

Comparaison des effets de l'éducation, suite à des ateliers en présentiel et en distanciel, dans un programme sur la polyopathie

Nathalie Dauriat^{1,*}, Xavier de La Tribonnière^{1,2,3}, Lionel Moulis⁴, Sophie Bentz⁵ et Claire Marchand⁶

¹ Unité Transversale d'Éducation du Patient (UTEP), CHU de Montpellier, Montpellier, France

² Université de Montpellier-Nîmes, Montpellier, France

³ Chercheur associé au Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé (LEPS) UR 3412 Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France

⁴ Unité de recherche clinique et épidémiologique, CHU de Montpellier, Université de Montpellier, Montpellier, France

⁵ Direction coordination générale des soins, CHU de Montpellier, Montpellier, France

⁶ Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé (LEPS) UR 3412 Université Sorbonne Paris Nord, Bobigny, France

Reçu le 13 novembre 2024 / Accepté le 5 mars 2025

Résumé – Introduction : Le Covid-19 a bouleversé la pratique des programmes éducatifs en France. Le distanciel s'est développé comme un outil d'éducation thérapeutique de patient (ETP) en parallèle du présentiel. **Objectif :** Comparer les effets de l'ETP de patients porteurs de polyopathologies selon qu'elle est réalisée en présentiel ou à distance. **Méthode :** Étude prospective et comparative sur 8 mois. Un questionnaire a été distribué aux patients ayant participé aux ateliers d'ETP polyopathie, portés par l'UTEP du CHU de Montpellier. Une comparaison des modalités d'animation (présentiel et distanciel) a été effectuée en formant deux groupes distincts. **Résultats :** Sur les 76 patients ayant participé à des ateliers pendant la période de l'étude, 54 ont répondu aux questionnaires (26 en présentiel, 28 à distance). Aucune différence statistique n'a été retrouvée sur l'ensemble des données mesurées sauf sur le taux de retour des questionnaires. La majorité des patients (21/26 et 24/28) ont atteint en grande partie leurs objectifs éducatifs. Des ressources ont été identifiées (24 en présentiel et 26 en distanciel), ainsi que les actions entreprises par les patients (24 en présentiel et 24 en distanciel). La satisfaction moyenne était de 8,6 en présentiel et de 8,46 en distanciel. L'analyse des commentaires libres a permis d'identifier 2 thèmes principaux : les effets de l'ETP sur des aspects spécifiques, et ceux sur l'ETP en général. **Discussion et conclusion :** Les effets des ateliers d'éducation thérapeutique perçus par les patients se révèlent bénéfiques, quelle que soit la modalité d'animation, que ce soit en présentiel ou en distanciel. Toutefois, certains inconvénients relevés par les patients lors des ateliers distanciel offrent des pistes d'amélioration pour optimiser cette approche.

Mots clés : éducation thérapeutique / présentiel / distanciel / atteinte des objectifs / polyopathie

Abstract – To compare educational effects in face-to-face and online workshops, in a polyopathy program. Introduction: Covid-19 has changed the practice of educational programs in France. The distanciel has been developed as a therapeutic education (TPE) tool in parallel with the face-to-face training. **Objective:** To compare the effects of TPE for patients with polyopathologies whether it is conducted in face-to-face or online. **Method:** Prospective and comparative study over 8 months. A questionnaire has been distributed to patients who have participated in the polyopathy TPE workshops, directed by the UTEP of the Montpellier CHU. A comparison of methods (face-to-face and online) was carried out by forming two distinct groups. **Results:** 76 patients have participated in workshops during the study period, 54 have completed quizzes (26 face-to-face, 28 online). No statistical differences were found except for the return of questionnaires. The majority of patients (21/26 and 24/28) largely achieved their educational goals. Resources were identified (24 face-to-face and 26 online), as well as actions from patients (24 face-to-face and 24 online). The average satisfaction was 8.6 in person and 8.46 in distance. A qualitative analysis of the

*Auteur de correspondance : n-dauriat@chu-montpellier.fr

comments was conducted. Two main themes were identified: the effects of ETP on specific aspects and its effects on ETP in general. **Discussion and conclusion:** The effects of therapeutic education workshops on patients are beneficial, regardless of the method, whether face-to-face or online. However, some disadvantages noted by patients during online workshops offer opportunities to optimize this approach.

Keywords: therapeutic education / face-to-face / online / achievement of objectives / polypathology

Abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLER	Comité Local d'Éthique pour la Recherche
DIM	Département d'Information Médicale
DU PPS	Diplôme Universitaire du Partenariat Patient Soignant
e-ETP	Éducation Thérapeutique du Patient en ligne
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
UTEP	Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

1 Introduction

La pandémie de Covid-19 a bouleversé la pratique des programmes éducatifs des patients (ETP) en France, qui se déroulaient principalement en présentiel avant le printemps 2020.

Les mesures de confinement ont contraint de nombreux programmes à suspendre leurs activités, tandis que d'autres ont dû s'adapter rapidement pour maintenir l'ETP pour les patients atteints de maladies chroniques.

L'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique (UTEP) du CHU de Montpellier a adapté ses deux programmes, programme INITIAL «Gérer au mieux mes maladies chroniques» et le programme SUIVI «Bien vivre avec mes maladies chroniques», destinés à des patients atteints de polypathologies chroniques, à un format en ligne (e-ETP). Cette adaptation vise à répondre aux besoins des patients et à leur permettre de poursuivre un programme d'éducation thérapeutique, à distance.

Une première étude a évalué l'efficacité de ces ateliers en distanciel, révélant une satisfaction élevée des patients, notamment en termes de réduction de l'anxiété et du sentiment d'isolement [1]. Pour certains patients, l'e-ETP représentait une découverte enrichissante et certains ont souhaité poursuivre l'e-ETP au décours de la crise sanitaire. Cela pouvait leur permettre d'intégrer plus facilement l'atelier dans leur quotidien, respectant leur confort et leur intimité, sans contrainte logistique liée à la distance et au transport par exemple. Cependant, d'autres patients ont exprimé le besoin de rencontrer les personnes et d'échanger en groupe en face à face, soulignant ainsi que le distanciel ne pouvait se substituer au présentiel en dehors d'une crise sanitaire. Du côté des animateurs de l'e-ETP, la satisfaction était aussi globalement élevée, celle-ci augmentant avec l'expérience et l'aisance au cours des ateliers. Néanmoins, certains animateurs ont exprimé leurs difficultés pour animer des ateliers avec une démonstration visuelle (sophrologie, yoga, activité physique).

En 2010, une revue systématique a démontré « l'intérêt du recours à internet comme outil d'éducation thérapeutique des patients » et mis en avant « un impact positif sur l'opinion des patients qui appréciaient ce type de média pour l'éducation » [2]. Ainsi, le format à distance apparaissait « comme un outil adapté à l'ETP, en tout cas allant dans le sens de l'action pour le patient », mais comme toute innovation technologique, il soulevait des interrogations [2,3], en particulier son efficacité au regard du présentiel.

Une enquête menée en région PACA, en 2021, a confirmé l'intérêt du numérique pour l'ETP, mais a aussi mis en évidence la nécessité de comparer plus en profondeur l'efficacité du distanciel par rapport au présentiel [4]. De ce fait, il paraissait intéressant et nécessaire d'explorer les différences observées, à l'issue d'un programme sur la polypathologie, en fonction de la modalité d'éducation utilisée, en présentiel ou en distanciel.

L'objectif principal de cette étude était de comparer les effets de l'éducation thérapeutique, perçus par les patients atteints de plusieurs maladies chroniques, selon deux modalités d'animation d'ateliers collectifs, en présentiel et en distanciel.

2 Méthode

2.1 Type d'étude

Une étude exploratoire, prospective principalement quantitative et comparative de 8 mois (mai à décembre 2022) a été menée sur l'UTEP du CHU de Montpellier, porteur des 2 programmes sur la polypathologie, l'un orienté vers l'auto-soins et l'autre axé sur l'adaptation psychosociale.

2.2 Programmes d'ETP et e-ETP réalisés

Les deux programmes de polypathologie regroupaient un ensemble de douze ateliers. Tous les ateliers partageaient des objectifs éducatifs communs : mieux comprendre vos maladies et pouvoir parler de vos maladies à vos proches, mieux comprendre vos traitements et améliorer la prise de vos traitements, adapter une meilleure hygiène de vie, améliorer son bien être.

En plus, pour chaque atelier des objectifs éducatifs spécifiques étaient précisés (Tab. 1).

Nous entendions par objectif éducatif un but à atteindre par le patient. Certains auteurs utilisent aussi les termes d'objectifs de formation ou de compétences à développer par un patient [5]. Conformément à la littérature [6] ces objectifs devaient pouvoir être mesurables afin de vérifier que le patient était capable de les réaliser. Selon ces auteurs, cette évaluation favorise chez le patient une prise de conscience et valorise ses acquis.

Ces ateliers étaient animés selon trois modalités d'animation différentes : en présentiel, en distanciel et de façon

Tableau 1. Objectifs éducatifs spécifiques aux ateliers, en présentiel ou distanciel.**Table 1.** *Specific educational objectives of the workshops, face-to-face or online.*

Titre de l'atelier	Objectifs éducatifs spécifiques de l'atelier
Mieux être avec sa ou ses maladies	Comprendre les liens entre ses maladies ainsi que les liens avec les facteurs de santé et les addictions associées
Le système de santé et mes droits	Connaître ses droits et les faire valoir et utiliser le système de soins et repérer les ressources associatives
Mes traitements : bien vivre avec	Comprendre ses traitements et partager ses pratiques d'adhésion
Bouger pour sa santé	Repérer les bienfaits d'une activité physique régulière et la pratiquer
Du bonheur dans mon assiette	Adapter son alimentation
Gérer son stress au quotidien par la sophrologie	Gérer son stress
Bien dormir : sommeil et rythmes de vie	Adapter son sommeil et son rythme de vie
Prendre soin de mes dents	Améliorer l'auto soins des dents et de la bouche chez les patients poly pathologiques
Se reconnecter à son corps : exemple du yoga	Se reconnecter avec son corps et ses émotions et expérimenter le mouvement conscient
Méditer pour sa santé	Expérimenter la pleine conscience
Récit de soi(n)	Vivre la maladie comme une expérience de reconstruction
	S'exprimer et partager son vécu par le récit
Chanter un chemin vers soi	Découvrir ou faire redécouvrir une voie de détente et de bien-être autour de la voix

combinée. Concernant ces derniers, il s'agissait d'ateliers regroupant à la fois des patients présents dans les locaux de l'organisateur, avec des patients connectés et suivant l'atelier en distanciel. L'animateur était présent et assurait l'animation pour les deux groupes de patients en même temps. Dans cette étude les patients ayant suivi un atelier de façon combinée pouvaient y assister en présentiel et en distanciel, en fonction des ateliers suivis. Lorsqu'ils assistaient physiquement aux ateliers, ils étaient intégrés au groupe «présentiel», et lorsqu'ils y participaient à distance, ils étaient intégrés au groupe «distanciel».

En fonction de la modalité de l'atelier, les outils utilisés par les patients pouvaient être différents. Par exemple, pour l'atelier «du bonheur dans mon assiette», les patients en présentiel représentaient les aliments et leurs proportions en les dessinant dans une assiette tracée sur une feuille. Cette approche tactile et visuelle leur permettait de mieux visualiser l'équilibre alimentaire et de discuter des ajustements possibles en fonction de leur pathologie. En distanciel, l'atelier était adapté pour favoriser l'interaction à distance. Les patients étaient invités à utiliser les aliments présents à leur domicile pour reconstituer leurs repas. Ils montraient ces aliments à la caméra et analysaient avec le groupe de patients, leur composition grâce aux étiquettes nutritionnelles. Cette approche immersive leur permettait d'apprendre à décrypter les emballages et à identifier les choix alimentaires les plus adaptés.

Pour l'atelier sur «mes traitements : bien vivre avec» l'adaptation pédagogique visait à encourager la réflexion individuelle et le partage d'expériences. En amont de l'atelier, les patients, qu'ils soient en présentiel ou en distanciel, envoyaient leurs ordonnances médicamenteuses, afin que l'animateur puisse préparer des échanges ciblés. Pendant l'atelier, l'accent était mis sur l'échange verbal et l'analyse des

ordonnances partagées, que les patients soient présents ou à distance. Les patients ont échangé sur leurs ressentis et représentations par rapport à leurs médicaments. Quelle que soit la modalité de cet atelier, les discussions étaient riches et favorisaient l'adhésion aux traitements et la transmission des différentes ressources d'aide pour les patients.

2.3 Terrain et population de la recherche

La population de l'étude a regroupé des adultes assistant à l'un des deux programmes sur la polyopathie portés par l'UTEP au CHU de Montpellier. Un bilan éducatif était réalisé en amont par un membre de l'UTEP ainsi qu'une évaluation finale à la fin des programmes. Pour participer à l'étude il fallait être majeur, parler le français, être atteint de plus d'une maladie chronique et être inscrit dans l'un des deux programmes. Les patients étaient principalement connus de l'établissement, mais certains pouvaient venir d'autres régions. Le recrutement des patients s'est fait par la communication des deux programmes au travers du site internet de l'établissement, de la communication par l'UTEP auprès des étudiants du Diplôme Universitaire du Partenariat Patient Soignant (DU PPS), ou par les équipes éducatives du CHU de Montpellier, ainsi que par une campagne de communication au sein de la ville de Montpellier. La participation à l'étude était proposée à chaque participant aux ateliers sur la base du volontariat. Ils étaient atteints d'une grande variété de pathologies. On retrouvait essentiellement des patients atteints de diabète, de maladies cardio-vasculaire, de maladies psychiatrique (dépression, borderline, etc.), de Parkinson, de polyarthrite rhumatoïde, d'asthme, ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

2.4 Critères de jugement et outil de recherche

Le critère de jugement principal était l'atteinte des objectifs éducatifs (spécifiques et communs) de l'atelier. En parallèle, les critères de jugement secondaires portaient sur : 1- l'identification des ressources (comme par exemples des contacts utiles, des stratégies ou techniques à mettre en œuvre), 2- la mise en place d'actions concrètes pour améliorer sa santé (comme par exemples l'adoption d'une alimentation équilibrée ou la pratique d'une activité physique), 3- les réponses aux attentes des patients, 4- la satisfaction au regard des ateliers suivis reçue. Les propositions des patients pour améliorer l'ETP étaient également évaluées.

Pour cette étude un seul questionnaire a été créé pour l'ensemble des ateliers. En adoptant un format similaire aux questionnaires de satisfaction déjà connus des patients, l'étude visait à maximiser le taux de retour des questionnaires.

Le questionnaire regroupait un ensemble de 26 questions dont 21 questions fermées et 5 ouvertes.

Les premières questions avaient trait aux caractéristiques du patient (âge, pathologie, atelier suivi). Puis l'atteinte des objectifs éducatifs de chaque atelier était évaluée à l'aide d'une échelle de Likert à 4 niveaux (complètement, en grande partie, un peu, pas du tout). Le choix d'une échelle à 4 niveaux, plutôt qu'à 5, visait à éviter une réponse neutre et à inciter le patient à se positionner clairement sur son ressenti vis-à-vis de l'atteinte des objectifs.

Deux questions complémentaires, fermées à choix dichotomique permettaient de rendre compte si l'atelier avait permis au patient d'identifier des ressources et d'envisager des actions pour sa santé. Chaque patient pouvait compléter sa réponse en précisant quelles ressources et actions ont été identifiées au cours de l'atelier suivi.

Les dernières questions concernaient la réponse aux attentes, ainsi que la satisfaction concernant l'atelier suivi, selon une échelle de Likert à 4 niveaux (complètement, en grande partie, un peu, pas du tout). Une évaluation globale de la satisfaction de l'atelier était proposée à l'aide d'une échelle visuelle analogique entre 0 à 10. Enfin, une question ouverte donnait la possibilité aux patients d'ajouter des commentaires et des suggestions d'amélioration.

Avant d'être déployé, le questionnaire a été testé auprès de 4 patients, non inclus dans l'étude, ayant participé à des ateliers. À cette occasion, le terme « compétence » initialement utilisé, a été remplacé par « objectif » afin d'améliorer la compréhension des patients.

2.5 Modalités de diffusion des questionnaires

Pour les patients en présentiel, les questionnaires étaient distribués en format papier, puis recueillis par l'animateur. Pour les patients en distanciel, un lien leur était adressé par messagerie électronique, à la fin de l'atelier. Ce lien les dirigeait sur un logiciel d'enquête (Sphinx©).

2.6 Analyse des données

Dans cette étude exploratoire, le nombre de sujets inclus a été déterminé davantage par les capacités organisationnelles des deux programmes de polypathologie et du nombre

d'ateliers (il n'y a pas eu de calcul NSN). Une cinquantaine de participants étaient attendus, avec environ la moitié dans chaque groupe. Cela nous aurait permis de détecter des différences de taux de satisfaction entre les deux groupes de 35 %, en attendant un taux dans l'un des groupes de 90 %, dans un test bilatéral avec un alpha à 5 %.

Un descriptif de la population globale ainsi que par groupe a été réalisé. Les variables quantitatives étaient décrites par leurs moyenne, écart-type et étendue, ou médiane et quartiles selon leur distribution, et les variables qualitatives par leurs fréquence et pourcentages.

À partir de l'échelle de Likert à 4 niveaux, nous avons regroupé en 2 niveaux les réponses des participants concernant l'atteinte des objectifs, les attentes et la satisfaction (complètement et en grande partie ; un peu et pas du tout) et donné des résultats en fréquence et pourcentage. Indépendamment de l'échelle de Likert, les patients avaient la possibilité de préciser si leur objectif avait déjà été atteint avant l'atelier.

Concernant la satisfaction globale, pour faciliter la lisibilité et la comparaison entre les deux modalités d'atelier, nous avons choisi de regrouper les notes de 0 à 5 comme pointant une insatisfaction vis-à-vis de l'atelier, et les notes de 6 à 10 comme marquant une satisfaction.

Nous avons analysé l'ensemble de ces données au travers d'une analyse comparative, pour vérifier s'il existait une différence significative entre les deux groupes. Pour comparer les données quantitatives (satisfaction), nous avons utilisé des tests de Mann-Whitney et des tests de Chi² ou de Fisher pour les données qualitatives (acquisition des objectifs éducatifs, ressources identifiées, actions envisagées, réponses aux attentes). Les analyses étaient réalisées avec BiostaTGV en utilisant des tests bilatéraux avec un alpha à 5 %.

L'analyse des questions ouvertes a fait l'objet d'une analyse de contenu privilégiant une analyse thématique [7]. Cette méthode d'analyse a permis d'identifier et d'organiser les thèmes et les sous thèmes qui ressortaient des données. Aucune comparaison n'a été faite à ce niveau.

2.7 Éthique de la recherche

Cette étude a été soumise et validée par le comité local d'éthique pour la recherche sur le CHU de Montpellier (IRB ID: 202201226).

3 Résultats

3.1 Présentation des ateliers suivis

Pour cette étude, 12 ateliers ont été organisés. Les thèmes des ateliers étaient variés, inégalement répartis entre le présentiel et le distanciel, et étaient proposés à des fréquences différentes.

La répartition des patients selon la modalité de l'atelier est présentée dans le [Tableau 2](#).

3.2 Caractérisation des participants

Au total 54 patients sur 76 présents aux ateliers (soit 71 %), ont participé à cette étude. Leur répartition par âge est

Tableau 2. Répartition des ateliers selon sa modalité en présentiel ou en distanciel.*Table 2. Distribution of workshops by modality: face-to-face or online.*

Thèmes des 12 ateliers	Atelier en Présentiel	Atelier en Distanciel
Comprendre sa ou ses maladies *	X	X
Mes traitements : bien vivre avec *	X	X (2 fois)
Du bonheur dans mon assiette *	X	X (2 fois)
Bouger pour sa santé *	X	
Gérer son stress au quotidien par la sophrologie *		X (2 fois)
Bien dormir : sommeil et rythmes de vie *	X	
Prendre soin de mes dents, de ma bouche *	X	X (2fois)
Méditer pour sa santé **	X	
Le système de santé et mes droits **		X
Se reconnecter à son corps : exemple du yoga **	X	X
Récits de soi(n) **	X	
Chanter : un chemin vers soi **		X

Légende : * Programme Initial «Gérer au mieux mes maladies chroniques» ; ** Programme de Suivi «Bien vivre avec mes maladies chroniques». * Initial Program "Managing My Chronic Diseases Effectively"; ** Follow up Program "Living Well with My Chronic Diseases".

Tableau 3. Âge des participants selon la modalité de l'atelier, en présentiel ou distanciel.*Table 3. Age of participants by workshop modality: face-to-face or online.*

Âge des participants	Présentiel (N=26)	Distanciel (N=28)
plus de 60 ans	16 (64%)	10 (36%)
entre 40 et 60 ans	9 (36%)	16 (57%)
moins de 40 ans	1 (4%)	2 (7%)

présentée **Tableau 3**. La moitié des participants avait plus de 60 ans (21 à 78 ans).

Les deux ateliers les plus fréquentés étaient en distanciel : « le système de santé et mes droits » (9 patients en une fois), et « Gérer son stress au quotidien par la sophrologie » (11 patients en deux fois).

Le nombre médian de participants par atelier était de 2,5 (0,75 ; 4) en présentiel et de 3,5 (0 ; 6,25) en distanciel, sans différence significative ($p=0,52$).

Certains patients en distanciel ont ressenti le besoin de refaire un atelier à deux reprises, afin de parfaire leur apprentissage.

Les pathologies n'ont pas été classées par spécialités, compte tenu de leurs diversités et de leur nombre important. Les patients étaient porteurs de 2 à 8 pathologies. Les différentes pathologies étaient réparties de manière équilibrée entre les deux groupes.

Le taux de retour des questionnaires était plus élevé, soit 86,7% chez les patients ayant suivi un atelier en présentiel avec 26 questionnaires récupérés sur les 30 patients présents, en comparaison avec les 46 patients ayant suivi un atelier en distanciel, avec 28 questionnaires récupérés (60,9%). Cette différence était statistiquement significative ($p=0,015$). Cependant, les réponses aux questions ouvertes étaient peu nombreuses en présentiel. En revanche, les questionnaires

récupérés des patients en distanciel étaient bien plus étayés, avec de nombreux commentaires au niveau des questions ouvertes.

3.3 Atteinte des objectifs éducatifs des ateliers (critère de jugement principal)

Les patients semblent avoir atteint les objectifs spécifiques aux ateliers, sans différence significative en fonction de la modalité suivie. Concernant les objectifs communs aux ateliers, ils semblaient plus souvent atteints par le groupe en distanciel, des patients ayant suivis 2 fois certains ateliers (**Tab. 2**). Cependant aucune différence significative n'a été relevée (**Tab. 4**).

Très peu de patients avaient déjà acquis ces compétences avant de participer à l'atelier (2/26 en présentiel et 3/28 en distanciel).

3.4 Identification de ressources et d'actions à mener (critère de jugement secondaire)

La majorité des participants ont identifié des ressources dans les deux modalités (sauf 4, sans en préciser les raisons). De même, la grande majorité des participants en présentiel et en distanciel a indiqué l'intention de mettre en œuvre des actions concrètes pour la santé 24 (92%) vs. 24 (86%), *NS*, $p=0,67$). Les ajouts libres concernant les ressources et les actions à mener sont détaillés dans la partie « analyse des commentaires ».

3.5 Réponse aux attentes des patients (critère de jugement secondaire)

La majorité des patients a jugé que les ateliers répondaient complètement ou en grande partie à leurs attentes : 25 (96%) patients en présentiel et 25 (89%) patients en distanciel ($p=0,61$). Dans le groupe en présentiel, une seule personne

Tableau 4. Atteinte des objectifs éducatifs selon la modalité utilisée, en présentiel ou distanciel.**Table 4.** Achievement of educational objectives at the end of each workshop according to the modality used, face to face or on line.

	Présentiel (N=26) Complètement/ En grande partie	Distanciel (N=28) Complètement/ En grande partie	p-value
Atteinte des objectifs éducatifs spécifiques visés par chaque atelier	21 (81 %)	24 (86 %)	0,73
<i>Atteinte des objectifs éducatifs communs à tous les ateliers</i>			
Mieux comprendre vos maladies	18 (69 %)	21 (75 %)	0,91
Pouvoir parler de vos maladies à vos proches	15 (58 %)	22 (78 %)	0,44
Mieux comprendre vos traitements	19 (73 %)	23 (82 %)	0,17
Améliorer la prise de vos traitements	17 (65 %)	24 (85 %)	0,10
Adapter une hygiène de vie (alimentation, exercice physique, sommeil, stress, soin des dents)	18 (69 %)	22 (78 %)	0,36
Améliorer son bien-être (yoga, méditer, récit de soi(n), chanter)	18 (69 %)	20 (71 %)	0,91

Tableau 5. Détail des niveaux de satisfaction des patients par modalités, en présentiel ou distanciel.**Table 5.** Patient satisfaction levels by modality: face-to-face or online.

	Présentiel (N=26) Complètement/ En grande partie	Distanciel (N=28) Complètement/ En grande partie	p-value
Déroulement de l'atelier	26 (100 %)	28 (100 %)	1
Possibilité d'expression	26 (100 %)	25 (89,28 %)	1
Intervention / dynamique de l'animateur	26 (100 %)	27 (96,4 %)	1

(sur 26) a estimé que l'atelier avait un peu répondu à ses attentes. Il s'agissait de l'atelier « bien dormir : sommeil et rythmes de vie ».

En revanche, 3 patients (sur 28) ont estimé que certains ateliers suivis en distanciel n'avaient pas ou peu répondu à leurs attentes, sans donner plus d'explication. Il s'agissait des ateliers : « le système de santé et mes droits », « gérer son stress au quotidien par la sophrologie » et « se reconnecter à son corps : exemple du yoga ». Les ateliers sur la sophrologie et le yoga permettaient d'initier le patient à ces pratiques pour leur gestion du stress et d'apprendre « à être présent à soi ». L'atelier sur le système de santé permettait de nombreux échanges et apportait un nombre important d'informations sur le système de soins.

3.6 Satisfaction vis-à-vis des ateliers (critère de jugement secondaire)

D'une manière générale, tous les participants ont exprimé une forte satisfaction, quelle que soit la modalité avec une moyenne de $8,6 \pm 0,51$ pour le présentiel et $8,46 \pm 0,51$ pour le distanciel, NS, tant sur le fond que sur la forme (déroulement de l'atelier, possibilité d'expression, intervention de l'animateur) (Tab. 5).

3.7 Analyse qualitative des commentaires libres : perception des patients

Deux grands thèmes ressortaient de l'analyse des questions ouvertes et des commentaires des patients : les effets des ateliers suivis et les commentaires sur l'ETP en général. Plutôt que de quantifier la fréquence des thèmes abordés, nous avons

privilegié une analyse de contenu permettant de mettre en lumière la richesse et la diversité des perceptions des patients.

Les effets des ateliers sur l'alimentation, l'activité physique et la santé mentale :

- nutrition et santé : les ateliers ont permis aux patients d'améliorer leur alimentation. Des actions concrètes comme mieux équilibrer les repas, améliorer sa mastication ont été mises en œuvres par certains participants ;
- santé physique : l'importance de l'activité physique pour le bien-être a été soulignée. Les patients avaient intégré des actions comme l'exercice régulier et le renforcement des liens sociaux ;
- santé mentale : les ateliers ont renforcé le bien-être mental, aidant les patients à mieux gérer le stress et l'anxiété. Certains avaient adopté des pratiques comme la méditation et la sophrologie. Les ateliers ont également favorisé l'interaction sociale et une meilleure qualité de vie pour plusieurs participants.

Les effets de l'ETP :

- soutien et partage : l'écoute et les échanges d'expériences ont aidé les patients à mieux comprendre leur pathologie et à se sentir moins isolés ;
- importance de l'ETP : l'ETP étaient perçue comme essentielle pour mieux vivre avec une maladie chronique ;
- animation des ateliers : la richesse des informations et la bienveillance des animateurs ont été appréciées, bien que certains avaient demandé plus d'informations et un suivi supplémentaire ;
- suggestions d'amélioration : quelques patients ont exprimé le désir de prolonger certains ateliers ou de les répéter pour

approfondir les sujets abordés. Certains ont souligné l'importance d'augmenter les temps de pause, d'autres ont exprimé le souhait d'avoir plus de possibilités d'expression.

4 Discussion

4.1 Pertinence et comparaison des modalités éducatives

Cette étude compare les effets perçus par les patients ayant suivis des ateliers d'ETP d'un programme sur la polyopathie, selon deux modalités différentes, en présentiel et en distanciel. Les résultats mettent en avant que les deux modalités sont pertinentes sans différence significative en fonction des modalités éducatives, ainsi que l'intérêt des patients pour l'évolution des pratiques d'ETP à distance. Quels que soient les ateliers suivis (présentiel ou distanciel), les patients ont le sentiment d'avoir atteint les objectifs éducatifs de l'atelier, identifié plusieurs ressources leur permettant de vivre au mieux avec leur(s) maladie, mis en œuvre des actions pour leur santé (ou prévoit de le faire). Selon eux les ateliers ont répondu à leurs attentes et leur satisfaction vis-à-vis de ces ateliers était plutôt bonne. Ces observations confirment en partie les conclusions d'autres études, réalisées dans les domaines de la chirurgie bariatrique et des rhumatismes inflammatoires chroniques [8,9]. Ces études ont examiné les bénéfices et inconvénients du distanciel durant la crise sanitaire liée au Covid-19. De même, deux revues systématiques de littérature, publiées en 2018 et 2019, avaient déjà évalué la faisabilité et l'efficacité de l'éducation et du soutien social à domicile *via* le distanciel [10,11]. Enfin, d'autres études dans d'autres domaines ont montré que le distanciel permettait d'atteindre des objectifs similaires à ceux du présentiel, tout en offrant une nouvelle forme d'éducation thérapeutique permettant aux patients de développer des compétences d'auto-soins et d'adaptation dans leur vie quotidienne [12,13]. Ainsi il n'existe pas de méthode unique adaptée à tous les patients. Il est essentiel de proposer plusieurs formats pour répondre aux besoins variés des participants. L'impact positif de l'ETP sur le mode de vie des patients, quelles que soient les modalités éducatives, a été démontré par cette étude et d'autres recherches antérieures [14]. Cependant, il serait nécessaire de mener davantage de recherches avec un plus grand nombre de patients pour déterminer les meilleures pratiques dans l'utilisation de ces modalités.

4.2 Avantages et inconvénients des deux modalités d'animation selon les patients participants

Les patients ont souligné des avantages et des inconvénients en fonction des modalités éducatives suivies. En terme d'avantages, les ateliers en présentiel sont particulièrement appréciés pour les échanges directs et les rencontres qu'ils permettent entre participants et avec l'animateur. Ces interactions favorisent les discussions informelles avant et après l'atelier, renforcent les contacts humains et la convivialité, enrichissant ainsi l'expérience globale. D'un autre côté pouvoir suivre des ateliers en distanciel facilite

l'accès surtout pour ceux vivant loin des centres ou ayant des contraintes de mobilité. Cela permet de surmonter plusieurs difficultés liées à la distance géographique, à l'accessibilité des locaux, à la fatigue et aux temps de transport [15]. Pour les patients cela peut représenter un gain de temps. Ils apprécient aussi de pouvoir revoir l'atelier pour consolider leurs compétences à leur rythme quand la séance est enregistrée, ce qui a été souligné par des patients sujets à une chirurgie bariatrique [8]. Ces ateliers à distance leur permettraient aussi de contribuer à réduire l'isolement social, tout en maintenant un soutien psychosocial au travers des échanges virtuels comme cela a été montré dans certaines études [12,13].

Cependant, suivre des ateliers à distance peut se révéler difficile à cause de problèmes techniques soulignés par certains participants (mauvaise connexion internet, débit insuffisant) comme cela a été souligné dans la littérature [8], voire pour certains patients cela peut aggraver les inégalités sociales liées à la fracture numérique [3]. Bien que les discussions se fassent par chat ou visioconférence, la dynamique des échanges en ligne est différente et parfois plus limitée. Enfin, certains patients ont signalé des difficultés auditives lors de ces ateliers en distanciel à cause d'une mauvaise isolation phonique des locaux ou de la qualité audio pendant l'atelier.

4.3 Suggestions d'amélioration de l'ETP à distance selon les participants

Le distanciel représente une nouvelle approche de l'ETP, qui, malgré certains inconvénients techniques, est bien accueillie par les patients participants pour son accessibilité et la flexibilité qu'elle offre. La crise sanitaire a poussé de nombreux patients, quel que soit leur âge (de 21 à 78 ans dans notre étude), à développer leurs compétences numériques et à utiliser des outils en ligne pour participer aux ateliers. Bien que la majorité des participants en distanciel ait entre 40 et 60 ans, les résultats de cette étude semblent montrer qu'il n'y a pas d'âge privilégié pour accéder à un atelier en distanciel. Cependant, il reste nécessaire de réfléchir à comment améliorer l'apprentissage à distance. Un état des lieux des outils numériques éducatifs à disposition des patients a été réalisé en 2019 [16]. Ces outils ont été classés et analysés (selon leurs objectifs par exemples). Cette étude montrait que trop peu d'outils était suffisamment centrés sur les besoins des patients et permettaient le développement de compétences d'auto-soins. Néanmoins, des outils interactifs [17] ou des approches ludiques aident les patients à apprendre et à mieux appliquer ce qu'ils apprennent dans leur vie quotidienne [18]. Cependant, l'ETP à distance demande aux professionnels de santé d'être très rigoureux dans la création et l'animation des ateliers pour en tirer le meilleur parti [19]. Pour garantir une expérience optimale en distanciel, une formation adaptée des professionnels de santé et l'utilisation de locaux techniques appropriés, notamment bien isolés sur le plan phonique, sont nécessaires.

4.4 Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites, qu'il convient de prendre en compte.

La première limite concerne la taille et la qualité de l'échantillon. Celui-ci était restreint, en partie en raison de la

période de collecte des données, qui s'est déroulée sur une durée limitée de huit mois (de mai à décembre 2022). De plus, l'absence d'un calcul préalable du nombre de patients requis dans chaque groupe réduit la possibilité de généraliser les résultats à une population plus large. Par ailleurs, pour assurer une meilleure représentativité et transférabilité des résultats à d'autres populations, il aurait été nécessaire de recueillir des données plus détaillées sur les participants, telles que le genre, le niveau d'éducation, l'activité professionnelle, l'origine géographique ou encore le contexte socio-économique et culturel. De plus, une randomisation des groupes aurait permis d'assurer une meilleure comparabilité sur ces caractéristiques.

La deuxième limite concerne la qualité du questionnaire et les retours. Certaines ambiguïtés ont été relevées, notamment la confusion entre les besoins et les attentes des participants. De plus, contrairement à d'autres questionnaires utilisés en recherche, celui-ci n'a pas fait l'objet d'une validation psychométrique. Le taux de retour des questionnaires s'est révélé significativement plus élevé pour les ateliers en présentiel, sans doute grâce à la présence de l'animateur qui s'est attelé à récupérer l'ensemble des questionnaires en fin de séance. Ce n'était pas le cas pour les ateliers en distanciel, le questionnaire étant envoyé seulement le lendemain. Ainsi le questionnaire pouvait sembler trop distant du moment de l'atelier pour certains patients, tout en leur donnant du temps pour le remplir. Ces remarques n'ont pas fait l'objet de mesure spécifique.

Une troisième limite est liée à l'auto-évaluation par les patients eux-mêmes de l'atteinte de leurs objectifs éducatifs. Il n'y a pas eu d'évaluation externe indépendante pour vérifier ces acquisitions, ce qui aurait pu apporter une perspective plus objective sur les résultats obtenus.

En complément, bien que cette étude exploratoire se concentre sur la perception des patients, il serait intéressant d'inclure également l'avis des soignants animant ces ateliers, notamment en distanciel, pour mieux identifier les compétences spécifiques que requière l'ETP à distance.

5 Conclusion

Cette étude exploratoire n'a révélé aucune différence significative entre les modalités d'animation des ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en présentiel et en distanciel. Ceci vient renforcer l'intérêt du distanciel, qui offre par ailleurs des avantages spécifiques, tels que l'accessibilité accrue et une plus grande flexibilité, en éliminant les contraintes géographiques et temporelles pour les participants. Ces bénéfices en font une alternative intéressante pour les patients, surtout dans un contexte où la gestion des déplacements peut être complexe.

En plus d'être une alternative au présentiel, le distanciel dans l'éducation thérapeutique du patient (e-ETP) apporte des solutions aux contraintes logistiques tout en enrichissant les méthodes pédagogiques.

Il est important de noter que cette étude présente plusieurs limites. Afin de consolider ces résultats, il serait pertinent de mener une étude comparative à plus grande échelle, en intégrant des méthodes qualitatives et quantitatives.

Remerciements

Tous les patients ayant participé à l'étude et accepté de remplir le questionnaire.

Financement

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

Conflits d'intérêts

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

Contribution des auteurs

N. Dauriat et C. Marchand : conceptualisation, démarche de recherche analyse des résultats, rédaction d'une première version de l'article ; X. De la Tribonnière : participation à la conceptualisation, L. Moulis analyse statistique des données ; tous les auteurs ont contribué à la révision de l'article et ont approuvé la version finale.

Approbaton éthique

Cette étude a été soumise et validée par le comité local d'éthique pour la recherche sur le CHU de Montpellier (IRB ID : 202201226).

Déclaration de consentement éclairé

Cette étude s'inscrivant dans la pratique courante aucun consentement n'a été demandé aux patients.

Références

1. 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 polypathologie chronique pendant le premier confinement lié à la Covid-19. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2021; 13 (1):10401.
2. Gremeaux V, Coudeyre E. The Internet and the therapeutic education of patients: A systematic review of the literature. *Ann Phys Rehabil Med.* 2010; 53(10):669–692.
3. Cohen J-D., Chambouleyron M, Guillaume A, Tropé S, Gagnayre R. L'e-ETP : vers une nouvelle pratique ? *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2020; 12(2):20301.
4. CRES Provence-Alpes-Côte d'Azur, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur. Enquête sur les adaptations dématérialisées des programmes d'ETP dans la période de crise sanitaire. 2021. Disponible sur : <https://www.cres-paca.org/actualites-du-cres/actualites-archivées/2021/enquete-sur-les-adaptations-dematerialisees-des-programmes-dETP-dans-la-periode-de-crise-sanitaire>.
5. De La Tribonnière X. *Pratiquer l'éducation thérapeutique*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023, p. 134.

6. Gagnayre R, d'Ivernois J-F. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique à l'école de Bobigny. 5^e éd. Paris: Maloine; 2016, pp. 83–109.
7. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4^e éd. Malakoff: Armand Colin; 2016, pp. 235–312.
8. Benbouaziz M, Cohen R, Senegas JB, Rousselle M, Guerni G, Mohamed AC. 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.
9. Langlumé L, Nadal N, Brault W, Pers YM, De La Tribonnière X, Fabre S. Éducation thérapeutique en distanciel : expérimentation de web-ateliers dans un programme pour les rhumatismes inflammatoires chroniques. *Med Mal Metab.* 2021; 10:1016.
10. 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. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29396387/>.
11. Gentry MT, Lapid MI, Clark MM, Rummans TA. Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2019;25:327–42. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788807/>.
12. Ahrendt A, Kattelman K, Rector T, Maddox D. The effectiveness of telemedicine for weight management in the MOVE! Program. *J Rural Health* 2014; 30(1):113–9. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24112223/>.
13. 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 Éducation – Afdet* 2016; 26(3):8–13.
14. Garbacz L, Jullière Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G. Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie : perception des patients et de leurs proches. *Santé publique* 2015; 27:463–470. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-463.htm>.
15. Collectif en Région Grand Est. L'ETP à distance. Guide d'aide à la mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique à distance. 2020. Disponible sur : <https://www.codes06.org/centre-documentaire/centre-documentaire/letp-a-distance-guide-daide-a-la-mise-en-oeuvre-de-seances-deducation-therapeutique-a-distance>.
16. Vitale E, Vion Genovese V, Allenet B. Les outils numériques au service de l'éducation thérapeutique : leur pertinence ? *Revue narrative de la littérature. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2021; 13(1):10601.
17. Lafitte P, Lince-Barrère K, Marchand M, Cohen JD. Le numérique au service de l'ETP : à propos d'un programme polyopathologies. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2020; 12(1):10401.
18. Yazidi M, Khiari H, Mkaouer S, Ziweche I, Oueslati I, Chihaoui M. Place des supports vidéo disponibles en ligne dans l'éducation thérapeutique des diabétiques : étude évaluative chez une population de diabétiques à haut risque podologique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ.* 2022; 14(2):220203.
19. Jacquemet S. Intérêts et limites de l'e-ETP. *Med Mal Metab.* 2024; 18:21–26.

Citation de l'article : Dauriat N, de La Tribonnière X, Moulis L, Bentz S, Marchand C. Comparaison des effets de l'éducation, suite à des ateliers en présentiel et en distanciel, dans un programme sur la polyopathie. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2025; 17:10201. <https://doi.org/10.1051/tpe/2025006>