



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

FORMATION CONTINUE



Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du DAS (Diploma of Advanced Studies) en Education Thérapeutique du Patient

**Titre : « Aincr le concept d'Éducation thérapeutique dans la pratique d'un service de diabétologie-Endocrinologie dans une structure hospitalière universitaire »**

**Présenté par Dr Ines Khochtali**

Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie CHU de Monastir (Tunisie)

**VOLEE XXI**

**Superviseurs : Pr Alain Golay**

**Dr Monique Chambouleyron-Dr Grégoire Lagger**

Service d'Endocrinologie et de Diabétologie et d'Education Thérapeutique

(Les hôpitaux universitaires de Genève)

"Sans l'espérance il est impossible de trouver l'inespéré"  
Héraclite (540-480 av.JC)



parce qu'il faut parfois arriver à s'accrocher envers et contre tout

## Remerciements

A toutes les personnes qui sont les architectes de mon parcours en ETP

- Pr Alain Golay qui a cru en moi et m'a encouragée pour la mise en place de l'ETP en Tunisie et pour continuer l'aventure.
- Dr Monique Chambouleyron, mon encadreur, pour son soutien et sa bienveillance, elle m'a beaucoup appris avec beaucoup de compréhension et de patience pour me mettre sur le chemin d'une future coordinatrice référente de programmes d'ETP.
- Dr Gregoire Lagger pour son implication et sa bienveillance, il était un guide pour moi pour achever ce travail avec beaucoup de pédagogie et de simplicité.
- Pour Dr Zoltan PATAKY d'avoir accepté de juger ce travail de DAS.
- Tous les formateurs du DAS pour leur implication et leur grand sérieux.
- Tous les artistes qui m'ont confirmée que l'art sert énormément en ETP.
- Tout le groupe de la promotion DAS volée 20 : un groupe exceptionnel qui restera toujours dans mon cœur. J'ai apprécié les repas ensemble et surtout la raclette au bord du lac Léman, je n'oublierai pas nos fous rires.
- Teresa Tirler pour sa discrétion, son professionnalisme, sa disponibilité avec beaucoup de discrétion.
- Mes parents, mes filles et mon mari qui m'ont toujours encouragée pour accomplir et réaliser mes rêves et mes challenges.
- A tout le personnel du service d'Endocrinologie et de Médecine Interne de Monastir qui m'aident énormément à mettre en place l'ETP au service de nos patients diabétiques et un remerciement particulier pour le conseil scientifique de la faculté de médecine de Monastir et toute l'équipe décanale d'avoir cru en moi pour mettre en place le premier certificat d'études complémentaires en Tunisie et en Afrique et introduire le cours d'ETP dans l'enseignement des étudiants de 5<sup>ème</sup> année Médecine.

A tous mes amis ...A tous mes collègues.

« Un jour on vaincra le diabète »

**« La fontaine de l'espoir ne tarit jamais dans le cœur des hommes »**

**Daphné du Maurier**

---

# Table des matières

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>II- Contexte : .....</b>	<b>7</b>
<b>II-1 Cadre local : .....</b>	<b>7</b>
<b>II-2-L'équipe soignante.....</b>	<b>7</b>
<b>II-3 L'organisation des soins et types de patients.....</b>	<b>7</b>
<b>II-4 L'enseignement universitaire dans le service/ Cursus médical .....</b>	<b>8</b>
<b>III Constat .....</b>	<b>8</b>
<b>III-1- L'état des lieux : .....</b>	<b>8</b>
<b>III-2 Constat par rapport aux apprenants dans le service d'Endocrinologie et de Médecine Interne -CHU Monastir.....</b>	<b>9</b>
<b>III-3 – Constat par rapport aux patients dans le service d'Endocrinologie et de Médecine Interne -CHU Monastir.....</b>	<b>10</b>
<b>III-4 Conclusion du constat :.....</b>	<b>10</b>
<b>IV. Formulation de la problématique: .....</b>	<b>11</b>
<b>V. Methodologie.....</b>	<b>12</b>
<b>V-1 Analyse des besoins : .....</b>	<b>12</b>
<b>V-1 -1 Entretien avec les médecins .....</b>	<b>12</b>
<b>V-1 -2 Entretien avec les jeunes médecins (résidents ):.....</b>	<b>13</b>
<b>V-2 Analyse qualitative des résultats .....</b>	<b>16</b>
<b>V-3 Communication des résultats et hypothèses de solution.....</b>	<b>16</b>
<b>VI -Résultats .....</b>	<b>16</b>
<b>VI-1Résultats de l'entretien avec les résidents et déductions .....</b>	<b>16</b>
<b>VI-2 Résultats de l 'étude avec les patients .....</b>	<b>27</b>
<b>VII - Evaluation/Evolution .....</b>	<b>32</b>
<b>VII-1 Concernant l'enquête des résidents .....</b>	<b>33</b>
<b>VII-1-1 Evaluation de l'existant.....</b>	<b>33</b>
<b>VII-1-2 hypotheses de solutions .....</b>	<b>33</b>
<b>VII-1-3 Evolution.....</b>	<b>35</b>
<b>Cette formation personnalisée et post universitaire a permis: .....</b>	<b>35</b>
<b>De combler certaines lacunes par rapport a l'education thérapeutique .....</b>	<b>35</b>
<b>VII-2 Concernant l'enquête auprès des patients.....</b>	<b>35</b>
<b>VII-2-1 Evaluation de l'existant.....</b>	<b>35</b>
<b>VII-2-2 hypotheses de solutions .....</b>	<b>36</b>
<b>VII-2-3 Evolution au niveau des soins au centre hospitalier .....</b>	<b>37</b>
<b>VIII- Discussion.....</b>	<b>41</b>
<b>VIII- 1-Concernant les résultats .....</b>	<b>41</b>
<b>VIII- 1-1Discussion des résultats de l'entretien auprès des résidents:.....</b>	<b>41</b>
<b>VIII-1- 2-Discussion des résultats auprès de l'équipe soignante: .....</b>	<b>43</b>
<b>VIII- 2-points forts : .....</b>	<b>43</b>
<b>VIII- 3 : Les limites .....</b>	<b>44</b>
<b>IX -Mon rôle de coordinateur et perspectives .....</b>	<b>45</b>
<b>IX-1 Coordination et valorisation de l'ETP .....</b>	<b>45</b>

---

<b>IX-2 La formation :</b>	<b>46</b>
<b>IX-3 Perspectives</b>	<b>47</b>
<b>X -CONCLUSION</b>	<b>51</b>
<b>xl. RÉFÉRENCES.</b>	<b>52</b>

---

## I. INTRODUCTION

L'éducation du patient s'inscrit dans une démarche de « **Promotion de la santé du patient** », définie comme « un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa, OMS, 1986) (1)

La démarche de prescription doit céder la place à une démarche d'éducation. Cette dernière requiert des compétences relationnelles et pédagogiques afin de mettre en place des activités qui favorisent l'appropriation des savoirs par les patients. L'OMS recommande à ce sujet la mise en place d'une éducation « *organisée* » et « *structurée* », utilisant « *divers moyens éducatifs* » (OMS, 1998) (2). Par ailleurs, la démarche d'éducation nécessite la prise en compte de dernières données scientifiques mais aussi des « vérités » des patients, liées à *leurs représentations, leur entourage, leur expérience, leurs connaissances antérieures, leur environnement socioculturel, etc.* (3-4)

L'éducation a pour objectif de permettre au patient d'acquérir des compétences pour gérer un traitement médicamenteux complexe, en interaction étroite avec son mode de vie.

Les patients devraient être actifs au cours de l'apprentissage pour s'approprier les connaissances.

Parallèlement, devant le constat de la persistance d'une faible adhésion des patients à leur traitement, des recherches sur le vécu de la maladie, sur les comportements de santé et sur la motivation des patients à se traiter ont été entreprises. Elles ont montré la nécessité d'une éducation qui prenne la forme d'une *co-construction d'objectifs de santé* (5).



---

## **II-Contexte :**

### ***II-1 Cadre local :***

Nous travaillons dans un service hospitalier dans un centre hospitalier universitaire (CHU) dans une grande ville qui est Monastir au centre côtier de la Tunisie.

Cet hôpital draine plusieurs gouvernorats à coté avec une prise en charge des patients complexes dans la majorité des cas.

Notre service est spécialisé en Endocrinologie, Diabétologie et Médecine Interne. Il a une capacité de 24 lits, il est structuré de 4 unités d'hospitalisation (Médecine Femme, Médecine Homme ,Hôpital de semaine et en Hôpital du jour) et des consultations.

### ***II-2-L'équipe soignante***

L'équipe est constituée de :

- Cinq médecins cadres endocrinologues (Un Professeur, 2 agrégés, 2 assistants hospitalo-universitaires)
- Cinq médecins cadres internistes (Un Professeur, 2 agrégés, 2 assistants hospitalo-universitaires)
- Deux diététiciennes
- Quinze infirmiers et aides-soignants
- Deux secrétaires médicales

### ***II-3L'organisation des soins et types de patients***

On voit dans notre service (hospitalisations et consultations) les patients atteints du diabète de type 2, type 1, le diabète gestationnel, l'obésité , la dyslipidémie, le pied diabétique, les diabétiques infectés, les dysthyroïdies, les maladies des glandes hypophysaires et surrénauliennes..., les connectivites et les maladies de système.

En 2019 par exemple, nous avons assuré 870 hospitalisations et à peu près 14000 consultations. Il s'agit d'une moyenne annuelle galopante.

---

Notre service dispose d'un plateau technique informatisé et fait partie des services pilotes pour l'ordonnance informatisée.

## ***II-4 L'enseignement universitaire dans le service/ Cursus médical***

Vu qu'on travaille dans un service universitaire, on assure la formation et l'encadrement des étudiants de médecine niveau deuxième année troisième et cinquième année médecine durant toute l'année universitaire.

De même notre service est terrain de stage d'internat pour les internes de première année ainsi que les résidents dans les deux spécialités médecine interne et endocrinologie (10 résidents/semestre)

L'activité ETP est réalisée dans le service et assumée par l'équipe soignante avec l'aide des résidents dans les deux spécialités.

L'unique formation est post universitaire réalisée à la faculté de médecine de Monastir sous forme de diplôme nommé « certificat d'études complémentaires en éducation thérapeutique » , chaque promotion est faite d'une vingtaine de médecins ( allant des résidents jusqu'aux professeurs) qui exercent en libéral ou en public avec 100 heures par an. La validation est obtenue après un examen écrit et la soutenance d'un mémoire.

## **III Constat**

### ***III-1- L'état des lieux :***

Concernant l'activité ETP en Tunisie, certaines équipes dans des centres hospitaliers ont une démarche éducative mais à des niveaux variables.

Par ailleurs, il n'y a pas de supports écrits décrivant ces activités dans la majorité des services et l'évaluation est généralement non faite.

Concernant les médecins en ville, eux aussi pratiquent l'ETP à des niveaux différents et se fait en individuel ou en groupes. Malheureusement, cette activité n'est pas reconnue et reste non structurée et n'est pas réglée par une loi ou par un décret.

---

Dans certains cas, il y a une certaine ignorance par rapport à l'utilité de l'ETP notamment dans les services « chauds » où ils voient peu de patients chroniques ou même s'ils sont chroniques ; ils sont hospitalisés pour des problèmes aigus, de ce fait, les soignants ne voient pas l'ETP comme une priorité.

L'organisation des activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement des patients se fait de façon informelle et pas par tout le personnel soignant.

Aussi pas de formation codifiée pour le personnel médical et paramédical, ce souci peut être impactant notamment pour pouvoir guider leurs pratiques.

Dans d'autres structures, il n'y a pas de problématique éducative de point de vue son intérêt mais il y a un manque de stratégies et de structurations ainsi que des programmes pour cette activité.

De même, le fait qu'il n'y ait pas de reconnaissance financière comme étant un acte pourrait constituer un frein pour l'ETP en Tunisie.

Enfin, on peut constater qu'il existe peu de dynamisme autour de l'ETP.

### ***III-2 Constat par rapport aux apprenants dans le service d'Endocrinologie et de Médecine Interne -CHU Monastir***

En se basant sur les échanges avec l'équipe soignante et au même temps universitaire dans le service, lors des réunions périodiques que nous tenons pour l'évaluation des externes, internes et résidents, l'équipe d'enseignants aurait constaté un manque de motivation des résidents pour expliquer aux patients les démarches thérapeutiques et ont peu de temps dédié à leur écoute avec une absence de conviction de l'intérêt de l'ETP comme pilier thérapeutique en Diabétologie-Endocrinologie.

---

Par ailleurs, le même constat a été observé par rapport aux externes et internes avec une non compréhension des malades, un jugement et une interprétation subjective des faits en rapport avec ces malades chroniques.

### ***III-3 – Constat par rapport aux patients dans le service d'Endocrinologie et de Médecine Interne -CHU Monastir***

On travaille dans un service hospitalier universitaire ou on reçoit des patients avec une certaine évolution de leurs maladies chroniques avec parfois des cas assez complexes.

Dans mon activité quotidienne de soignante et d'enseignante universitaire j'ai remarqué que ces patients malgré leur long parcours avec la maladie, ignorent le risque et les complications de leurs pathologies et souvent n'adhèrent pas à leurs traitements ou parfois car ils ressentent qu'ils sont stigmatisés dans la société et ne supportent pas le regard de l'autre.

Dans d'autres cas, les patients rapportent souvent être peu écoutés par les jeunes médecins lorsqu'ils abordent des aspects émotionnels ou des aspects en lien avec leur vie privée et qu'on leur n'accorde pas assez de temps pour les laisser exprimer des aspects sur leurs maladies, ils disent aussi qu'on les juge.

J'étais aussi intriguée par certains témoignages de patients chroniques hospitalisés dans le service ou vus à la consultation qui ont été examinés au début par les résidents en Médecine et que j'ai récupéré en consultations : parmi ces témoignages rapportés par les malades :

‘ Les résidents n'écoutent pas assez’, ‘ ils essayent de trouver des solutions rapides avec nos problèmes de santé parfois irréalistes et non conformes à notre quotidien’, ‘ on se sent dépassés par les mots techniques, et écrasés par leur savoir avec une telle conviction d'un savoir-faire qu'on n'arrive pas à l'adapter à notre quotidien avec la maladie’, ‘on sent qu'on nous ne comprend pas et qu'on nous interprète’

### ***III-4 Conclusion du constat :***

Après avoir fait des réunions avec l'équipe soignante, ces nombreux témoignages issus des patients et des professionnels de santé, attestent que souvent, les résidents

---

ne cherchent pas à entendre ni à comprendre la réalité vécue par les patients, n'essaient pas de rendre accessibles les informations médicales utiles aux patients et prescrivent des comportements de santé sans se demander s'ils sont réalisables pour les patients ni les aider à les adapter à leurs contextes.

Les seniors aussi (cadres médicaux), ne sont pas tous sensibilisés à l'intérêt de l'activités d'ETP telles que la sensibilisation et l'accompagnement des patients, se sentent non motivés soit par un manque d'intérêt car il y a un focus sur les résultats biomédicaux, soit parce qu'ils n'ont pas assez de temps pour ceci et de toute façon les programmes ministériels ne reconnaissent pas cette activité.

#### **IV. Formulation de la problématique:**

- On a constaté qu'il n'y a pas de dynamique de l'ETP au sein du service
- Il existe un manque de motivation
- Certains notamment les jeunes médecins ne perçoivent pas l'intérêt de l'ETP.
- Ces jeunes médecins sont initiés à l'ETP sans pour autant l'utilisent dans leurs approches avec les patients

Les premières réalisations :

- Faire le bilan de l'existant au service hospitalier universitaire
- Identifier les besoins en éducation thérapeutique au sein du service
- La mise au point d'un entretien auprès des jeunes médecins (résidents) pour identifier les difficultés à l'ETP
- La discussion avec l'équipe soignante (médecins et infirmiers) pour dégager les freins (intérêt, motivation, temps alloué, manque de formation...)

Sur cette analyse, portera la proposition des solutions et l'évaluation des solutions proposées.

## V. Methodologie

La démarche a débuté par un constat, une analyse de ce constat, identification des besoins avec la problématique, des hypothèses de solution et leurs propositions et une évaluation des résultats, ceci a été réalisé selon la Roue de Deming (figure1), évaluation et ajustement [7].

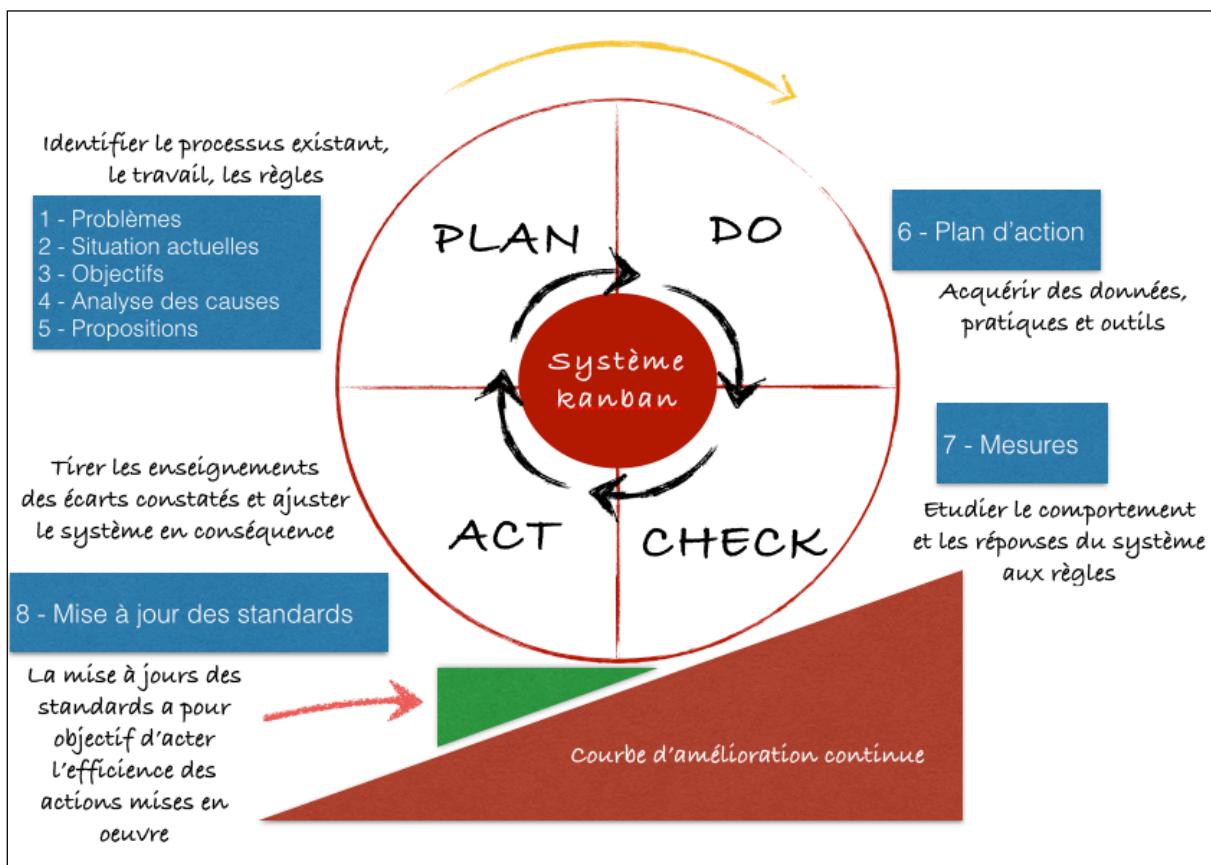


Figure 1: Elaboration et mise en œuvre

### V-1 Analyse des besoins :

#### V-1 -1 Entretien avec les médecins

Une réunion a été faite avec l'équipe soignante autour de l'intérêt et les freins à l'ETP, des questions ouvertes ont été posées par rapport aux :

- Temps alloué pour cette activité puisque cette activité n'est pas réellement intégrée aux soins et dans la majorité des cas elle se fait à part.
- Le niveau de formation en ETP

- 
- Les obstacles à l'ETP
  - L'intérêt de l'ETP
  - Les freins à la motivation

**Apres discussion** avec l'équipe, j'ai proposé la réalisation d'une étude sur le terrain, une assistante en endocrinologie, une résidente et une infirmière étaient motivées pour mener une enquête auprès des patients, son intérêt de voir l'impact de l'ETP sur la qualité de vie des patients traités par insuline et d'avoir un argument pratique sur le terrain là où l'équipe travaille notamment au sein du centre hospitalier universitaire.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée auprès de 15 patients diabétiques sélectionnés au sein du service entre octobre 2018 et Janvier 2019.

Une évaluation initiale de la qualité de vie des patients a été réalisée en octobre 2018 par le score SF-36 administré par la résidente et l'assistante (8). Un programme d'éducation thérapeutique concernant les injections d'insuline, les hypoglycémies et les complications en rapport avec ce traitement a été réalisé sous forme d'ateliers ( 2 à 15 jours d'intervalle ), animés par l'infirmière et les médecins utilisant des flyers, un matériel audio-visuel et des entretiens oraux.

L'évaluation finale a été réalisée 3 mois après ces séances d'éducation thérapeutique par le même score SF-36.

Pour l'étude statistique nous avons utilisé le SPSS, et pour comparer les différentes dimensions du score SF-36, avant et après l'ETP, nous avons utilisé le test t pour échantillons appariés.

#### V-1 -2 Entretien avec les jeunes médecins(résidents ):

D'après mes constations et les constatations de l'équipe, on a remarqué que :

L'image que se font les résidents de leur mission de médecin est peut-être « uniquement » une image d'expertise biomédicale (faire un diagnostic biomédical de qualité et prescrire le traitement médicamenteux le plus ajusté). Les échanges avec les patients seraient alors inutiles.

---

Selon nos constatations, ces résidents imaginent peut-être que les seules attentes des patients sont des attentes biomédicales (avoir un diagnostic juste et un traitement médicamenteux efficace.)

Ces résidents se sentent peut-être embarrassés par les récits des patients dont ils ne voient pas ce qu'ils pourraient en faire.

Ces résidents sont peut-être mal à l'aise avec les émotions que peuvent générer chez eux ces récits.

Ces résidents n'ont pas été formés pendant leur cursus médical sur l'ETP et n'ont pas reçu de formation académique aussi.

Ils pensent que le rôle du soignant est de délivrer le maximum d'informations concernant la maladie et le traitement et que le patient doit « appliquer » les recommandations de son soignant.

Parfois, ils ne sont pas conscients que le patient doit parfois agir seul face à sa maladie quand il sera livré à lui même.

**Un entretien “ face to face” avec les résidents a été réalisé avec des questions ouvertes.**

Le choix de ces résidents a été fait en choisissant

- Un résident qui a eu une formation via le certificat d'étude complémentaire sur l'ETP que je coordonne au sein de la faculté de médecine de Monastir.
- Un résident jeune en première année de sa spécialité et naïf à l'ETP
- Un résident ancien dans la spécialité mais sans formation académique en ETP

**Plusieurs problématiques ont été dégagées :**

- L'engagement envers le patient ne doit pas concerner que le volet biomédical
- La motivation
- L'intérêt de l'ETP dans un centre hospitalier

---

- La formation académique.

**De ce fait, on a décidé d'explorer :**

**Leurs conceptions de ce qu'est un bon médecin travaillant à l'hôpital avec des patients diabétiques**

**Leurs conceptions des attentes des patients diabétiques vis-à-vis du médecin qu'ils rencontrent à l'hôpital**

**Leurs réactions lorsqu'ils recueillent de la part du patient le récit de sa vie personnelle avec le diabète (leurs ressentis, émotions, pensées).**

➤ **On a pu préparer un guide d'entretien avec des questions ouvertes pour ces mêmes résidents : le contenu était :**

1-Pour vous quel est ou quels sont les rôles d'un médecin auprès des malades chroniques par exemple : diabétique, hypertendu, hypothyroïdien ?

2-Donc si un patient ou patiente exprime des émotions pendant la consultation, comment réagissez vous, qu'en faites- vous ?

3-Si un patient vous raconte des choses de sa vie quotidienne, comment réagissez vous ? Ce récit vous semble-t-il utile ?

4-Dans une consultation avec un patient chronique, combien de temps consacrez-vous en moyenne à écouter le patient parler de sa vie ?

5-A quoi accordez-vous du temps et de l'importance lorsque vous faites une annonce à un patient (annonce diagnostique, annonce d'une complication, annonce d'un traitement, etc.) ?

6-A votre avis, dans une consultation, quelles sont les attentes des patients vis-à-vis du médecin ?

7-Est que vous faites l'éducation thérapeutique auprès du patient et a quel moment ?

---

## **V-2 Analyse qualitative des résultats**

Une analyse minutieuse des résultats de l'étude auprès des patients et de l'enquête auprès des résidents a été réalisée avec l'aide des intervenants notamment lors de l'étude avec les patients.

## **V-3 Communication des résultats et hypothèses de solution**

Les résultats du travail sur le terrain avec les patients insulinés ainsi que les résultats de l'entretien avec les résidents ont été communiqués aux membres de l'équipe soignante au sein de notre service.

Par la suite un rapport a été rédigé pour la faculté de médecine de Monastir pour appuyer l'enseignement de l'ETP comme étant un programme pilote sous forme de MTD (module transdisciplinaire) pour les étudiants de la cinquième année médecine, ceci a été présenté au doyen et au comité qui se charge des études en Médecine.

# **VI -Résultats**

## **VI-1 Résultats de l'entretien avec les résidents et déductions**

Enquête menée auprès de 3 résidents		
Résident 1	Résident 2	Résident 3
Infos brutes		Déductions
<b>Thème 1 : Rôles du médecin auprès malades chroniques</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>1. Le côté médical est le plus important dans la prise en charge et essentiel dans notre pratique</li><li>2. Pour les consultations régulières, le contrôle médical de la maladie est très important.</li><li>3. Pouvoir adapter les thérapeutiques</li></ul>		Lorsqu'on demande à ces 3 résidents de citer les rôles du médecin auprès des malades chroniques : <ul style="list-style-type: none"><li>2sur 3 mettent en avant la gestion médicale et thérapeutique comme un rôle essentiel</li></ul>

4. Lui faire expliquer ses complications chroniques, les risques liés à sa maladie, les effets secondaires du traitement, comment réagir..
5. Pour certains ça dépend du niveau intellectuel, ils doivent leurs expliquer pourquoi ils sont atteints de cette maladie, leur expliquer le traitement disponible, les complications peut être pas au cours des premières consultations.
6. (le rôle du médecin est de) rendre le patient autonome vis à vis de sa maladie chronique (c'est-à-dire) :
- (en capacité) de ne pas être dépendant de son médecin
  - (en capacité de pouvoir) essayer de gérer les situations aigues qui peuvent survenir lorsqu'il est chez lui entre les deux consultations
7. Pour moi le rôle du médecin auprès de malade chronique est de bien annoncer la maladie chronique.
8. Essayer de creuser à la recherche des erreurs thérapeutiques.
9. Le rôle d'un médecin est d'accompagner son patient
10. Améliorer la relation médecin-malade pour pouvoir gérer le coté médical du patient.
11. C'est une maladie chronique qui nécessite une prise en charge du côté psychologique.

2 sur 3 évoquent, parmi leurs rôles, quand cela est possible, la transmission et/ou l'acquisition par le patient, d'informations relatives à sa maladie et/ou son traitement

D'autres rôles sont cités par 1 résident, résident à chaque fois différent :

- L'annonce de la maladie
- La recherche des erreurs thérapeutiques faites par le patient
- L'apprentissage par le patient de la gestion des situations aigues à son domicile

2 résidents sur 3 citent des rôles du domaine relationnel : accompagnement, amélioration de la relation médecin-malade, prise en charge psychologique

<p><b>Thème 2 : Réactions si expression d'émotions de la part du patient</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cette réaction est normale car le patient cherche à entendre qu'il est encore normal, que sa situation n'est pas désespérée, que ce n'est pas fini pour lui, qu'il peut vivre normalement comme les autres, qu'il peut vivre avec sa maladie, qu'on peut adapter tout ce qu'on va mettre en route avec sa vie quotidienne.</li> <li>2. Comprendre en quoi le traitement, les complications de sa maladie lui font peur</li> <li>3. Je comprends ses peurs</li> <li>4. Cette peur selon sa vie</li> <li>5. Un patient qui exprime ses émotions ça veut dire qu'il a des soucis / ça peut refléter des soucis vis-à-vis de sa maladie chronique</li> <li>6. Raconte sa vie quotidienne ça reflète indirectement ce que le patient a peur de perdre par rapport à sa vie de tous les jours la vie quotidienne sa profession, son vécu avec ses enfants des choses en rapport avec la maison,</li> <li>7. D'abaisser ses craintes</li> <li>8. Je ne dois pas me fixer à sa colère</li> <li>9. Essayer de comprendre pourquoi il exprime ses émotions pendant la consultation</li> <li>10. Comprendre ce qui lui fait peur : en quoi le traitement, les complications de sa maladie lui font peur</li> <li>11. je comprends ses peurs</li> <li>12. il faut essayez de le comprendre.</li> <li>13. Si un malade exprime des émotions, <b>il faut</b> le laisser continuer son expression</li> <li>14. Je pense <b>qu'il faut</b> être objective, il ne faut pas influencer le patient</li> <li>15. J'essaye d'être neutre</li> <li>16. il ne <b>faut pas</b> être sympathique, je vais pas exprimer mes émotions ni sentiments, plutôt de la compassion</li> <li>17. <b>il faut</b> avoir une attitude empathique et non sympathique</li> </ol>	<p>Lorsqu'on demande à ces 3 résidents comment ils réagissent à l'expression d'émotions de la part du patient :</p> <p>Les 3 résidents nomment le fait qu'ils sont confrontés de la part des patients, à des émotions de type peurs, craintes, besoin de réassurance. La colère est citée une fois</p> <p>Ils considèrent que ces émotions sont légitimes</p> <p>2 résidents sur les 3 notent qu'il est nécessaire de comprendre cette réaction</p> <p>Face à l'expression d'émotions de la part de leurs patients, les résidents affirment connaître la bonne attitude à adopter de leur point de vue, à savoir une attitude de type compréhension et « neutralité »</p>

<p>18. un patient qui exprime ses émotions ça veut dire qu'il a des soucis, donc j'essaye de le calmer</p> <p>19. J'essaye de le calmer</p> <p>20. D'abaisser ses craintes</p> <p>21. De le rassurer au long de la consultation</p> <p>22. Essayer de trouver des solutions qui sont adaptées à la situation de patient, gérer sa peur</p> <p>23. Des solutions qui peuvent palier à ses soucis.</p> <p>24. Je ne dois pas me fixer à sa colère</p> <p>25. Mais parfois je trouve que le patient « exagère dans des émotions » et c'est 'excessif'</p>	<p>« solutionner la peur » des patients qui expriment des émotions</p> <p>Eléments isolés, donc non exploitables en l'état</p>
--	--

### Thème 3 : Réactions lorsqu'un patient parle de sa vie quotidienne

<p>1. il raconte sa vie quotidienne ça reflète indirectement ce que le patient a peur de perdre par rapport à sa vie de tous les jours la vie quotidienne sa profession, son vécu avec ses enfants des choses en rapport avec la maison.</p> <p>2. le patient ce n'est pas une consultation, des bilans ou un médicament c'est toute une vie, il faut essayer de comprendre sa vie</p> <p>3. le patient cherche à entendre qu'il est encore normal, que sa situation n'est pas désespérée, que ce n'est pas fini pour lui, qu'il peut vivre normalement comme les autres, qu'il peut vivre avec sa maladie, qu'on peut adapter tout ce qu'on va mettre en route avec sa vie quotidienne. on considère la maladie chronique comme une partie intégrante de sa vie quotidienne exemple comment il travaille, comment il vit avec ses proches</p>	<p>Les 3 résidents sont conscients que la maladie a un impact sur les aspects concrets de la vie quotidienne (et pas seulement un impact en termes de santé somatique)</p>
--	--

<p>4. C'est utile</p> <p>5. Corriger certaines erreurs.</p> <p>6. Essayer de creuser à la recherche des erreurs thérapeutiques.</p> <p>7. Proposer une thérapie adaptée à la vie quotidienne du patient (ses horaires de sommeil, ses repas, ses activités physiques...),</p> <p>8. Certains détails peuvent être pertinents dans la prise en charge par exemple si une patiente a des problèmes avec ses enfants, ses belles filles, ça peut compliquer la prise en charge. ça peut expliquer certaines erreurs thérapeutiques comme les hypoglycémies pour les diabétiques. Raconter ses histoires professionnelles et financières ça peut expliquer un échec thérapeutique</p> <p>9. C'est toujours utile pour voir l'influence sur la prise en charge</p> <p>10. En fait, j'instrumentalise ce côté social en faveur du biomédical, j'essaye d'utiliser les détails de sa vie pour résoudre les problèmes médicaux du patient.</p>	<p>2 résidents sur les 3 notent que l'écoute de la vie quotidienne peut leur être utile, d'une part pour mieux comprendre le niveau d'efficacité de la prise en charge et repérer d'éventuelles erreurs, et d'autre part pour mieux adapter les consignes et thérapeutiques à la réalité de la personne</p> <p>Pour 2 des résidents, l'écoute pourrait être le témoin et/ou pourrait contribuer à une relation médecin-malade de qualité</p>
<p>11. Le patient sent que le médecin est proche de lui et peut être c'est un signe de confiance vis-à-vis du médecin...</p> <p>12. Laissez un peu plus le temps de s'exprimer ça va retentir sur la relation malade médecin</p> <p>13. Je trouve souvent que c'est une perte de temps / C'est une perte de temps pour le médecin</p> <p>14. C'est utile tout en gardant des limites</p> <p>15. parfois je fais semblant de l'entendre, je trouve que c'est pas pertinent ce qu'il raconte</p> <p>16. s'ils parlent trop on les arrête pour laisser la place pour les questions d'après. on peut l'arrêter chaque moment lorsqu'il dépasse les limites, lorsqu'il exagère dans son discours, par exemple il parle beaucoup de détails, il s'éloigne, et on peut l'arrêter</p> <p>17. Mais parfois je trouve que le patient « exagère dans des émotions » et c'est 'excessif'</p>	<p>Les 3 résidents soulignent que le récit des patients n'est pas toujours pertinent, ou prend parfois trop de temps sur d'autres questions, voire est une perte de temps pour le médecin</p>

<p>18. mais il faut écouter le patient</p> <p>19. Personnellement j'essaye de l'écouter... il faut l'écouter. je trouve que c'est pertinent</p>	<p>Malgré ces difficultés, 2 sur les 3 expriment le fait qu'ils essaient d'écouter le patient. L'un parce qu'il est conscient de l'utilité, l'autre parce qu'il faut le faire</p>
<p style="text-align: center;"><b>Temps pour écouter la vie du patient lors d'une consultation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 à 7 min, 30% d'une consultation de 20 mn. 30 %, j'estime que c'est un temps suffisant pour le patient pour l'écouter sur sa vie</li> <li>2. 50 % d'une consultation, Les 50 % qui restent c'est pour sa maladie, le changement thérapeutique etc....</li> <li>3. En matière de pourcentage dans une consultation laisser le patient 50 % parler de sa vie</li> <li>4. c'est variable selon le cas du malade. C'est surtout la première consultation. Un patient bien équilibré on peut en passer moins</li> <li>5. Pour les autres patients équilibrés 10-20 % maximum.</li> <li>6. s'ils parlent trop on les arrête pour laisser la place pour les questions d'après. on peut l'arrêter chaque moment lorsqu'il dépasse les limites, lorsqu'il exagère dans son discours, par exemple il parle beaucoup de détails, il s'éloigne, et on peut l'arrêter</li> <li>7. Savoir écouter le patient mais sans trop détailler, sans trop laisser parler</li> <li>8. je laisse le temps et pas trop car « les patients tunisiens ont tendance à parler trop »</li> <li>9. C'est utile tout en gardant des limites</li>   <li>10. dans une consultation laisser le patient 50 % parler de sa vie le temps que j'écris les bilans pour être à l'aise avec les patients diabétiques et qui posent des problèmes.</li> </ol>	<p>Ils estiment correct d'accorder entre 10 à 50 % du temps de consultation à l'écoute du patient selon un certain nombre de critères</p> <p>2/3 des résidents trouvent que les patients peuvent parler des choses de leur quotidien qui s'avèrent pas utiles pour la prise en charge globale</p> <p>à coté du fait qu'accorder du temps pour le patient pour s'exprimer est important afin de pouvoir utiliser ces données pour comprendre le vécu et optimiser la prise en charge. Ce temps aussi est utilisé pour renforcer la relation médecin malade.</p>

<b>Eléments auxquels ils accordent-ils temps et importance lors d'une annonce à un patient</b>	
<p>1. Je pense que c'est la partie la plus importante l'annonce diagnostique</p> <p>2. La plus importante c'est l'annonce diagnostique puis l'annonce du traitement et les complications( nuancer pour les diabètes réversibles et informer le patient sur cette éventualité)</p> <p>3. C'est l'événement le plus brutal dans la maladie du patient, les autres étapes vont dépendre et ça sera selon la première consultation dans laquelle on annonce</p> <p>4. C'est la pierre angulaire de toute notre prise en charge.</p> <p>5. En cas d'annonce diagnostic je reste 50 % du temps avec le patient.</p> <p>6. Il faut que le patient sache la maladie dont il est atteint et pourquoi il est atteint de cette maladie,</p> <p>7. Essayer de définir la maladie</p> <p>8. Expliquer la physiopathologie de la maladie</p> <p>9. Pour les patients diabétiques de type 1 : comment agir, s'adapter à cette pathologie,</p> <p>10. on va lui dire que c'est, une maladie fréquente, que c'est pas lui le seul qui est atteint, pour ne pas être dans la détresse, il faut le rassurer et lui parler des opportunités thérapeutiques disponibles.</p> <p>11. C'est une maladie chronique mais il y a des traitements qu'on peut gérer et que ce n'est pas la fin du monde et ce n'est pas sa situation la plus désespérée.</p> <p>12. Comment vivre avec cette maladie.</p> <p>13. Comment faire adapter la maladie à sa vie</p>	<p>} les résidents trouvent que l'annonce diagnostic est une étape très importante conditionnant le reste de la prise en charge et à laquelle il faut amener un soin particulier</p> <p>} 2/3 considèrent que lors de l'annonce , le patient doit avoir d'informations sur le côté biomédical de la maladie (définition, physiopathologie....)</p> <p>} 1/3 pendant l'annonce, rassurera son patient et tient compte du côté psychologique de son patient et aborder avec le patient les aspects concrets de l'adaptation dans la vie</p>

14. Pour l'annonce du traitement : ça dépend de la nature de traitement ; si un traitement oral il est généralement accepté même demandé par le malade par exemple pour des malades qu'on suit sans traitement , ils voient pas l'utilité de consulter un médecin s'il ne prescrit pas un traitement. Un traitement oral est très facilement accepté .

15. Donner les alternatives thérapeutiques.
16. Pour le traitement injectable, c'est très compliqué
17. Le malade trouve c'est complique et moi-même je trouve que c'est compliqué
18. On essaye d'introduire ce traitement progressivement, on lui donne un délai, on annonce qu'on va mettre en route le traitement injectable, ce n'est pas tout de suite, on lui donne un délai pour qu'il réalise que c'est le traitement le plus efficace
19. parfois on a recours à l'aide de ses proches ;
20. De l'autre cote, Certains malades ne veulent pas que leurs proches savent qu'ils sont atteints de maladies, parfois ça peut être une origine de chantage et parfois elle réduit l'autonomie des malades qui va être dépendant de ses proches surtout les jeunes

21. Pour les complications j'essaye de ne pas trop détailler dès la première consultation et de donner un flash info.
22. Pour les complications ce n'est pas lors des premières consultations c'est au fur et à mesure c'est quand il s'adapte avec les médicaments et le diagnostic, on peut parler des complications dans le sens de la prévention si on traite bien la maladie on retardera au maximum les complications comme la néphropathie,

Pendant l'annonce, 2/3 parleront du traitement dont la facilité d'en parler est plus importante quand il s'agit de traitement oral qui est parfois demandé par le patient lui-même et qui est généralement accepté selon un résident

Pour le traitement injectable un résident/3 trouve que c'est aussi compliqué pour lui que pour le patient et lui-même trouve une difficulté pour en parler surtout au début de la prise en charge de la maladie et qu'il faut retarder l'abord de l'insulinothérapie comme une alternative thérapeutique

Vu la difficulté de parler de certains médicaments pour le patient, le même résident propose de recourir aux proches du patient pour l'aider or au même temps il juge que ces mêmes proches peuvent être une source de chantage et de réduction d'autonomie pour le patient

2/3 résidents proposent de ne pas aborder les complications dès la première consultation et notamment lors de l'annonce du diagnostic

la neuropathie qu'on le glisse indirectement ces complications	
<b>Attentes des patients vis-à-vis du médecin dans une consultation</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La première attente, le malade attend qu'il soit normal, que sa situation n'est pas désespérée,</li> <li>2. Déjà lorsque vous dites que le patient est normal et sa situation est gérable, donc ça renvoie vers un sentiment de rassurance sentie par le patient.</li> <li>3. Il faut rassurer le malade tout en précisant que c'est une maladie chronique, le traitement va être chronique, il ne faut pas dire à vie, ils ne veulent pas l'entendre</li> <li>4. D'abord, il faut que le médecin 'traite bien' leurs maladies, l'aide à trouver des solutions, qu'il sait adapter le traitement et l'hygiène de vie à leurs vies quotidiennes</li> <li>5. Il ne faut pas que le traitement ou la maladie change leurs quotidiens.</li> <li>6. Ils veulent que ce traitement soit adapté à leurs vies</li> <li>7. Donc il y a des attentes sociales aussi</li>   <li>8. Le médecin doit trouver des solutions et veulent aussi que le médecin les écoute</li> <li>9. Lorsqu'il raconte sa vie quotidienne, Qu'il lui consacre du temps et l'écouter</li> <li>10. il ne veut pas que le médecin le banalise</li> <li>11. Le patient se croit le seul dans la consultation, et prend son temps, une chose qui n'est pas toujours possible</li> <li>12. Certains patients exigent même une trentaine de minutes de consultation avec le médecin et même plus et si c'est impossible</li> </ol>	<p>1/3 résidents trouvent que la première attente du patient est d'être rassuré surtout qu'il s'agit d'une maladie chronique</p> <p>1/3 résidents trouvent que le patient ait besoin d'une certaine qualité de vie notamment avec cette nouvelle maladie et qu'elle soit adaptée à leurs vies et pas le contraire et que leur quotidien ne soit pas chamboulé par cette nouvelle . le deuxième résident évoque les attentes sociales sans donner de détails</p> <p>Aussi 2 résidents pensent que les patients attendent du médecin une écoute et surtout de leurs consacrer du temps sans banalisation pour un d'entre les 2 et c'est parfois impossible pour l'autre pour avoir autant de temps surtout à cause de l'organisation des consultations</p>

13. qu'il y a un traitement, qu'il ne va pas mourir, qu'il ne va pas souffrir.

} 1/3 estime que l'attente la plus importante est la guérison de cette maladie chronique , l'arrêt du définitif du traitement

14. parmi les autres attentes des patients ce qu'il est compris

Les 3 résidents s'accordent sur le fait que le patient a besoin d'être compris et qu'il veut une attention particulière de la part de son médecin notamment personnalisée et aussi de comprendre sa peur

15. il veut avoir une attention particulière  
16. qu'il essaye de comprendre ses soucis

17. Que le médecin comprenne l'objectif final du patient n'est pas uniquement le traitement en lui-même : les comprimés, les injections mais aussi la peur du patient.

18. Et qu'il comprenne leurs soucis

19. Certains patients sont insatisfaits par rapport au temps même si on fait de notre mieux (si la consultation passe très vite). Ils sont toujours insatisfaits

1/3 évoque l'insatisfaction du patient et porte un jugement négatif sur lui « il se croit seul à la consultation » aussi évoque parmi les causes de l'insatisfaction la longue attente >

20. Parfois on reçoit des critiques (longueur de durée de l'attente) 3/10 patients sont insatisfaits.

21. Le patient veut être prioritaire et se croit seul dans la consultation

Ce qu'ils font comme ETP	
<p>1. surtout au service : plus détaillée, on a plus de temps</p> <p>2. Au service hospitalier et puisque le patient est hospitalisé pour une durée assez longue, c'est une occasion de répéter ce que le patient doit connaître sur sa maladie</p> <p>3. A la consultation : le patient est parfois non prêt pour comprendre ce que le médecin veut transmettre comme messages</p> <p>4. A la consultation quand je sens que le patient il est prêt parfois le patient il est juste demandeur de traitement et il ne veut pas écouter le médecin</p> <p>5. A la consultation aussi mais les patients sont non réceptifs vu le contrainte du temps et de charge</p> <p>6. La deuxième catégorie, il ya certains patients vraiment négligeant, ils veulent prendre leurs ordonnances et rentrer et ne veulent pas entendre le reste...</p> <p>7. R : On essaye, mais généralement c'est désespéré et ça sert à rien de perdre du temps. car ce sont des cas désespérés</p> <p>8. D'abord, il y a deux sortes des malades chroniques ceux qui veulent être éduqués et d'autres non</p> <p>9. c'est à dire ça dépend du patient</p> <p>10. Pour la première catégorie de malades chroniques on peut leur expliquer comment ils adaptent leurs traitements ex l'insuline rapide, l'insuline lente, comment faire les cycles, comment réagir vis-à-vis de certains situations aigues. Ils peuvent être parfaitement autonomes, ils peuvent se traiter eux-mêmes.</p> <p>11. Les deuxièmes : ce sont des cas désespérés</p> <p>12. le médecin doit essayer à chaque consultation de motiver son patient pour que le patient se sente prêt</p>	<p>Tout d'abord pour la pratique de l'ETP , sur le plan forme, 2/3 résidents trouvent que le service hospitalier est un lieu propice pour faire passer des messages éducatifs surtout par rapport au temps qui est plus important par rapport à la consultation externe</p> <p>Certains résidents justifient la non pratique de l'ETP par le fait que le patient n'est pas prêt à en recevoir et qu'il veut pas écouter son médecin , Ils mettent la responsabilité de la non faisabilité uniquement sur leur patient qui est parfois non réceptif et un/3 le considère comme un cas désespéré et que ça ne vaut pas la peine de perdre du temps avec lui</p> <p>un/3 voit deux catégories de patients , ceux qui sont prêts à recevoir l'éducation avec une facilité de suivre les recommandations des médecins et ceux qui sont catégoriques et « désespérés » ( un mot qui se répète et qui sont pas prêts pour le moment sans avancer que faut-il faire dans ce cas et sans proposer de solutions concrètes</p> <p>un des 3 résidents évoque la motivation comme moyen qui peut servir à l'ETP sans donner des détails du comment</p>

---

## **VI-2 Résultats de l 'étude avec les patients**

### **1) Population étudiée :**

Nous avons sélectionné 15 patients diabétiques au sein de service d'endocrinologie et de médecine interne de L'EPS Fattouma Bourguiba de Monastir.

Notre étude était composée de 7 patients diabétiques de type 1 (sexe ratio : 2H/5F) avec une tranche d'âge entre 18 et 31 ans, et de 8 patients diabétiques de type 2 (sexe ratio : 1H/7F) avec une tranche d'âge entre 41 et 70 ans. Tous ces patients ont été mis sous insuline ( 1-10 ans)

### **2) Déroulement de l'étude :**

Elle a été réalisée entre octobre 2018 et Janvier 2019

Une explication orale de cette étude était fournie aux patients.

Une évaluation initiale de la qualité de vie des patients a été réalisée en octobre 2018

L'évaluation finale a été réalisée 3 mois après les séances d'éducation thérapeutique.

L'évaluation a été faite en utilisant un outil de mesure de qualité de vie validé.

Nous avons utilisé comme outil d'évaluation un questionnaire générique de qualité de vie SF-36 (Short Form 36 items) (8)

Le questionnaire SF-36 comprend 36 items répartis en 8 dimensions (fonctionnement physique, limitations du rôle liées à la santé physique, douleurs physiques, santé générale, vitalité, fonctionnement social, limitations du rôle liées à la santé mentale, la santé mentale.) développé dans le cadre de l'étude MOS ( Medical Outcomes Study) . C'est le questionnaire le plus utilisé pour évaluer la qualité de vie dans différentes pathologies

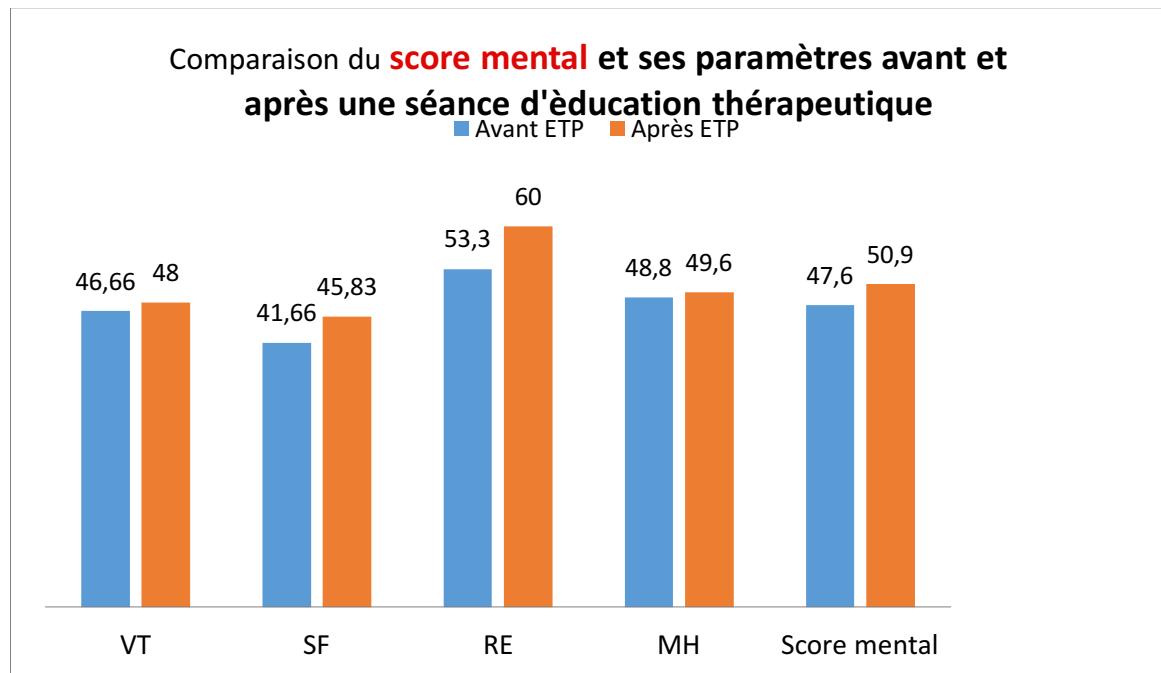
### 3) Description du programme d'ETP :

Chaque patient a bénéficié d'une séance d'éducation thérapeutique en présence des autres patients diabétiques, au total nous avons réalisé 15 séances d'ETP au cours desquelles nous avons essayé de déterminer leurs besoins et d'identifier avec eux les compétences qu'ils peuvent mobiliser ou acquérir progressivement tout en les soutenants psychologiquement.

### 4) Résultats :

Trois mois après les séances éducatives , nous avons noté :

- Le score mental des patients diabétiques s'est amélioré, il passe de 47,6 à 50,9 (fig 2) ( $p=0.3$ )



**figure 2 : évolution du score mental après les séances éducatives**

Légende :

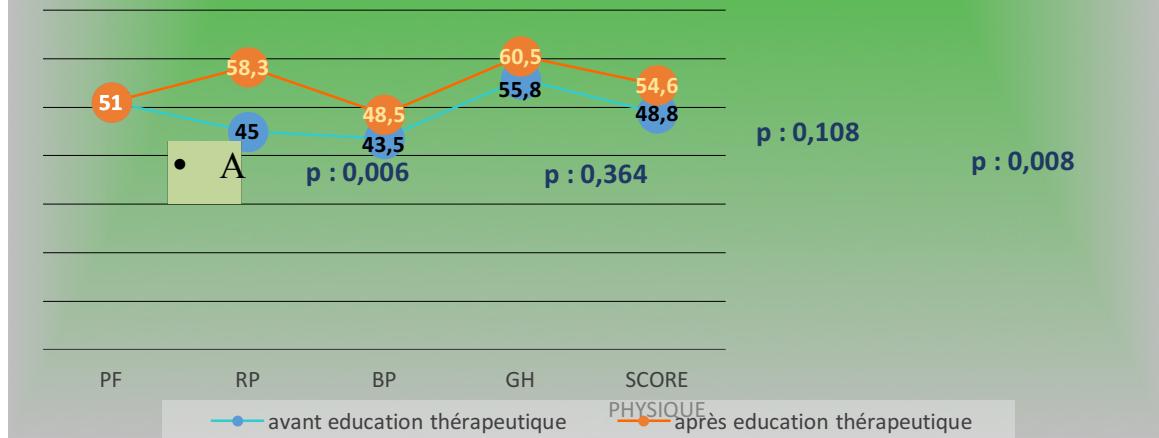
---

<b>VT</b>	Vitality =vitalité
<b>SF</b>	Social functioning = fonctionnement social
<b>RE</b>	Role emotional = limitation émotionnelle
<b>MH</b>	Mental health = santé mentale

- une nette amélioration de la dimension limitation physique [RP], avec un score moyen passé de  $45\pm27$  à  $58,3\pm30,8$  ( $p : 0,006$ ) ( Fig 3 ). Alors que les trois autres dimensions du score physique, (fonctionnement physique [PF], douleur physique [BP] et santé générale [GH]), étaient améliorées après l'ETP, mais sans valeur significative. Donnant ainsi un score physique moyen significativement meilleur après l'ETP ( $48,8\pm10$  vs  $54,6\pm11$  ;  $p : 0,008$ ) (Fig 4).
- Pour la qualité de vie psychique et mentale, nous avons noté une légère amélioration des 4 dimensions, (santé mentale [MH], limitation émotionnelle [RE], fonctionnement social [SF] et vitalité [VT]), mais sans valeur significative. Donnant ainsi un score mental moyen significativement meilleur après l'ETP ( $46,4\pm12$  vs  $50,8\pm10,7$  ;  $p : 0,025$ ) (fig 5 ).

<b>PF</b>	$51\pm14,3$	$51\pm11,7$	1
<b>RP</b>	$45\pm27$	$58,3\pm30,8$	<b>0,006</b>
<b>BP</b>	$43,5\pm31,2$	$48,5\pm28,3$	0,364
<b>GH</b>	$55,8\pm12,6$	$60,5\pm12$	0,108
<b>Score physique</b>	$48,8\pm10$	$54,6\pm11$	<b>0,008</b>

**Fig3 I: Comparaison du score physique et de ses dimensions avant et après éducation thérapeutique**

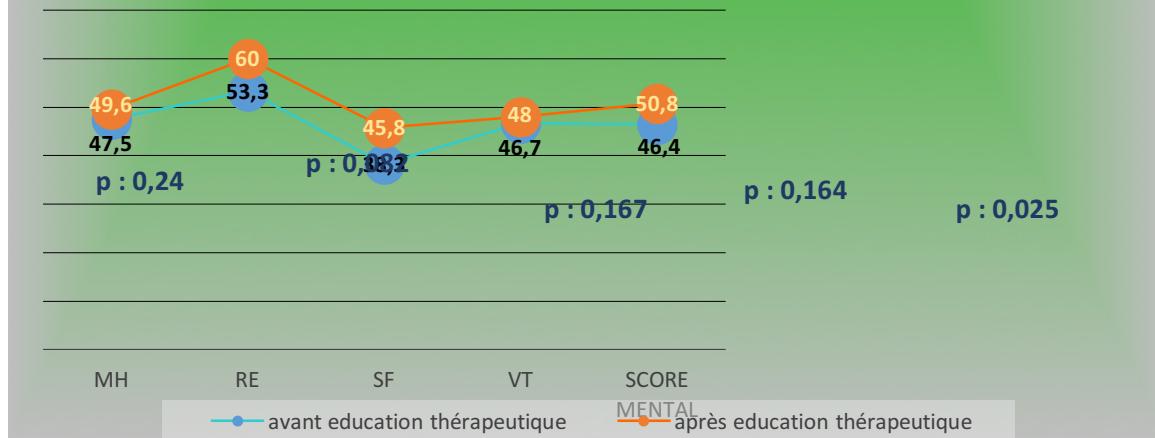


<b>Légende :</b>	
<b>PF</b>	Physical functioning = fonctionnement physique
<b>RP</b>	Role physical = limitation physique
<b>BP</b>	Bodily pain = douleur physique
<b>GH</b>	General health = santé général

Dimensions	Avant éducation	Après éducation	P
MH	47,5±11,7	49,6±11	0,24
RE	53,3±39,4	60±38,2	0,082
SF	38,3±19,1	45,8±23	0,167
VT	46,7±14,5	48±15	0,164
<b>Score mental</b>	46,4±12	50,8±10,7	<b>0,025</b>

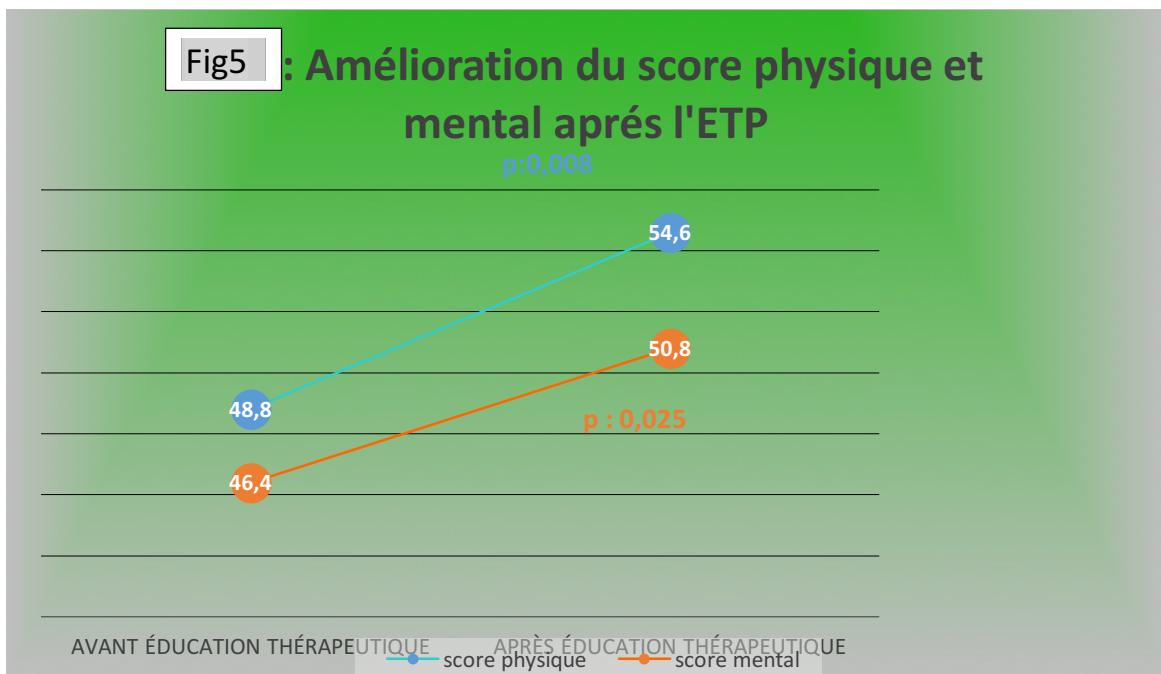
Fig4

## Fig4 : Comparaison du score mental et de ses dimensions avant et après éducation thérapeutique



### Légende :

<b>MH</b>	Mental health = santé mentale
<b>RE</b>	Role emotional = limitation émotionnelle
<b>SF</b>	Social functioning = fonctionnement social
<b>VT</b>	Vitality =vitalité



### **Conclusion de cette étude sur les patients traités par insuline :**

Après les séances d'ETP, la majorité des patients comprenaient mieux leur maladie et l'acceptaient.

Ils comprenaient les bénéfices et les effets indésirables de l'insuline. Ils savaient comment réagir face à une hypoglycémie qui les empêchait souvent de réaliser leurs activités. Ils réalisaient leurs activités quotidiennes plus facilement. Ils s'intégraient plus facilement dans la vie sociale. La relation avec leurs amis et leurs familles s'est améliorée.

Donc on peut considérer que l'éducation thérapeutique a permis de garantir une meilleure prise en charge de cette population spécifique et une amélioration de leur qualité de vie à la fois physique et mentale.

## **VII - Evaluation/Evolution**

Les résultats des deux enquêtes ont été présentés par moi même à la salle de staffs du service pour l'équipe des soignants avec 2 infirmières déjà initiées à l'ETP et les deux diététiciens, cela a suscité l'intérêt de l'équipe

---

## **VII-1 Concernant l'enquête des résidents**

### **VII-1-1 Evaluation de l'existant**

- Plusieurs ressources ont été recensées :

Ces jeunes médecins sont conscients de l'intérêt de l'ETP pour ces patients chroniques :

- **Le rôle ne se limite pas qu'au volet médical et thérapeutique mais concerne l'accompagnement du patient, la veille sur une bonne relation médecin-malade, une écoute active, l'empathie, une bonne annonce du diagnostic, la compréhension du vécu du patient, trouver des solutions avec les malades qui s'accordent avec leurs vies.**

- Par ailleurs :

- Ils sont en difficulté pour guider un entretien (de type entretien de compréhension)
- Ils sont confrontés à une difficulté : Ils sont débordés par le fait que les patients expriment beaucoup de choses (récits, émotions) dont ils ne savent que faire parce qu'elles ne leur semblent pas utiles à la prise en charge.
- Ils cherchent des stratégies pour faire face à cette difficulté
- Ils cherchent comment arrêter le patient au bout d'un temps qui leur semble raisonnable, faire autre chose en même temps que le patient parle, etc.
- Certains patients se montrent mécontents d'une écoute qu'ils jugent insatisfaisante

### **VII-1-2 hypothèses de solutions**

-D'après cette enquête, à côté de nombreuses ressources constatées dans cet entretien avec les résidents, un des moteurs pour pouvoir développer cette activité est la formation.

Un besoin de formation est fort pour pouvoir guider les jeunes médecins dans leurs entretiens avec les patients et aussi un accompagnement notamment des seniors qui ont une connaissance en ETP qui va faciliter cet apprentissage sur le terrain.

De ce fait, plusieurs thématiques étaient dégagés essentiellement :

- 
- Le diagnostic éducatif
  - L'annonce diagnostique
  - Les outils pédagogiques de communication
  - L'adhésion thérapeutique
  - La motivation du patient

Deux types de formations ont été réalisées pour les jeunes médecins

- Une formation au sein du service « personnalisée » sur leur lieu du travail avec des cas pratiques avec les patients hospitalisés et en consultation externe
- Assister aux différents modules du certificat d'études complémentaires en ETP que je coordonne au sein de la faculté de médecine parfois même s'ils ne sont pas inscrits au diplôme.

Par ailleurs, vu ce gap constaté au niveau de la formation de nos résidents qui s'occupent des patients chroniques, j'ai essayé de mener une petite enquête auprès des enseignants dans ma spécialité et dans d'autres spécialités et de recenser ce qu'ils pensent de l'introduction de l'enseignement de l'ETP au sein de la faculté de médecine pour les étudiants et de systématiser cette formation académique dans le cursus médical, un besoin a été exprimé par de nombreux collègues notamment favorables à cette activité.

Ceci était un moteur pour l'auteur du mémoire de demander un entretien avec le doyen de la faculté de médecine de Monastir et de discuter de l'intérêt que pourrait avoir l'éducation thérapeutique dans le cursus médical.

Une présentation a été réalisé au sein du comité de programmes des études de médecine en présence de ses membres et du Mr le doyen, après discussion, les membres présents étaient sensibilisés par rapport à ce volet et il y a même ceux qui étaient très enthousiastes en insistant sur cette activité comme étant une nouvelle médecine qui pourrait aider ces patients chroniques dans toutes les disciplines.

Depuis deux ans, je m'occupe de l'enseignement de l'ETP à la faculté de médecine de Monastir pour initier les jeunes étudiants à la culture éducative.

---

## **VII-1-3 Evolution**

Cette formation personnalisée et post universitaire a permis:

- De combler certaines lacunes par rapport à l'éducation thérapeutique
- Une implication plus active à la prise en charge des patients chroniques.
- De collaborer activement avec les cadres en les aidant dans leurs activités éducatives.
- Une certaine dynamique a été ressentie au sein de l'équipe des résidents avec un intérêt de plus en plus important pour l'ETP.
- Une meilleure communication a été constatée entre cette équipe de jeunes médecins et les paramédicaux avec la réalisation de staffs qui discutaient les cas difficiles de patients non adhérents à leurs médicaments, compliqués, qui n'acceptent pas leurs maladies ...

## **VII-2 Concernant l'enquête auprès des patients**

### **VII-2-1 Evaluation de l'existant**

Les résultats positifs de cette étude ont été présentés à la salle de réunion du service avec toute l'équipe soignante médicale et paramédicale.

Une prise de conscience sur le besoin de mettre en place des activités d'ETP de certains qui étaient réticents à cette idée a été constatée.

Après discussion avec toute l'équipe, certains besoins ont été notés

Une formation générale des professionnels de santé non médecins de l'équipe en lien avec les programmes mis en place dans le service

Une formation spécifique des acteurs de l'équipe pilote notamment sous forme de diplôme universitaire à la faculté de médecine de Monastir sur l'ETP et coordonnée par moi-même et cela a créé une certaine dynamique dans le service avec la motivation du reste de l'équipe à suivre cette activité universitaire diplômante

En dehors de la formation, certaines contraintes ont été dégagées suite à ces réunions :

- 
- Le manque de temps
  - Le manque de communications entre certains éléments de l'équipe
  - L'absence d'évaluation continue
  - L'absence de soutien méthodologique

L'équipe a proposé aussi :

- Des plans de répartition des ressources humaines selon le profil, la fiche de poste et la matrice de responsabilité, sont indispensables.
- Des organigrammes de gestion sont à mettre en place.
- Le schéma du parcourt du patient doit être claire et archivé.
- Un projet de développement du système d'information au sein de l'hôpital par l'informatisation du dossier patient.

## VII-2-2 hypotheses de solutions

- Plusieurs rencontres avec l'équipe soignante ont été réalisées afin d'identifier les acteurs intéressés par l'instauration de tel projet.
- Pour ceci une équipe de soignants a été identifiée et a accepté avec intérêt cette démarche éducative :

Cette équipe est composée de :

Deux médecins endocrinologues et une interniste

Deux infirmières et une diététicienne

Cette équipe motivée a proposé à travers cette démarche de :

Échanger sur les pratiques éducatives et mettre en commun

Instaurer une dynamique ETP au sein de l'équipe.

---

➤ **Certains Objectifs spécifiques à notre spécialité ont été élaborés**

- **Education diététique : avec des activités éducatives pour acquérir des bases de l'alimentation du diabétique, de l'obèse, du patient avec dyslipidémies et autres désordres métaboliques. Des repas modèles (conçus pendant les ateliers diététiques) .Une possibilité de réversibilité du syndrome métabolique et du diabète a été abordée avec les patients (9)**

**Faire reconnaître aux patients les index et les charges glycémiques.**

- Apprendre aux patients les équivalences glucidiques.
- Apprendre au patient l'auto surveillance pour adapter son comportement et sa thérapeutique.
- Apprendre aux patients les techniques d'injection de l'insuline
- Connaitre et parler de sa maladie (intervenants : médecins et psychologue invité ).
- Parler de ses difficultés de vie.

Apprendre au patient à gérer sa maladie dans certaines situations (sport, maladie, voyage, Ramadan, Pèlerinage, travail, fête....)

- Permettre aux patients d'échanger entre eux.
- Acquérir des connaissances concernant l'adaptation des doses d'insuline en fonction de leurs glycémies.
- Education pour le pied diabétique.

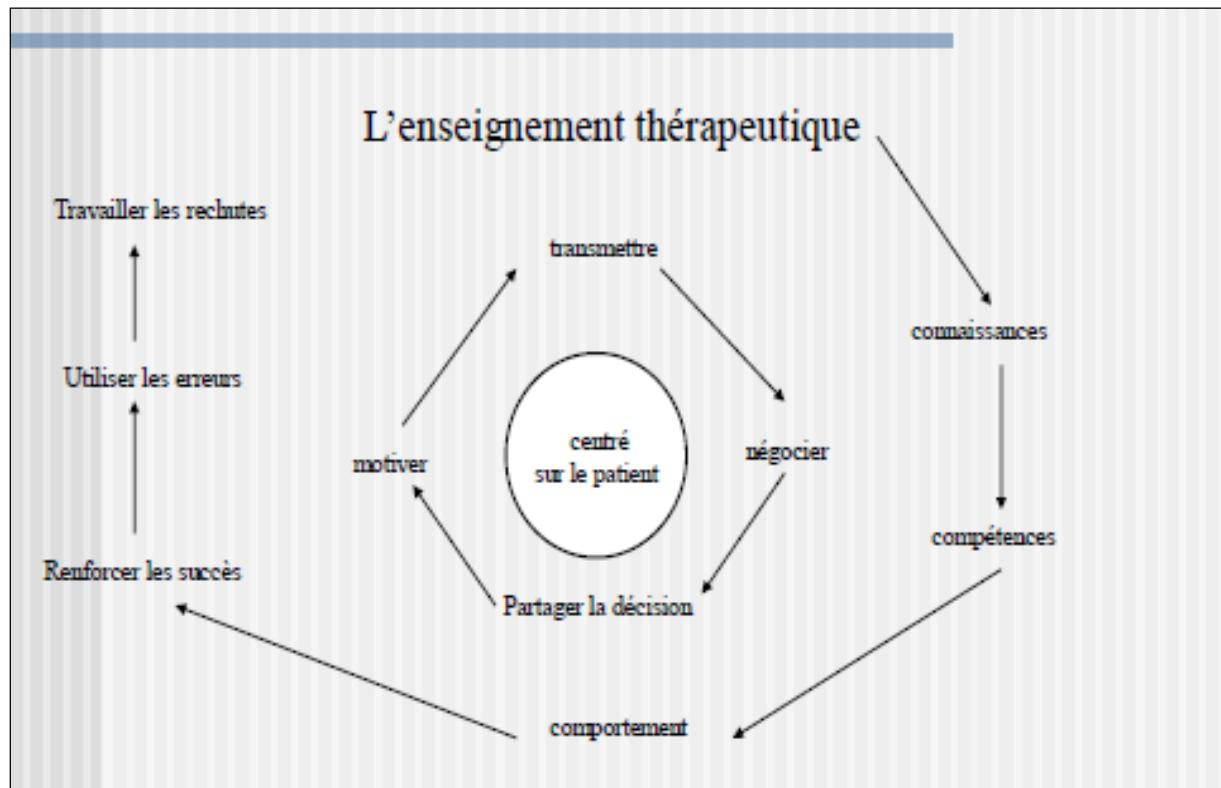
**VII-2-3 Evolution au niveau des soins au centre hospitalier**

- **Des Modèles éducatifs adaptés aux patients diabétiques ont été élaborés et exécutés par l'équipe pilote au sein du service avec un roulement des résidents avec (10,11,12)**

Compétences à acquérir	Objectifs pédagogiques	Modalités d'évaluation
Compétences d'auto-soins		

Comprendre et expliquer sa maladie	<u>Objectif Principal</u> (fig 6): Le patient sera capable de comprendre et d'expliquer sa maladie métabolique à un soignant sans l'aide de support papier <u>Sous objectifs</u> : Le patient est capable d'expliquer, les causes et les répercussions de sa maladie	Ateliers pratiques
Repérer, analyser et mesurer	<u>Objectif Principal</u> : Le patient sera capable de repérer les signes d'hypo et d'hyperglycémie. <u>Sous Objectifs</u> : 1- Le patient est capable d'analyser une situation à risque est ses résultats d'examen biologique notamment les résultats d'automesure	Atelier pratique (notamment en groupe) et utilisation du matériel
Résoudre un problème de la vie quotidienne	<u>Objectif Principal</u> : Le patient sera capable de mettre en œuvre toutes actions nécessaires pour maintenir l'équilibre de sa santé <u>Sous Objectifs</u> : 2- Le patient est capable de réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine 3- Le patient est capable d'aménager un environnement et un mode de vie, favorable à sa santé (activité physique, gestion du stress, etc.)	4- Rédaction d'un menu équilibre pour la semaine 5- Entretien semi directif avec la participation d'un membre de son entourage
Pratiquer et faire	<u>Objectif principal</u> : Le patient est capable d'effectuer les actes techniques en cas d'urgence dans les délais impartis <u>Sous Objectifs</u> : 6- Le patient est capable de préparer et d'administrer l'insuline 7- Le patient est capable de pratiquer les gestes d'urgence	Atelier pratique/ Entretien individuel,... , jeu de rôles...
<b>Compétences d'adaptation ou psychosociales</b>		
Améliorer l'image de soi	<u>Objectif principal</u> : Le patient sera capable de prendre du recul sur sa situation et de l'expliquer à un soignant ou un groupe de patient avant la fin du programme <u>Sous Objectifs</u> : 8- Le patient est capable de verbaliser ses sentiments et ses émotions en groupe. 9- Le patient est capable de maintenir ou d'améliorer l'estime qu'il a de de lui-même.	Atelier de groupe, partage d'expérience (prendre la parole dans un groupe), et évaluation par une grille (estime de soi/ acceptation de la maladie)

Avoir un sentiment d'auto-efficacité	<u>Objectif Principal :</u> Le patient sera capable de résumer les compétences et les objectifs qu'il a acquis grâce au programme d'ETP lors de la dernière séance.	Atelier de groupe, partage d'expérience, et évaluation par critère d'amélioration de sa qualité de vie.
Formaliser un projet	<u>Objectif principal :</u> Le patient sera capable de formaliser un projet individuel du programme ( vivre avec la maladie et concevoir un projet de vie, professionnel...) <u>Sous objectif</u> : le patient est capable de prendre en compte les critères de temps et de ressources disponibles pour concrétiser son projet	Entretien avec le patient sur son devenir : un projet à court et/ou moyen terme et/ou long terme



**Figure6: Modèle d'enseignement en ETP**

➤ **Réalisation de semaine éducative avec implication de l'équipe pilote et les résidents**

<b>Titre</b>	<b>Semaine des diabétiques :</b>
<b>Nombre de sessions</b> <b>Fréquence, périodes et durées</b> <b>Nb de séances</b> (collectives et individuelles) <b>Nb total d'heures d'éducation</b>	(se déroule 1 semaine sur 2) 1 session de 4,5 jours - éducation individuelle au lit du malade : entretiens individuels avec le médecin à l'entrée et à la sortie, avec l'infirmière, le psychologue et le diététicien à l'entrée + plusieurs visites individuelles par l'agréé avec les autres membres de l'équipe - 19 séances d'éducation collective dont 8 repas éducatifs (total de 30 heures environ) + toutes glycémies réalisées en commun
<b>Public</b>	6 patients diabétiques de type 2 ou type 1
<b>Recrutement</b> <b>Critères de sélection du public</b>	consultations médicales du service et du réseau ville-hôpital - passage à l'insuline (le plus souvent) - Insulinothérapie fonctionnelle - formation initiale (découverte récente de diabète) - critères bio-cliniques (diabète déséquilibré, nécessité de modifier le traitement) nécessitant l'obtention d'un changement de comportement du patient - constatation que les consultations ne permettent pas d'améliorer l'autogestion de la maladie
<b>Evaluation</b>	<b>Évaluation des patients :</b> - bio-clinique (HbA1C) - Holter glycémique (CGMS)++ - savoir-faire la technique (tout au long de la semaine) - connaissances - acceptation de la maladie et des contraintes du traitement - qualité de vie (en début (J0), en fin de séjour(J5), à 3 et 6 mois) <b>Évaluation de l'équipe :</b> - auto-remise en question (réunion hebdomadaire + réunion annuelle du service) - appréciation des patients

---

## **VIII- Discussion**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un modèle de soin centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation...

Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie.

L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie (13) .

Dans les pratiques professionnelles, les activités d'éducation du patient sont souvent articulées autour d'un thème, renvoyant à une maladie (diabète, asthme, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, hypertension artérielle, hémophilie, cancer, maladies psychiatriques, douleurs chroniques, addictions, etc.) (14,15,16,17).

Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en Tunisie devrait être l'une des orientations du plan national d'éducation à la santé et des programmes nationaux d'actions.

**I'ETP peut aider les patients avec maladie chronique en les confrontant à la réalité de l'expérience des pairs ».** « Ils sont stigmatisés et mis de côté avec le temps par l'entourage et la société ».

Cette pratique permet d'améliorer la prise en charge du patient, ainsi que l'observance et les résultats biocliniques (18,19,20).

### **VIII- 1-Concernant les résultats**

#### **VIII- 1-1Discussion des résultats de l'entretien aupres des résidents:**

Cette enquête menée auprès des jeunes médecins notamment les résidents a mis en évidence la situation suivante

- 
- Avec leurs malades chroniques, les résidents pensent qu'en plus de leur rôle de gestion médicale et thérapeutique ils ont d'autres rôles à assumer :
  - L'annonce diagnostic, étape jugée cruciale pour la suite de la prise en charge
  - La transmission des informations nécessaires au patient sur sa maladie, son traitement et la gestion des situations aigues
  - La mise en place d'une relation médecin-malade de qualité
  - L'accompagnement du patient, la prise en charge psychologique
- 
- Les résidents sont conscients que la maladie a un impact sur les aspects concrets de la vie quotidienne des patients et pas seulement sur leur santé somatique.
- 
- Ils reconnaissent tous que les patients attendent de la part du médecin, une écoute sérieuse et attentive et ils essaient de se mettre à l'écoute du patient.
  - Ils y voient l'opportunité de pouvoir mieux adapter leur prescription, de repérer les erreurs du patient dans la gestion de sa maladie et de comprendre les échecs thérapeutiques.
- L'écoute est aussi pour eux un moyen d'entretenir une relation de confiance avec le patient.
- Ils accordent à cette écoute un temps variable en fonction de leurs propres critères comme

Les résidents nomment le fait qu'ils sont confrontés de la part des patients, à des émotions de type peurs, craintes, besoin de réassurance, voire colère.

Ils reconnaissent ces émotions chez leurs patients et les trouvent légitimes Pour faire face à l'expression des émotions des patients et à leurs attentes supposées d'être rassurés, les résidents testent différentes stratégies, autres que celles qu'ils pensent être la « bonne » (compréhension empathique et « neutralité »).

Ainsi par exemple, sont citées les attitudes suivantes :

- Rechercher ce qui sous-tend ces réactions
- Rassurer, dédramatiser
- Trouver des solutions pour « résoudre la peur » des patients qui expriment ces émotions

- 
- Annoncer progressivement ce qui est anticipé comme plus dur à entendre (complications possibles, traitement injectable)

**Leur conception de l'ETP est celle d'une transmission compréhensible par le patient de messages importants sur sa maladie, ses traitements et autres alternatives, les conduites à tenir, les comportements de santé à adopter**

### VIII-1- 2-Discussion des résultats auprès de l'équipe soignante:

Les résultats ont montré que la « culture d'éducation thérapeutique » n'est pas très développée. Il existe une réelle prise de conscience sur le besoin de mettre en place des activités d'ETP destinées à des personnes atteintes de maladies chroniques.

Les moteurs les plus souvent cités, pour pouvoir développer de telles activités, sont la formation et le travail en équipe

La majorité des soignants ressentent le manque de formation dans cette discipline.

C'est ainsi par exemple que les diabétiques suivis en ambulatoire par les médecins du service ainsi que les patients hospitalisés et ceux orientés par leurs médecins traitants bénéficient systématiquement d'une éducation mais qui est généralement non structurée.

Le recours à ce programme d'ETP structurée au sein du service va faciliter la prise en charge de ces patients avec maladies chroniques notamment à l'échelle préventive et curative.

### **VIII- 2-points forts :**

- L'équipe soignante avec les médecins, paramédicaux et résidents sont conscients des différents rôles qu'ils peuvent avoir auprès de ces patients, y compris en termes relationnels
- Un personnel sensibilisé aux problèmes de diabète et de maladies métaboliques et de l'intérêt de l'ETP.

- 
- Ils sont conscients de l'impact de la maladie sur la vie quotidienne et le vécu psychique des personnes. Ils reconnaissent les émotions de ces patients et les trouvent légitimes
  - Ils sont sensibilisés à l'écoute empathique
  - Ils savent que le discours des patients peut être riche et utile.
  - Ceci a engendré une certaine dynamique mise en place par l'équipe pilote, régulièrement des réunions sont réalisées rassemblant les personnes intéressées par l'ETP.
  - Une évaluation continue des résultats après des patients est faite.
  - Une évaluation des connaissances des résidents est faite régulièrement avec un intérêt de plus en plus pour l'ETP.

### **VIII- 3 : Les limites**

- Un déficit de communication parfois constaté au sein de l'équipe soignante.
- Un sentiment d'incompétence surgit parfois chez les soignants
- Nous manquons de personnel pour enrichir et étendre nos activités mais tant que l'ETP n'est pas institutionnalisée, la direction des ressources humaines ne nous recruterait pas du personnel à temps plein dédié à cette activité.
- L'absence de statut du soignant ou aide-soignant éducateur ne nous permet pas de négocier un temps partiel dédié à l'ETP de la part des paramédicaux du service. C'est donc sur l'équipe actuelle du service qu'il faut compter en trouvant les moyens nécessaires pour renforcer sa motivation et maintenir cette motivation à long terme.
- Forte charge de travail des soignants :

J'ai sondé les praticiens du service, a part le fait qu'ils soient convaincus de l'importance de l'ETP dans la prise en charge des patients chroniques et qu'ils reconnaissent des changements positifs des patients, quelques-uns étaient réticents de s'investir dans cette activité de fait qu'elle est chronophage.

- Le défi est donc d'impliquer l'ensemble des soignants de telle sorte qu'ils adoptent un comportement d'ETP dans leurs pratiques pour encourager, valoriser les efforts des patients et montrer à ces derniers l'intérêt qu'ils portent à leur éducation et aux bénéfices qu'ils en tirent.

- 
- ETP en voie d'institutionnalisation mais pas de statut de l'éducateur et pas de financement.
  - Absence de cadre juridique
  - L'introduction de l'ETP dans des textes de loi et à valeur réglementaire assez forte constitue d'ores et déjà une reconnaissance de l'ETP

## **IX -Mon rôle de coordinateur et perspectives**

### ***IX-1 Coordination et valorisation de l'ETP***

Au niveau du groupe hospitalier et plus précisément au niveau de mon service d'endocrinologie et de médecine interne, faire valoir l'ETP fait appel à des fonctions de coordination et de pilotage.

Il s'agit d'initier, accompagner, motiver et valoriser cette activité et surtout de mobiliser nombreux acteurs que ce soit sur le plan de ressources humaines, financières et même administratives avec des partenaires institutionnels.

La naissance de groupe d'ETP au sein du service a la suite de la constatation sur le terrain de résultats positifs au près du patient chronique a donné une visibilité des actions d'ETP au sein de l'institution et même la mobilisation d'autres acteurs directement ou indirectement concernés.

Le rôle de cette équipe est d'améliorer les actes d'ETP déjà entamés et de définir des critères de qualité et de faire émerger une culture d'évaluation et peut être d'audit.

Cette équipe que je coordonne pourrait former et aider à mettre en place l'éducation thérapeutique dans les services où il n'y a pas encore cette culture.

-Médiatisation et promotion des réunions autour de l'ETP au sein du centre hospitalier

-L'ensemble des ces actions facilitera l'engagement d'autres équipes dans le domaine de l'éducation

---

- Bien entendu, le rôle de notre équipe est de soutenir et aider ces initiatives

### ***IX-2 La formation :***

Un besoin très important est ressenti dans ce travail de mémoire par rapport à la formation en ETP.

La formation est un moteur souvent citée dans nos enquêtes.

Etendre notre expérience en matière de formation de l'ETP à d'autres domaines de maladies chroniques.

Promouvoir l'enseignement de l'ETP dans le cursus médical et paramédical .

Dans mon expérience académique, le fait de créer et de mettre ce diplôme d'ETP au niveau de la faculté de médecine de Monastir sur les rails était un grand challenge pour moi et pour l'équipe avec qui je travaille et ça permettait de garantir une certaine formation post-universitaire.Ceci a permis d'encadrer des doctorants qui voudraient inclure des aspects ETP à leurs projets de recherche et de même d'implémenter cette culture dans d'autres structures sanitaires régionales et universitaires dans d'autres villes, de même après un certain recul, on a eu un retour disant positif pour les personnes qui ont suivi cette formation diplômante certes qui pourrait s'améliorer.

De même, à l'échelle de la faculté et grâce au conseil scientifique et au comité des programmes, l'ETP est enseignée par l'auteur de ce mémoire depuis 2 ans pour les étudiants de 5<sup>ème</sup> année médecine comme module transdisciplinaire avec une évaluation positive auprès des étudiants qui ont eu cet enseignement.

---

### ***IX-3 Perspectives***

- Formaliser l'activité ETP en projet d'unité dès l'institutionnalisation de l'ETP en Tunisie.
- Cette inscription comme une démarche à développer dans la prise en charge des patients pourra être évaluée par différents indicateurs : développement d'activités, créations de structures, mises en place de formations, niveaux de financements, etc.
- Aider et accompagner d'autres équipes à mettre en place une activité ETP sur leurs propres sites ainsi que l'articulation avec la médecine ambulatoire et les réseaux de santé ;

---

**La création de l'unité d'ETP au sein du service d endocrinologie et de médecine interne (projet a eu l'accord du comité médical et du conseil d'administration de l'hôpital ainsi l'approbation du ministère de la santé) (voir annexes)**

Locaux :	Activités
Grande salle d'éducation	Education collective avec matériel conçu pour cette activité (Outils d'apprentissage pédagogique (maps, projection, tableaux....))
Salle d'éducation diététique	Equivalences glucidiques, régime diabétique, régime hypocalorique, hypolipémiant....)
Salle pour les professionnels de la santé ( psychologue, podologue, infirmiers)	Entretien motivationnel (changement du comportement du malade) Cellule d'écoute pour les malades avec maladies chroniques Autosurveillance – matériel d'injection Simulation Pied diabétique (prévention et traitement)
Salle pour hôpital du jour (HDJ)	Le jour de l'accueil du patient : prélèvement sanguin, examen, pose du Holter glycémique, impédancemétrie, Prise en charge du pied diabétique.
Cuisine	Education en cuisine Repas éducatif, exemples de repas test ( insulinothérapie fonctionnelle)....

Un travail spécialisé minutieux doit aboutir à mettre en place un programme financier ayant pour but de rationaliser les dépenses budgétaires et améliorer les revenus provenant des prestations prodiguées aux patients.

Un dossier financier détaillé a été conçu pour ce projet

L'informatisation du dossier médical va permettre de suivre les dépenses par malade.

Une évaluation permanente, la qualité, le contrôle, l'ajustement et la relance font partie des critères de succès de ce projet

Selon C. Hadji, l'évaluation permet une lecture de la réalité à la lumière d'une grille de référence(21).

Selon les modèles d'évaluation de Kirkpatrick : l'évaluation doit être le corollaire du développement d'un projet et de tout enseignement (22).

Les critères d'évaluation selon ce modèle mettent en œuvre une stratégie selon certains critères :

Ces critères généraux sont :

-La pertinence, analyser le bien fondé des décisions relatives à la formation, les objectifs ont-ils été atteints, ou escomptés de la formation.

-Les participants exprimeront leur degré de satisfaction Les théoriciens de l'apprentissage et de l'enseignement sont unanimes à reconnaître l'importance de l'évaluation.

- Si la formation est opportune, si elle est adaptable et réactive au système, si elle n'est pas trop tardive

-Une évaluation interne et externe à court, moyen et long terme avec mesure de la satisfaction des patients doit être envisagée.

-Les répercussions de cette stratégie éducative sur la réduction du coût total de la maladie doivent être analysées afin de permettre d'introduire l'ETP à large échelle et l'adopter comme pilier de traitement des maladies chroniques.

## Quelles sont les forces de la création de l'UETP?

- Activité d'ETP reconnue « utile » par les collègues
- Personnel sensibilisé aux problèmes de diabète et de maladies métaboliques et de l'intérêt de l'ETP.
- Organisation du recrutement et diagnostic éducatif déjà en place

## Quelles sont les faiblesses ?

- Équipe réduite
- Manque d'initiatives pour créer ou développer les activités (sentiment d'incompétence)

## Quelle sont les opportunités et tendances positives ?

- Existence du protocole pour la mise en place de l'ETP
- Ministère à l'écoute du projet
- Comité médical et administration favorables au projet

## Quelles sont les menaces ?

- Insuffisance de personnel (pour faire face à la demande (pas de recrutement))
- ETP en voie d'institutionnalisation mais pas de statut de l'éducateur et pas de financement en l'absence de cadre juridique.
- Budget alloué mais pas encore distribué

## X-CONCLUSION

L'ETP est fondamentale dans la prévention des maladies chroniques et leurs complications.

Elle améliore les connaissances des patients, favorise l'acceptation de la maladie et l'adhésion aux traitements en induisant une meilleure qualité de vie.

Elle est efficiente pour les coûts de santé.

Pour toutes ces raisons, nous ne ménagerons aucun effort pour étoffer notre équipe, mener des études cliniques dans ce domaine sur le patient tunisien.

Notre projet d'unité d'ETP au sein de l'EPS Fattouma Bourguiba va constituer une première en Tunisie, les défis sont multiples pour concrétiser ce projet pilote.

## **xl. RÉFÉRENCES**

- 1-** Charte d'Ottawa. <http://www.euro.who.int>
- 2-** World Health Organization. Therapeutic patient education. Continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO Working Group. Regional Office for Europe, Copenhagen. 1998
- 3-** Compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci. World Health Organization. Skills for health. Geneva : WHO ; 2003
- 4-** Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation, HAS , Juin 2007.
- 5-** Lacroix A., Assal J.-P. L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Vigot, coll. Education du patient 1998 : 205
- 6-** Denis Proulx. Revue Internationale des Sciences Administratives 2013, Vol1.
- 7-** Jean-Michel Moutot. L'innovation managériale.
- 8-** [https://fr.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12e tSF36](https://fr.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36)
- 9-** Guérir du diabète de type 2 (livre) Grégoire Lagger.

- 10- Cathelineau G : Déclaration de Saint Vincent, une longue marche pour des changements significatifs :Diabetes & Metabolism 1999, 25,N°1
- 11- Deccache A, Aujoulat I. A European perspective : common developments, differences and challenges in patient education. Pat Educ Counsel 2001; 44: 65-69.
- 12- Monier-Pudar H. Education thérapeutique et diabète ; egeneraliste 2011, numéro 2563.
- 13- Funnell M. Beyond the data: moving towards a new DAWN in diabetes. *Diabet Med*2013;30:765–6.
- 14- Fournier C, Monier-Pudar H et al. Pour le groupe d'experts "démarche éducative" de l'Inpes. Besoin d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred. Bul Epidémiol hebd 2007; 42-43:460-4.
- 15- Chabouleyron M, Joly C., Lasserre- Moutet A et al. Construire un programme d'ETP Nen lien avec la réalité des patients: un exemple dans le diabète de type 2. Diabète & Obésité - Mai 2012. Vol 7, Numéro 59: 168-173.
- 16- Golay A, Lagger G, Giordan A. Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. Médecine des maladies métaboliques 2007;1(1):69-76.

- 17-** American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes .Diabetes care Jan 2019.
- 18-** Livre André Giordan, Alain Golay : Bien vivre avec sa maladie 2017
- 19-** Livre André Grimaldi : les maladies chroniques vers une troisième médecine
- 20-** G Lagger, Z Pataky, A Golay, Rev Med Suisse 2009; volume 5. 688-690
- 21-** Hadji C., Eduquer et former, Ed. Sciences Humaines, 1998
- 22-** Gilibert D, Gillet I. Revue des modèles en évaluation de formation : approches conceptuelles individuelles et sociales Training evaluation models: Individualistic and social approach. Pratiques Psychologiques 2010, 16, 217-238