...

-Qu'en pensez-vous ?

-Est-ce que cela évoque quelque chose pour l'un de vous ?

-Qu'en faites-vous ?

Et cela a changé quelque chose ?

- Laisser aller le débat. Organiser les idées de chacun. Essayer d'interpeler les plus timides (ex : est-ce que cela évoque quelque chose pour vous ?), et d'inciter chacun à respecter la parole de l'autre.

-Résumer de temps en temps les idées

-Faire préciser en quoi le programme a eu un impact ? Comment faire les liens avec leur expérience à l'unité de diététique ?

Conclusion :

L'interviewer fait un bref résumé des informations qui auront émergé. Remercier pour la richesse et la participation au débat.

- A présent, je distribue à chacun un papier sur lequel je vous invite à inscrire 3 choses qui seront, pour vous, ceux pour lesquels l'éducation thérapeutique a eu la plus grande influence.

Distribution des papiers + remplissage = environ 5-6 minutes.

Ramassage de tous les papiers puis lecture en les répertoriant au tableau. Précisions si nécessaire.

Remerciements.

Informez le groupe que les résultats de l'étude leur seront mis à disposition. Informez que nous restons à leur disposition en cas de questions ou de remarques. Leur proposer d'assister à la thèse.

Annexe II

FICHE DE CONCLUSION DE L'ENTRETIEN :

1) Les trois thèmes qui sont, pour vous, ceux pour lesquels le programme d'éducation thérapeutique a eu le plus d'influence :

-
-
-

2) Et si vous nous parliez un peu de vous ?

Si vous ne pouvez pas répondre à une question ou souhaitez compléter votre réponse,

Utilisez l'espace sous chaque question.

-Précisez votre situation :

- Sexe
- Age
- Votre lieu de résidence (ville code postal)
- Activité professionnelle (à préciser même si retraite)
- Niveau de formation initiale (BEPC, Baccalauréat, Licence, Master etc.)
- Vos problèmes de santé
- Type d'hospitalisation durant le programme :
 - Hôpital de jour Hospitalisation conventionnelle
 - Nombre de séjours :
- Médecin(s) qui vous a/ont adressé à l'Unité de Diététique
- Professionnels qui vous suivent pour votre santé (médecin, diététicienne, psychologue, éducateur sportif, infirmière etc.)

Maintenant nous aimerions savoir de ce qui vous a incité à participer à ce programme

(Plusieurs cases peuvent être cochées) :

- Qu'est-ce qui vous a incité à participer à ce programme :

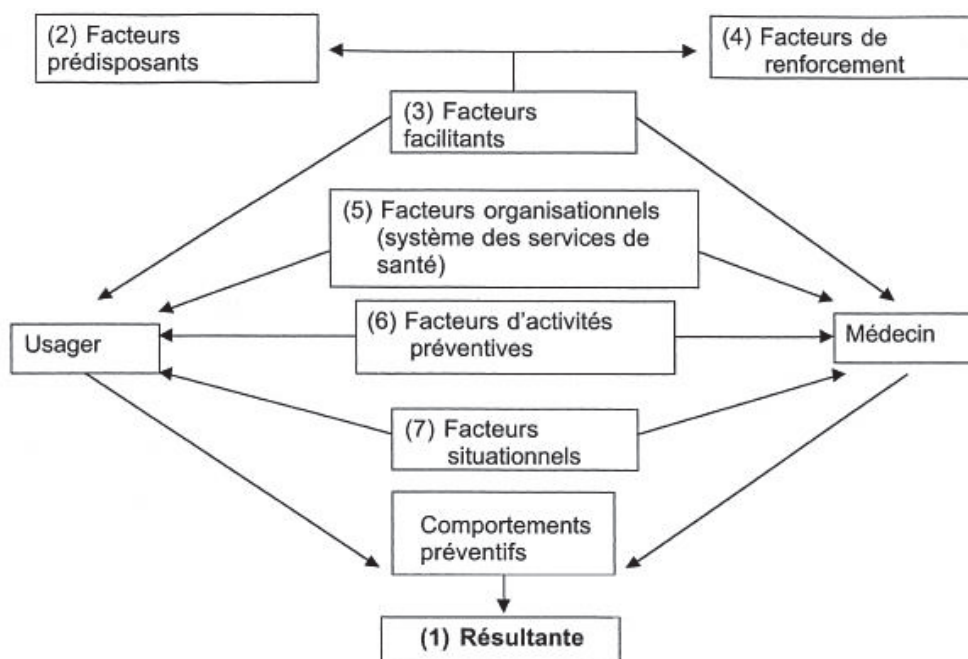
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bénéficier d'informations sur le diabète/le surpoids | <input type="checkbox"/> Bénéficier d'informations sur mon traitement |
| <input type="checkbox"/> M'aider à mieux gérer mon diabète/surpoids au quotidien | <input type="checkbox"/> Améliorer l'équilibre de mon diabète/ mon équilibre pondérale |
| <input type="checkbox"/> Eviter les complications du diabète /du surpoids | <input type="checkbox"/> Diminuer les hypoglycémies |
| <input type="checkbox"/> Me sentir moins seul face à mon diabète/mon surpoids | <input type="checkbox"/> Faire plaisir à mon médecin |
| <input type="checkbox"/> Rien en particulier | <input type="checkbox"/> Autre(s) |

Précisez :

Annexe III

Le modèle systémique de soins préventifs de WALSH et MCPHEE (1992)

Ce modèle puise ses sources dans plusieurs modèles, soit le Health Belief Model (BECKER, 1975), le PRECEDE (GREEN, KREUTER, DEEDS & PARTRIDGE, 1980) ainsi que les théories de l'efficacité personnelle perçue (BANDURA, 1977) et de l'action raisonnée (FISHBEIN & AJZEN, 1975). Il met en évidence le rôle de l'utilisateur et du médecin dans les comportements de prévention et de soins préventifs. Le comportement préventif est présenté comme la résultante de l'action combinée de l'utilisateur et du médecin, tous deux étant influencés par des facteurs prédisposants, de renforcement et facilitateurs. D'autres facteurs liés au soignant et à l'utilisateur influencent le comportement préventif. Ils incorporent les facteurs organisationnels, les facteurs d'activités préventives et les facteurs situationnels.



(1) La résultante est définie en tant que diminutions de l'incidence de la maladie, de la morbidité et de la mortalité.

(2) Les facteurs prédisposants sont reliés à la motivation à entreprendre le comportement de santé désiré. Ceux de l'utilisateur incluent les caractéristiques démographiques de la personne, ses croyances de santé, ses attitudes, ses attentes, sa motivation (foyer de contrôle interne, l'efficacité personnelle perçue) et l'orientation de ses valeurs de santé. Les facteurs prédisposants du médecin correspondent aux caractéristiques démographiques, au genre, à l'ethnicité, à la concordance du langage, aux croyances, aux attitudes, à l'expérience clinique antérieure et à sa pratique de santé personnelle.

(3) Les facteurs facilitants comprennent les habiletés et les ressources nécessaires pour effectuer le comportement. Ceux attribués à l'utilisateur comprennent l'éducation, les connaissances sur la santé, les habiletés, le niveau de revenu, les facteurs logistiques et les facteurs physiologiques. Les facteurs facilitants du médecin sont composés de l'entraînement, de l'expertise technique, des connaissances, des facteurs logistiques et de la disponibilité du matériel.

(4) Les facteurs de renforcement sont ceux qui supportent ou récompensent le comportement. Les facteurs de renforcement de l'utilisateur comprennent le soutien social et le renforcement de l'activité préventive. Ceux du médecin, comprennent la satisfaction de l'utilisateur, le soutien et la reconnaissance des pairs.

(5) Les facteurs organisationnels du système de soins incluent l'accès aux soins, la disponibilité de la technologie et du personnel, les priorités organisationnelles, la structure de la pratique de bureau, le remboursement et la coordination des ressources communautaires.

(6) Les facteurs d'activités préventives sont composés des coûts, des risques, de l'efficacité et de l'efficience des activités préventives.

(7) Les facteurs situationnels déclenchent les comportements de santé qui incluent les indices internes, comme les symptômes et les indices externes comme les rappels des médecins.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate de Martin Winckler

Le serment d'Hippocrate prononcé par tous les internes avant d'obtenir leur titre de docteur en médecine est un événement qui clôt symboliquement leur formation initiale. Depuis la Grèce antique et au fil de l'évolution de la société, il existe plusieurs versions de ce serment, j'ai souhaité prêter serment aujourd'hui devant vous en lisant un texte imaginé par Martin Winckler. Ce médecin généraliste est reconnu par ses pairs pour parler et écrire avec justesse sur la relation médecin-patient qui est la compétence centrale de notre métier. Ce code éthique est original en ce sens qu'il laisse la parole au patient. C'est ce point de vue qui m'a plu car il essaye, autant que faire se peut, de s'approcher de la réalité de vie des patients.

1. Je suis le patient, ton égal, et je te choisis comme soignant. En échange de ma confiance, tu assumeras la responsabilité de mes soins avec loyauté. Car je n'ai pas besoin d'une relation de pouvoir, mais de soutien, d'assistance et de partage.

2. Pour me soigner au mieux, physiquement et moralement, tu mettras en œuvre ton savoir, ton savoir-faire, ton intelligence et ton humanité; tu prendras garde, en tout temps, à ne pas me nuire.

3. Tu respecteras ma personne dans toutes ses dimensions, quels que soient mon âge, mon genre, mes origines, ma situation sociale ou légale, ma culture, mes valeurs, mes croyances, mes pratiques, mes préférences. Si tes valeurs sont trop éloignées des miennes pour que tu te sentes prêt à me soigner, tu m'aideras sans réserve à trouver le soignant dont j'ai besoin.

4. Tu seras le confident et le témoin qui entend mes plaintes, mes craintes et mes espoirs sans jamais les disqualifier, les minimiser, les travestir, les museler, les divulguer sans mon accord ou les utiliser contre moi. Tu seras mon interprète et mon porte-parole, celui qui parle en mon nom mais non à ma place. Tu ne me soumettras pas à des interrogatoires inquisiteurs et tu ne me bâillonneras pas.

5. Tu partageras avec moi, sans réserve et sans brutalité, toutes les informations qui me concernent et dont j'ai besoin pour comprendre et supporter ce qui m'arrive, pour faire face à ce qui m'arrivera. Tu répondras patiemment et sans restriction à toutes mes questions ; tu ne me cantonneras pas au silence, tu ne me laisseras pas dans l'ignorance.

6. Tu m'aideras à prendre les décisions qui me concernent, en m'informant et en me guidant au mieux. Tu n'entraveras jamais ma liberté par la menace, le chantage, le mensonge, le mépris, la manipulation, le reproche, la culpabilisation, la honte, la séduction. Tu ne me tromperas ni sur tes compétences ni sur tes limites. Tu ne m'abuseras pas et tu n'abuseras pas de moi.

7. Tu m'assisteras non seulement face à la maladie, mais aussi face à tous ceux qui pourraient profiter de mon état - tout particulièrement s'il s'agit d'autres professionnels de santé. Tu ne seras ni leur complice ni leur serviteur. Et tu refuseras que quiconque - moi y compris - t'achète ou t'utilise.

8. Tu m'aideras à lutter contre les injustices qui m'empêchent de recevoir des soins, tu respecteras et feras respecter les lois qui me protègent. Tu te tiendras à jour des connaissances scientifiques et des savoir-faire libérateurs ; tu lutteras contre les obscurantismes.

9. Tu respecteras tous les autres soignants, quels que soient leur statut, leur formation, leur mode d'exercice et tu œuvreras de concert avec eux. Car j'ai besoin de soignants qui travaillent ensemble, et non de professionnels aliénés par la hiérarchie ou les luttes de pouvoir.

10. Tu te soigneras et tu soigneras les tiens avec le même engagement et la même loyauté qu'à mon égard. Car si je ne veux pas d'un soignant qui m'exploite, je ne veux pas non plus d'un soignant qui se sacrifie. J'ai besoin d'un soignant que soigner gratifie.

En tant que médecin je m'engage devant vous à respecter tous ces points avec force et bienveillance, je ferai tout mon possible pour rester fidèle à ces principes avec l'aide des personnes de mon entourage, de mes pairs et de mes patients.