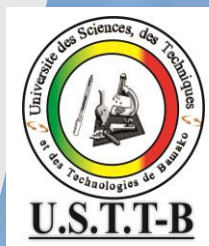


Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE

2020-2021

THESE N°317

THEME

**EVALUATION DES CONNAISSANCES DU PERSONNEL
SOIGNANT SUR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DES
PATIENTS PRESENTANT LES PATHOLOGIES CHRONIQUES
AU CHU-POINT G**

Présentée et soutenue publiquement le 19/11/2021 devant
La Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) par :

Mariette

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

JURY

PRESIDENTE : Pr. SIDIBE Assa TRAORE

DIRECTEUR : Pr. KAYA Assetou SOUKHO

CODIRECTEUR : Dr. MENTA Djénebou TRAORE

MEMBRE : Dr. SOW Djeneba SYLLA

Dédicaces
&
Remerciements

ACTION DE GRACE

Toute science et toute Sagesse viennent de Dieu, Lui qui a donné aux hommes l'intelligence pour scruter le vaste champ de la connaissance de la nature et de la vie humaine. *A Dieu Tout-Puissant, Créateur du ciel et de la terre, grande action de grâce !* C'est Lui qui, dans son incommensurable bonté, m'a inspiré le désir de servir et de défendre la vie dont Il est le seul Maître. Puisse ce travail de mes si fragiles mains rendre dignement gloire et honneur à son nom qui est saint, grand et beau.

Très sainte Vierge Marie tu en es capable

DEDICACES

Il est des personnes dont la présence et la proximité n'ont pas manqué d'impacter positivement l'élaboration de cette œuvre. Celle-ci est le produit final de la contribution spirituelle, intellectuelle, matérielle et affective de ces âmes bien nées. C'est d'ailleurs pour cette raison que je ne peux aucunement m'empêcher de leur dédicacer ce travail en guise de reconnaissance et de gratitude.

Je voudrais ainsi nommer :

Mes chers parents **Frédéric ANADJEME et Thérèse AGBOTRA**, eux qui nous ont transmis le goût du travail bien fait et qui nous ont aussi bien soutenue que conseillé tout mon parcours durant. Que ce travail soit le témoignage de notre profonde communion filiale et affective.

Mes frères et sœurs : **Angèle et son conjoint, Benoite et son conjoint, Gabin, Prudence, Florentin, Elodie et Flora.** « *Je vous remercie de votre indéfectible fidélité et pour avoir toujours cru en moi. Recevez ce travail en signe*

de mon profond attachement pour vous. Que Dieu vous bénisse et vous accompagne ! ».

Au Docteur Férol GBENOU

« Tu as été là depuis le commencement. Une source d'inspiration et de motivation, tu es et restes pour moi ! Ton amour et ta patience m'ont été d'une aide inconditionnelle. Que ce travail soit pour nous le chemin vers un futur radieux. Je crois en notre bel avenir ».

REMERCIEMENTS

C'est le lieu de dire ma profonde joie à l'endroit de toutes les chevilles ouvrières qui, de près ou de loin, m'ont aidée et assistée dans la planification et la rédaction de cette thèse :

« Je ne pourrais, en effet, trouver les mots nécessaires pour vous exprimer toute ma gratitude, **Docteur SONON Félix**. Dieu vous bénisse abondamment pour votre implication dans l'élaboration de ce travail ».

A vous, **Docteur DJOPKE Frémice**, un merci sincère pour le soutien et les conseils depuis toutes ces années. Comme une sœur, tu as été pour moi durant ce long parcours.

A vous, **Docteur DAGBOZOUNKOU Fulbert**, un fraternel merci pour le soutien et les conseils. Comme un grand frère, vous avez été pour moi durant ce long parcours.

A vous, **Docteur YEDE Dorcas** un fraternel merci pour le soutien et les conseils. Comme un grande soeur, vous avez été pour moi durant ce long parcours.

A vous tous, **membres du groupe Saint Esprit du point G**, merci pour l'expérience spirituelle partagée et vécue. Au milieu de vous j'ai vu croître et mûrir davantage ma foi. Plus qu'une communauté, vous avez été une famille spirituelle. Daigne le Seigneur vous combler des dons et des fruits de son Esprit.

A vous **Mme Irène GAGA** qui, depuis toutes ces années en médecine, étiez pour moi comme un tremplin, toujours à me propulser de l'avant dans les études et par vos conseils. La mesure sans mesure de Dieu saura vous gratifier dignement.

A vous **SEHOU Moïse, GBEBO Diesta , KINDJINOUE Théodore**, je dis un grand merci pour les encouragements et les conseils qui ne m'ont jamais fait

défaut. Ce travail est également le vôtre. Daigne le Seigneur exaucer vos vœux et vous bénir.

A la **famille THERA et TOSSOU de Bamako**, j'exprime ma vive reconnaissance pour l'accueil et le soutien, merci de m'avoir adopté et m'avoir pris comme une des vôtres. Que Dieu accorde la santé et la longévité à tous ses membres.

A vous tous, **prêtres(Pères : GAGA Pierre, AISONONOU Saturnin, KOUPKODE Alex, AKOFFODJI Hospice, SAVY Wilfried ...) religieux et hommes de Dieu** qui m'avez soutenue et encouragée, je ne vous saurai jamais assez gré de votre sensibilité paternelle. Que Dieu conserve davantage en vous ce cœur de père, pour un ministère toujours fructueux, épanoui et épanouissant.

Je ne saurais manquer d'adresser ma vive gratitude à l'endroit de tout le **personnel enseignant de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)**. L'expérience scientifique acquise auprès de vous restera une marque indélébile dans ma carrière professionnelle

A tous mes proches intimes(**AKAKPO Essénam, MALLE Marie-Rita, EZINSE Léa, SAIZONOU Nikè, DIAWARA Mariam, TRAORE Aminata SAIZONOU Gloria, DOSSOU Ninelle, Urielle HOUNDONUGBO, ADAHE Opportune, NOUHOUEFLIN Julien ATCHAHOUÉ Fabrice...**) je ne vous remercierai jamais assez pour cette présence à mes côtés durant les moments difficiles. Votre grand cœur est un don du ciel. Que le bon Dieu vous réserve le meilleur

A la **11ème promotion du Numerus Clausus et à la FUBUC**, le plaisir a été pour moi de partager ces années à vos côtés. Dieu nous accorde le meilleur et vous donne d'être toujours meilleurs.

A vous, **membres de l'AESBM**, je dis un fraternel merci pour les liens familiaux que j'ai pu tisser au sein de votre corporation. Je garderai toujours l'espoir de voir cette famille s'agrandir et réaliser de belles choses.

A mes collègues de la médecine interne (**Arsene Obeye, Amara.TOURE, Sory DIALLO, Cynthia A SENDJONG, Sylvie KONE, Inès NZOUZKEV, Ida NGONGANG, Samba CAMARA, Junior MENSAH ZUKONG ,Marcelle-Paule T, Carole MAKOUGOUM, Moussa COULIBALY, Aissata DIALLO, Pamela TOURE, Diane WATAT, Serge TCHUENTE , Nolan SEGNIAGBETO BOA Trévis....**), un merci sincère pour le temps passé à vos côtés ce fut un réel plaisir cette convivialité de travail , que Dieu vous bénisse et accorde le meilleur.

A **tout les Docteurs en spécialisation de la médecine interne(Dr CISSE Aziz ; Dr Romuald NYANKE ; Dr DIARRA Awa ; Dr LANDOURE Sékou ; Dr DIASSANA ; DR KONE Yacouba....)** un merci sincère à vous pour votre largesse et votre disponibilité dans le travail

Au **personnel du service de médecine interne du CHU Point G et à tous les participants** à nos recherches, merci du fond du cœur pour la collaboration.

A **tous ceux qui méritent d'être cités** et qui ne l'ont pas été, à toutes les personnes qui, ont pris une part active, discrète mais essentielle dans cette recherche, et que la providence a placées sur mon chemin, je prie de recevoir, par ce chef-d'œuvre, l'expression de ma fraternelle et cordiale reconnaissance. Seul, l'*Au-delà de tout* saura vous le rendre à sa juste valeur.

Seigneur, éternel est ton amour ! N'arrête pas l'œuvre de tes mains...

Hommages
aux
Membres du Jury

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Présidente de Jury

Le Professeur SIDIBE Assa TRAORE

- ❖ **Professeur titulaire en endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition à la FMOS**
- ❖ **Coordinatrice pédagogique du DES d'Endocrinologie du DU de diabétologie à la FMOS**
- ❖ **Présidente et membre fondatrice des sociétés savantes SFADE, SOMAPATH**
- ❖ **Membre titulaire de la SFADE, SFE, SFD, SOMED, SOMAP**
- ❖ **Lauréate de la meilleure performance prescription à Alger en 2002**
- ❖ **Women of excellence de l'ambassade des Etats-Unis d'Amérique en 2012**
- ❖ **Membre du collège des sciences de la santé (CSS) de l'académie des sciences du Mali(ASM)**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Honorable maître

Vous nous faites un grand honneur d'accepter avec une très grande amabilité de présider notre jury de thèse en dépit de vos multiples occupations. Votre humilité malgré vos multiples distinctions et votre courtoisie font de vous une personne aux qualités exceptionnelles. Cher maître, veuillez recevoir notre profonde gratitude et reconnaissance.

Puisse Dieu vous accorde une longévité, une santé et une prospérité.

A notre maître et directrice de thèse :

Le Professeur KAYA Assétou SOUKHO

- ❖ **Professeur titulaire en médecine interne à la FMOS,**
- ❖ **Première femme titulaire en médecine interne au Mali,**
- ❖ **Praticienne hospitalière dans le service de médecine interne du CHU Point G ,**
- ❖ **Spécialiste en endoscopie digestive**
- ❖ **Titulaire d'une attestation en épidémiologie appliquée,**
- ❖ **Spécialiste en médecine interne de l'université de Cocody (Cote d'Ivoire),**
- ❖ **Diplômée de formation post-graduée en gastro-entérologie de l'Organisation Mondiale de Gastro-entérologie (OMGE) à Rabat (Maroc)**
- ❖ **Titulaire d'un certificat de formation de la prise en charge du diabète et complications, à Yaoundé (Cameroun),**
- ❖ **Membre du bureau de la Société Africaine de Médecine Interne (SAMI),**
- ❖ **Membre du bureau de la Société de Médecine Interne du Mali (SOMIMA).**

Cher maître

Nous avons eu le privilège de travailler avec vous et d'admirer vos qualités et valeurs. Votre sérieux, votre compétence et votre sens de devoir nous ont énormément marqués et constituent pour nous un exemple que nous nous efforcerons de suivre. Veuillez trouver ici, l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour vos qualités scientifiques et humaines.

Puisse Dieu vous accorde une longévité, une santé et une prospérité

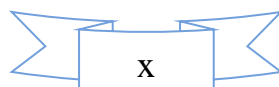
A notre maître et co-directrice

le Docteur MENTA Djénébou TRAORE

- ❖ **Spécialiste en médecine interne**
- ❖ **Membre de la Société Malienne de Médecine Interne et la SAMI**
- ❖ **Praticienne hospitalière au CHU du Point G**
- ❖ **Diplômée de l'université Paris 6 sur la prise en charge du VIH**
- ❖ **Diplômée de formation Post-Graduée en hépato- gastro-entérologie**
- ❖ **Maître Assistant en Médecine Interne à la FMOS**

Cher Maître

Plus proche de nous, vous êtes pour nous un exemple de rigueur et d'amour du travail bien fait. Nous avons été honorés par votre sens d'écoute, de partage et du travail bien fait. Votre disponibilité, votre investissement et vos conseils ont permis l'aboutissement de ce travail. Les valeurs professionnelles et scientifiques dont vous êtes porteuse; votre disponibilité permanente, votre sens élevé d'humanisme et votre volonté affichée pour notre formation ainsi que votre exemplaire modestie, légitiment la très haute estime que nous avons de vous. Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous avez fait preuve à notre égard. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre reconnaissance et de nos sincères remerciements. Puisse Dieu vous accorde une longévité, une santé et une prospérité.



A Notre Maitre et Membre

le Docteur Sow Djénèba SYLLA

- ❖ **Cheffe de service Médecine et d'Endocrinologie de l'Hôpital du Mali ;**
- ❖ **Maître Assistante en Endocrinologie,**
- ❖ **Maladies Métaboliques et Nutrition à la FMOS ;**
- ❖ **Premier Médecin référent en diabétologie au CSRéf commune 1 ;**
- ❖ **Consultante au CDC Atlanta ;**
- ❖ **Consultante au Médecin du Monde Belge ;**
- ❖ **Membre de la SOMED**
- ❖ **Membre de la SFADE et SFE, SFD**

Chère maitre

Vous nous avez honorés en acceptant avec sympathie de siéger parmi notre jury de thèse. Votre qualité professionnelle, votre disponibilité et votre amour à transmettre le savoir force l'admiration

Veillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Puisse Dieu vous accorde une longévité, une santé et une prospérité.

Liste des abréviations

LISTE DES ABREVIATIONS

ASM : Académie des Sciences du Mali

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CSS : Collège des Sciences de la Santé

CSRef : Centre de Santé de Référence

DU : Diplôme Universitaire

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

EPU : Enseignement Post Universitaire

ETP : Education thérapeutique du patient

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HAS : Haute Autorité de la Santé

MNT : Maladies Non Transmissibles

OMGE : Organisation Mondiale de Gastro-entérologie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

SFADE : Société francophone d'endocrinologie de diabétologie et
d'endocrinologie

SFD : Société francophone du diabète

SFE : Société Française d'Endocrinologie

SOMED : Société Malienne d'Endocrinologie et de Diabétologie

SOMIMA : Société de Médecine Interne du Mali

SAMI : Société Africaine de Médecine Interne

SOMAPATH : Société Malienne des Pathologies Thrombotiques

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

Liste des figures

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition du personnel soignant selon le sexe.....	38
Figure 2: Répartition du personnel impliqué dans l'étude, selon le profil	39
Figure 3: Répartition des soignants selon leur avis par rapport à la position de l'ETP dans la PEC des patients atteints de maladies chroniques	41
Figure 4: Répartition des enquêtés selon la nature des séances d'ETP,.....	46
Figure 5: Répartition du personnel enquêté selon le nombre de séance proposé.	50
Figure 6: Répartition des soignants selon l'acceptation de la pratique future d'ETP.	53
Figure 7: Répartition des praticiens selon le niveau de connaissance en matière d'ETP.	55

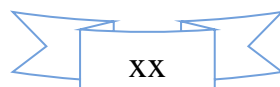
Liste des tableaux

Tableau I : Répartition de l’effectif du personnel selon la tranche d’âges	39
Tableau II : Répartition du personnel selon la période de participation à l’ETP.....	40
Tableau III: Répartition selon l’avis du personnel sur la perception de l’ETP	43
Tableau IV: Répartition des praticiens selon leur avis par rapport à la formation à l’ETP et à la description de ses modalités par les textes référentiels	44
Tableau V : Répartition des soignants selon la durée minimale de formation estimé par le personnel soignant.....	43
Tableau VI: Répartition selon l’avis du personnel des bénéficiaires des séances d’ETP	44
Tableau VII :Répartition selon l’avis des membres du personnel soignant sur le lieu de réalisation d’ETP.....	45
Tableau VIII: Répartition selon l’avis du personnel sur les conditions de proposition de séances d’ETP.....	47
Tableau IX: Répartition selon l’avis des soignants sur les maladies PEC en ETP.....	48
Tableau X: Répartition selon l’avis des soignants sur les nécessités d’un programme d’ETP.....	51
Tableau XI: Répartition selon l’avis des enquêtés sur le(s) rôle(s) du personnel soignant dans l’ETP.....	51
Tableau XII: Répartition selon l’avis du personnel sur les attitudes et pratiques d’ETP.....	52
Tableau XIII: Répartition selon l’avis du personnel du CHU du point G en 2020, sur les difficultés à la pratique de l’ETP.	54

Tableau XIV: Recherche de facteurs associés au niveau de connaissances des praticiens en matière d’ETP.56
Tableau XV: sex-ratio homme / femme dans les différentes études60
Tableau XVI: ETP et une information sur la maladie et sa prise en charge...60

Table des matières

Introduction	1
Objectifs	4
1- Généralités	6
1.1 Définitions	7
1.1.1 Education thérapeutique du patient (ETP).....	7
1.1.2 Maladies chroniques	7
1.2 Le concept de l'éducation thérapeutique du patient [10].....	10
1.3 Les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient	10
1.4 Les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [11]	11
1.5 Les modèles d'ETP	12
1.6 Des modèles de santé à la pratique de l'éducation thérapeutique.....	21
1.7 Organisation de l'ETP	25
2- Méthologie	28
2.1 Cadre d'étude	29



2.2	METHODE D'ETUDE	30
2.2.1	Type d'étude	30
2.2.2	Période d'étude :	30
2.2.3	Population d'étude :	30
2.2.4	Echantillonnage :	30
2.2.5	Critères d'inclusion :	31
2.2.6	Critères de non inclusion :	31
2.2.7	Technique de collecte des données :	31
2.2.8	Outils de collecte : questionnaire (voir annexes).....	31
2.2.9	Déroulement de l'enquête :	32
2.2.10	Définitions opérationnelles :	32
2.2.11	Variables étudiées	35
2.2.12	Analyse statistique et traitement des données	36
2.2.13	Aspects éthiques et réglementaires	36
3-	Résultats.....	37
3-1	Etude descriptive	38
3.1.1	Taux de participation	38

3.1.2	Caractéristiques sociodémographiques.....	38
3.1.3	Expérience professionnel sur l’ETP	40
3.1.4	Evaluation des connaissances et pratiques sur l’ETP	41
3.1.5	Perception de l’ETP	42
3.1.6	Tests officiels/ Formation	43
3.1.7	Durée minimale de formation à l’ETP.....	43
3.1.8	Bénéficiaires des séances d’ETP	44
3.1.9	Lieu d’ETP	45
3.1.10	Nature des séances d’ETP.....	46
3.1.11	Conditions de proposition de séances d’ETP	47
3.1.12	Maladies PEC en ETP.....	48
3.1.13	Nombre de séance d’ETP	49
3.1.14	Nécessités d’un programme d’ETP	50
3.1.15	Rôle(s) du personnel soignant dans l’ETP.....	51
3.1.16	Attitudes pratiques	52
3.1.17	Intérêt personnel sur le sujet	53
3.1.18	Niveau global de connaissance	55

3.2- Etude analytique	56
4- Discussion.....	57
4.1 Méthodologie.....	58
4.2 Les Limites de la méthodologie	58
4.3 Caractéristique de la population.....	58
4.4 Connaissances du personnel soignant sur l’ETP.....	60
4.5 Intérêt du personnel soignant sur l’ETP et les freins à sa pratique.....	63
4.6 Les points forts de l’enquête :	64
Conclusion.....	66
Recommandations.....	68
Références bibliographiques.....	65
Annexes.....	65
Fiche d'enquete.....	79
Lettre de consentement.....	84
Fiche signalétique.....	85
Data sheet.....	87
Serment d'Hippocrate.....	89

Introduction

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée, qui, en règle générale, ont une évolution lente selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[1]. Pour le Haut Conseil de la Santé Publique, une maladie chronique est un état pathologique de nature physique, psychologique et/ou cognitive appelé à durer avec un retentissement majeur sur la qualité de vie quotidienne du patient [2]. On distingue deux types de pathologies chroniques à savoir : les maladies transmissibles qui sont pour la plupart des infections causées par des agents viraux, bactériens ou autres (les maladies infectieuses), et les maladies non transmissibles MNT (Hypertension artérielle, diabète, lupus, asthme, cancer). Elles sont responsables de 63% des décès et constituent la toute première cause de mortalité dans le monde[1]. Elles sont souvent non guérissables et d'évolution silencieuse en dehors des crises.

En Europe, particulièrement en France, en 2012, 37% des plus de 15 ans, soit 19 millions de personnes étaient atteintes d'une maladie chronique, dont 13 millions avec une limitation dans la vie courante[3]. D'après les données de l'ARSOI [4], « quatre groupes d'affections concernent les trois quarts des personnes porteuses de maladie chronique. Le diabète (34%), le groupe des affections cardiovasculaires (28%), les affections psychiatriques de longue durée (8%) et les tumeurs malignes (8%) représentent 78% des affections de longue durée à La Réunion. La maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées arrivent en 5ème position (3 %) ». En 2012, on dénombre 16 millions de personnes mortes prématurément de maladies non transmissibles (MNT). La majorité (82%) des décès prématurés dus aux MNT, se produisent dans les pays à revenu moyen et faible [5]. En 2014, les MNT représentaient plus de trois quarts des décès dans la plupart des pays d'Afrique du Nord. En Afrique subsaharienne où les maladies transmissibles et autres conditions

prédominant encore, les maladies non transmissibles deviendraient la principale cause de décès dans les 15 années à venir [6].

Contrairement aux maladies aiguës, on assiste souvent à un retard dans le diagnostic, une initiation tardive d'un traitement et un manque de réaction dans les ajustements thérapeutiques à réaliser au cours du temps pour atteindre les objectifs thérapeutiques. Ces pathologies à évolution chronique nécessitent un traitement au long cours dans un cadre pluridisciplinaire et un suivi régulier avec des changements de comportement et de mode de vie [7].

De nombreuses études faites dans différentes spécialités médicales de prise en charge des maladies chroniques, ont, par ailleurs, montré que l'adhésion du patient au traitement prescrit par le médecin tend à tomber en déliquescence au cours du temps. Ce qui favorise en grande partie les échecs thérapeutiques [8]. Il est donc nécessaire de mettre en place une approche pluridisciplinaire et un suivi régulier du patient souffrant de maladies chroniques afin d'améliorer la prise en charge. Pour y parvenir on pourrait sans doute amener à recourir à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) [9]. Elle permet également d'aider le soignant à comprendre les enjeux, les besoins et les représentations du patient.

Seule une bonne connaissance de la part du personnel soignant permettra d'atteindre les objectifs de l'ETP. Dans le but d'améliorer la pratique de l'ETP dans notre milieu de travail, nous nous sommes proposé d'évaluer le niveau de connaissance du personnel soignant du CHU du Point G de Bamako.

Objectifs

Objectif général :

Evaluer le niveau de connaissance du personnel du CHU du point G sur l'éducation thérapeutique des patients présentant les pathologies chroniques

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques du personnel du CHU du point G
- Décrire les connaissances du personnel du CHU du point G sur l'éducation thérapeutique des patients présentant les pathologies chroniques

1- Généralités

1.1 Définition

1.1.1 Education thérapeutique du patient (ETP)

Selon la définition proposée dans le rapport OMS 1998 révisé par HAS en 2007 : l'éducation thérapeutique du patient est un « Processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de vie » [10]. l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente du protocole de prise en charge du patient. Elle comprend des activités structurées de soins, y compris un soutien psychosocial, visant à rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins appropriés, de l'organisation et des procédures hospitalières et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but d'aider les malades, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec le soignant et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, en vue de maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les connaissances et compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. (Selon la loi HPST 2009 France). [11]

1.1.2 Maladies chroniques

L'OMS définit une maladie chronique comme une affection de longue durée (de 6 mois ou plus) [1]. Pour le Haut Conseil de la Santé Publique en France, une maladie chronique est un état pathologique de nature physique, psychologique

et/ou cognitive appelé à durer avec un retentissement majeur sur la vie quotidienne du patient [2].

Bien que la plupart des patients souffrant de maladies aiguës puissent bénéficier d'une éducation thérapeutique du patient, celle-ci semble constituer un élément essentiel du traitement des maladies de longue durée. Au nombre des maladies chroniques on peut citer : [14]

- Allergies ; Cancers (toutes localisations ainsi que leurs séquelles) ;
- Stomies (laryngotomie, gastro-entérostomie) ;
- Maladies du sang (hémophilie, thalassémie) ;
- Maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, maladies cérébrovasculaires telles que l'accident vasculaire cérébral, claudication, maladie cardiaque ischémique ou angor, rhumatisme cardiaque) ;
- Maladies de l'appareil digestif (cirrhose du foie, colite, maladie de Crohn, ulcère gastroduodéal, malabsorption) ;
- Troubles endocriniens, nutritionnels et métaboliques (maladie d'Addison, diabète sucré, obésité) ;
- Dysfonctionnement de la glande thyroïde ;
- Infections (VIH/SIDA, Séquelles de poliomyélite, tuberculose) ;
- Troubles mentaux et comportementaux (abus d'alcool, de drogues, de tabac et autres substances, maladie d'Alzheimer, démence, dépression)
- Maladies musculaires et osseuses et des tissus conjonctifs (Arthrite et maladies apparentées, Fibromyalgie, Amputation d'un membre, fractures, brûlures et séquelles, Ostéoarthrite, Ostéoporose, Polyarthrite évolutive) ;

- Maladies du système nerveux (épilepsie, Perte de l'ouïe ou surdité, Paraplégie, tétraplégie, lésions traumatiques cérébrales, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, trouble de la vision ou cécité) ;
- Maladies de l'appareil respiratoire (asthme bronchique, broncho-Pneumopathie chronique obstructive, fibrose kystique) ;
- Maladies rénales (Insuffisance rénale) ;
- Greffe d'organe (et séquelles)

Une classification des maladies chroniques se présentent comme suit [2] :

- Les maladies chroniques non-transmissibles comme le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, la sclérose en plaques ou l'endométriose ...
- Les maladies chroniques transmissibles, comme l'infection par le VIH/Sida, l'hépatite C ...
- Les maladies rares ou orphelines, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies, la maladie de Verneuil ...
- Les maladies psychiques de longue durée comme la dépression, la schizophrénie.

Différents types d'éducation thérapeutique du patient ont été introduits dans différents contextes de soins, mais ils ont souvent été conçus de manière arbitraire et ont mal été enseignés. Il y a un besoin manifeste de meilleurs programmes éducatifs à visée thérapeutique. Souvent les patients apprennent à gérer eux-mêmes leur maladie, mais les soignants devraient les accompagner à travers l'éducation thérapeutique pour rendre les efforts de leurs patients plus productifs [15]

1.2 Le concept de l'éducation thérapeutique du patient [10]

Les soignants ont tendance à parler au patient de leur maladie plutôt qu'à leur apprendre à la gérer au quotidien. L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société. Elle est essentielle pour une autogestion efficace et pour la qualité des soins des maladies de longue durée, même si les patients souffrant de maladies aiguës ne doivent pas en être exclus.

L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par des soignants formés à l'éducation du patient, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, etc.).

1.3 Les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient

Les acteurs de l'éducation thérapeutique sont principalement des médecins, des infirmières et sages-femmes, des diététiciens, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychiatres/psychologues, des travailleurs sociaux, des spécialistes en santé du travail et des pédologues.

Les autres catégories professionnelles (les formateurs, les spécialistes des assurances de santé, les gestionnaires d'hôpitaux, les éducateurs pour la santé en milieu scolaire, etc.) devraient être informées de l'éducation thérapeutique du patient et y participer.

Les soignants formés à ces compétences pédagogiques peuvent contribuer à :

- l'amélioration de la qualité de vie, ainsi qu'à la prolongation de la vie de leurs patients souffrant de maladies chroniques ;
- l'amélioration de la qualité des soins en général (les patients souffrant de maladies aiguës pouvant également bénéficier de ces compétences pédagogiques) ;
- une diminution des coûts médicaux, personnels et sociaux, et finalement une diminution des coûts globaux des maladies.

1.4 Les objectifs de l'éducation thérapeutique du patient [11]

L'ETP participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches. Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont :

➤ **L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins.**

Il s'agit de :

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une automesure ;
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto traitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins ;
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.) ;
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être

considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient.

➤ **La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Il s'agit de :**

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre un problème ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions tant dans l'analyse des besoins, de la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une ETP, que dans la négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps, le choix des contenus, des méthodes pédagogiques et d'évaluation des effets.

1.5 Les modèles d'ETP

Même si aucun savoir ne peut être considéré comme socialement neutre, l'éducation thérapeutique diffère de l'éducation pour la santé « dans la mesure où l'apprentissage du patient intéresse la maladie, le corps, la chronicité, la mort et engage des réaménagements psychologiques et identitaires » [12]. Le rapport au temps, à la vie et la mort est donc déterminant, et les apprentissages à construire

par le patient concernent autant l'écoute de son corps dans la perception des signes et leur interprétation en lien avec son problème de santé, que la prise de décision en situation.

Le professionnel de santé, soignant et éducateur, se trouve ainsi confronté au pari des « compétences du patient en situation ». Celles-ci sont liées aux apprentissages développés par le patient tout au long de sa vie, à son rapport à la temporalité (depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à l'appropriation du problème de santé) [13] et à la confrontation avec l'évolution de sa maladie. Au-delà des conditions particulières du sujet qui doit développer des apprentissages au regard d'un problème de santé auquel il est confronté au quotidien, nous pouvons référer aux modèles plus généralistes de l'éducation et de l'apprentissage, afin de pouvoir repérer les spécificités liées aux apprentissages des patients en situation d'éducation thérapeutique.

S'il ne fait aucun doute que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans une dimension temporelle qui prend en compte le développement des compétences du sujet, l'accent peut être porté sur l'acquisition de savoirs, le développement de comportements d'adaptation, ou encore la connaissance de soi comme première étape à l'émancipation du sujet, à son autonomie, à sa socialisation.

La notion d'éduquer comprend celle d'instruire, mais elle ne peut s'y réduire. En effet, cette notion qui peut prendre le sens d'« educare : nourrir, instruire par », peut aussi mettre l'accent sur « educere : conduire hors de », invitant alors le sujet à s'autoriser à être soi, à exister, à construire son devenir. L'éducation est donc à la fois l'instruction des savoirs nécessaires à l'existence d'un sujet dans un environnement social et aussi développement de la connaissance de soi et de l'esprit critique. Ce qui participe de la capacité à faire des choix, à décider par soi-même et à exister en tant que citoyen autonome dans un environnement sociétal.

L'éducation ne peut donc se réduire à l'information de savoirs ou de savoir-faire, car elle vise l'appropriation des savoirs et donc leur transformation par la personne à qui ils sont transmis. Deux traditions permettent de différencier les modèles de l'apprendre : le behaviorisme et le constructivisme au sens large, sachant que, respectivement, le premier a pour finalité une modification du comportement et le second une modification du processus de pensée.

➤ **Le béhaviorisme**

Au début du XXe siècle, Watson [14] fondait le béhaviorisme en préconisant de se limiter aux phénomènes observables et en renonçant à s'intéresser au fonctionnement mental du sujet. L'environnement est alors considéré comme un élément clé de l'explication des conduites. D'autres modèles (néo behaviorisme, cognitive -comportementalisme) prennent en compte le développement cognitif pour modifier le comportement des personnes. Dans les dispositifs d'apprentissage, l'ancrage béhavioriste est marqué par le respect des principes suivant :

- tout apprentissage est observable par le changement de comportement qu'il implique ;
- les savoirs acquis sont cumulatifs ;
- la réussite étant un facteur de motivation, il est important de la renforcer ;
- les savoirs complexes doivent être décomposés en savoirs élémentaires ;
- les objectifs à atteindre doivent être progressifs pour favoriser la réussite ;
- les exercices d'applications favorisent la généralisation et la maîtrise des acquisitions.

➤ **Le constructivisme**

Une autre manière d'envisager l'apprentissage fait appel au constructivisme, entendu ici dans le sens de l'intérêt porté aux processus de pensée pour faciliter leur transformation. Avec les travaux de Piaget [15], l'accent est mis sur le développement de la pensée et l'autonomie de l'apprenant, notamment la nécessité d'apprendre à apprendre. Avec ceux de Vigostky [16] et de Bandura [17], l'accent est porté sur l'apprentissage social. Tout en considérant la pertinence d'un débat épistémologique entre une construction endogène et une construction exogène, il nous semble intéressant d'envisager ces deux modèles dans une perspective constructiviste des dispositifs d'apprentissage qui s'appuie sur les principes suivants : la connaissance est construite par l'apprenant sur la base d'une activité mentale, elle se construit dans l'interaction entre le sujet et l'environnement.

Tout apprentissage relève de la transformation des connaissances antérieures et des nouvelles informations, de la résolution de problème en situation et d'un questionnement théorico-pratique et pratico-théorique qui permettent de donner du sens aux situations.

Le contexte social et émotionnel doit être pris en compte. Chaque apprenant est créateur de ses connaissances, de son monde de significations et d'interprétation qui se réorganisent en permanence. Il participe à la production de savoirs ; le travail collaboratif facilite l'apprentissage en favorisant les interactions langagières et le conflit sociocognitif. L'auto-évaluation des réussites et des erreurs développe les apprentissages.

➤ **L'ETP de nos jours**

Même si, aujourd'hui, leur évolution a tendance à privilégier des imbrications partielles, ces modèles s'inscrivent dans un rapport au monde, une conception de

l'Homme, un type de rapport aux savoirs différents, laissant plus ou moins d'espace aux savoirs théoriques et aux savoirs incorporés dans l'action et construits par l'expérience du sujet.

En les croisant avec différentes visées et modèles de l'éducation, nous pouvons caractériser diverses modalités d'éducation thérapeutique et proposer « des clés de lecture pour saisir la complexité des comportements et attitudes de santé » [18]. Lorsque l'éducation thérapeutique privilégie la transmission des savoirs nécessaires pour éviter les complications de la maladie d'un patient considéré a priori comme ignorant des savoirs en santé. Elle s'inscrit dans une approche behavioriste privilégiant une modalité expositive des différents types de savoirs, mais aussi des savoir-faire, des réponses types à mettre en œuvre en fonction de problèmes types. L'éducation s'inscrit dans un rapport expert/novice qui ne prend pas en compte l'apprenant comme sujet à part entière. L'activité éducative s'attache alors à l'enseignement d'un objet d'apprentissage et survalorise les savoirs savants au détriment des savoirs locaux d'usage [19], de l'apprentissage expérientiel [20] des patients. Les compétences de l'éducateur s'évaluent sur son niveau de maîtrise des savoirs à enseigner et sa capacité à les transmettre. Trois courants se distinguent :

- Le premier privilégie une transmission de contenus indépendamment des cultures et des structures sociales,
- Le deuxième met l'accent sur la nécessité d'adaptation des savoirs au développement cognitif du patient,
- Le troisième insiste sur le contexte social et le développement d'un esprit critique.

Le soignant éducateur prend en compte la dimension culturelle du patient et laisse un espace pour l'exercice d'une fonction critique, marquant un rapport aux savoirs

académiques non dogmatique. Le programme éducatif peut être construit en référence à la didactique, en organisant les savoirs à transmettre à un groupe de patients pour dépasser les obstacles à l'apprentissage, notamment ceux liés aux représentations du patient et aux conceptions erronées qu'il s'agit de transformer en vue de l'élaboration d'un réseau conceptuel efficient. Lorsque l'éducation thérapeutique œuvre pour l'obtention de comportements adaptés par le patient, elle s'inscrit dans une approche behavioriste d'apprentissage par l'action, cognitivo-comportementale, ou néobehavioriste.

À partir du postulat qu'il n'y a pas de connaissances indépendamment de l'expérience et que seuls les comportements observables peuvent être évalués. Trois variables sont prises en compte dans le processus d'apprentissage : le contexte environnemental qui stimule l'apprentissage ; l'individu (notamment la manière dont il traite l'information) et sa motivation ; la réponse comportementale.

Le programme éducatif vise la suppression de l'erreur (car il s'agit d'encourager la réussite qui est facteur de motivation) et l'adoption de bonnes conduites en santé. Les comportements ou compétences que le patient doit mettre en œuvre en situation sont décomposés en éléments simples qui structurent le programme en objectifs à atteindre. Le niveau de difficulté est progressif et tient compte du rythme d'apprentissage du patient afin de favoriser ses réussites. Les interventions éducatives cognitivo-comportementales prennent en compte les croyances (Heath Belief Model) [21], les systèmes cognitifs fonctionnels et dysfonctionnels en matière de santé et de maladie, et les états émotionnels. Les objectifs éducationnels visent alors la transformation des représentations, des croyances et pensées dysfonctionnelles, et la gestion des émotions [18]. L'accent est porté sur l'autonomie d'élaboration conceptuelle des patients dans les processus cognitifs, où sont en jeu les connaissances antérieures, les expériences et les actions

réalisées, les images et symboles associés par le patient. L'activité éducative est fondée sur la recherche d'une alliance thérapeutique (pédagogie du contrat) et s'appuie sur le renforcement positif des réponses adaptées à la situation de santé et le renforcement négatif des erreurs. L'entretien motivationnel [22] peut être utilisé « pour aider une personne à se motiver ». La posture du soignant peut devenir celle du transformateur des comportements du patient en agissant sur les conduites d'essais, d'entraînement. Retenons le principe selon lequel un comportement n'est pas acquis une fois pour toute et que son apprentissage demande du temps et de la répétition en situation d'exercice. Les erreurs du patient sont donc à mettre en lien avec un manque de renforcement qui entraîne une mise en sommeil du comportement appris. Le recours à la métacognition signifie une attention particulière portée à l'analyse que le patient fait de son apprentissage. Selon la théorie sociale cognitive (TSC), les facteurs cognitifs influencent le comportement et l'interprétation de l'environnement par le sujet.

En se référant aux travaux de Vygostzki [16], deux principes seront considérés :

- le rôle social des fonctions de communication dans une zone proximale de développement, les interactions langagières entre patients et avec le soignant ;
- la fonction de médiation de l'éducateur.

Outre la contextualisation des savoirs, l'effet des pairs dans le processus de changement de comportements conformes aux normes de santé est privilégié, d'où l'intérêt de considérer la communauté des patients. Le renforcement positif s'appuie autant sur la valorisation des comportements adaptés du patient que sur les réussites des autres patients du groupe. Lorsque l'éducation thérapeutique vise la connaissance de soi du patient dans un environnement social, elle s'inscrit dans une approche constructiviste en se centrant sur la capacité du patient à agir sur son

environnement ou socio-constructiviste en privilégiant la connaissance des autres pour construire un sens commun. L'apprentissage est considéré comme interdépendant du contexte dans lequel il se construit, les connaissances se construisent dans l'expérience et dans la capacité à expliciter son action. Les programmes éducatifs privilégient l'attention portée aux situations inédites, pour élargir les compétences, anticiper les erreurs ou les problèmes éventuels. L'activité éducative s'appuie sur la formalisation des expériences et des apprentissages réalisés et elle s'ajuste aux processus d'apprentissage des patients. Elle privilégie l'analyse des situations implicantes afin de développer la compréhension des exigences liées au problème de santé du patient et la prise de conscience du patient de ses manques et de ses désirs afin de concevoir un projet de vie adaptable à la situation de santé du patient.

L'autobiographie, les récits de vie du patient peuvent être utilisés. Les visées de l'éducation thérapeutique sont alors : le développement de l'estime de soi [23], de la confiance en soi [24], le sentiment d'efficacité personnelle [25], le sentiment d'autodétermination, afin d'accompagner le patient dans le développement de compétences personnelles qui lui permettront de se sentir libre de diriger sa vie, d'être maître de son projet de santé, de sa qualité de vie, d'être à l'origine de ses actes (empowerment [26]). Le sentiment d'efficacité personnelle indique la croyance d'un individu dans sa capacité à agir en situation. Il a un fort impact sur la motivation à agir et à persévérer. Il se développe à partir des expériences personnelles de réussites ou d'échecs, mais aussi de l'observation d'autres patients. D'où l'intérêt de favoriser les exercices d'entraînement en groupe et de valoriser les réussites. En valorisant un apprentissage coopératif, des réunions entre patients peuvent être organisées pour favoriser le conflit sociocognitif [27, 28] et la coopération dans la construction des savoirs [29, 30]. L'orientation

socioconstructiviste ne réside pas uniquement dans la valorisation des travaux de groupe mais dans la potentialité d'un groupe ou de plusieurs patients à se comprendre et à créer du sens, ensemble, sur des savoirs précis. Le savoir est donc discuté, construit. Le savoir incorporé par le sujet est transmis par une adaptation à l'environnement lié à une récursivité théorie-pratique. Le soignant-éducateur devient l'organisateur, l'animateur des situations de co-construction entre les patients qui développent alors leurs capacités critiques dans l'échange de leurs stratégies d'adaptation, en les intercalant avec des situations plus familières. Dans ce modèle de l'éducation thérapeutique, le développement des compétences psychosociales devient déterminant, en tant qu'« aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » [31]. Ces modèles de l'éducation thérapeutique questionnent la posture éducative du soignant et son rapport aux savoirs académiques, aux savoirs locaux d'usages et aux savoirs d'expérience. Ils orientent l'activité d'éducation thérapeutique en laissant plus ou moins place à la critique et aux savoirs construits par les patients dans leur expérience de vie au quotidien et dans l'événementiel avec leur pathologie. Selon le ou les modèles dominants, les visées, les buts de l'éducation thérapeutique diffèrent et s'attachent à : l'instruction des patients, leur acquisition des savoirs en santé ; la compliance : « comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin » [31], ou l'observance des consignes, des règles et des protocoles ; l'autonormativité; l'alliance thérapeutique; le transfert de compétences du soignant au patient ; la connaissance de soi et l'accompagnement des choix et décisions des patients ; la construction de sens par rapport aux problèmes de santé, aux thérapeutiques, aux risques en santé, à la qualité de vie ; le partage de

significations entre patients ; et entre patients et professionnels de la santé ; l'autonomie du patient ; la socialisation.

1.6 Des modèles de santé à la pratique de l'éducation thérapeutique

Désignant au sens historique du mot « l'art de prendre soin de quelqu'un » [32], puis introduite en médecine (XVII^e siècle) pour nommer l'étude et les moyens utilisés pour soigner les maladies, la notion de thérapeutique est parfois réduite à l'étude ou l'administration des traitements médicamenteux. Elle inclut dans sa signification un modèle de la santé et du soin. De la santé définie comme « la vie dans le silence des organes » [33] à la santé en tant qu'un « mode d'être-là » [34], il est aisé d'imaginer que le modèle de santé privilégié laisse son empreinte dans les définitions, les programmes et les activités d'éducation thérapeutique. Lorsque l'éducation thérapeutique se centre sur la maladie, l'organe en souffrance sans prendre en compte l'ensemble des facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans la maladie, s'inscrit dans un modèle biomédical de la santé. Le programme éducatif construit dans une perspective de lutte contre les maladies, pour le bien de soi et des autres, peut être structuré dans une approche académique, behavioriste ou cognitivo-comportementale. L'activité éducative s'inscrit dans la maîtrise des complications liées à l'inobservance du patient, par son adhésion, sa compliance aux prescriptions et recommandations médicales. Elle privilégie l'information des éléments objectifs de savoirs, la transformation du sujet vers l'adoption de bonnes conduites.

Lorsque l'éducation thérapeutique s'intéresse à l'ensemble des facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux [36-39] qui interagissent dans l'évolution de la maladie chronique, elle s'inscrit dans un modèle biopsychosocial de la santé. Le programme peut être structuré dans une approche behavioriste, cognitivo-

comportementaliste, constructiviste ou socioconstructiviste en prenant en compte la dimension temporelle du patient et l'interaction du soignant.

Cependant, chaque fois que l'activité tente d'appréhender la globalité d'un sujet-patient positionné au centre des préoccupations des soignants dans toutes ses dimensions, elle prend le risque de s'inscrire dans la maîtrise de la situation de santé et du contexte de soin, ne laissant que peu de place à la singularité du patient. Chaque fois qu'elle privilégie le respect absolu de la norme scientifique au détriment des savoirs et de l'expérience des patients, elle œuvre pour un certain hygiénisme des comportements humains [40].

Principal acteur de sa santé et sujet à éduquer, le patient est alors assigné à un changement délibéré : les effets escomptés du programme d'éducation thérapeutique. Asservi à une norme scientifique qui lui est extérieure [41], le rôle qu'il peut jouer est marqué par la soumission, au risque d'être considéré comme responsable de l'évolution de sa maladie. L'éducation thérapeutique s'inscrit alors dans un rapport de maître à élève où les normes scientifiques et le savoir académique prévalent sur l'expérience. Dans ce cas le désir du soignant prévaut sur celui du patient.

Lorsque l'éducation thérapeutique œuvre pour l'existence et l'autonomie du sujet [35, 38, 40, 42] dans la recherche d'une meilleure qualité de vie, elle confronte le patient à la nécessité de se manifester, de faire avec l'imprévu et de choisir. Sa subjectivité n'est plus à combattre mais participe de la reconnaissance de sa singularité d'être humain autonome et désirant. « Ouvrir une place à la subjectivité, c'est d'abord la reconnaître (la santé comme réalité objective et comme état subjectif voire comme réalité sociale), et accepter qu'elle soit non pas une tare à corriger, mais, pour le soignant, une partie de sa pratique, et pour le patient, l'expression de sa réalité [43]. » Le patient décideur et citoyen, devient partenaire

de l'éducation thérapeutique. « Restaurer le patient comme citoyen, c'est le replacer dans son appartenance à la communauté politique, mais aussi l'inviter à se dépasser, dans le souci de la « chose publique », du « bien collectif » [44]. L'activité éducative est conçue comme un accompagnement au projet de vie d'un sujet ou d'un groupe dans l'exercice d'une fonction critique. Elle se traduit par le transfert de compétences du soignant au patient. La compétence du patient concerne l'intelligibilité de soi, de sa maladie et de son traitement. C'est donc ses capacités d'auto-surveillance, d'auto-soin, d'adaptation et de réajustement de la thérapeutique à son mode de vie, d'intégration de nouveaux acquis de la technologie. Elle s'inscrit dans une recherche permanente d'équilibre, dans une négociation entre une norme thérapeutique proposée par le milieu médical ou le soignant et celle du patient issu de ses représentations, de ses projets et qu'il entretient par son savoir expérientiel, son système de valeurs, ses habitudes de vie [39]. » Lorsque l'observance est définie comme un « processus dynamique qui évolue au cours du temps et des événements du suivi médical mais aussi de la vie personnelle du patient » [44], l'accompagnement du patient privilégie « le soutien par rapport au contrôle, le partage par rapport à l'autorité, la solidarité par rapport à l'exclusion, et l'apprentissage mutuel par rapport à l'enseignement » [45]. Cependant, à la notion d'observance fortement connotée par la normativité et l'obéissance aux règles, il sera préféré la notion d'auto-observance, avec son corollaire l'autonormativité du patient [46]. Porteur d'une idéologie du « faire ensemble », ce modèle, comme tout modèle, a des limites. Il interroge d'une part la possibilité du patient à livrer son expérience, à se raconter et d'autre part le sens que prend la notion d'autonomie dans l'activité d'éducation thérapeutique. S'agit-il de livrer les savoirs au patient et de le laisser décider par lui-même ou d'accompagner ses prises de décision dans ses expériences de santé ? « L'un des paradoxes du discours soignant, empreint des notions d'autonomie et de

responsabilité, est d'imposer simultanément une norme médicale intransigeante...alors qu'en toute logique, le plein exercice par le patient de son autonomie et de sa responsabilité devrait l'amener à proposer ses propres normes, de telle manière qu'une négociation s'engage [41]. » L'autonomie du patient ne peut pas se décréter ou s'ordonner. Elle se construit tout au long de sa vie dans la connaissance de soi, de ses limites et des éléments de savoirs. Quel que soit le champ d'action dans lequel l'éducation thérapeutique est mise en œuvre, elle se construit dans une rencontre singulière entre un éducateur en santé avec ses modèles, ses références, et un sujet qui est lui-même inscrit dans une conception, un modèle de la santé et de l'éducation. De l'ordre de la relation éducative, elle inclut une dimension critique, et s'inscrit dans une médiation des apprentissages du patient. Il devient difficile alors de programmer une liste d'objectifs à atteindre ne laissant que peu de place à l'imprévisible. Le rapport au savoir du patient ainsi que le rapport au savoir du soignant sont déterminants. « Cependant, le savoir étant constitutif du pouvoir, son partage ne va pas de soi. À ce titre, il importe d'être clair sur les objectifs de l'éducation thérapeutique. S'agit-il de la compliance aux traitements prescrits ou s'agit-il de la négociation d'un contrat thérapeutique dans lequel le professionnel met son savoir et son expérience au service d'un patient pour réaliser un projet commun [18] ? Un soignant dans la toute-puissance du savoir savant, de l'objectivation, aura tendance à privilégier une éducation thérapeutique basée sur l'instruction, l'ajustage physique, psychologique et culturel, la compliance des sujets et des groupes [47]. Dans la toute-puissance du désir de convertir le patient à l'adoption de règles de « bonne santé », il soumet le patient et sa famille à la violence de l'expert en santé, ne laissant que peu de place à l'expression de leurs savoirs. Pour sortir d'une telle position dogmatique et concevoir l'éducation thérapeutique dans une culture du débat dans laquelle les savoirs d'expérience des patients sont reconnus, le soignant « ne peut faire

l'économie d'un retour sur soi et d'une reconnaissance de l'autre dans l'immaîtrisable de son désir » [38]. L'enjeu est d'importance, d'autant plus que « nous assistons, semble-t-il, au processus de professionnalisation d'un domaine. Les étapes traditionnelles en sont le développement de la recherche, le développement des formations et l'on arrive maintenant à ce moment de la reconnaissance de l'acte éducatif comme une thérapeutique à part entière, c'est-à-dire le moment de la reconnaissance officielle par la société de la valeur de ce service [18]. »

1.7 Organisation de l'ETP

La mise en œuvre de l'ETP est basée sur une évaluation préalable des besoins éducatifs [48]. Un diagnostic éducatif est ensuite posé aboutissant à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ceci amène à choisir avec le patient les compétences qu'il souhaite développer en priorité pour une meilleure gestion de sa maladie chronique. Il s'agit alors de planifier et de mettre en œuvre plusieurs séances, collectives ou individuelles ou en alternance. Le but est « *d'aider le patient et/ou ses proches à acquérir des compétences en lien avec la stratégie thérapeutique et le projet de vie du patient* ». Une équipe pluri-professionnelle formée à l'ETP gravite autour du patient. Elle initie un programme pouvant s'étendre sur plusieurs mois. Les membres de cette équipe font appel à des ressources éducatives variées. Un partage des informations est indispensable à la coordination des soins et au suivi du patient. L'évaluation des compétences acquises par le patient et son entourage se fait tout au long des séances et une évaluation finale en fin de programme permet de revenir sur les objectifs liés au projet de vie du patient [49].

Il existe trois types d'offres de programme d'ETP [50]

L'offre d'**ETP initiale** suit l'annonce du diagnostic ou une période de vie avec la maladie sans prise en charge éducative. Elle peut également être proposée à la suite d'un incident qui a amené le patient à consulter en urgence ou à être hospitalisé.

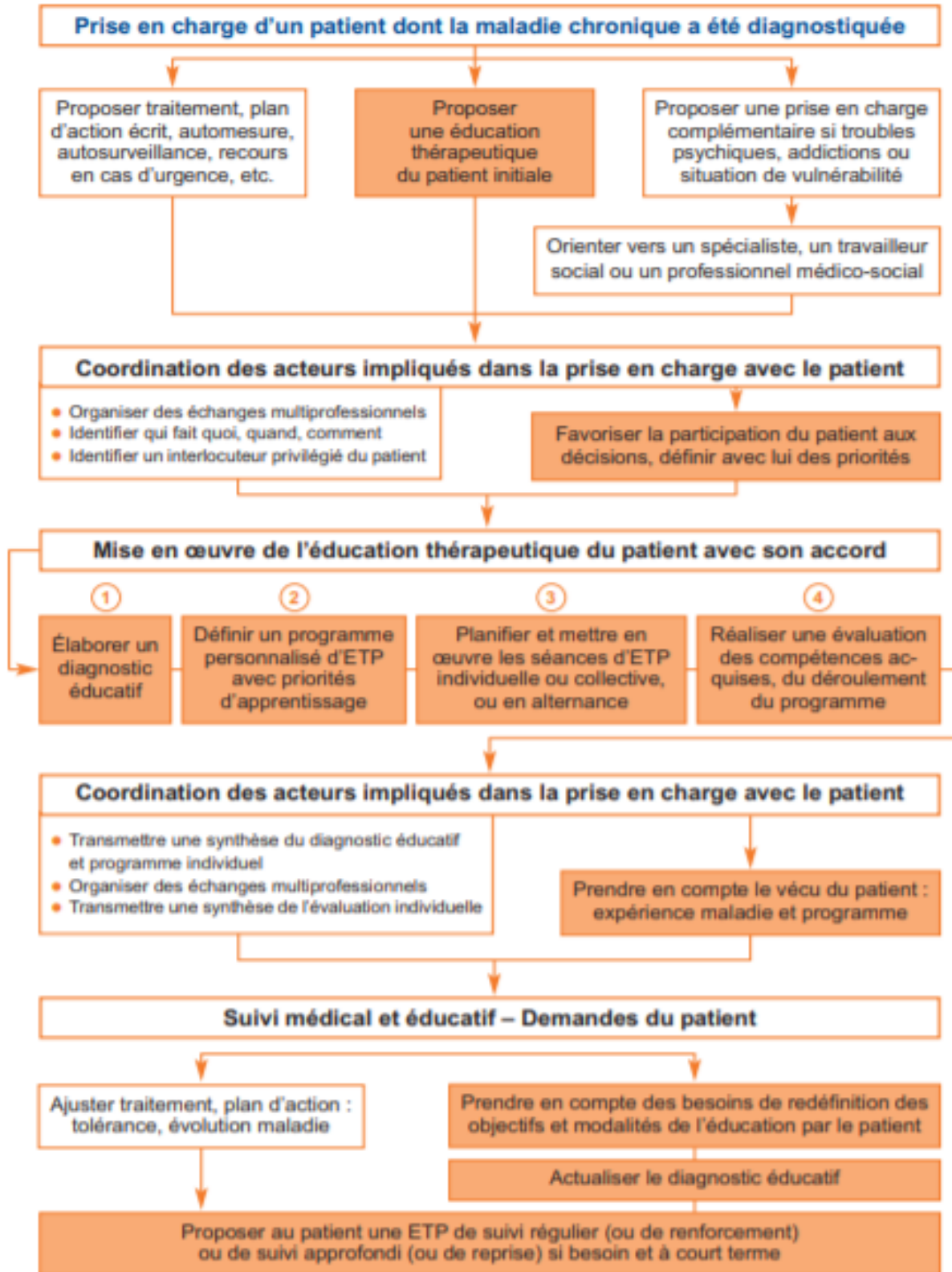
L'offre d'**ETP de renforcement** fait suite à une éducation thérapeutique initiale. Elle correspond à une forme d'ETP continue qui consolide les compétences du patient. Elle permet d'encourager le patient et de soutenir son projet de vie.

L'offre d'**ETP de reprise** est nécessaire en cas de difficultés dans l'apprentissage. Les compétences peuvent ne pas avoir été complètement acquises. Il peut également exister des modifications dans l'état de santé du patient ou dans ses conditions de vie. Cette ETP de reprise peut aussi s'avérer utile lors des transitions : passage de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte

L'ETP intégrée aux soins est réalisée par un professionnel de santé formé à l'ETP. Celui-ci adopte une posture éducative dans toutes ses activités de soin. Cette ETP peut être aussi le « *relais d'une éducation thérapeutique pratiquée dans le cadre d'un programme* ».

L'ETP réalisée sous forme d'Activités éducatives ciblées [51].

Ce format décrit par l'HAS en 2015 est mis en œuvre par des professionnels ou des équipes pluri-professionnels formées à l'ETP, au cours de temps dédiés pour répondre à des besoins spécifiques du patient. Il s'agit d'« *un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large* ».



2- Méthologie

2.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans les différents services de prise en charge de maladies chroniques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G.

Il s'agit d'une entité de prise en charge médicale fonctionnelle depuis 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar. Érigé en hôpital en 1959, il bénéficie du statut d'établissement public à caractère administratif (E.P.A) doté de personnalité morale et de l'autonomie financière en 1992 suivant la loi n° 92.025/A.N.R.M. du 05 décembre 1992. En 2006, à l'occasion des cérémonies marquant le centenaire de l'hôpital, le ministre de la santé, dans son allocution a souligné que dans le cadre du renforcement des capacités, l'hôpital du Point G devra signer la convention hospitalo-universitaire lui donnant ainsi son statut de CHU avec le personnel bi appartenant et le recrutement des internes par voie de concours.

La dénomination du « point G » vient de la terminologie topographique (géodésique) appliquée à la colline sur laquelle est située le CHU niveau par rapport au niveau de la mer à Dakar (SÉNÉGAL).

Le CHU du Point G jadis appelé Hôpital National du Point G dont la construction remonte à 1906, est l'une des cinq (05) structures hospitalières nationales de 3ème référence de la ville de Bamako, capitale politique du Mali, à l'instar du CHU de Gabriel TOURÉ, du CHU IOTA, du CHUOS et de l'Hôpital du Mali. Il est situé en commune III du district. Cette structure hospitalo-universitaire dispose d'un personnel dont l'effectif est estimé à 600 personnes. Elle est gérée par trois (03) organes :

- un conseil d'administration
- une direction générale

□ un comité de gestion

Sa mission est de trois ordres à savoir : missions de soins, de formation et de recherche.

Elle est composée de 15 services à savoir : la Médecine Interne, la Cardiologie, l'Hématologie, l'Oncologie, les Maladies Infectieuses, la Neurologie, la Néphrologie, la Pneumologie, la Rhumatologie, la Psychiatrie, la Gynécologie-Obstétrique, la Radiographie, le Laboratoire, l'Anatomie pathologique et la Pharmacie hospitalière.

Notre étude a été menée dans les services de Médecine qui regroupent : la Médecine Interne, la Cardiologie, l'Hématologie et Oncologie, les Maladies Infectieuses, la Neurologie, la Néphrologie, la Pneumologie, la Rhumatologie, la Psychiatrie.

2.2 METHODE D'ETUDE

2.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale prospective réalisée au CHU-Point G.

2.2.2 Période d'étude :

L'étude a été réalisée pendant six mois, allant de 01 avril 2020 au 31 octobre 2020.

2.2.3 Population d'étude :

Elle a été constituée des membres du personnel soignant (médecin spécialiste, médecin généraliste, Internes, infirmiers, assistants sociaux).

2.2.4 Echantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste par commodité avec recrutement systématique de tous les volontaires répondant aux critères d'inclusion.

2.2.5 Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude : tout membre du personnel de santé ayant accepté de participer à notre étude : les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les étudiants en année de thèse, les infirmiers et les assistants sociaux.

2.2.6 Critères de non inclusion :

Ont été exclus de notre étude les étudiants externes et ceux ayant refusé de participer à l'étude

2.2.7 Technique de collecte des données :

Le personnel a été soumis à un questionnaire écrit auquel il devrait répondre directement sur la fiche. Ceux qui ont répondu au questionnaire nous l'ont renvoyé. Nous nous sommes mis à disposition du personnel pour la réponse à d'éventuelles questions d'incompréhension.

2.2.8 Outils de collecte : questionnaire (voir annexes)

Le questionnaire était divisé en plusieurs items : informations personnelles, espérance personnelle sur l'ETP, évaluation des connaissances sur l'ETP et intérêt du personnel soignant sur le sujet.

- La première partie permettait d'obtenir les informations personnelles à savoir : âge, genre, profession, lieu de résidence.
- La deuxième partie portait sur l'expérience professionnelle sur l'ETP.
- La troisième partie du questionnaire permettait une évaluation des connaissances du personnel soignant du CHU Point G sur l'ETP. En effet, cette partie permettait de faire le point sur les représentations du personnel : les intervenants réalisant l'ETP, le lieu approprié pour réaliser les séances, les patients pouvant en bénéficier, le moment le plus opportun pour dispenser l'ETP, les maladies impliquées, l'organisation des séances.

- La quatrième partie concernait l'intérêt du personnel soignant sur le sujet et sur les freins à sa mise en œuvre aux CHU Point G.

Le questionnaire comportait des questions fermées, à réponses binaires ou multiples, et une question ouverte. Il comportait des réponses fausses afin de tester au mieux les connaissances.

2.2.9 Déroulement de l'enquête :

Une autorisation a été demandée aux différents médecins chefs des services et leur accord a été obtenu. Un envoi du questionnaire à tous les membres du personnel soignant des différents services participants à l'étude. Après ce premier envoi, plusieurs relances ont été réalisées avec des intervalles d'un mois entre chaque relance afin d'inviter les membres du personnel à remplir le questionnaire. Le recueil a été stoppé dès l'obtention d'un minimum de quatre-vingt-dix réponses

2.2.10 Définitions opérationnelles :

Education thérapeutique :

Selon l'OMS 1998 révisé par HAS en 2007 : Processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, à vivre le plus sainement possible et à maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'Education thérapeutique est une aide apportée aux patients, à leurs familles et ou à leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements. Elle n'est pas :

- un coaching
- une simple information
- un accompagnement
- un counseling

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique. Il est donc nécessaire que le personnel soignant soit assez informé au cours de leur formation de l'ETP d'où la nécessité de ce programme dans les écoles de santé.

La durée de formation de l'ETP est de 50 heures voir 70 heures selon les travaux des experts OMS, à adapter en des séances. Cette formation est par conséquent adressée en premier lieu aux personnels soignants. Une fois formé ce personnel soignant à l'obligation d'insister sur l'ETP auprès des malades chroniques (adulte et enfant) et de leur famille

-Au cabinet lors d'une consultation

-Dans un établissement de soins

L'éducation thérapeutique doit être réalisé soit de manière individuelle ou collective

L'ETP peut être proposer :

-En cas d'échec thérapeutique

- En cas de mauvaise observance

-Au cours d'une maladie chronique

- En cas d'aggravation ou de récurrence de la maladie

L'ETP prend en compte toutes les pathologies chroniques et toutes les maladies dont le traitement est complexe (tuberculose, !)

Une séance d'ETP nécessite

-l'élaboration d'un diagnostic éducatif

- La planification et la mise en œuvre des séances d'ETP

Les différents rôles du soignant dans l'ETP

- Orienter vers une structure d'ETP
- Evaluer les besoins du patient/Bilan éducatif
- Réaliser une consultation d'ETP
- Animer les séances individuelles ou collectives d'ETP
- Coordonner l'ETP
- Créer, mettre en œuvre et évaluer un programme d'ETP

Les étapes d'une séance d'ETP

- 1 – Diagnostic éducatif (Identification des besoins)
- 2 -Formulation des compétences à acquérir avec le patient
- 3- Sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP
- 4-Evaluation des compétences acquises par le patient

Le diagnostic éducatif :A partir du bilan éducatif partagé, est la première étape de la démarche d'ETP. Il constitue un temps d'apprentissage pour le patient en sollicitant sa compréhension, sa réflexion, sa capacité d'anticipation. Il est évolutif et doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau

Parmi les techniques de communication nous avons :

- Animation
- les affichages
- La presse

Les modèles éducatifs :

-Médico-centré

-Patient-centré

Les difficultés à la pratique de l'ETP

-Manque de formation

-manque de moyens (technique et financier)

-manque de temps

- Barrière de la langue

2.2.11 Variables étudiées

N°	Libellé de la variable	Description succincte	Type de variable	Modalités de la variable
1	Age	Âge actuel	Quantitative	Mesurée en années et obtenue par déclaration directe
2	Sexe	Genre	Qualitative	Homme Femme
3	Ethnie	Groupe socio-ethnique d'appartenance	Qualitative	Non évalué
4	Niveau d'étude en cursus sanitaire	Corporation de la santé auquel le personnel appartient	Qualitative	Médecin spécialiste Médecin généraliste Interne Infirmier et paramédicaux
5	Expérience professionnelle sur l'ETP	Participation antérieure à une formation sur l'ETP	Qualitative	Oui Non

✓ **Connaissances**

Il s'agissait dans cette étude de la compréhension du personnel soignant sur l'ETP pendant la période de l'étude.

Le **niveau de connaissance** a été évalué à travers les questions 10, 17,18 et 19.

Le **mode de pondération** était basé sur le principe de conformité stricte sans pénalité (réponse correcte= 1 point et autre réponse =0). Le score total de l'enquête variait de 0 à 10.

⇒ **Niveau non acceptable** : correspond à un score compris entre [0-5]

⇒ **Niveau acceptable** : correspond à un score compris entre [6 -10]

2.2.12 Analyse statistique et traitement des données

La fiche d'enquête a été conçue grâce au logiciel Microsoft Word 2013

Les données recueillies ont été saisies grâce au logiciel SPSS. Les données ont été analysées avec le logiciel EPI INFO version 7.2.1.0. Les graphes et les tableaux ont été réalisés grâce à Microsoft Excel 2013.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne, médiane et écart-type. Le test de Chi² a été utilisé pour déterminer les facteurs associés au niveau de connaissance en ETP avec un seuil de significativité fixé à 5%.

2.2.13 Aspects éthiques et réglementaires

Une demande a été envoyée aux différents médecins chefs-services des structures de médecine afin de permettre la diffusion du questionnaire au personnel soignant de leur service. Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu et l'anonymat des enquêtés a été respecté tout au long de l'étude.

3- Résultats

3-1 Etude descriptive

3.1.1 Taux de participation

Le personnel soignant du CHU du Point G était composé de 199 personnes (57 femmes et 142hommes) pendant la période d'étude . D'Avril 2020 à octobre 2020, nous avons obtenu 90 réponses venant des membres du personnel soignant des services inclus dans notre étude ; soit un taux de participation de 45,22 %.

3.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.2.1 Sexe

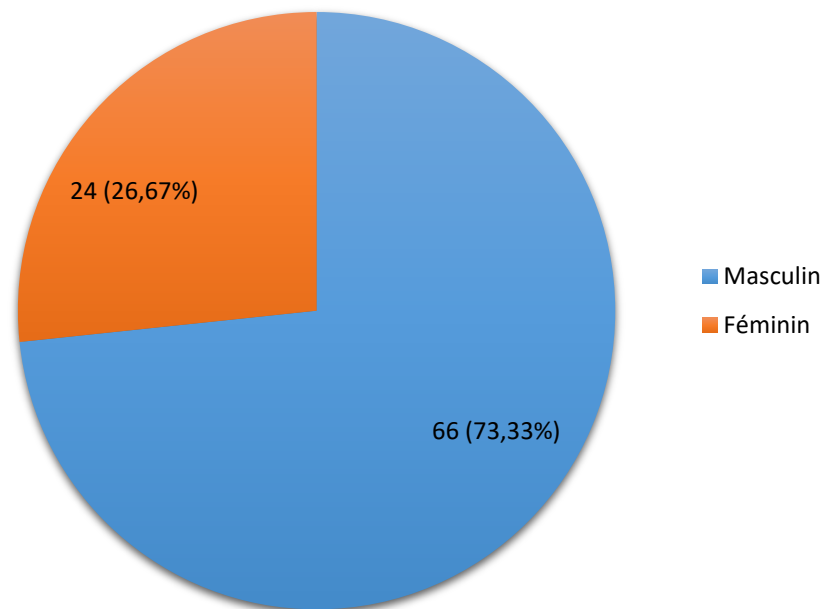


Figure 1 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin représentait 73 ,33% de notre population, soit une sex-ratio (H/F) est de 2,75.

3.1.2.2 Age

Tableau I: Répartition selon la tranche d'âges

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
20 – 30	53	58,89
31 – 40	19	21,11
41 – 50	12	13,33
51 – 60	06	06,67
Total	90	100,00

La tranche d'âge de 20 à 30 ans représentait 58,89%

3.1.2.3 Profession

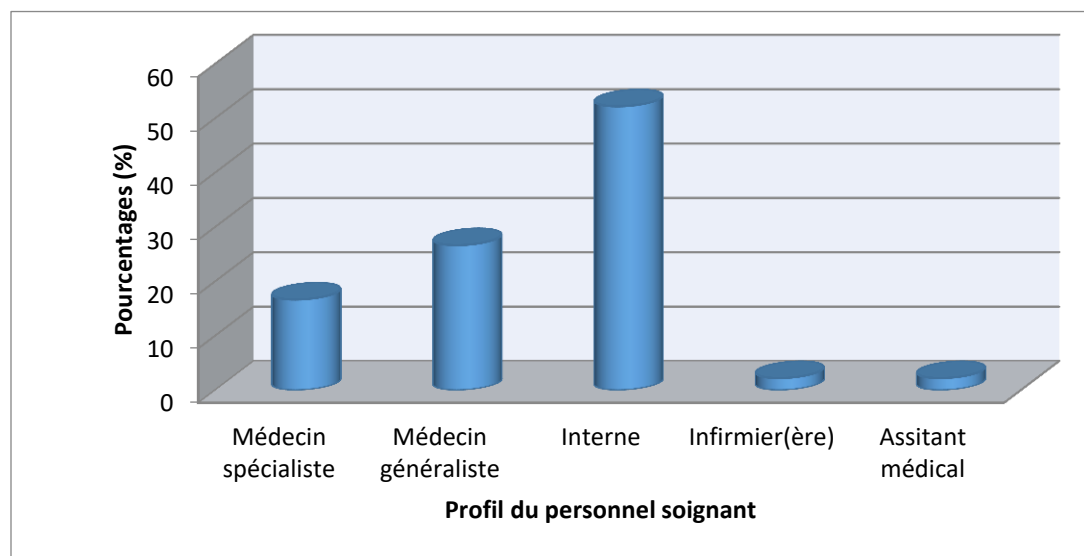


Figure 2: Répartition selon leur profil

Les internes représentaient 52,22% dans notre population d'étude.

3.1.3 Expérience professionnel sur l'ETP

Tableau II : Répartition selon la période de participation à l'ETP.

Période de participation à l'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Stage externe	12	13,33
Stage en médecine générale	39	43,33
Stage professionnel	18	20,01
Pas de participation antérieure à l'ETP	21	23,33
Total	90	100,00

Soixante-neuf (69) enquêtés soit 76,67% du personnel avouaient avoir participé à l'ETP.

3.1.4 Evaluation des connaissances et pratiques sur l'ETP

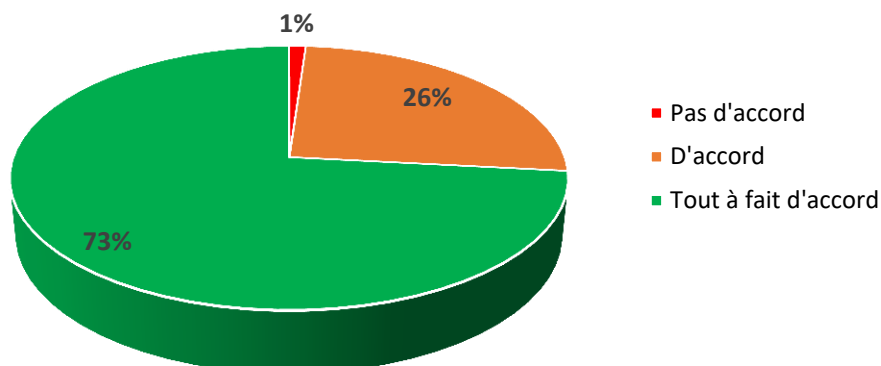


Figure 3: Répartition selon l'avis du personnel enquêté par rapport à la position de l'ETP dans la PEC des patients atteints de maladies chroniques .

Soixante-treize pourcent (73%)des enquêtés affirmaient être tout à fait d'accord que l'ETP soit considérée comme faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique

3.1.5 Perception de l'ETP

Tableau III: Répartition selon l'avis du personnel sur la perception de l'ETP

Perception de l'ETP au CHU du point G	Effectif	Pourcentage(%)
Information sur la maladie et sa PEC	87	96,67
Acquisition d'auto-soins et compétences	67	74,44
Technique d'amélioration de l'observance	86	95,56
Partage d'expérience	61	67,78
Médecine parallèle/intégrative	40	44,44
PEC en équipe pluri-professionnelle	55	61,11
moyen d'améliorer la qualité de vie du patient	73	81,11

Pour la majorité des enquêtés (96,67%), l'ETP représentait beaucoup plus une information sur la maladie et sa PEC ou une technique d'amélioration de l'observance.

3.1.6 Tests officiels/ Formation

Tableau IV: Répartition selon l'avis du personnel enquêté par rapport à la formation à l'ETP et à la description de ses modalités par les textes référentiels

Formation à l'ETP et la description de	Effectif	Pourcentage (%)
Textes officiels		
Oui	33	36,67
Non	57	63,33
Formation à l'ETP		
Oui	73	81,11
Non	17	18,89

Trente-trois (33) enquêtés soit 36,67% estimaient que les modalités de mise en œuvre de l'ETP sont décrites par les tests officiels et 73(soit 81,11%) pensaient qu'il faut être formé à l'ETP pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP.

3.1.7 Durée minimale de formation à l'ETP

Tableau V : Répartition selon la durée minimale de formation estimée par le personnel soignant

Durée minimum de formation à l'ETP	Effectifs	Pourcentages (%)
4H	36	40,00
24H	20	22,22
40H	15	16,67
> 40H	19	21,11

Quarante pourcent (40%) des enquêtés estimaient à 4 heures de temps, la durée minimale de formation à l'ETP.

3.1.8 Bénéficiaires des séances d'ETP

Tableau VI: Répartition selon l'avis du personnel sur les bénéficiaires des séances d'ETP .

Bénéficiaires des séances d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Patients atteints de maladies chroniques	89	98,89
Familles des patients	73	81,11
Soignants	53	58,89
Patients adultes	50	55,56
Patients grabataires	21	23,33
Patients Enfants	27	30,00

La majorité du personnel enquêté pensait que les séances d'ETP étaient pour les patients atteints de maladies chroniques (98,89%) suivi des familles du patients (81,11%).

3.1.9 Lieu d'ETP

Tableau VII : Répartition selon l'avis du personnel soignant sur le lieu de réalisation d'ETP.

Lieu de réalisation d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Cabinet médical	84	93,33
Hôpital /clinique	88	97,78
Urgences	41	45,56
Réseau de santé	74	82,22
Domicile du patient	64	71,11
N'importe où	25	27,78

Les établissements de santé (hôpital / clinique 97,78%) et les cabinets médicaux 93,33% étaient les lieux les plus cités par les enquêtés ou pouvaient se réaliser les séances d'ETP

3.1.10 Nature des séances d'ETP

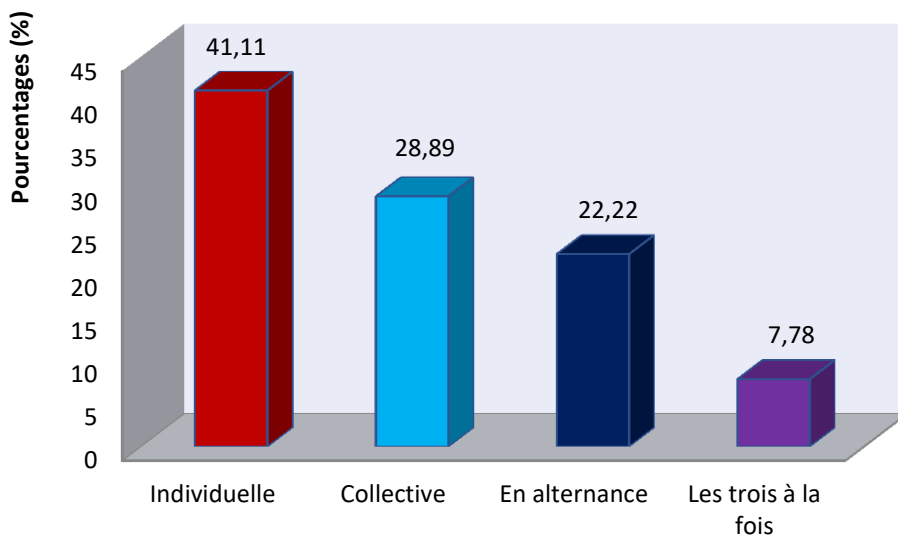


Figure 4: Répartition de l'avis des enquêtés selon le type des séances d'ETP. Selon les enquêtes (41,11%), les séances d'ETP devraient être individuelles.

3.1.11 Conditions de proposition de séances d'ETP

Tableau VIII: Répartition selon l'avis du personnel sur les conditions de proposition de séances d'ETP.

Conditions de proposition de séance d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Echec thérapeutique	66	73,33
Maladie aiguë	31	34,44
Mauvaise observance	81	90,00
Maladie chronique	87	96,67
Tout stade de la maladie	54	60,00
Annonce du diagnostic	74	82,22
aggravation ou récurrence de la maladie	16	17,78

Les maladies chroniques (96,67%), la mauvaise observance (90%) et l'annonce du diagnostic (82,22%) étaient les plus cités comme conditions de réalisation des séances d'ETP

3.1.12 Maladies PEC en ETP

Tableau IX: Répartition selon l'avis du personnel sur les maladies PEC en ETP.

Maladies PEC en ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Diabète de type I ou II	90	100,00
Lupus	80	88,89
HTA	87	96,67
Crise d'asthme	65	72,22
Polyarthrite rhumatoïde	81	90,00
Cancer au stade terminal	51	56,67
Addiction	70	77,78
Tous types de maladie chronique	81	90,00

Les diabètes de type I et II sont les pathologies pour lesquelles la totalité (100%)

du personnel interrogé pense qu'on peut prendre en charge au travers d'une ETP

3.1.13 Nombre de séance d'ETP

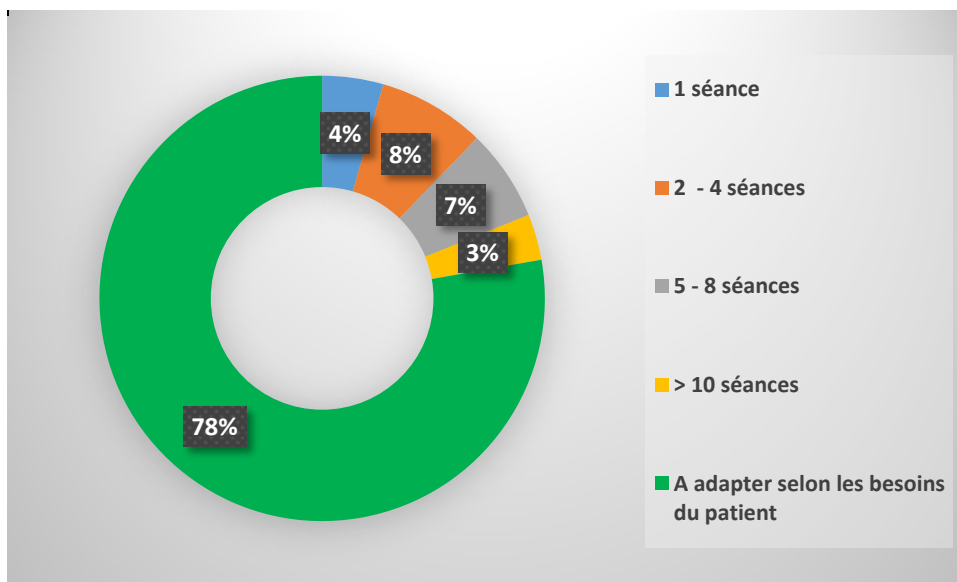


Figure 5: Répartition selon le nombre de séances proposées.

Pour 78% des soignants interrogés, le nombre de séance d'ETP à proposer sera adapté selon les besoins du patient.

3.1.14 Nécessités d'un programme d'ETP

Tableau X: Répartition selon l'avis des enquêtés sur les nécessités d'un programme d'ETP.

Nécessité d'un programme d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Elaboration d'un bilan éducatif partagé	64	71,11
Financement par les patients	16	17,78
personnalisation en fonction des patients	72	80,00
Planification et mise en œuvre des séances d'ETP	78	86,67
Evaluation collective uniquement	30	33,33

Quatre-vingt-six virgule soixante sept pourcent (86,67%) des soignants pensaient qu'un programme d'ETP nécessite une planification et une mise en œuvre des séances.

3.1.15 Rôle(s) du personnel soignant dans l'ETP

Tableau XI: Répartition selon l'avis des enquêtés sur le(s) rôle(s) du personnel soignant dans l'ETP.

Rôles du soignants dans l'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Orientation vers les structures d'ETP	67	74,44
Tenu du dossier d'ETP	63	70,00
Evaluation des besoins d'un patient/bilan éducatif	72	80,00
Réalisation des besoins d'un patient/bilan éducatif	73	81,11
Réalisation de consultation d'ETP	73	81,11
Animation des séances d'ETP	78	86,67
Coordination de l'ETP du patient	73	81,11
Création, mise en œuvre et évaluation d'un programme ETP	76	84,44

L'animation des séances d'ETP (86,67) était le rôle le plus attribué au personnel soignant par les personnes enquêtées.

3.1.16 Attitudes pratiques

Tableau XII: Répartition selon l'avis du personnel enquêté sur les attitudes et pratiques d'ETP.

Attitudes et pratiques d'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Etape d'ETP		
Bonne réponse	08	08,89
Passable	47	52,22
Ne connaît pas	35	38,89
Diagnostic éducatif		
Bonne réponse	09	10,00
Passable	24	26,67
Ne connaît pas	57	63,33
Techniques de communication		
Bonne réponse	18	20,00
Passable	11	12,22
Ne connaît pas	61	67,78
Modèle		
Bonne réponse	07	07,78
Passable	08	08,89
Ne connaît pas	75	83,33
Rapport outils d'ETP et diagnostic éducatif		
Oui	62	68,89
Non	28	31,11

A propos des étapes d'ETP, 08,89% des interrogés avaient pu donner la bonne réponse ; 10,00% pour l'utilité du diagnostic thérapeutique et 68,89% estimaient que les outils d'ETP sont en rapport avec le diagnostic thérapeutique.

3.1.17 Intérêt personnel sur le sujet

3.1.17.1 Pratique d'ETP dans le future

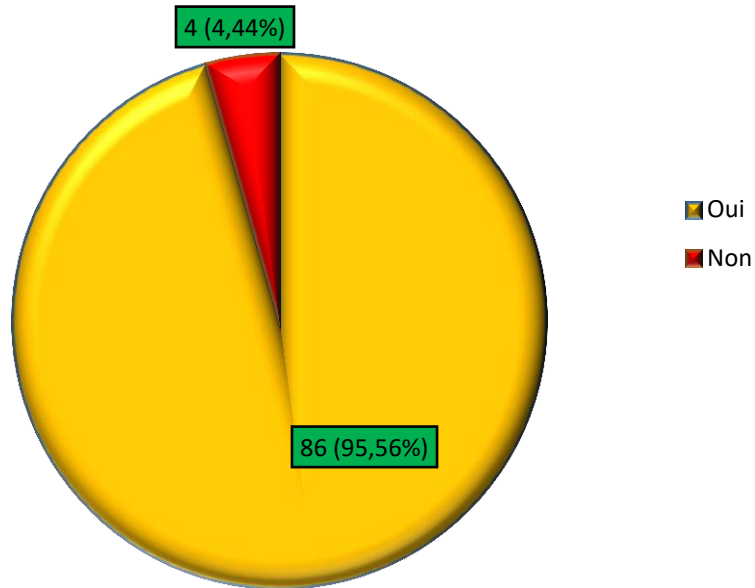


Figure 6: Répartition des enquêtés selon l'acceptation de la pratique future d'ETP.

La majorité des soignants (95,56) envisageaient d'intégrer l'ETP dans leurs pratiques futures.

3.1.17.2 Difficultés aux pratiques d'ETP

Tableau XIII: Répartition selon l'avis du personnel enquêté sur les difficultés à la pratique de l'ETP.

Les difficultés à la pratique de l'ETP	Effectif	Pourcentage (%)
Manque de moyens	55	61,11
Manque de temps	43	47,78
Barrière linguistique	55	61,11
Manque de formations	70	77,78
Absence d'intérêt pour le patient	27	30,00
Pas de possibilités	44	48,89
Pas mon rôle	28	31,11

Le manque de formation serait (77,78%) la difficulté majeure à la pratique de l'ETP au CHU du point G chez la plupart des enquêtes.

3.1.18 Niveau global de connaissance

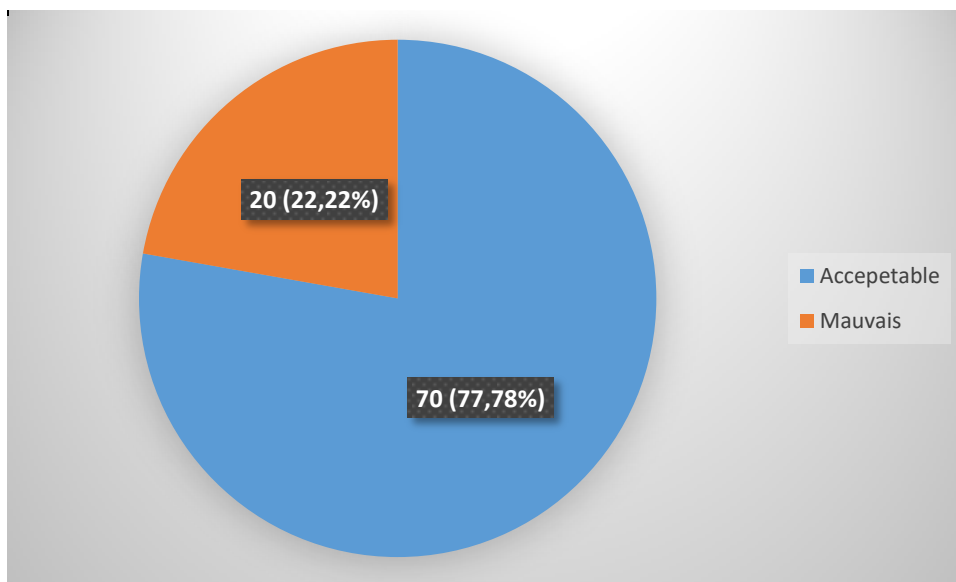


Figure 7: Répartition des praticiens selon le niveau de connaissance en matière d'ETP.

A l'évaluation, environ 3 praticiens sur 4 avaient un niveau « **acceptable** » en matière d'ETP

3.2 3.2- Etude analytique

Tableau XIV: Recherche de facteurs associés au niveau de connaissances des praticiens en matière d'ETP.

	Niveau de connaissance		p-value	OR	IC95% [OR]
	Acceptable	Mauvais			
Profil					
Médecin spécialiste	12	03		1	
Médecin généraliste	19	05		0,95	0,19 - 4,7
Interne	38	09	0,1	1,05	0,24 - 4,54
Infirmier(ère)	00	02		0,65	0,37 - 1,15
Assistant médical	01	01		0,25	0,01 - 5,26
Pratique ou Participation à l'ETP					
Non	17	04	0,47	1	
Oui	53	16		1,28	0,37 - 4,36

Le profil et la participation à l'ETP n'influençaient pas significativement le niveau de connaissance des praticiens.

4- Discussion

4-DISCUSSION

L'analyse des différents tableaux suscite quelques commentaires et discussion

Notre discussion va se structurer en ces différentes parties

- Méthodologie
- Les limites de la méthodologie
- Caractéristiques de la population d'étude
- Connaissances du personnel soignant sur l'ETP
- Intérêt du personnel soignant sur l'ETP et les freins à sa pratique

4.1 Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale prospective et portant sur 90 membres du personnel soignant ce qui nous a permis de mieux appréhender les caractéristiques socio-démographiques et d'évaluer les connaissances sur l'ETP.

4.2 Les Limites de la méthodologie

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de cette étude à savoir :

- Perte de nombreuses fiches d'enquêtes
- Non consentement de certains membres du personnel soignant pour remplir les fiches ce qui explique notre sous-effectif

4.3 Caractéristique de la population

✓ Age

Au cours de notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été de 20-30ans avec une médiane à 25 ans et un pourcentage de 58,89%. Le jeune âge observé au cours de cette étude pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée dans un CHU donc la population d'étude a été étendue aux internes

qui font partir du personnel soignant. Vu que la majorité de ces internes se situe dans cette tranche d'âge justifie mieux notre résultat. Ce résultat est similaire à celui de LEBRETON.N et de FIANI.M qui retrouve respectivement une médiane d'âge de 27ans [48] et de 26.9ans [52]. Certes nous n'avons pas dans notre étude une corrélation entre le jeune âge et la connaissance en ETP mais néanmoins en nous appuyant sur la littérature [2,53] nous estimons que le jeune âge facilite mieux la réalisation de l'ETP.

✓ **Sexe**

Tableau XV: sex-ratio homme / femme dans les différentes études

les études	hommes%	femme%	Sex-ratio H/F
FIANI.M	24,50	75,50	0,32
LEBRETHON.N	32,70	67,30	0,48
Notre étude	73,33	26,67	2,70

Dans notre étude nous avons un sex ratio de 2,7(73,33%Hommes et 26,67% Femme). Nos résultats ne concordent pas avec les données de LEBRETHON.N ET FIANI.M [48, 52] qui ont retrouvé une prédominance féminine. Ce résultat pourrait s'expliquer par un nombre supérieur d'homme que de femme parmi le personnel du CHU- Point G. D'après la littérature [2,53] les hommes sont plus défavorables à la mise en place d'un programme d'ETP pour leurs patients atteints de la maladie chronique que les femmes (11% d'hommes contre 7% de femmes),

de même ce sont les médecins de sexe féminin qui sont les plus prêts à pratiquer l'ETP dans leur cabinet médical.

✓ Profil

Dans notre étude les internes étaient les plus représentés avec un pourcentage de 52,22%. Ce résultat nous permet de dire que les internes représentent la population majoritaire dans les CHU car vu qu'ils sont en fin de formation ils sont en nombres importantes. Cela s'explique aussi dans la littérature [48, 52] par la réalisation de plusieurs études similaire juste axée sur les internes.

4.4 Connaissances du personnel soignant sur l'ETP

En ce qui concerne leurs connaissances sur l'ETP pour environ 70% du personnel soignant enquêté l'ETP est une acquisition d'auto-soins et de compétences, une prise en charge en équipe pluri-professionnelle, un moyen d'améliorer la qualité de vie du patient. 95,56% du personnels considéraient l'ETP comme une technique pour l'amélioration de l'observance. L'observance est généralement améliorée à l'issue de la participation aux programmes d'ETP et non pas un élément qui définit l'ETP.

Tableau XVI: ETP défini comme une information sur la maladie et sa prise en charge

Etudes	Effectif	Pourcentage %
LEBRETHON.N	96	95
Notre étude	87	96,67

La quasi-totalité du personnel enquêté estimait d'une manière erronée que délivrer une information au patient était de l'ETP, ce qui est similaire aux données de LEBRETHON.N[48]. En effet certains personnels confondaient l'ETP et informer le patient, alors que des études avaient prouvé qu'informer le patient ne suffisait pas tandis qu'éduquer permettait une acquisition de compétences [54]

Il s'agit donc juste d'une information donnée au patient sauf si le dialogue avec le patient s'inscrit dans une démarche ETP (nécessité d'avoir établi un bilan éducatif, repéré les besoins du patient et prévoir d'évaluer les connaissances transmises). Ceci est similaire à l'étude de LEBRETON.N [48] faite sur les internes « ils déclaraient qu'ils réalisaient de l'éducation thérapeutique à leurs patients à partir du moment où il lui parlait de sa pathologie et du traitement qui y était associé » [55].

Délivrer une information au patient fait bien partie de l'ETP (dans toutes les acquisitions cognitives) mais l'ETP ne se définit pas par cela. Faire de l'ETP c'est d'adopter une démarche construite, progressive dans le temps et évaluée d'acquisition de compétences dans différents domaines (savoir, savoir-faire, savoir être)

Quarante-quatre pourcent (44,44%) du personnel enquêté considéraient l'ETP comme faisant partie de la médecine intégrative alors qu'elle s'intègre dans l'exercice de la médecine conventionnelle. Pour rappel, l'OMS définit l'ETP comme un « *processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient* ». Les enquêtés ont pour la plupart des notions justes mais incomplètes de l'ETP. Globalement, on note une confusion entre la

notion globale d'éducation pour la santé et la définition légale et encadrée de l'ETP ce qui rend l'analyse plus complexe.

Soixante-trois virgule trente-trois pourcent 63,33% des enquêtés ne savaient pas que l'ETP est régie par des textes officiels. En effet, la législation a nettement évolué ces dernières années. A ce jour, la formation de 40 heures est obligatoire pour dispenser l'ETP de même qu'une formation de 40 heures supplémentaires est nécessaire pour pouvoir coordonner des programmes d'ETP [48]

En ce qui concerne les modalités de réalisation de l'ETP, la majorité des enquêtés soit 98,89% s'accordaient à dire que les patients atteints de toutes maladies chroniques (en premier le diabète, HTA, PR, lupus, etc....) en sont plus aptes et qu'il était possible de la proposer aux familles de ces patients comme indiqué dans les recommandations de l'HAS [2]

Par ailleurs concernant la réalisation des séances d'ETP, elles pouvaient être fait à divers endroits. Peu d'enquêté soit 45,56% considéraient les urgences comme un lieu adapté à cette discipline. Ce qui prouve la compréhension du personnel soignants au fait que l'ETP s'adresse aux patients porteurs de maladies chroniques. Il est possible de faire le lien avec la thèse de LEBRETON.N qui concentre les mêmes résultats avec 24,8% [48]

Parallèlement, la vision des enquêtés reste mitigée en ce qui concerne les programmes d'ETP. Quatre-vingt pourcent (80%) mentionnaient l'importance d'une personnalisation des programmes en fonction des patients. Ceci est conforme à l'article de GIORDAN paru en 2010 qui précisait que l'objectif de l'ETP est de « *favoriser l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins mais également la mobilisation de compétences d'adaptation. Parmi elles, des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, permettent*

aux personnes de maîtriser leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement » [56]. Par ailleurs, certains d'entre eux pensaient à tort que ceci nécessitait un financement par les patients ou une évaluation collective exclusive.

4.5 Intérêt du personnel soignant sur l'ETP et les freins à sa pratique

Environ 76,67% des enquêtés avouent avoir déjà participé à une activité d'ETP et 43,33% de ces derniers affirmaient l'avoir fait au cours de leur stage de médecine générale, pendant le cursus initial des médecins. En effet, même si ces stages cliniques permettaient de participer à une séance d'ETP il est préférable une formation en bonne et due forme dans le discipline.

Cette enquête permet donc de montrer que les enquêtés du CHU- point-G portent un intérêt à la pratique de l'ETP dans le futur. ils mettaient l'accent sur les obstacles liés à la pratique de l'ETP, comparativement à l'étude de LEBRETON.N, le manque de formation (77,78%) représentait l'obstacle principal associé à la barrière linguistique (61,11%) ainsi que le manque de moyen (61,11%) et le manque de temps (46,78%). D'autre freins avaient été retrouvés dans la littérature parmi lesquels : le fait que les compétences en ETP étaient déjà acquises par la pratique clinique [57], l'ETP ne s'acquerrait pas par la formation mais relevait de dispositions naturelles [57], se former avec ses pairs [58], le matériel inadapté [59], le manque d'outil pratique [58,60,61], le manque de volonté dans l'organisation [58], les références étaient inadaptées à la médecine générale [62], le manque de motivation et d'adhésion des patients [63,61], la barrière culturelle et linguistique [62,63] et le manque de structure relais [62,63].

Mieux identifier les obstacles nous permettrait de faire évoluer la formation chez le personnel soignant

L'ETP se situe entre le préventif et le curatif, seulement 11 personnels soignants (12,22%) affirmaient être formé pour l'ETP par le biais des DU ou EPU. Néanmoins la totalité qui ayant répondu le contraire étaient d'accord pour faire une formation adaptée à la pratique de l'ETP. Cela pouvait laisser supposer qu'il n'y a une formation intégrale, suffisante par rapport à cette pratique et cela montrait l'intérêt que les soignants avaient pour l'ETP [52]

La majorité des enquêtés affirmaient que l'ETP intègre la PEC des pathologies chroniques et que l'ETP est un outils d'aide pour le patient et qu'ils sont également convaincus de son impact réel et bénéfique en terme de traitement [56]

Ce qui explique la volonté de presque la totalité du personnel soignant enquêté à une formation en ETP car ils étaient conscients de la nécessité d'être formé en ETP qui selon eux cette formation en ETP favoriserait la pratique de l'ETP. Cependant, 40,00% pensaient qu'une formation de 4H étaient nécessaire et différents des 40 heures minimums obligatoire pour dispenser l'ETP. L'HAS insiste sur le fait que l'ETP doit être réalisée par des professionnels de santé formés à sa démarche et aux techniques pédagogiques ; ceci implique un travail en équipe dans le souci permanent d'une coordination des actions.

4.6 Les points forts de l'enquête :

Cette enquête avait été réalisée dans l'objectif d'avoir une idée plus globale de la formation des soignants sur le sujet de l'ETP et cela dans une vision de la formation au niveau national. En effet, c'était un sujet original qui pourrait faire le lien entre les thèses réalisées sur l'ETP dans le cadre de certaines pathologies chroniques ou dans certaines pratiques de médecine quelle que soit la spécialité, dans certains pays. C'est la première enquête qui interroge les soignants sur leur formation à cette pratique. L'intérêt de cette enquête était de pouvoir améliorer la formation des soignants sur ce sujet qui fait partie des compétences du corps

médical. L'étude est comparable à des études faites dans certains pays d'occident auprès des médecins généralistes, d'internes ou d'infirmiers [57,64,65,66,67] qui retrouvaient une grande hétérogénéité entre les différents établissements de formation.

Conclusion

CONCLUSION

L'éducation thérapeutique du patient porteur d'une maladie chronique doit être intégrée aux soins, elle a toute sa place dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques [2]. Les soignants sont concernés par le suivi au long cours de ces patients et ont donc un rôle à jouer dans leur éducation. L'objectif de l'ETP est de rendre le patient plus autonome via l'acquisition de compétences. Pour cela il est important que les professionnels de santé soient formés à sa pratique. Pratiquer l'ETP nécessite de se former afin d'avoir les compétences nécessaires. [68]

Ce travail a permis d'avoir un aperçu des connaissances du personnel soignant du CHU-point-G sur l'ETP, de définir les axes permettant de faciliter l'intégration de l'ETP dans leur exercice professionnel, d'améliorer leur appréhension sur l'ETP. Ainsi, leurs connaissances dans ce domaine semblent progresser mais elles restent incomplètes. Les principaux freins identifiés semblent être le manque de formation et le manque de temps. Près de 79 personnels soignants n'ont pas reçu de formation spécifique au cours des études médicales. La quasi-totalité des enquêtés souhaitent avoir une formation spécifique à l'ETP au cours de leur cursus de formation.

Optimiser la formation permettrait aux futurs soignants d'acquérir les compétences nécessaires pour dispenser des soins de qualité aux patients atteints de maladies chroniques et faciliter leur intégration future à des programmes d'ETP. D'une part, une sensibilisation à l'ETP au cours du cycle à la formation médicale initiale devrait être encouragée ; d'autre part, une formation de 40 heures minimum devrait être proposée aux personnels soignants.

Recommandations

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires

- ✓ Inscrire l'ETP dans les programmes de politiques nationales de la santé
- ✓ Financer les programmes de formation continue en ETP

Aux autorités de la faculté

- ✓ Inscrire l'ETP dans les programmes de formation universitaire des médecins généralistes

Aux chefs services des différentes structures de prise en charge des pathologies chroniques

- ✓ Organiser des séances d'ETP en groupe ou des séances de consultation dans les dits services
- ✓ Renforcer les consultations sur l'ETP
- ✓ Insister sur la pratique permanent de l'ETP
- ✓ Faire participer les infirmiers et aide-soignants au programme d'ETP

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé (consulté en ligne le 25 mai 2020). Maladies chroniques (en ligne) Disponible sur http://www.who.int/topics/chronic_disease/fr/index.html.
2. Haute Autorité de Santé, INPES. (consulté le 10 mars 2020) Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007 juin (en ligne) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp..
3. **Scheen AJ, Giet D.** Non observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*, 2010, 65, 239-45
4. ARS Océan Indien. PRS 2 (Consulté le 10 avril 2020) Diagnostic Situation sanitaire Réunion et Mayotte Janvier 2017 (en ligne) Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/letp-un-enjeu-pour-les-maladies-chroniques>.
5. Haut Conseil de la santé publique. La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladies chroniques. La Documentation française, 2010
6. **Pinky P.** Résoudre La Montée Des Maladies Non Transmissibles En Afrique Par L'Amélioration De La Règlementation Sur Les Produits. 2016; Disponible sur: https://www.msh.org/sites/msh.org/files/agoa_brief_final
7. Organisation mondiale de la Santé (consulté en ligne le 24 mai 2020) Rapport Mondial de la Santé 1997 à Genève, (en ligne) disponible sur <http://www.who.int/topics>
8. **Assal, J.P et al.** Patient education 2000, New trends in patient education. Amsterdam, Elsevier, 1995:68p.
9. **Lecorps Ph.** La santé vécue par le sujet. In : Comité français d'éducation pour la santé, Comité régional d'Aquitaine d'éducation pour la santé (Craes), École nationale de la santé publique de Rennes, Université Victor-Segalen Bordeaux-2. Évaluer l'éducation pour la santé, concepts et méthodes. Vanves : Inpes, coll. Séminaires, 1998 :19-27.
10. Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998:41-80.

11. **Que E, Th D, Patient RDU.** Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. *Obésité*. 2009;4(1):39-43.
12. **Gagnayre R.** Le patient : un apprenant particulier ? In : Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi A. *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Masson, coll. Abrégés, 2007:12-21.
13. **Barrier Ph.** Le temps du patient (chronique). In : Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi A., *Éducation thérapeutique : prévention et maladies chroniques*. Masson, coll. Abrégés, 2007 :40-51.
14. **Watson J. B.** Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 1913, 20 :158-177.
15. **Bandura A.** L'apprentissage social. Bruxelles : Pierre Mardaga, 1976 : 206 p.
16. **Bury J. A., Foucaud J.** L'éducation thérapeutique In : F. Bourdillon dir. *Traité de prévention*. Paris : Flammarion Médecinesciences, coll. Traités, 2009: 81-87.
17. **Toupin L.** De la formation au métier : savoir transférer ses connaissances dans l'action. Paris : ESF, coll. Pédagogies, 1995 : 205 p.
18. **Kolb D.A.** *Experiential learning : experience as the source of learning and development*. Englood Cliffs (NJ) ; London : Prentice-Hall, cop. 1984 : XIII-256 p.
19. **Rosentstock I.M.** Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966 July, 44, (3): 94-127.
20. **Rollnick S., Miller S.W.** What is motivational interviewing ? *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1995,23, (4) : p. 325-334.
21. Coopersmith SEI. Inventaire d'estime de soi. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. 1999:86p
22. **Eisen A.** Survey of neighbourhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 1994, Summer, 21,(2) :235-252.
23. **Zimmerman M.A.** Taking aim on empowerment research : On the distinction between individual and psychological concepts. *American Journal Community Psychology*, 1990,18, (1) :169-177.
24. **Rappaport J.** *Studies in Empowerment : introduction to the Issues*.

- Prevention in Human Services. 1984, (3) :1-17.
25. **Doise W., Mugny G.** Le développement social de l'intelligence. Paris : Inter-éditions, coll. dir. par Serge Moscovici, 1981 : 199 p.
 26. **Gilly M.** À propos de la thèse du conflit socio-cognitif et des mécanismes psycho-sociaux des constructions cognitives : perspectives actuelles et modèles explicatifs, In : Bednarz N., Garnier C. dir. Construction des savoirs : obstacles et conflits : Colloque international obstacle épistémologique et conflit socio-cognitif. Montréal : CIRADE ;Ottawa : Les éd. Agence D'ARC, 1989 :162-182.
 27. **Brandt R.** On cooperative learning: a conversation with Spencer Kagan. Educational leadership. 1989-1990,47, Dec-Jan,(4) : p. 8-11.
 28. **Kagan S.** The Structural Approach to Cooperative Learning, Educational Leadership, 1989-1990, 47, Dec-Jan,(4):12-15.
 29. **Delfraissy J-F. dir.** Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2002 [rapport au Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées] : 384 p.
 30. **Rey A. dir.** Dictionnaire historique de la langue française (Nouv. éd. rev.) (2 vol.). Paris : Dictionnaires Le Robert, 1994:77p
 31. **Leriche R.** Introduction générale ; De la santé à la maladie ; La douleur dans les maladies ; Où va la médecine ? In : Encyclopédie française, VI. L'être humain. Paris : Comité de l'Encyclopédie française, 1936.
 32. **Gadamer H.-G., Dautrey M. trad.** Philosophie de la santé. Paris : Grasset, coll. La grande raison, 1998 : 189 p.
 33. **Dubos R., Dussanze E. trad., Debré R.** préf. Louis Pasteur, franc-tireur de la science. Paris : PUF, 1955 : XVI-428 p.
 34. **Cotton E.** L'éducation pour la santé : méthodes. Bruxelles : Éd. de l'Université de Bruxelles, 1982 : 229 p.
 35. **Berthet E.** Information et éducation sanitaire. Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, n° 2069, 1983 : 127 p.
 36. **Bury J.A.** Éducation pour la santé Conceptions, enjeux, planifications. Bruxelles : De Boeck, coll. Savoirs et santé. Questions, 1988 : 235 p.
 37. **D'Ivernois J.-F., Gagnayre R.** Apprendre à éduquer le patient (2e éd.). Paris : Maloine, coll. Éducation du patient, 2004 : X-155 p.

38. « L'évaluation en éducation pour la santé : entre épidémiologie et sciences humaines » qui s'est tenu à l'Université Victor Segalen de Bordeaux les 15, 16 et 17 septembre 1998].
39. Lecorps Ph, Paturet J.-B. Santé publique, du biopouvoir à la démocratie. Paris : ENSP, 1999 : 186 p.
40. **Illich Y.** Némésis médicale, l'expropriation de la santé. Paris : Seuil, coll. Points, civilisation, n° 122, 1975 : 217 p.
41. **Deccache A., Meremans P.** L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines. In : Sandrin-Berthon B. dir. L'éducation du patient au secours de la médecine. Paris : PUF, coll. Éducation et formation. Biennales de l'éducation, 2000 : p. 147-67.
42. **Cherbonnier A.** Agir en promotion de la santé : un peu de méthode. Vie Sociale, 2000-06, (3),13-22.
43. Lecorps P. 1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé : questions et interrogations morales et éthiques. La Santé de l'homme, 2002, novembre-décembre, (362) : 21-23.
44. **Eymard C.** Essai de modélisation des liens entre éducation et santé. Éducation et santé, quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? Questions vives, 2004, 2, (5) : p. 11-32.
45. **Spire B., Duran S., Carrieri P., Chêne G., et al.** Les ruptures d'observance au cours du temps dans les cohortes APROCO et MANIF 2000. In : ANRS, Agence nationale de recherches sur le sida. L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Paris : Éd. EDK, coll. Sciences sociales et sida, 2002 :p87-98.
46. **Tourette-Turgis C., Rébillon M., Troussier T., préf.** Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/ sida : de la théorie à la pratique. Paris : Comment dire, 2002 : 174 p.
47. **Barrier Ph.** Échecs du traitement du diabétique de type 1 : vécu du diabète insulino-dépendant et causes des échecs thérapeutiques. In : Grimaldi A. Traité de diabétologie. Paris : Flammarion Médecine sciences, 2005 : p236-42.
48. **Nelly.L.** Evaluation des connaissances des internes de médecine générale de la subdivision océan indien sur l'éducation thérapeutique du patient (thèse).Réunion;2018:83p.

49. Haute Autorité de Santé (Consulté le 10 mai 2020). Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Paris: HAS, 2014 (en ligne) Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-évaluation..
50. ARS Océan Indien (consulté le 12 octobre 2020). L'ETP un enjeu pour les maladies chroniques. 2016 (en ligne) Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/letp-un-enjeu-pour-les-maladies-chroniques>.
51. Haute Autorité de la Santé, INPES (consulté le 18 septembre 2020). Décision n°2015.0119/DC/SMACDAM du 20 mai 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du document intitulé « Mise au point, organisation des parcours : Démarche centrée sur le patient », disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf.
52. **May.F.**Evaluation des connaissances des internes de médecine générale sur l'Education thérapeutique du patient(thèse).Amiens;2016:87p
53. **Sophie.R.**Perception et pratique des médecins face à l'éducation thérapeutique du patient asthmatique enquête auprès de 66 médecins de la commune de Nanterre (thèse).Nanterre;2012:82p.
54. Haute Autorité de Santé, INPES (consulté le 18 septembre 2020). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [en ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_.pdf
55. **Gautier A., dir.** Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2011: 266 p.
56. **Giordan A.** Education thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. Médecine des maladies Métaboliques. Mars 2010. Vol 4 N°3
57. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
58. **Asselin M.** Formation médicale continue en éducation thérapeutique du patient: qu'en font les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.

59. **FOURNIER C., GAUTIER A., ATTALI C., BOCQUET-CHABERT A., MOSNIERPUDAR H., AUJOLAT I., et al.** Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred. BEH thématique 42-43 [Internet]. 10 nov 2009; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=609
60. **BOURIT O., DRAHI E.** Education Thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. Médecine. mai 2007;229-34.
61. **TURBAN F.** Education thérapeutique du patient en médecine générale : représentations, pratiques et attentes des praticiens de la Somme : à partir d'une enquête menée auprès de 174 généralistes libéraux. Amiens; 2008.
62. **DESCARRIER S.** Impact de l'initiation à l'éducation thérapeutique sur la posture du médecin généraliste dans sa pratique quotidienne : étude qualitative à partir du programme d'éducation thérapeutique du patient diabétique mené par le réseau de santé Addictions Précarité Diabète de Champagne-Ardenne. Reims; 2015.
63. **DILIGENT T.** État des connaissances et pratiques en éducation thérapeutique du patient chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2015.
64. **FOUCAUD J,** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Résultats d'une enquête nationale descriptive. Saint-Denis: INPES; 2006.
65. Formations et ressources en éducation thérapeutique du patient en Bourgogne| Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté [Internet]. ORS Bourgogne Franche-Comté| Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.orsbfc.org/publication/formationsressources-en-education-therapeutique-du-patient-en-bourgogne>
66. **VAN ROOIJ G, CROZET C, DE ANDRADE V, GAGNAYRE R.** Enquête sur l'enseignement de l'éducation thérapeutique auprès de 30 instituts de formation en soins infirmiers de la région Ile-de-France. ETP/TPE. déc 2012;4(2):S111-21.
67. **JUSTUMUS M, GAGNAYRE R, D'IVERNIS J-F.** L'enseignement de l'éducation thérapeutique du patient dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers français. Bull Educ PATIENT SA Mal. 2000;19(3):153-62.

68. **Lagger G, Pataky Z, Golay A.** Efficacité de l'éducation thérapeutique
.Rev.Med.Suisse 2009 ;5 :688-690

Annexes

FICHE D'ENQUETE

Information personnelle

- 1) Vous êtes : Un homme Une femme
- 2) Quel âge avez-vous ? :ans
- 3) votre ethnie :
- 4) Vous êtes : Médecin Spécialiste Médecin Généraliste Interne
 infirmiersAutres.....

Expérience (s) professionnelle (s) sur l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) :

- 5) Avez-vous déjà pratiqué ou participé à de l'ETP ? Oui Non
- 6) Si oui, au cours de quel(s) stage(s) ?
- Stage d'externe Stage professionnel Stage en Médecine générale
 Urgences Autres : à préciser.....

Évaluation des connaissances et de la pratique sur « l'ETP » :

- 7) Etes-vous un professionnel de santé formé à l'éducation thérapeutique ? : Oui Non
- 8) Si non, seriez vous intéressé(e) pour avoir une formation ? Oui Non
Eventuellement
- 9) Pour vous, l'ETP est considérée comme faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique.
- Pas du tout d'accord D'accord
 Pas d'accord Tout à fait d'accord
- 10) Pour vous, l'éducation thérapeutique du patient, c'est :
- Une information sur la maladie et sa prise en charge : Oui Non
- Une acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation : Oui Non
- Une technique pour améliorer l'observance : Oui Non
- Un partage d'expériences entre le professionnel et le patient : Oui Non
- Une médecine parallèle / intégrative : Oui Non

- Une prise en charge en équipe pluri-professionnelle : Oui Non
- Un moyen d'améliorer sa qualité de vie Oui Non
- 11) Les modalités de mise en œuvre de l'ETP sont-elles décrites par des textes officiels ? Oui Non
- 12) Selon vous, faut-il être formé à l'ETP pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP Oui Non
- 13) Quelle est la durée minimale de formation pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP ? (Choix unique)
- 4 heures 40 heures
- Une journée > 40 heures
- 14) Selon vous, à qui peuvent s'adresser les séances d'ETP ?
- Aux patients atteints d'une maladie chronique : Oui Non
- Aux familles des patients : Oui Non
- Aux soignants : Oui Non
- Aux patients adultes : Oui Non
- Aux patients grabataires : Oui Non
- Aux patients enfants : Oui Non
- Non
- 15) Selon vous, où peut-on pratiquer une séance d'ETP ?
- Au cabinet médical, pendant une consultation médicale : Oui Non
- Dans un établissement de soins (hôpital, clinique,) : Oui Non
- Aux urgences Oui
- Non Au sein d'un réseau de santé : Oui
- Non Au domicile du patient : Oui
- Non N'importe où : Oui
- Non
- 16) Selon vous, les séances d'ETP doivent-elles être ? (Question à choix unique)
- Individuelle
- Collectives
- En alternance

17) Selon vous, quand peut-on proposer des séances d'ETP ?

- En cas d'échec thérapeutique : Oui Non
Au cours d'une maladie aiguë : Oui Non
En cas de mauvaise observance Oui
Non Au cours d'une maladie chronique : Oui
Non A tout stade de la maladie : Oui
Non Le jour de l'annonce du diagnostic de la maladie chronique : Oui
 Non
En cas d'aggravation ou de récurrence de la maladie : Oui
Non

18) Selon vous, quelles sont les maladies qui peuvent être prise en charge en ETP ?

- Diabète de type I ou II : Oui Non
Lupus : Oui Non
HTA : Oui Non
Crise d'asthme : Oui Non
Polyarthrite rhumatoïde : Oui Non
Cancer au stade terminal : Oui Non
Addiction : Oui Non
Tous types de maladie chronique : Oui Non

19) Selon vous, combien de séance (s) d'ETP pouvez-vous proposer à vos patients ?

- 1 séance
 2 à 4 séances
 5 à 8 séances
 > 10 séances
 à adapter selon les besoins du patient

20) Selon vous, un programme d'ETP nécessite :

- L'élaboration d'un bilan éducatif partagé : Oui
Non Un financement par les patients : Oui
Non Une personnalisation en fonction des patients : Oui
Non La planification et la mise en œuvre des séances d'ETP : Oui
Non Une évaluation collective uniquement : Oui
Non

21) Selon vous, quel serait (ent) le (ou les) rôle (s) essentiels du personnel soignant dans l'ETP ?

Orientation vers les structures d'ETP : Oui Non

Tenue du dossier d'ETP : Oui Non

Évaluation des besoins du patient / bilan éducatif : Oui Non

Réalisation de consultations d'ETP : Oui Non

Animation de séances individuelles ou collectives d'ETP : Oui Non

Coordination de l'ETP du patient : Oui

Non

Création, mise en œuvre et évaluation d'un programme d'ETP : Oui

Non

Attitudes pratiques

22) Selon vous, quelles sont les étapes d'une séance d'éducation thérapeutique?

23) Selon vous, à quoi sert un diagnostic éducatif?

24) Quelles sont techniques de communication utilisées dans l'approche éducative

25) Selon vous, il existe combien de modèle d'éducation thérapeutique

26) Selon vous, les outils d'éducation thérapeutique sont-ils en rapport avec le diagnostic éducatif?

Oui-----

Non-----

Votre intérêt sur le sujet

27) Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre pratique future? Oui Non

28) Selon vous, quelles sont ou quels seraient vos difficultés à la pratique de l'ETP au CHU-POINT-G?

Manque de moyens (technique et financier) : Oui Non

Manque de temps : Oui

Non Barrière de la langue Oui Non

Manque de formation : Oui Non

Absence d'intérêt pour le patient : Oui Non

Pas de possibilité de réaliser ce type de prise en charge seul : Oui

Non Ce n'est pas mon rôle : Oui

Non

LETTRE DE CONSENTEMENT

A Mme, Mr le Docteur

Le service de Médecine Interne prépare actuellement une thèse de Doctorat en Médecine sur "**Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients présentant les pathologies chroniques au CHU Point G**".

Ainsi , permettez-nous de vous adresser cette lettre pour solliciter votre aide dans la réalisation de cette thèse en vous demandant de bien vouloir répondre au Questionnaire ci-joint .

Le but de ce questionnaire est :

- D'établir grâce à vos réponses la perception du personnel soignant de l'éducation thérapeutique des maladies chroniques
- De connaître l'intérêt ou les éventuels obstacles à la réalisation de l'éducation thérapeutique au centre hospitalier universitaire du point-G

Ce questionnaire est anonyme et sans engagement de votre part et il a été conçu tel qu'il ne prenne que quelques minutes de votre temps et vos réponses seront d'une très grande importance pour la poursuite du travail.

Dans l'attente de vos réponses et en vous adressant nos sincères remerciements pour votre participation et l'intérêt que vous portez à cette étude, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère avec nos salutations confraternelles, l'assurance de notre considération distinguée.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : ANADJEME

Prénoms : Mariette

E-mail : marietteanadjeme24@gmail.com

Nationalité : Béninoise

Année universitaire : 2020-2021

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS, Bamako, Mali.

Titre de la thèse:Évaluation des connaissances du personnel soignant sur l'Éducation thérapeutique du patient présentant les pathologies chroniques au CHU-Point-G d'avril-octobre2020.

Ville de soutenance : Bamako

Section : Médecine

Secteurs d'intérêt : Médecine interne

Résumé

INTRODUCTION : La prévalence des maladies chroniques augmente dans le monde entier. Leur prévention et leur prise en charge font parties des enjeux du Projet de santé. L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) permet une amélioration de la santé globale des patients. Depuis quelques années, il existe un essor des programmes d'ETP mieux assis et structurer dans les pays développés. En soins premiers, les programmes sont élaborés et mis en œuvre par des professionnels de santé formés à cette discipline. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances du personnel soignant concernant l'ETP des pathologies chroniques au CHU-Point-G.

METHODES : Une enquête quantitative, descriptive, transversale et monocentrique a été menée via un questionnaire. Elle a été adressée aux membres du personnel soignant du CHU-Point-G.

RESULTATS:Quatre vingt dix membres du personnel y compris les internes ont participé à l'enquête. La majorité d'entre eux incluait l'ETP dans le parcours de soins des patients. 90% des membres du personnel soignant envisageraient de

pratiquer l'ETP dans leur avenir professionnel. Ils ont identifié le manque de formation comme un obstacle à sa pratique dans 79,2 % des cas. Près de huit travailleurs sur dix n'auraient reçu aucune formation spécifique pendant leur stage. Les stagiaires intégrés à la nouvelle réforme semblent plus sensibilisés à l'ETP que ceux des années précédentes. 77,2 % des soignants déclarent avoir suivi moins d'une journée de formation au cours de leurs études de médecine. Enfin, neuf personnes étaient favorables à une formation à la pratique de l'ETP au cours de leur pratique quotidienne.

CONCLUSION : Cette étude montre un intérêt des membres du personnel pour l'ETP. Leurs connaissances dans ce domaine semblent progresser mais elles restent incomplètes. Il semble essentiel d'améliorer la formation médicale générale en initiant une formation en ETP afin de promouvoir sa pratique dans leur future pratique professionnelle.

MOTS CLES: Education thérapeutique - maladie chronique - patient- personnel soignant

DATA SHEET

Surname: ANADJEME

First name: Mariette

E-mail: marietteanadjeme24@gmail.com

Nationality: Beninese

Academic year: 2020-2021

Place of deposit: FMOS Library, Bamako, Mali.

Defense city: Bamako

Section: Medicine

Areas of interest: Internal medicine

Abstract

INTRODUCTION: The prevalence of chronic disease is increasing worldwide.

Their prevention and care are part of the challenges of the Health Project.

Therapeutic Education of Patient (TEP) improves the overall health of patients. In recent years, there has been a boom in more well-established and structured TEP programs in developed countries. The programs are developed and implemented by health professionals trained in this discipline. The main objective of this study was to assess the knowledge of nursing staff regarding the TEP of chronic pathologies at CHU-Point-G.

METHODS: A quantitative, descriptive, transversal and monocentric survey was carried out via a questionnaire. It was sent to members of the nursing staff at CHU-Point-G.

RESULTS: Ninety staff including interns participated in the survey. The majority of them included TEP as part of the patient care journey. 90% of caregivers would consider practicing TEP in their professional future. They identified the lack of training as an obstacle to its practice in 79.2% of cases. Almost eight in ten

healthcare workers reportedly received no specific training during their internship. Interns integrated into the new reform would appear to be more aware of TEP than those in previous years. 77.2% of healthcare workers said they had received less than one day of training during their medical studies. Finally, nine persons were in favor of training in the practice of TEP during their daily practice.

CONCLUSION: This study shows an interest of staff members in TEP. Their knowledge in this area seems to be progressing but it remains incomplete. It seems essential to improve general medical training by initiating training in TEP in order to promote its practice in their future professional practice.

Key words: Therapeutic education - chronic disease - patient - nursing staff

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Je le jure

Evaluation des connaissances du personnel soignant sur l'éducation thérapeutique des patients sur les pathologies chroniques au CHU Point G