

Culture et éducation thérapeutique : Quels enjeux dans la relation de soin?

Rosane BRAUD, URMIS – Université Paris 7
rosane.braud@etu.univ-paris-diderot.fr

Plan de l'intervention

- 1) L'éducation thérapeutique : Une véritable pratique de soin
- 2) Les difficultés exprimées par les soignants lors de l'éducation thérapeutique :
 - ◆ Difficultés pratique de mise en œuvre
 - ◆ Difficultés lors du partage des connaissances avec les patients issus de l'immigration
- 3) Impact possible de l'interprétation culturalisante de la non-observance sur la pratique médicale :
 - ◆ Un message standardisé à l'origine
 - ◆ Un message transmis dans un laps de temps plus court
 - ◆ Un message transmis sur le mode de la prescription
 - ◆ Le risque d'une sur-interprétation culturelle : un cercle vicieux
- 4) L'interprétation culturalisante : Quels enjeux pour la relation de soin?
 - ◆ Quelle relation de soin voulons-nous?
 - ◆ Quelle place d'acteur accordons-nous réellement au patient?
 - ◆ Quelle place et responsabilité le soignant accepte-t-il d'endosser?

I) L'éducation thérapeutique : une authentique pratique de santé...

- L'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport « Therapeutic patient education » (1996), pose l'éducation thérapeutique comme une nécessité du fait :
 - ◆ De l'accroissement du nombre des maladies chroniques
 - ◆ De la mauvaise observance fréquente des prescriptions qui diminue l'efficacité de la prise en charge thérapeutique – en particulier pour ce qui est de la survenue de complications liées au traitement lui-même
 - ◆ De l'évolution des attitudes et comportements des patients vis-à-vis de la santé et des professionnels de santé.
- L'éducation thérapeutique est définie comme étant une action « visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »

[Rapport OMS Europe : « Therapeutic Patient Education, continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease », 1996, publié en français en 1998.
Site consulté : <http://www.santite.gouv.fr/gtampoints/edu/thera/notes.htm>

Education thérapeutique : la transformation du rôle des acteurs de la relation de soin

- L'éducation thérapeutique impose une nouvelle conception des rôles des acteurs de la relation de soin :
 - ◆ Un soignant qui devient un soignant-éducateur et accompagnateur d'un patient-acteur
 - ◆ Un patient qui n'est plus seulement objet passif du soin, mais aussi acteur de santé
- Malgré le rapport de l'OMS instituant l'éducation thérapeutique comme véritable pratique de soin, sa mise en œuvre n'est pas sans difficultés pour les équipes de soin

II) Difficultés rencontrées par les professionnels lors de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

- ◆ Difficultés liées à l'organisation hospitalière
- 1. Le manque de temps : « *Ce qui nous manque le plus c'est le temps. Alors on est obligé de mettre des priorités dans le travail... il faut que je fasse les soins avant de faire l'éducation. Par rapport à mon rôle d'infirmière, si je ne mettais pas cette priorité là, c'est certain, je me ferais taper sur les doigts* » (Infirmière)
- 2. Le manque de moyens : tant humains que matériels
- 3. Le manque de reconnaissance institutionnelle

Difficultés rencontrées par les professionnels lors de la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique (suite)

- ◆ Difficultés liées à la situation d'interaction : un partage des connaissances plus difficiles avec certains patients

Les patients issus de l'immigration auraient plus de difficultés à suivre les recommandations, du fait :

- D'une conception différente de la santé
- D'un rapport aux institutions médicales différent
- D'un rapport au temps ne leur permettant pas de prendre en compte la maladie sur le long terme
- De pratiques de table différentes incompatibles avec les exigences de l'équilibre du diabète
- D'une conception différente de l'alimentation : « *Pour eux l'alimentation c'est vivre, c'est pour ça que c'est plus difficile avec eux, c'est comme si tu leur demandais d'arrêter de vivre!* » (Infirmière)
- « *En fait le problème, c'est la culture, les habitudes alimentaires...* » (Diététicienne)

III) Impact possible de l'interprétation culturalisante de la non-observance sur la pratique médicale

◆ Un message standardisé à l'origine

Tendance à assimiler l'origine géographique du patient à des pratiques alimentaires et culinaires spécifiques

► Conséquences de cette catégorisation :

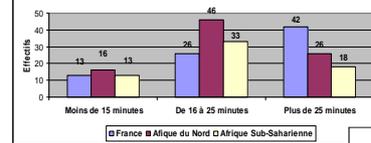
1. Évite l'échange avec le patient
2. Orientation du discours préventif en fonction de ce que l'on suppose que le patient fait, et non en fonction de ce qu'il fait

► Le risque est d'adopter des messages préventifs standardisés en fonction d'une origine et non en fonction des pratiques réelles

Impact possible de l'interprétation culturalisante de la non-observance sur la pratique médicale (suite)

◆ Un message transmis dans un laps de temps plus court

Répartition du temps consacré à l'éducation diététique durant une hospitalisation, en fonction de l'origine supposée du patient



Temps de Rééducation		Moins de 15 minutes	De 16 à 25 minutes	Plus de 25 minutes
Effectif		13	46	42
Population		12.450	5.270	200
Proportion		0,105	0,100	0,010

Impact possible de l'interprétation culturalisante de la non-observance sur la pratique médicale (suite)

◆ Un message transmis sur le mode de la prescription

Un discours préventif n'utilisant pas les mêmes logiques d'appréhension du patient pour le conseiller sur ces pratiques:

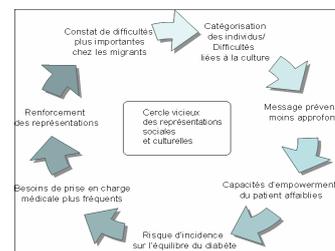
► Logiques explicatives : « *Pourriez-vous introduire un fruit à la fin de votre repas ? parce que le sucre du fruit sera mélangé au reste du repas, et que la digestion se fera plus lentement, et comme ça la glycémie montera moins vite* » *

► Logiques prescriptives : « *Il y a des erreurs dans votre alimentation. Il faut manger un fruit après chaque repas* » *

* Extraits des entretiens soignant-soigné lors de l'éducation diététique individuelle.

Impact de l'interprétation culturelle sur la pratique médicale : Un processus ayant des effets opposés à ceux désirés

◆ Le risque d'une sur-interprétation culturelle



IV) Quels enjeux une trop grande focalisation sur la culture peut-elle avoir sur la relation de soin?

Amorce de réflexion :

- ◆ Quelle relation de soin voulons-nous? Une relation figée dans des représentations culturelles, ou une relation dynamique ouvrant des perspectives d'évolution?
- ◆ Quelle place d'acteur accordons-nous réellement au patient? Refuse-t-on l'idée que la non observance puisse être le résultat d'un choix éclairé?
- ◆ Les pratiques culturelles du patient peuvent-elle être seules responsables de la non-observance? Quelle place et responsabilité le soignant veut bien endosser?

Conclusion

- L'interprétation culturelle des causes de l'échec thérapeutique n'est pas suffisante.
- Cette interprétation induit une conception du soin et de la relation soignant-soigné incompatible avec la mise en place de l'éducation thérapeutique.
- Au regard des difficultés exprimées, une formation complémentaire, systématique et spécifique au suivi des patients atteints de maladies de longue durée, apparaît comme un moyen incontournable à la réussite thérapeutique.

Bibliographie

- Albano MC, Jacquemet S, Assal JP. « Patient education and diabetes research: a failure! Going beyond the empirical approaches ». Acta Diabetol, n°36, 207-14, 1998.
- Gagneyre R, Trieynard P-Y. « L'éducation thérapeutique du patient diabétique », dans Le traité de diabétologie, coord. Grimaldi A., Médecine Sciences, Flammarion, Paris, 2005, 445-454.
- Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Lasnier-Moulet A. « L'enseignement thérapeutique : Application au patient diabétique », Revue médecine Liège, 2005, 601 : 5-6, p.599-603.
- Cognet M. « Au nom de la culture : Réflexion sur un usage inflationniste de la notion de culture dans la santé », dans Cognet M. et Montgomery C., Ethique de l'Aliment, Presses de l'Université, Laval, Collection Santé, culture et société, 2007.
- Bourdeau P. La distinction – critique sociale du jugement, Le sens commun, Les éditions de Minuit, Paris, 2003, 669p.
- Kotobi L. « Le malade dans sa différence : les professionnels et les patients migrants africains à l'hôpital », Hommes & Migrations, Juin 2000, 1225 : 62-72.
- Assal JP, Lacroix A, Perayo D. « Former les médecins qui apprennent aux malades à se soigner. Une expérience pilote en formation médicale post-graduée ». La revue d'Education Médicale, XII (2), 17-23, 1994.
- Kourilsky F. « De la relation d'aide à la relation d'entraide : motiver le patient à coopérer », Perspective soignante, 2 : 74-85, 1998.
- Fassin D. « Santé, le traitement de la différence », Hommes et Migrations, 1225 : mai-juin 2000.
- Hubert A. « Cuisine et politique : le plat national existe-t-il ? », revue des Sciences sociales : révolution dans les cuisines, 2000.
- Hassoun JP. « Se nourrir. Un faisceau d'habitude, des influences pluriculturelles », in Hmong du Laos en France. Changement social, initiatives et adaptations, Paris, PUF, coll. Ethnologies, 1997, (chapitre 5 : pp. 107-134)
- Roy B. Sang sucré, pouvoirs cotés, médecine amère – diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit, Sociétés, culture et santé, Presse Universitaire de Laval, 2002, 247p.
- Fassin D. « Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun », dans Didier Fassin (dir.), Critique de la santé publique, Paris, Bataillon, 2001.
- Assal JP. « Traitement des malades de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge », Encycl Méd Chir, Elsevier Paris, Thérapeutique, 25-005-A-10, 1996, 16p.