



HAL
open science

Préparation diététique à la chirurgie bariatrique par visioconférences pendant la crise sanitaire Covid-19 et perspectives

Manelle Benbouaziz, Régis Cohen, Jean Brice Senegas, Marjorie Rousselle, Gwendeline Guerni, Ayu Cheik Mohamed, Joelle Robert, Jean-Marc Catheline, Gaetan Des Guetz, Dominique Pougheon-Bertrand

► To cite this version:

Manelle Benbouaziz, Régis Cohen, Jean Brice Senegas, Marjorie Rousselle, Gwendeline Guerni, et al.. Préparation diététique à la chirurgie bariatrique par visioconférences pendant la crise sanitaire Covid-19 et perspectives. *Éducation Thérapeutique du Patient / Therapeutic Patient Education*, 2022, 14 (2), pp.20202. 10.1051/tpe/2022009 . hal-04127203

HAL Id: hal-04127203

<https://hal.science/hal-04127203v1>

Submitted on 15 Jun 2023

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.

Préparation diététique à la chirurgie bariatrique par visioconférences pendant la crise sanitaire Covid-19 et perspectives

Manelle Benbouaziz^{1,*} , Régis Cohen² , Jean Brice Senegas¹, Marjorie Rousselle¹, Gwendeline Guerni¹, Ayu Cheik Mohamed¹, Joelle Robert¹, Jean-Marc Catheline¹, Gaetan Des Guetz³  et Dominique Pougheon-Bertrand³ 

¹ Unité d'éducation Thérapeutique, Centre Hospitalier de Saint-Denis, 2 rue du Docteur Delafontaine, 93205 Saint-Denis, France

² Service de Chirurgie Digestive, Centre Hospitalier de Saint-Denis, 2 rue du Docteur Delafontaine, 93205 Saint-Denis, France

³ LEPS UR3412, Université Sorbonne Paris Nord, 93430 Villetaneuse, France

Reçu le 8 août 2022 / Accepté le 21 novembre 2022

Résumé – Introduction : La crise sanitaire liée au Covid-19 a engendré un confinement de la population générale afin de limiter la propagation du virus. Dans l'émergence de cette nouvelle maladie, il a fallu se mobiliser afin de limiter la transmission du virus auprès de notre population d'obèses, à risque de développer une forme grave au Covid-19. Pour cela, nous avons propos de réaliser nos ateliers ETP par visioconférence à l'ensemble des patients inclus dans le programme ETP « chirurgie bariatrique ». **Objectifs :** L'objectif de cette étude est de dégager les bénéfices et inconvénients de ce format d'ETP distanciel en collectif, leur efficacité au regard des apprentissages et des changements de comportement, et les différentes ressources du programme facilitant leurs apprentissages pour le parcours pré et post chirurgie. **Méthodes :** Il s'agit d'une étude mixte en deux phases. La première phase de l'étude consiste en une étude qualitative exploratoire par entretiens semi-directifs auprès de 18 patients ayant suivi l'ETP en distanciel de mars 2020 à mai 2020, pour explorer leur vécu des différentes sessions éducatives. L'étude exploratoire a permis d'élaborer dans une deuxième phase un questionnaire pour recueillir le point de vue de l'ensemble des patients éduqués de mars 2020 à mai 2021. L'analyse des réponses a mobilisé la théorie des capacités pour identifier les facteurs de conversion positifs ou négatifs du programme pour les apprentissages des patients. **Résultats :** Sur l'ensemble des 70 patients inclus quarante-trois personnes ont répondu au questionnaire... Cette ETP en visioconférence a permis de maintenir la programmation des interventions chirurgicales. Les patients ont rapporté un gain de temps lié à l'absence de déplacement. Des patients avec une faible littératie numérique ont pu accéder à ce programme. Les participants ont souligné l'importance de la continuité du lien avec les soignants. Les patients ont rapporté des compétences d'auto-soins acquises à travers cette ETP à distance ainsi qu'une perte de poids de 7 kg en moyenne. Des facteurs positifs et négatifs au regard des apprentissages ont été mis en évidence. **Discussion :** Les résultats de cette étude démontrent l'intérêt de développer des programmes e-ETP pour plusieurs raisons : les difficultés à faire venir ces patients à l'hôpital, les inégalités géographiques d'accès à l'ETP, l'absence de remboursement des titres de transport et d'espaces disponibles dédiés. Il paraît donc important de former les professionnels et les patients à l'outil numérique. **Conclusion :** Cette étude auprès de la population de patients obèses ayant participé à un programme d'ETP par visioconférence en période de pandémie et de confinement témoigne de la qualité perçue de cette éducation en distanciel. Au regard des différents programmes transposés sous format distanciel, il serait intéressant de promouvoir des recherches croisant les expériences des patients et des professionnels pour proposer aux autorités de santé le meilleur format éducatif.

Mots clés : obésité / chirurgie bariatrique / éducation thérapeutique en distanciel / Covid-19 / littératie numérique

*Auteur de correspondance :

manelle.benbouaziz@ch-stdenis.fr

Abstract – Dietary preparation for bariatric surgery via video conferencing during the COVID-19 health crisis and perspectives. Introduction: The health crisis linked to COVID-19 led to the containment of the general population in order to limit the spread of the virus. With the emergence of this new disease, it was necessary to mobilise in order to limit the transmission of the virus to our obese population, at risk of developing a severe form of COVID-19. To do this, we proposed to carry out our TPE workshops by videoconference to all patients included in the TPE “bariatric surgery” programme. **Objectives:** The aim of this study is to identify the benefits and drawbacks of this group distance TVE format, their efficiency in terms of learning and behavioural changes, and the different resources of the programme that facilitate their learning for the pre- and post-surgery course. **Methods:** This is a two-phase mixed-methods study. The first phase of the study consisted of an exploratory qualitative study using semi-directive interviews with 18 patients who had followed the distance TPE from March 2020 to May 2020, to explore their experiences of the different educational sessions. In a second phase, the exploratory study made it possible to draw up a questionnaire to gather the views of all the patients educated from March 2020 to May 2021. The analysis of the answers mobilised the theory of capabilities to identify the positive or negative conversion factors of the programme for the patients’ learning. **Results:** Of the 70 patients included, 43 responded to the questionnaire... This video conferencing TPE enabled the scheduling of surgical procedures to be maintained. Patients reported time savings due to the absence of travel. Patients with low digital literacy were able to access this programme. Participants stressed the importance of continuity of connection with caregivers. Patients reported self-care skills acquired through this distance learning and an average weight loss of 7 kg. Both positive and negative learning factors were identified. **Discussion:** The results of this study demonstrate the interest in developing e-TPE programmes for several reasons: the difficulties in bringing these patients to the hospital, the geographical inequalities in access to TPE, the absence of reimbursement for transport tickets and the lack of dedicated spaces available. It therefore seems important to train professionals and patients in the digital tool. **Conclusion:** This study of a population of obese patients who participated in a TVE programme by videoconference during a pandemic and a period of confinement shows the perceived quality of this distance education. In view of the different programmes transposed into distance format, it would be interesting to promote research crossing the experiences of patients and professionals to propose the best educational format to the health authorities.

Key words: obesity / bariatric surgery / distance therapeutic education / COVID-19 / digital literacy

1 Introduction

L’éducation thérapeutique est reconnue indispensable au même titre que la chirurgie ou les médicaments. Depuis plus d’un demi-siècle, elle a montré son efficacité dans la prise en charge de nombreuses maladies [1]. La plupart des programmes se font de manière collective ou individuelle en présentiel. La crise sanitaire liée à la pandémie du Covid a brutalement et profondément ébranlé les systèmes sanitaires. Comme d’autres activités de soins, de nombreuses équipes ont dû s’adapter dans l’urgence aux contraintes imposées par cette crise. Certains changements liés à cette crise perdureront s’ils démontrent leur acceptabilité et leur efficacité pour les soins des patients.

Dans le cadre de la préparation diététique à la chirurgie bariatrique, les patients obèses ont été souvent aux premiers rangs des victimes de ces changements mais aussi de cette pandémie. Notre activité de chirurgie bariatrique a été bouleversée de plusieurs manières : l’arrêt des actes et des consultations médico-chirurgicales et la perte de lien avec nos patients engagés dans un parcours de préparation diététique en ateliers collectifs d’au moins 6 mois. De plus, le centre hospitalier de Saint-Denis, comme beaucoup d’autres hôpitaux, a annulé les chirurgies programmées pour s’assurer que suffisamment de ressources hospitalières étaient disponibles pour accueillir les patients atteints de Covid-19 [2–6].

L’ETP en distanciel été développée dans de nombreux pays et de nombreuses pathologies avec des retours d’expériences

plutôt favorables [7–14]. Dans l’urgence, nous souhaitons remettre du lien humain de soin et éducatif avec cette population fragilisée médicalement et psychologiquement quel que soit leur niveau en littératie numérique.

Nous avons transposé notre programme éducatif pour les patients candidats à la chirurgie de l’obésité sous format de visioconférences collectives pendant la période liée au Covid. L’objectif de cette étude est de dégager les bénéfices et inconvénients de ce format d’ETP distanciel en collectif et des pratiques intéressantes à faire perdurer pour ce télé soin au regard de leur acceptabilité par les patients et de leur efficacité.

2 Méthode

Nous avons mené une évaluation rétrospective (mai 2021) de ce programme éducatif transposé en ETP par visioconférence entre mars et mai 2020, pour des patients inscrits dans un parcours de chirurgie bariatrique incluant le programme d’éducation thérapeutique à l’hôpital. En effet certains patients suivis pour chirurgie bariatrique optent pour un accompagnement en individuel en ville et ne sont pas inclus dans notre étude.

2.1 Intervention éducative en e-ETP

Entre mars et mai 2020, nous avons créé une interface numérique entre les patients et les soignants. Les inclusions de patients dans l’intervention éducative en ETP à distance

pendant la période Covid se sont déroulées en hôpital de jour lors d'un bilan éducatif avec une rencontre avec l'équipe en présentiel (diététicienne, psychologue, nutritionniste). Les patients qui avaient déjà débuté leur programme d'ETP en présentiel ont été informés du basculement des ateliers en distanciel. Tous les patients qui ont donné leur accord ont été inclus dans le programme à l'exception de ceux qui rencontraient des difficultés majeures avec la langue française. Une majorité des patients inclus a dû être aidée par les secrétaires du service du fait d'un faible niveau en littérature numérique.

Les 6 ateliers diététiques déjà existants en présentiel (1 par mois sur 6 mois) ont été adaptés au format distanciel en conservant les mêmes thèmes d'ateliers : 1) Comprendre l'obésité et l'intérêt de l'activité physique ; 2) Connaître les groupes d'aliments et équilibrer son alimentation ; 3) Composer un menu équilibré ; 4) Lire les étiquettes alimentaires ; 5) Savoir reconnaître la faim, la satiété et ses relations avec les émotions ; 6) Protocole d'alimentation en post opératoire. Chaque atelier durait 1 h. Les méthodes et outils pédagogiques utilisés lors des e-ateliers reposaient sur des diaporamas, des exercices à partir d'un tableau virtuel et des échanges présentés par nos diététiciennes. Plusieurs séances étaient accompagnées d'une évaluation par questionnaire à faire avant et après pour évaluer les acquis.

Initialement le programme a été envisagé par le logiciel TEAMS proposé par l'hôpital. Suite à des difficultés techniques et des fonctionnalités manquantes ou absentes nécessaires pour notre programme (tableau blanc, travail en sous-groupes, ...), la décision a été prise de mettre en œuvre les ateliers grâce au logiciel Zoom (Zoom Vidéo Communication, Inc.). Une convocation était remise ou envoyée aux patients avec un mode d'emploi spécifique d'aide à la connexion et invitant les patients à télécharger l'application avant l'atelier pour une meilleure connexion. Le lien de connexion était envoyé par mail avant chaque séance. Le nombre de participants par séance a progressivement augmenté jusqu'à 12 grâce à une maîtrise progressive de l'outil. Le secrétariat s'est chargé des convocations et a aidé à l'installation du logiciel de visioconférence à distance sur les appareils des patients (ordinateur, téléphone, et assistance technique).

2.2 Dispositif d'étude mixte

L'étude a été réalisée par l'éducatrice en charge de la transposition du programme, en collaboration avec un diététicien du service, dans le cadre de son master éducation thérapeutique et éducation en santé. Celle-ci a été menée auprès des patients pris en charge dans le service de chirurgie bariatrique. Notre étude s'est déroulée en 2 phases distinctes de mai 2020 à mai 2021. La première phase était une étude qualitative exploratoire selon le protocole de Cossette *et al.* [15] menée auprès de patients volontaires représentatifs et s'exprimant facilement. La deuxième phase débutait par l'élaboration du questionnaire à partir des thématiques dégagées lors des entretiens à la phase 1 et des recommandations d'ETP [16,17]. Ce questionnaire a été ensuite adressé à l'ensemble des patients inclus dans ce programme à l'aide du logiciel Google Form®. La théorie des capacités a été mobilisée pour l'analyse des réponses aux questionnaires.

Toutes les informations ont été gérées de façon anonymisée et stockées de manière sécurisée dans des fichiers avec mots de passe.

2.3 Phase qualitative exploratoire

Cette phase s'adressait à deux groupes de patients : ceux ayant eu un début de programme en présentiel puis en visioconférence et ceux ayant suivi les séances d'ETP en visioconférence pendant les 6 mois. Les entretiens d'une durée approximative de 45 minutes ont été réalisés en visioconférence (Microsoft® Teams) à la convenance du patient avec un guide d'entretien envoyé au préalable par mail, adapté au profil de patient selon qu'ils ont suivi toutes les séances en distanciel (Annexe A1) ou selon qu'ils ont suivi une partie des séances en présentiel et l'autre partie en distanciel (Annexe A2). Au cours des entretiens le chercheur a réalisé une prise de note manuscrite. L'analyse manuelle du contenu des entretiens a été réalisée par deux chercheurs et a permis de dégager des thématiques dans le but d'élaborer le questionnaire [18].

2.4 Phase d'enquête par questionnaire

Le questionnaire construit comprenait des questions fermées et des questions ouvertes. Il a été administré à l'ensemble des patients ayant participé à ce programme pendant la période de mars 2020 à mai 2020. Un prétest de ce questionnaire a été réalisé avec deux diététiciens pour évaluer sa qualité, sa faisabilité, sa compréhension auprès de la population interrogée. Sa diffusion a été réalisée par mail et/ou courrier avec une relance téléphonique (Annexe B).

2.5 Analyses des réponses au questionnaire selon le modèle théorique des capacités

Le modèle théorique de l'approche par les capacités développées par Amartya Sen et Martha Nussbaum permet de comprendre comment l'individu peut utiliser les ressources mises à sa disposition [19]. Elle vise à l'« empowerment » puisqu'elle accroît les capacités du patient à gérer au mieux ses soins dans un contexte de meilleure connaissance de soi. Il s'agit du « principe d'autodétermination qui s'inscrit dans le mouvement plus général de l'empowerment » [20]. Dans l'approche par les capacités, le succès d'une personne à se former passe donc par les capacités d'action et de choix que présente cet individu [19].

Selon Fernagu Oudet, l'approche par capacité s'appuie sur un ensemble de ressources mobilisables (internes et externes à l'individu) qui vont subir des conversions [21,39]. Les facteurs de conversion correspondent à un ensemble de facteurs (individuels, sociaux et environnementaux) qui facilitent ou empêchent la capacité d'un individu à faire usage des ressources à sa disposition pour les convertir en réalisation concrète : les facteurs de conversions positifs vont être facilitants ; les facteurs de conversions négatifs vont être inhibant sur la capacité d'action. Les facteurs de choix quant à eux vont agir sur la liberté de l'individu à agir [19].

Dans notre étude, l'analyse des réponses au questionnaire s'est appuyée sur la théorie des capacités afin de caractériser,

parmi les ressources mises à disposition des patients par le programme d'e-ETP, celles qui constituent des facteurs de conversion positifs et celles qui constituent des facteurs de conversion négatifs pour leurs apprentissages et le développement de leur pouvoir d'agir pour la préparation à la chirurgie bariatrique [22].

3 Résultats

3.1 Population d'étude

Soixante-dix sur soixante-quinze patients sollicités ont participé à ce programme éducatif de 6 mois. Les motifs de refus ou d'abandon invoqués auprès du secrétariat relèvent de l'association d'illectronisme et de l'absence d'aidant. La moyenne d'âge des patients était de 30 ans. Trente-neuf (56 %) étaient des femmes. Concernant la littératie numérique, 42 patients (60 %) ne maîtrisaient pas l'outil numérique (Annexe C).

3.2 Phase 1 : Thématiques issues de l'analyse des entretiens

Dix-huit patients ont participé aux entretiens.

Les thématiques suivantes ont été identifiées par les trois chercheurs (MB, RC, DPB) : déstabilisation du suivi de la maladie chronique engendrée par le stress, l'anxiété et l'incertitude liés à la période ; crainte de rupture du lien avec le personnel et de la continuité des soins ; attentes vis-à-vis de l'ETP en distanciel pour le maintien de la programmation de la chirurgie, de la continuité de soins et un soutien ; gain financier, gain de temps pour les patients ; souhait d'avoir une séance dédiée à l'apprentissage de l'utilisation de l'outil numérique avant le démarrage des séances éducatives.

Certains patients ont exprimé la préférence pour certaines séances éducatives en individuel ou certaines séances d'ETP collectives en présentiel. Ils ont suggéré la création d'outils pédagogiques numériques sous un format de jeu interactif pour faciliter l'échange et la participation (Annexe C).

3.3 Analyse descriptive des réponses au questionnaire

Quarante-trois patients (61 %) parmi les 70 patients ont répondu : 39 répondants sur les 43 (90,2 %) étaient des femmes, âgées de 20 à 61 ans ; Sur les 43 patients, 27 (63 %) avaient une activité professionnelle, 11 (26 %) étaient sans emploi et 5 (12 %) étaient étudiants. L'outil de connexion utilisé a été le téléphone à 65,9 %, l'ordinateur à 17,1 % et la tablette à 17,1 %. Le lieu de connexion a été la maison à 92,5 %, 5 % se sont déroulés pendant des activités sportives extérieures de leur enfant et 2,5 % à l'hôtel (en période de confinement).

3.4 Synthèse des bénéfices et inconvénients exprimés par les patients

La perte de poids moyenne a été de 7 kg (mini : 0 ; maxi : 36 kg). Aucun patient n'a pris du poids pendant la période.

Sur les 43 patients, 35 (81 %) ont souligné les avantages suivants du programme en ETP à distance : l'accessibilité aux séances éducatives sans se déplacer, du fait de leur difficulté à venir à l'hôpital et d'être en situation de vulnérabilité face à la Covid ; d'accéder rapidement à la chirurgie sans rallongement du délai ; d'avoir une éducation équivalente à celle faite en présentiel. Des avantages organisationnels et financiers ont été aussi soulignés : pas de temps de trajet, plus de facilité à participer pour les patients habitant loin.

Certains patients ont mentionné les inconvénients suivants : 28 (66 %) ont estimé une perte de contact humain ; une difficulté de mener des conversations informelles entre patients dans ce format ; un déséquilibre de temps de parole entre les patients les plus réservés et ceux qui s'exprimaient plus facilement, 29 (68 %) ont regretté de ne pas avoir de séances individuelles. L'ETP en distanciel a engendré des difficultés pour les patients avec un faible niveau en littératie numérique, difficulté moindre en présence d'un aidant familiarisé avec le numérique.

Un tiers des patients ont exprimé le souhait que certaines séances se déroulent en présentiel notamment l'atelier sur « les sensations digestives, image de soi et le mangé émotionnel ».

L'ETP en distanciel a permis de créer de meilleures conditions pour certaines expériences : sur la lecture des étiquettes faite à partir de leurs propres réserves alimentaires au domicile, l'écoute de leurs sensations digestives et émotionnelles dans l'intimité de leur domicile pour l'exercice de la dégustation de l'aliment plaisir en pleine conscience (Annexe B).

Les trois quarts des patients ont indiqué une meilleure gestion de leur stress et leurs émotions.

3.5 Apprentissages d'auto-soins et sur l'état de santé

Les patients ont acquis des compétences d'auto-soins à travers cette ETP à distance telles que : changer son comportement alimentaire, réaliser un équilibre alimentaire sur une journée, une semaine, aménager un environnement plus sécurisant (gestion du stress, des émotions) et un mode de vie plus sain (activité physique) et adapter son comportement alimentaire face à une situation complexe. Lors des séances éducatives, les patients avaient un taux de bonnes réponses de 30 à 40 % avant la séance et de 60 à 70 % après la séance.

Les résultats sont présentés dans le tableau (Annexe C).

3.6 Analyse des résultats selon la théorie des capacités

Deux chercheurs (MB, DPB) ont évalué les différentes ressources du programme (humaines et personnelles, matérielles et informatiques, ou organisationnelles) en facteurs positifs ou négatifs au regard de l'approche par la théorie des capacités selon qu'elles facilitent ou pénalisent les apprentissages et le développement du pouvoir d'agir des patients pour leur parcours de préparation à la chirurgie bariatrique [22] (Tableau 1).

4 Discussion

L'ETP à distance a été une innovation dans l'éducation thérapeutique imposée par la crise sanitaire. Notre programme

Tableau 1. Analyse des principales ressources mises à disposition par le programme e-ETP Obésité/Chirurgie Bariatrique.
Table 1. Analysis of the main resources made available by the e-TPE obesity/bariatric surgery program.

| | Ressources humaines et personnelles | | Ressources matérielles & informatiques | | Ressources organisationnelles | | | |
|--|---|---|--|---|--|---|--|--|
| | Proposition et recrutement des participants dans l'e-ETP | Caractéristiques des personnes pour participer | Motivation des membres à participer | Équipement de l'éducateur | Équipement des participants | Animation du groupe | Transposition du programme | Séances de réflexivité |
| Facteurs de conversion positifs | <ul style="list-style-type: none"> - Sollicitation par les secrétaires du Service des patients pour participer au programme d'e-ETP | <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à se déplacer - Personnes à risque de contamination à Covid-19 - Personnes en situation de précarité - Souhait de contact | <ul style="list-style-type: none"> - Accéder rapidement à la chirurgie bariatrique - La chirurgie bariatrique impose un suivi éducatif (pas de libre choix) - Être préparé aux changements alimentaires | <ul style="list-style-type: none"> - Licence ZOOM achetée par le Service - Maîtrise des outils de la technologie (tableau blanc...) | <ul style="list-style-type: none"> - Téléphone ou Ordinateur personnel - Formation et test avec les patients sur l'outil de visioconférence - Ressources disponibles à domicile (cuisine, aliments, étiquettes...) | <ul style="list-style-type: none"> - Horaires fixes programmés à l'avance - Nombre de patients aux séances - Satisfaction des séances éducatives antérieures | <ul style="list-style-type: none"> - Construction du programme et des outils - Envoi des évaluations à l'avance et corrections | <ul style="list-style-type: none"> - Prendre conscience des apprentissages réalisés |
| Facteurs de conversion négatifs | <ul style="list-style-type: none"> - Abandon du projet de chirurgie bariatrique dans le contexte de crise sanitaire - Préférence pour une ETP en ville plutôt qu'à l'hôpital car séances individuelles et adaptés à leurs horaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Isolement social (pas de contact humain) | <ul style="list-style-type: none"> - Choix d'une mauvaise plate-forme au départ (TEAMS) | <ul style="list-style-type: none"> - Faible niveau de littératie numérique des patients et absence d'auteurs - Phénomène d'abandon | <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté aux conversations informelles - Déséquilibre des temps de parole - Pas d'échange sur le travail en petit groupe - Séances individuelles absentes (non proposées) | <ul style="list-style-type: none"> - Certaines séances plus adaptées en présentiel (accueil et présentation des participants, sensations digestives et émotions) | | |

d'ETP à distance a facilité l'accès aux soins, réduit l'absentéisme pendant la crise sanitaire, avec une participation exceptionnelle, même pour des patients avec un faible niveau en littéracie numérique. De nombreux travaux ont confirmé que ces programmes éducatifs à distance étaient accessibles, efficaces, sûrs, équitables et centrés sur le patient [4,23,30,42]. De nombreuses études ont montré une réduction de l'absentéisme et une continuité de soins. Une étude américaine à l'université de l'Illinois a montré également un taux de présence plus élevé en consultation à distance qu'en présentiel dans un programme de prise en charge de patients obèses en chirurgie bariatrique [3].

Les patients atteints d'obésité ont plus de problèmes psychologiques que le reste de la population, seule la perte de poids semble améliorer la qualité de vie, les activités sociales, les relations aux autres et l'image du corps [26,28]. Dans le contexte difficile de la crise sanitaire, l'accompagnement par visioconférence a donc amélioré beaucoup d'aspects psychologiques et a permis une perte de poids. L'ETP à distance a permis également pour certains patients timides d'accéder plus facilement à l'ETP en collectif. Le fait d'être derrière un écran, à leur domicile, sans masque a facilité l'échange [14,21,22,42]. L'ETP à distance a réduit l'isolement social par des rencontres avec des pairs et des soignants. L'isolement social et la solitude ont une influence démontrée sur la santé physique et psychique [14,26,29]. Par ce contact direct avec les soignants l'ETP à distance a levé beaucoup d'incertitude sur la prise en charge médicale de leur obésité (par exemple incertitude sur la date opératoire tant attendue) [43].

Nous avons montré l'efficacité de notre programme d'ETP à distance sur l'acquisition des compétences rapportée par les patients. Les évaluations des connaissances avant et après les séances éducatives en visioconférence ont montré les mêmes acquis qu'en présentiel. Une étude réalisée au CHU de Montpellier dans un programme ETP polyopathologie à distance a montré que certains ateliers ont complètement répondu aux attentes des patients car mieux adaptés à la visioconférence. Le passage d'un diaporama était plus aisé qu'en présentiel. Le fait de recevoir la session enregistrée et le diaporama présenté permettait de consolider leurs compétences à distance [30].

Dans des études comparatives pour des patients ayant participé à un suivi de perte de poids grâce à une application pour smartphone, la perte de poids a été mesurée à 3 mois à $-2,18$ kg et a diminué avec le temps à $-1,63$ kg à 12 mois [39]. Une étude en Caroline du Nord a montré que les patients ayant terminé un programme multidisciplinaire par visioconférence ont perdu en moyenne 3,5 % entre le poids initial et le poids final [40]. L'étude de Ahrent en 2014 qui consistait à comparer un groupe de 60 participants dans un programme de gestion du poids appelé « MOVE » à un groupe témoins de 60 participants qui n'a pas participé au programme, a montré la supériorité de l'éducation à distance avec une perte de poids moyenne de 5,5 kg à 12 mois par rapport au groupe témoin qui a pris du poids [25]. Pour notre étude, il n'a pas été possible de comparer la perte de poids moyenne entre les deux formats éducatifs, par absence de données sur la perte de poids des ETP en présentiel.

Les ateliers en distanciel ont aussi un bénéfice économique [26]. Ils ont permis une diminution des coûts financiers des patients (transport, garde d'enfants). Une revue de littérature montre qu'un des principaux obstacles pour un changement de

comportement est la contrainte socio-économique. Une autre étude menée au Royaume-Uni a révélé qu'une intervention en ligne sur la gestion du poids complétée par un soutien infirmier à distance était plus économique pour le patient et efficace à 12 mois que le même programme utilisant un soutien infirmier en présentiel [27]. De plus, comme le télétravail cela permet d'économiser des superficies dans les établissements de santé destinés à ces activités [25]. Ainsi, la visioconférence a offert une nouvelle possibilité de réduire les coûts [23].

Néanmoins, l'éducation par visioconférence a posé quelques difficultés dans l'utilisation de l'outil numérique et dans les problèmes de connexion au réseau internet. La moitié des patients avaient une méconnaissance du numérique et seulement une dizaine sur les 70 patients avaient participé antérieurement à des réunions ou entretiens en visioconférence. Les patients avaient parfois un mauvais débit à leur domicile ou une connexion internet non fiable souvent en relation avec leur situation économique. Pour que le patient puisse s'impliquer pleinement dans un programme ETP en distanciel, un accès au numérique pour tous et une formation pour les personnes atteintes d'illectronisme sont nécessaires [3,32]. Les technologies de l'informatique et de la communication prennent en effet une place de plus en plus importante dans la prise en charge des maladies chroniques et en ETP [21,33,34,35].

Dans le cadre de cette recherche nous avons retenu l'approche par les capacités qui met en avant le pouvoir d'agir et de décision du patient sur santé et est utilisée dans l'éducation thérapeutique [19,22,39]. Cela nous a permis d'identifier des facteurs de conversions positifs ou négatifs dans le champ du numérique pour un programme d'éducation thérapeutique. Au regard des différents programmes maintenus en distanciel, il serait intéressant de promouvoir des recherches basées sur les retours d'expériences des patients et des professionnels pour élaborer des recommandations de l'ETP en distanciel. La littérature évoque plusieurs pistes intéressantes en matière d'ETP en distanciel concernant la maîtrise de l'outil numérique [45] que notre étude a également mis en évidence.

Notre étude présente certaines limites liées à la transposition dans l'urgence du programme ETP en ETP en distanciel. D'une part, il y a eu des obstacles pour le personnel soignant qui a utilisé l'outil numérique sans formation sur l'aspect technique, d'où la nécessité d'une formation des professionnels de santé pour mettre en œuvre de l'éducation en santé en distanciel [36,42]. Il y a également le défi de maintenir une connexion fiable pour les soignants et les patients. D'autre part, il n'existe pas de référentiel de l'e-ETP sur lequel s'appuyer pour évaluer la qualité de notre programme.

5 Conclusion

Beaucoup de programme ETP ont été arrêtés pendant la crise sanitaire. En période de pandémie et de confinement l'expérience d'un programme de télé soin éducatif montre la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de celui-ci ainsi que la satisfaction des patients. Il reste quelques obstacles techniques, de formation des professionnels et d'éducation des patients à la littératie numérique à surmonter. Il paraît important de s'emparer de ce sujet et d'émettre des recommandations pour cette pratique émergente.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Financement

Ces travaux de recherche n'ont fait l'objet d'aucun financement spécifique.

Déclaration de consentement éclairé

Cet article ne contient aucune étude impliquant des sujets humains.

Approbation éthique

L'approbation éthique n'était pas requise.

Références

1. Grimaldi A. Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était contée... *Médecine des maladies Métaboliques* 2017; 11:307–318.
2. Hintze J-M, O'Riordan I, Hussain T, Keane E, Casserly P. Différences dans la satisfaction des patients à l'égard des cliniques téléphoniques virtuelles dans un centre de référence tertiaire pour l'oto-rhino-laryngologie pendant et après les mesures de confinement pendant la pandémie de SRAS-Cov2. *Ir J Med Sci* 2021; 13:1–5.
3. Schlottmann F, Dreifuss N-H, Masrur M-A. Telehealth: increasing access to bariatric surgery in minority populations. *Obesity Surg* 2022; 32: 1370–72.
4. Langlumé L, Dauriat N, Pellecchia A, Puech Samson I, Huet S, de la Tribonnière X. Évaluation d'un web-programme d'éducation thérapeutique pour des patients atteints de polyopathie chronique pendant le premier confinement lié au Covid-19. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2021; 12:21000.
5. Robinson P. Long-term conditions and severe acute respiratory syndrome SARS-Cov-2. *Br J Commun Nurs* 2020; 25:247–51.
6. Miller R, Englund K. Clinical presentation and course of COVID-19. *Cleveland Clin J Med* 2020; 87:384–8.
7. Institut canadien d'information sur la santé. ICIS. L'ICIS publie « L'impact de la Covid-19 sur les systèmes de soins de santé ». 9 décembre 2021. Disponible sur : <https://www.cihi.ca/en/covid-19-ressources/impact-of-covid-19-on-canadas-health-care-systems/overview-covid-19s-impact-on>.
8. Lafitte P, Line-Barrere K, Marchand M, Cohen J-D. Le numérique au service de l'ETP : à propos d'un programme polyopathologies. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2020; 12:10401.
9. Wolley I. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): not one epidemic but four. *Int Med J* 2020; 50:657–8.
10. Lafitte P, Pétré B, De la Tribonnière X, Gagnayre R. Comment les soignants éducateurs ont-ils adapté leurs pratiques de l'ETP durant la crise du Covid-19? Une enquête descriptive sur 714 programmes d'ETP. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2020; 12:20207.
11. Lelong B, Gayoso E. Innovation avec l'utilisateur et plateformes collaboratives. *Réseaux* 2010; 164:97–126.
12. Simon P. *Télémédecine – Enjeux et pratiques*. Paris : Le Coudrier; 2015, 190 p.
13. Brooks S-K, Webster R-K, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–20.
14. Casgrande M, Favieri F, Tambelli R, Forte G. The enemy who sealed the world: Effects quarantine due the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Med* 2020; 75:12–20.
15. Cossette S. De la recherche exploratoire à la recherche appliquée en sciences infirmières : complémentarité et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 2010; 102:73–82.
16. HAS. Haute Autorité de santé. Education thérapeutique du patient 2007. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/etp-definition-finalites-recommandations-juin-2007.pdf>.
17. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique: l'école de Bobigny. 5^e éd. Paris : Maloine; 2018, pp. 52–56.
18. Bardin L. L'analyse de contenu. *Quadrige Manuels*. 2^e éd.; 2013, pp. 62–71.
19. Doucet H, Duplantie A. L'approche par les capacités : sa contribution aux pratiques soignantes. *Éthique & Santé* 2017; 14:11–8.
20. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *Actualité et dossier en santé publique* 2007; 58: 57–6.
21. Oudet S-F. Concevoir des environnements de travail capacitants : l'exemple d'un réseau réciproque d'échanges des savoirs. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales* 2012, pp. 7–27.
22. Marchand C, Trevidy F, Fanchini A, Gross O, Gagnayre R, Pougheon Bertrand D. Ressources favorables aux échanges de savoirs dans un environnement capacitant : analyse à partir de trois recherches participatives. *Revue Éducation Santé Sociétés* (accepté pour parution en 2023).
23. Fabre S, Lamour E, Nadal N, Pers Y-M. La télémédecine au service de l'éducation thérapeutique : une expérience positive dans un programme sur la polyarthrite rhumatoïde. *Santé Education-Afdet* 2016; 26:8–13.
24. Kahan S, Look M, Fitch A. The benefit of telemedicine in obesity care. *Obesity* 2022; 30:577–586.
25. Ahrendt A-D, Kattelmann K-K, Rector T-S, Maddox D-A. The effectiveness of telemedicine for weight management in the MOVE! Program. *The Journal of Rural Health* 2014; 30: 113–119.
26. Uppal A, Kothari A-N, Scally C-P, Roland C-L, Bednarski B-K, Katz M-H, *et al.* Adoption of telemedicine for postoperative follow-up after inpatient cancer-related surgery. *JCO Oncology Practice* 2022; OP-2100819.
27. Holt-Lunstad J, Smith T-B, Layton J-B. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010; 7: e1000316.
28. Little P, Stuart B, Hobbs F-R, Kelly J, Smith E-R, Bradbury K-J, Yardley L. Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). *Health Technol Assess* 2017; 21.
29. Berdah C. Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson 2010; 168:184–190.

30. Holt-Lunstad J, Smith T-B, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10: 227–237.
31. Langlumé L, Dauriat N, Pellicchia A, Samson I-P, Huet S, De La Tribonnière X. Évaluation d'un web-programme d'éducation thérapeutique pour des patients atteints de polypathologie chronique pendant le premier confinement lié à la Covid-19. *Educ Ther Pat/Ther Pat Educ* 2021; 13:10401.
32. Robbins D, Dunn P. Digital health literacy in a person-centric world. *Int J Cardiol* 2019; 290:154–155.
33. Granjon F. Fracture numérique. Le seuil « communication » 2011; 1:67–74.
34. Adesina S, Dogan H, Green S, Tsofliou F. Effectiveness and usability of digital tools to support dietary self-management of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Nutrients* 2022; 14:10.
35. Touzot M, Belissa E-B, Touzot M-T, Dessinges L, Masseron M, Vasmant V. Création d'une plateforme d'apprentissage en ligne sur les maladies rénales chroniques : le e-learning, une nouvelle forme d'éducation thérapeutique connectée. *Néphrologie & Thérapeutique* 2019; 15:377.
36. Alvarez J. From video games to serious game. Thèses, Université Toulouse; 2007.
37. Margat A, Pétré B, D'Ivernois JF, Lombrail P, Cailhol J, Gagnayre R. Covid-19 : Proposition d'un modèle d'éducation d'urgence. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2020; 12:10402.
38. Hardy K, Anistratov A, He W, Daeninck F, Gu J, Vergis A. Bariatric patient experience with virtual care during the COVID-19 pandemic. *Obesity Surg* 2022; 32:940–43.
39. Oudet F. L'approche par les capacités. In : Carré, Charbonnier, Batal, eds. Révolution du management des ressources humaines : des compétences aux compatibilités. Villeneuve d'ASCQ : Presses Universitaires de septentrion; 2016, pp. 1275–1276.
40. Brown J-D, Hales S, Evans T-E, Turner T, Sword DO, O'Neil PM. Description, utilisation and results from a telehealth primary care weight management intervention for adults with obesity in South Carolina. *J Telemed Telecare* 2020; 26:28–35.
41. De la Tribonnière X. L'avenir de l'ETP : une prestation supplémentaire ou une autre médecine ? *Médecine des Maladies Métaboliques* 2020; 14:207–13.
42. Doorley J, Volgenau K, Kelso K, Kashdan T, Shackman A. Do people with elevated social anxiety respond differently to digital and face-to-face communications? Two daily diary studies with effects. *J Affect Disord* 2020; 276:859–65.
43. Banbury A, Nancarrow S, Dart J, Gray L, Parkinson L. Telehealth interventions delivering home-based support group videoconferencing: Systematic review. *J Med Internet Res* 2018; 20:e25.
44. Moore M-A, Coffman M, Jetty A, Petterson S, Bazemore A. Only 15% of FPC report using telehealth; training and lack of reimbursement are top barriers. *Am Fam Physician* 2016; 93:101.
45. Rodriguez J-A, Shachar C, Bates D-W. Digital inclusion as health care-supporting health care equity with digital-infra-structure initiatives. *New England J Med* 2022; 386:1101–03.

Annexe A1 Évaluation qualitative exploratoire



Questionnaire d'entretien patient en visioconférence

1. Quels ont été les bénéfices de cette éducation en e-ETP ?
 2. Quelles ont été les difficultés rencontrées ?
 3. Avez-vous des suggestions d'amélioration du programme en e-ETP (organisation, technique d'animation...)?
 4. Qu'est-ce qui vous a manqué à travers cette éducation en e-ETP ?
 5. Quelles sont les compétences que vous avez développées en visioconférence ?
-



Annexe A2 Évaluation qualitative exploratoire

Questionnaire d'entretien avec patients ayant eu une éducation mixte (Présentiel/visioconférence)

1. Quels ont été les bénéfices de l'éducation en e-ETP par rapport au présentiel ?
 2. Quelles ont été les difficultés rencontrées par rapport au présentiel ?
 3. Avez-vous des suggestions d'amélioration du programme pour les deux types d'éducation ?
 4. Qu'est-ce qui a manqué à travers cette éducation en e-ETP par rapport à une éducation en présentiel ?
 5. Qu'est-ce qui a fait qu'à distance vous avez eu le sentiment d'apprendre par rapport au présentiel ?
-



Annexe B Questionnaire d'entretien sur l'expérience d'un programme e-ETP

Introduction :

Nous réalisons actuellement une étude sur l'expérience vécue par les patients atteints d'obésité pendant la crise sanitaire dans un programme d'éducation thérapeutique à distance. L'objectif principal de cette étude sera de dégager des pratiques intéressantes à faire perdurer en émettant des recommandations pour l'éducation thérapeutique à distance. Je souhaiterais faire un sondage auprès de vous suite à l'éducation thérapeutique ciblée sur l'alimentation réalisée à distance.

Toutes les réponses seront anonymes.

Il ne faudra répondre qu'une seule fois au questionnaire car sinon cela risque de fausser les résultats.

Par la suite mes collègues diététiciens et moi-même feront l'analyse de vos réponses.

Une synthèse des résultats vous sera transmise par la suite.

Q1 : Quel est votre sexe ?

Q2 : Quel âge avez-vous ?

Q3 : Quelle est votre profession ?

Q4 : À partir de quel appareil avez-vous réussi à faire votre connexion ?

Téléphone

Ordinateur

Tablette

Matériel personnel

Matériel appartenant à une relation

Q5 : Dans quel lieu vous êtes-vous connectez ?

À la maison

Au travail

Autre

Q6 : Suite à l'éducation que vous avez eue, mettez-vous en œuvre les modifications alimentaires nécessaires pour un mode de vie sain ?

Q7 : Auriez-vous trouvé un intérêt d'animer un atelier pratique à partir de votre cuisine ?

Oui

Non

Q8 : Auriez-vous aimé avoir des entretiens individuels ?

Oui

Non

Q9 : À quel moment de la journée auriez-vous souhaité avoir cet entretien individuel ?

Matin

Soir

Q10 : Avez-vous trouvé que vous étiez trop nombreux ?

Oui

Non

Q11 : Si on vous avait proposé de travailler en petit groupe de 2–3 personnes cela aurait-il amélioré les échanges sur les exercices à faire ?

Oui

Non

Q12 : Auriez-vous aimé échanger sur les différentes traditions culinaires en accord avec les recommandations diététiques ?

Oui

Non

Q13 : Auriez aimé avoir la possibilité d'échanger sans l'animateur pendant une demi-heure ? À quel moment ?

Oui

Non

Avant la séance

Après la séance

Avant et après la séance

Q14 : Quelle est la séance qui vous a le plus plu ?

Q15 : Quel est l'atelier que vous auriez préféré en présentiel ?

Q16 : Arrivez-vous à mieux gérer vos émotions et à maîtriser votre stress ?

Oui

Non

Q17 : Est-ce que les buts que vous aviez fixé avant votre opération, vous les aviez atteints ?

Oui

Non

Q18 : À travers cette éducation en distanciel quels ont été les bénéfices que vous en avez retiré ?

Q19 : Quelles ont été les améliorations au niveau de votre comportement alimentaire ?

Q20 : L'atelier sur les sensations digestives a-t-il permis de mieux les repérer ?

Q21 : Quelle a été votre perte de poids après cette éducation à distance ?

Annexe C Catégories et thématiques issues de l'analyse des entretiens

| Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés | | | |
|--|---|--|---|
| | Thèmes dégagés | Patients en visioconférence | Patients présentiel/visioconférence |
| Cat n°1 : Gestion de la maladie chronique durant le confinement | Déstabilisation du suivi de la maladie chronique | <ul style="list-style-type: none"> – avoir rencontré du stress, angoisse – attendre patiemment que les opérations reprennent – le Covid a suscité des interrogations sur le devenir/ chirurgie – rester motivé – compenser le mal être avec la nourriture | |
| | Crainte de rupture | <ul style="list-style-type: none"> – ressentir de la solitude liée à l'absence de contact en présentiel – ressentir une rupture dans le suivi habituel – angoissé par cette rupture de suivi en présentiel | |
| | Continuité grâce à l'e-ETP | <ul style="list-style-type: none"> – ne pas avoir ressenti de rupture car toutes les séances ETP ont eu lieu à distance – pas de retard pour la chirurgie – l'ETP a permis une continuité de soins – pas de retard pour la chirurgie – bonne alternative au contexte actuel | <ul style="list-style-type: none"> – continuité de soins – pas de retard pour la chirurgie – continuité des soins – pouvoir être opérés dans les délais – malgré la crise continuité des ateliers |
| | Soutien perçu grâce à l'e-ETP | <ul style="list-style-type: none"> – percevoir du soutien dans la gestion de la maladie par le corps médical – sentir qu'on prête attention à notre état de santé – ne pas se sentir seul face à la gestion de sa maladie avec le Covid – percevoir du soutien de la part de l'éducateur – se sentir écouter – être encouragé à continuer à faire attention et ne pas tomber dans des comportements compulsifs | |
| Cat n°2 : Maîtrise ou Barrière de la technologie | + Formation à l'utilisation de l'outil numérique | <ul style="list-style-type: none"> – pas à l'aise avec la visioconférence : nouveau pour moi – problème de connexion – communication verbale difficile car tout le monde prend la parole en même temps – les participants ne maîtrisent pas bien l'outil numérique : atelier bruyant | <ul style="list-style-type: none"> – méconnaissance de l'outil numérique – problème de connexion – difficultés techniques : s'adapter à l'outil numérique – utilisation du partage d'écran |
| | +/- Affirmation de soi dans les échanges lors des séances en visioconférence | <ul style="list-style-type: none"> – je suis réservée et je n'ose pas trop prendre la parole : la visioconférence a compliquée cela encore plus – pas à l'aise car les autres participants monopolisaient la parole – le Covid a entraîné un moral fluctuant : confinement mal vécu (stress de rater l'atelier en visioconférence) | <ul style="list-style-type: none"> – ambiance différente du présentiel – on ne voit pas tout le monde – pas assez rassuré – prise de parole difficile – tout le monde parle en même temps : frustrée de ne pas pouvoir participer |
| | – Limitation dans les échanges inter-individus | <ul style="list-style-type: none"> – créer des liens sociaux avec les autres participants – partager nos expériences avec les autres – échanger avec les autres – un soutien de la part des autres participants car tous ont le même objectif : soigner son obésité – rupture de contact surtout à la fin de la séance | <ul style="list-style-type: none"> – pouvoir discuter avec les autres participants – créer des liens sociaux – faire des travaux de groupe – échanger avec les autres participants – partage d'expérience – faire des connaissances avec les personnes qui sont dans le même parcours |

Annexe (suite).

| Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés | | | |
|---|---|---|---|
| | Thèmes dégagés | Patients en visioconférence | Patients présentiel/visioconférence |
| | + Possibilités de travailler en sous-groupes en e-ETP avec l'outil | <ul style="list-style-type: none"> –souhait de travailler en petit groupe sur les exercices à faire favorise l'interaction –faire des travaux de groupe –organisation dans la prise de parole | |
| | + Expérience passée du suivi à distance (Téléconférence, Application de santé...) | Avoir déjà eu recours à un suivi à distance auparavant | |
| Cas n°3: Conditions d'apprentissage intégrant le format de l'e-ETP collective | Satisfaction identique des besoins d'apprentissage en e-ETP et en présentiel | <ul style="list-style-type: none"> – identique à l'éducation en présentiel – ne pas voir ressenti de modification dans le besoin de suivi – professionnel de santé très présent et à l'écoute – professionnel disponible malgré la crise sanitaire | |
| | + Gain financier | <ul style="list-style-type: none"> – pas besoin de poser une journée de travail – gain financier (pas de transport à prendre) – pas besoin de faire garder ses enfants – gain financier – coût financier moindre | – rester à la maison |
| | + Gain de temps | <ul style="list-style-type: none"> – gain de temps surtout quand on habite loin – gain de temps | – gain de temps |
| | + Ponctualité | | – on n'est pas en retard à la séance |
| | + Pas de mobilité (Rester à la maison) | – rester à la maison | |
| | + Diminution du risque de contamination pour cette population à risque d'aggravation | <ul style="list-style-type: none"> – moins de risque de contamination – moins de risques liés au Covid | |
| | + Possibilité de rencontres d'autres personnes tout en étant à distance / Rompt l'isolement | <ul style="list-style-type: none"> – continuer à partager en groupe – ateliers collectifs qui ont permis de voir les autres participants – connaissance virtuelle avec les autres participants – les participants ont pu tout de même discuter ensemble | |
| | –Participation des patients de façon interactive notamment pour les personnes en difficulté sociale ou culturelle (timidité, non-verbal, langue...) | <ul style="list-style-type: none"> – ne pas être à proximité du formateur pour poser les questions – communication verbale difficile lorsque tout le monde prend la parole en même temps – difficulté de participation – la visioconférence a compliqué la prise de parole (je suis réservée) | <ul style="list-style-type: none"> – retard des autres participants – tous les participants n'ont pas téléchargé les documents, cela a complexifié le travail d'échange – difficile de poser des questions Quand je ne comprenais pas – prise de parole compliquée – difficulté dans l'apprentissage car tout le monde prend la parole en même temps – plus à l'aise derrière un écran |
| | + Accessibilité | <ul style="list-style-type: none"> – accessibilité du suivi à distance – ne pas se déplacer à l'hôpital – aide des secrétaires pour l'accessibilité au distanciel – le distanciel permet une accessibilité plus aisée (pas de jour à poser, gain de temps, gain financier) | |

Annexe (suite).

| Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | Thèmes dégagés | Patients en visioconférence | Patients présentiel/visioconférence | |
| | + Flexibilité | <ul style="list-style-type: none"> - pas besoin de poser un RTT - pas besoin de faire garder ses enfants - meilleure gestion de l'emploi du temps - pouvoir aller chercher les enfants pour l'heure du repas - gain de temps pour les autres activités | | |
| | - Communication | <ul style="list-style-type: none"> - ne pas être à proximité du formateur pour poser les questions - communication verbale difficile lorsque tout le monde prend la parole en même temps - difficulté de participation - la visioconférence a compliqué la prise de parole (je suis réservée) | <ul style="list-style-type: none"> - retard des autres participants - tous les participants n'ont pas téléchargé les documents, cela a complexifié le travail d'échange - difficile de poser des questions quand je ne comprenais pas - prise de parole compliquée - difficulté dans l'apprentissage car tout le monde prend la parole en même temps | |
| | - Convivialité des échanges individuels | <ul style="list-style-type: none"> - je me sens isolé - pas de liens humains - pas de contact avec les gens - pas de partage d'expérience - pas de proximité - pas de contact physique - discuter avec les autres autour d'un café - isolée socialement - ne pas pouvoir partager nos expériences avec les autres - faire de nouvelles connaissances | <ul style="list-style-type: none"> - d'aller au tableau - échanger avec les autres - pas de contact humain - partage d'expérience avec les autres - faire de nouvelles connaissances - échanger avec les participants après l'atelier - perte de liens sociaux | |
| | - Travail sur les sensations (de faim, satiété, dégustation en pleine conscience...) | <ul style="list-style-type: none"> - travail sur les sensations digestives et émotionnelles : compliqué en virtuel - s'impliquer dans le partage d'expérience - ne pas percevoir la communication non verbale par l'éducateur : peur de prendre la parole, malaise en groupe, - ne pas oser poser des questions personnelles | | |
| | + S'appuyer sur les produits à disposition au domicile (courses) | <ul style="list-style-type: none"> - l'atelier sur les étiquettes m'a permis de faire du tri dans mes placards - j'ai pu participer à l'atelier avec les produits que je consomme - l'atelier sur les étiquettes m'a permis de changer ma façon de faire les courses et de ne plus acheter des produits transformés - je fais mieux mes courses - mon comportement alimentaire a changé - je différencie les bons aliments des mauvais - je mange lentement - j'arrive à réguler mes pulsions alimentaires (envies de sucre) - je mets en application les savoirs appris - je comprends mieux le fonctionnement de mon corps - je déchiffre mieux les étiquettes des produits que j'ai à la maison | <ul style="list-style-type: none"> - ateliers sur les étiquettes plus faciles en distanciel : on peut travailler à partir de nos emballages - ateliers sur les étiquettes : travailler sur nos propres emballages facilite l'apprentissage - l'atelier sur les étiquettes m'a permis de mieux faire mes courses : j'ai pu changer certains produits que j'achète habituellement - la lecture des étiquettes est mieux en visioconférence car on peut mieux réfléchir et analyser nos produits - identique au présentiel - les deux m'ont apporté tout autant - approfondir l'atelier sur les étiquettes - je mets en application les savoirs transmis - j'ai appris à cuisiner les légumes - je mange lentement et je mastique - je change mes habitudes alimentaires - je mets en application les savoirs appris et compris au sein de la restauration collective d'une école : retour positif des enfants et des enseignants | |
| Cat n°4 : Propositions / Suggestions | + Proposition de séances d'e-ETP individuelles (optionnel pour les patients) | | <ul style="list-style-type: none"> - proposer des séances individuelles car le groupe a été pénalisant pour moi à cause des difficultés de compréhension - les meilleurs participants monopolisaient la parole : proposer des travaux de groupe en mélangeant les patients ou des séances individuelles - trop de participants en groupe : je préfère des séances individuelles - certains ateliers en groupe et d'autres en individuels | |

Annexe (suite).

| Analyse des résultats des entretiens semi-dirigés | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| | Thèmes dégagés | Patients en visioconférence | Patients présentiel/visioconférence |
| | + Maintenir certaines séances d'ETP en présentiel avec l'ensemble du groupe | – suggérer d'alterner le présentiel et le distanciel – Certaines séances : faire connaissance, créer des liens sociaux | |
| | + Instaurer la possibilité d'un format mixte présentiel/ distanciel | – selon les préférences du patient (distance, maîtrise de l'outil informatique...) – proposer les deux solutions | |
| | + Intégrer un atelier pratique dans les conditions du domicile | – atelier cuisine à partir de cuisines des participants – atelier cuisine pour la bonne association des aliments – atelier pratique avec des aliments en image et les animer – atelier dégustation sur la pleine conscience – atelier cuisine sur le thème apprendre à cuisiner avec partage d'expérience autour du repas (à partir de nos cuisines respectives) | |
| | -/+ Création des supports pédagogiques en distanciel | – manque de supports pédagogiques en distanciel – maîtrise de l'outil TEAMS/ZOOM par les intervenants – documents bien transmis la veille pour fluidifier les échanges | |

Citation de l'article : Benbouaziz M, Cohen R, Senegas JB, Rousselle M, Guerni G, Cheik Mohamed A, Robert J, Catheline J-M, Des Guetz G, Pougheon-Bertrand D. Préparation diététique à la chirurgie bariatrique par visioconférences pendant la crise sanitaire Covid-19 et perspectives. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2022; 14:20202.