

VISIONS DE L'ETP PAR LES SOIGNANTS & LIENS AVEC LEUR FAÇON DE FAIRE L'ETP

Sandrine ROUSSEL

E-mail: sandrine.rousseau@uclouvain.be

Metz, les 5-6 octobre 2017



CONSTATS DE DÉPART

Augmentation de l'espérance de vie. Un revers: les **maladies chroniques**

Episode aigu → Maladie chronique

Un changement de paradigme en matière de soin

Face à ce défi- Années '70- L'« éducation du patient ».

Education thérapeutique du patient? (OMS, 1998).

un processus **permanent, intégré** au soin et **centré sur le patient**

qui vise à aider les patients et leur entourage à acquérir des compétences et des capacités qui leur permettent de vivre leur vie avec la maladie, notamment:

- Comprendre la maladie et le traitement;
- Coopérer avec les soignants;
- Vivre sainement,...

Outre son aspect « humaniste », l'éducation du patient est efficace (Miller, 1972).

POURTANT...

DE LA PROBLÉMATIQUE À ...

LA QUESTION DE RECHERCHE

La mise en oeuvre de l'ETP reste un défi

(Balcou-Debussche & Debussche, 2008; Chambouleyron et al., 2013; Hoving et al., 2010; Mosnier-Pudar, 2012; Kai et al., 2008)

→ **POURQUOI?**

"incohérences" entre pratiques
entre discours et pratiques
(Le Rhun, 2007; Deccache, van Ballekom, 2010)

Or,

Les liens entre représentations 🎵🎵 et comportements sont connus :

- Représentations → Comportements
(Rosenstock, 1974; Schwarzer, 2008; Ajzen & Fishbein, 1980)
- Comportements → Représentations
(Festinger, 1957; Joulé & Beauvois, 1998)

Une meilleure compréhension de ces liens
pourrait aider à améliorer la mise en
oeuvre de l'ETP.

Dans quelle mesure, les représentations des
professionnels de soins de santé
pourraient-elles expliquer les difficultés de
mises en oeuvre des pratiques d'éducation
du patient ?

- Quelles sont leurs représentations?
- Quelles sont leurs pratiques d'éducation du patient ?
- ***Quelles sont les interactions entre ces pratiques et ces représentations ?***



QU'EN DIT LA LITTÉRATURE...?

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Peu de choses.... !!

Recherche peu aisée : absence d'un terme unique pour qualifier « représentations »

20 études

- Existence d'un lien entre (certaines) représentations et pratiques.
- Mise en évidence de 4-5 types de représentations.
- Les pratiques ne sont pas constantes.
- Seules trois études s'intéressent à la « qualité » des pratiques.
Les autres étudient : la présence/absence de pratiques éducatives et leur fréquence.

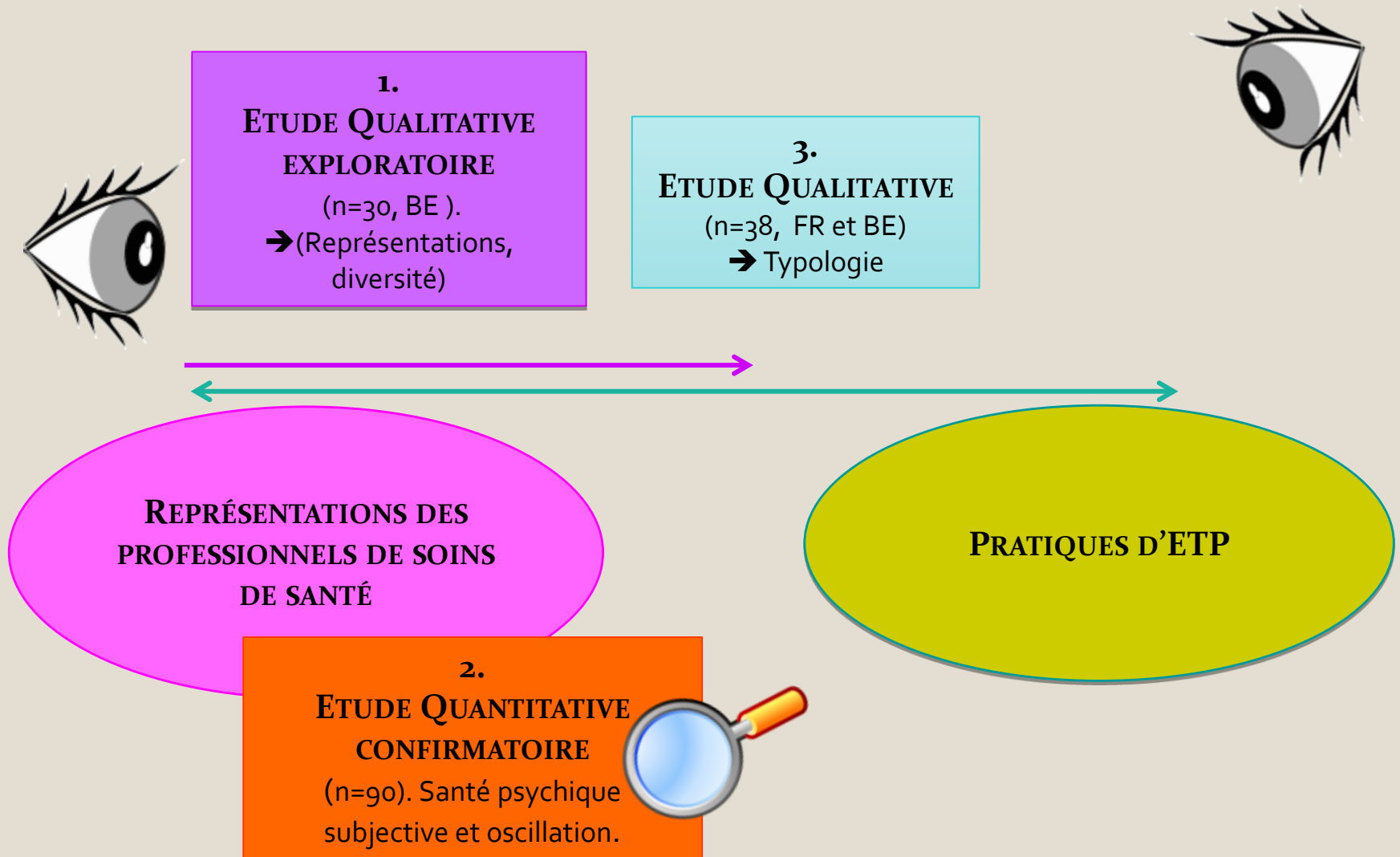
➔ La littérature permet d'énoncer des **critères de qualité pour les recherches ultérieures, pas de suggérer de pistes pour la pratique :**

- Considérer la totalité du spectre de l'éducation du patient
- Opérationnaliser les variables
- Explorer les pratiques singulières
- Apprécier la « qualité » des pratiques
- Développer des dispositifs permettant de conclure en la causalité, dans une perspective bidirectionnelle
- Mieux articuler les approches quantitatives et qualitatives



CHEMINEMENT DE LA RECHERCHE- METHODOLOGIE

DISPOSITIF DE RECHERCHE MIXTE





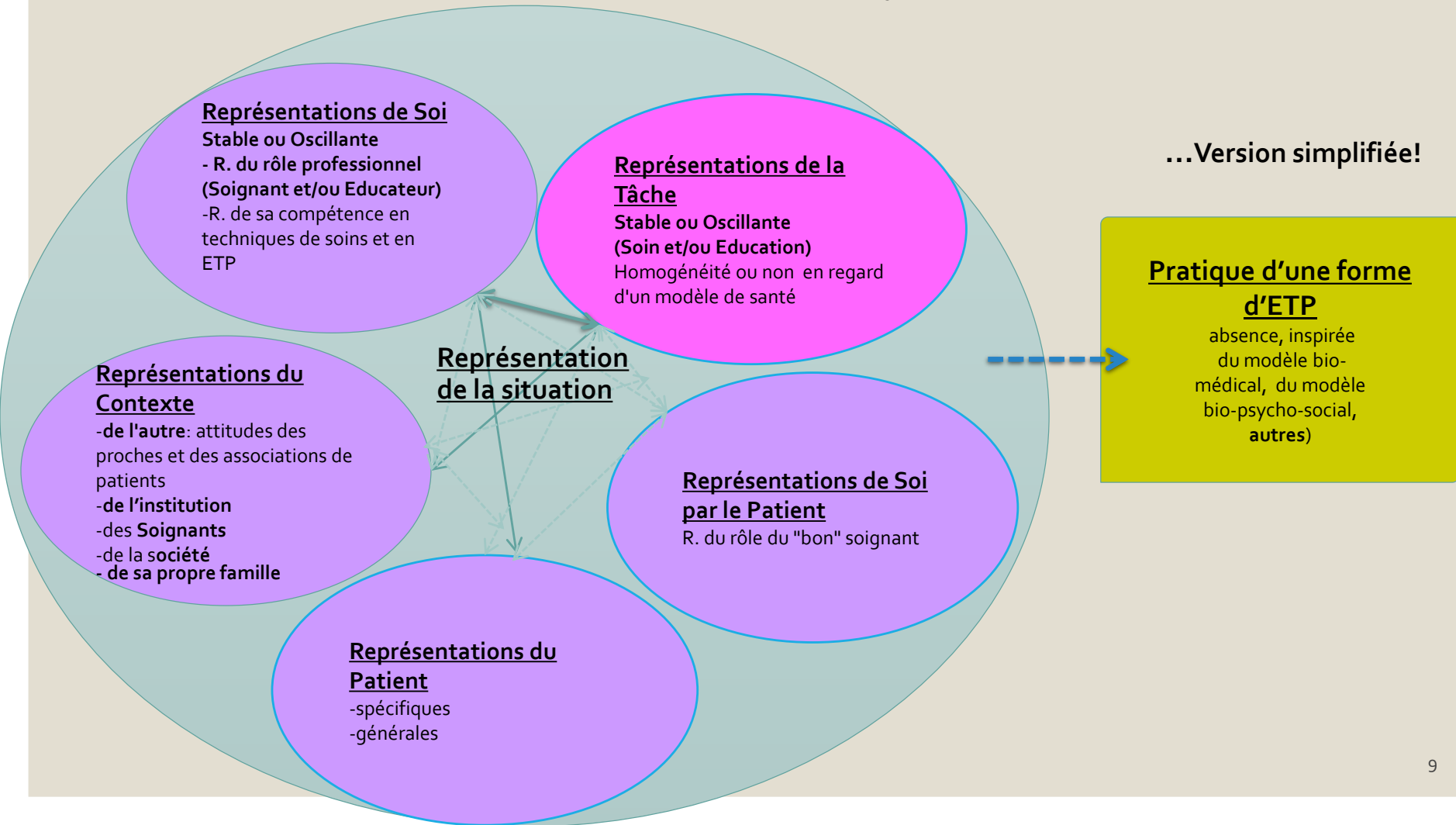
RESULTATS-CLES

SOUS L'ANGLE DES DIFFICULTÉS DE MISE EN ŒUVRE

1. REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS? (1)

1.1. Les représentations liées à l'ETP ne sont pas les seules à jouer dans l'apparition d'une pratique éducative:

- 4-5 types de représentations sont en jeu.
- L'une d'entre elles sera **prépondérante**, ce ne sera pas toujours la même (Abric, 1987).



1. REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS? (2)

1.2. Deux représentations inédites en ETP :

- Oscillation entre soignant et/ou éducateur
- Santé psychique subjective, liée aux caractéristiques suivantes:
 - Comportements de santé (vivre sa vie sans le traitement)
 - Relation soignant-soigné (tout le pouvoir au patient)

Santé	Objective-Observée	Subjective-Ressentie
Santé physique	Santé biomédicale	Santé globale ou bio-psycho-sociale Santé psychique subjective
Santé psychique		
Santé sociale		

Différences significatives dans les deux cas, entre la France et la Belgique

1.3. Grande variété des représentations relatives aux concepts « consensuels » en ETP :

- Santé globale (ou santé psychique subjective?)
- Autonomie (fonctionnelle ou décisionnelle?)
- Participation
- ETP
- diagnostic éducatif...

2. PRATIQUES D'ÉDUCATION DU PATIENT?

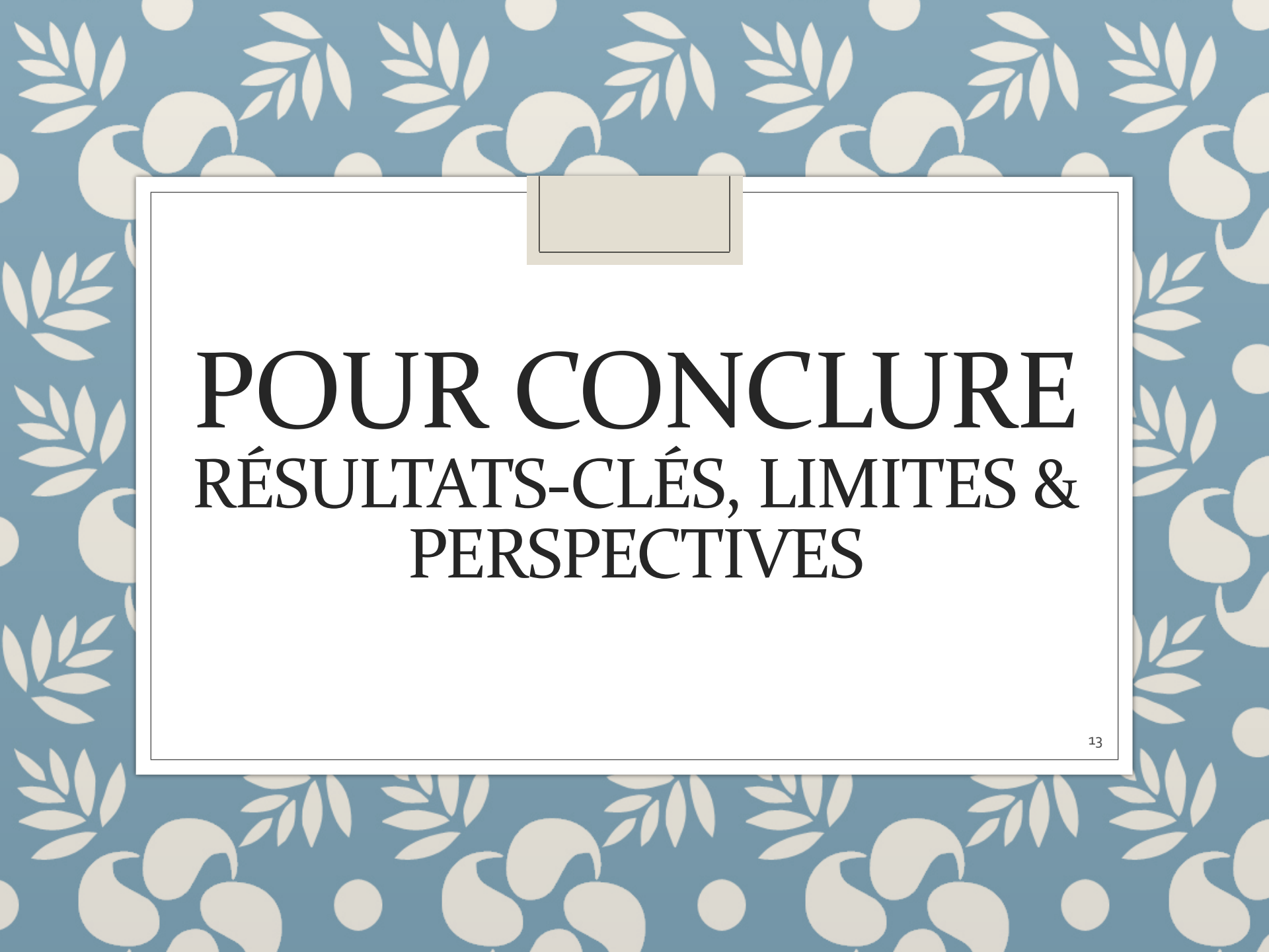
Non-inclusion de certains répondants dans les analyses: ils ne se souviennent plus des patients.

Grande variété de pratiques, 4 types, 9 sous-types. Typologie sur base de Szasz & Hollender (1956)

Pratiques « éducatives » centrées sur...			
Le professionnel	le professionnel et le patient		Le patient
1 Professionnel → Patient <i>11/26; 3 sous-types</i>	2 Professionnel →, ←, → Patient <i>7/26; 2s-t</i>	3 Professionnel ↔ Patient <i>7/26; 3 sous-types</i>	4 Patient <i>1/26</i>
<u>« Informer »</u> Activité-passivité	<u>« Communiquer »</u> Direction-coopération	<u>« Echanger »</u> « Participation mutuelle » Patient-Professionnel	<u>« Suivre »</u> <u>« Rester à côté »</u>
Divulgue des savoirs (Savoir ou Savoir-Faire), formule des conseils, SANS se préoccuper de ce que le patient sait ou souhaite savoir	Transmet des savoirs (Savoirs ou Savoir-Faire) en prenant en considération les savoirs du patient ou d'autres éléments recueillis en vue de l'éducation.	Positionne le patient en tant que acteur, partenaire, travail de la motivation	« Accompagne » sur le plan émotionnel psychologique
Professionnel			Patient

3. INTERACTIONS ENTRE PRATIQUES D'ETP ET REPRÉSENTATIONS PRÉPONDÉRANTES

Pratiques « éducatives » centrées sur....			
Le professionnel	le professionnel et le patient		Le patient
1 Professionnel → Patient	2 Professionnel →, ←, → Patient	3 Professionnel ↔ Patient	4 Patient
« Informer » Activité-passivité	« Communiquer » Direction-coopération	« Echanger » « Participation mutuelle »	« Suivre » « Rester à
R. de l'éducation du patient Floue, « conception biomédicale » ou 'promoSanté' ou expérience négative	Limite de la R. de la tâche: Savoir → comportement. Si non, R de la tâche Si oui, R de soi comme non compétent (concernant aspects psychosociaux) + R. du contexte. Renforce ou solutionne	3.1. R. de la tâche fonction de la R. de la maladie et de son traitement (et parfois la R. du patient) 3. 2. & 3.3. R de soi (et ses valeurs) (<i>sentiment de cohérence?</i>) & R. de la tâche quoique différemment en fonction des sous-types (activation du patient versus relation de confiance)	R. de la tâche. Echec



POUR CONCLURE

RÉSULTATS-CLÉS, LIMITES & PERSPECTIVES

RÉSULTATS-CLÉS ET MISE EN PERSPECTIVE

- Rapprochement avec la littérature en éducation du patient mal aisé.
- Représentations et pratiques éducatives sont **globalement cohérentes!**
- Comment comprendre alors les constats d'incohérences relevés dans la littérature?

Incohérences entre représentations et pratiques

- Une pratique n'est pas cohérente avec l'ensemble des représentations du professionnel mais avec les **représentations prépondérantes**. Il n'y a pas un type de représentations qui détermine davantage les pratiques.

Incohérences entre les pratiques

- La pratique varie au gré de la **représentation prépondérante**, rejoint les **variations de pratiques** (plus diversifiée que dans la littérature): 3 variations observées

Autres apports dans l'éclairage des difficultés de mise en œuvre:

- **Deux tendances inédites** concernant les représentations: la santé psy subjective et l'oscillation de l'identité (Moscovici, 2004)
- **Concepts consensuels** en éducation du patient recouvrant des **représentations variées**.
- **Absence de réflexivité** (// littérature ETP) (Vigil-Ripoche, 2006).

APPORTS & LIMITATIONS DE LA RECHERCHE

En regard **des critères de qualité de la recherche**:

- Opérationnaliser les variables
- Explorer les pratiques singulières
- Apprécier la qualité des pratiques (typologie)
- Mieux articuler les approches quantitatives et qualitatives
- Considérer le lien représentation-pratique dans une perspective bidirectionnelle
- Développer des dispositifs permettant de conclure en la causalité
- Considérer la totalité du spectre de l'éducation du patient (cf. essentiellement des pratiques individuelles)

Autres limites:

- Pratiques rapportées
- Représentations et pratiques analysées en regard avec le lien
- Variations pas étudiées systématiquement

➔ **Nouvelles perspectives de recherche!**

PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE



©UCL-Jacky Delorme

Formation continue:

- Besoins de formation **fonction des pratiques éducatives existantes** et **le type d'éducation visée**.
- Formations qui intègrent un travail sur les représentations
- Ne **pas en rester à un discours convenu** concernant les concepts
- **Se garder de** proposer des outils sans substrat théorique et des « solutions miracles »
- Exemples concrets facilitant le **transfert**.

Formation initiale:

Veiller à **l'intégration** de l'ETP, tout au long du cursus.

Mener des réflexions sur l'ETP dans les équipes (encourager la **métacommunication**)

Faire en sorte que le patient puisse mener un véritable dialogue avec les soignants.

Créer un contexte législatif favorable.



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

Pour les articles originaux:

https://www.researchgate.net/profile/Sandrine_Roussel

L'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE, C'EST...

C'est beaucoup d'écoute... Curieusement on fait assez peu de choses, je trouve, en tant que soignant, d'ailleurs on nous invite à en faire assez peu, c'est laisser les autres venir à nous et élaborer eux-mêmes. Nous, on est juste des guides pour éviter qu'ils tournent en rond. Voilà, ma technique c'est vraiment, c'est quel philosophe qui utilisait ça ? C'est Socrates qui répondait aux questions par d'autres questions.

(Robin, diététicien)

C'est un peu de lui donner le choix, en fait: de se soigner, de ne pas se soigner, de se prendre en charge ou non... C'est lui donner un peu de liberté !

(Sybille, coordinatrice en milieu carcéral)

L'ETP? Finalement quand on en fait, on l'utilise quasiment tous les jours dans toutes les consultations, on s'en sert quoi. C'est difficile d'en faire vraiment de façon intense parce que c'est chronophage mais on peut en tout cas tirer les aspects positifs de ça. Enfin, moi, je le vois comme ça pour le placer à chaque fois dans chaque consultation.

(Nathan, médecin spécialiste)

« Je vous explique, je vous pique ». Alors... On aurait un beau tableau. On aurait cette infirmière, qui donne des explications, qui éduque son patient. Ça peut être écrit, ça peut-être verbal, ça peut être des schémas, cela peut-être des brochures, ça peut être des dessins, parfois des silences... C'est vrai, la tension, c'est le reflet de l'état général, hein ?

(Alba, infirmière à domicile)