



HAL
open science

L' éducation thérapeutique en Guyane : pratiques et besoins des médecins généralistes libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé isolés

Frédéric Choupeaux

► To cite this version:

Frédéric Choupeaux. L' éducation thérapeutique en Guyane : pratiques et besoins des médecins généralistes libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé isolés. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539088

HAL Id: dumas-01539088

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539088>

Submitted on 14 Jun 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**L'éducation thérapeutique en Guyane, pratiques et besoins des
médecins généralistes libéraux et des médecins exerçant
dans les centres de santé isolés**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 27 octobre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

CHOUPEAUX Frédéric

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Mathieu Nacher (Président du Jury)

Monsieur le Professeur Pierre Couppié

Madame la Professeure Maryvonne Dueymes

Monsieur le docteur Paul Brousse

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17

87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
Jean-Louis ROUVILLAIN	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André WARTER	Anatomopathologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 50
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Philippe DABADIE	Anesthésiologie Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
Maryvonne DUEYMES-BODENES	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24
Régis DUVAUFERRIER	Radiologie et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Guillaume THIERY	Réanimation CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES Tel : 05 90 89 17 74
Magalie DEMAR	Parasitologie et Infectiologue CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale
Cabinet libéral au Gosier
Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire
CHU de FORT- DE - FRANCE

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale
Cabinet libéral les Abymes
Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

MARY Julia

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52

MOINET Florence

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de FORT- DE - FRANCE

Philippe CARRERE

Tel : 05 55 22 55
Médecin Générale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 99 99 11

DE RIVOYRE Benoit	Ophthalmologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 50
SEVERYNS Mathieu	Orthopédie CHU de FORT –DE- FRANCE Tel : 05 90 55 22 28
DELAIGUE Sophie	Dermatologie – Maladies Infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Katlyne POLOMAT	Médecine interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
BORJA DE MOZOTA Daphné	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
ROSE-DITE MODESTINE Johan	Urologie CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 13 95
JACQUES-ROUSSEAU Natacha	Anesthésiologie/Réanimation CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 96 89 11 82
GUILLE Jérémy	ORL et Chirurgie Maxillo Faciale CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
BLETTERY Marie	Rhumatologie 5D CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44
SCHOELL Thibaut	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38
SAJIN Ana Maria	Psychiatrie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
GHASSANI Ali	Gynécologie Obstétrique CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES Tel : 0590 89 19 89
BRUNIER-AGOT Lauren	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
GALLI-DARCHE Paola	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE
CHARMILLON Alexandre	Maladies Infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39

Professeurs Émérites

Bernard CARME

CHARLES-NICOLAS Aimé

Parasitologie

Psychiatrie Adulte

Remerciements

Je tiens à témoigner de ma sincère reconnaissance à Monsieur le Professeur Mathieu Nacher, pour l'honneur qu'il me fait de bien vouloir présider ce jury de thèse.

Je souhaite également exprimer tous mes remerciements à Madame la Professeure Maryvonne Dueymes et Monsieur le Professeur Pierre Couppié pour avoir accepté de consacrer de leur temps afin de juger ce travail.

Je remercie tout particulièrement le Docteur Paul Brousse avec qui j'ai réalisé ce travail, il m'a accompagné avec beaucoup de « pédagogie » dans un sujet qui en réclamait.

L'éducation thérapeutique est un sujet qui en intéresse plus d'un, la preuve, toutes ces personnes m'ont aidé avec efficacité : Madame Mélina Bailleux (Guyane Promo Santé), Madame Fany Eleski (Maison des Réseaux), Monsieur Christophe Prat (ARS), Madame la Docteure Caroline Mislin-Tritsch (Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais) et Monsieur Dominique Granier.

Je pense bien fort à toute ma famille, mes deux grands-mères surtout qui sont une source d'inspiration et de courage. Les histoires du temps passé et les souvenirs d'enfance sont une richesse inestimable.

Merci Guillaume et Genevieve pour la traduction.

Et puis à tous les amis bien sûr.

Résumé

Introduction. La Guyane possède des particularités qui compliquent la mise en place de l'éducation thérapeutique (ETP) mais qui pourraient aussi l'encourager. La société guyanaise est multiculturelle et en proie à des disparités sociales marquées. Une partie de la population a un accès limité aux soins du fait de son isolement. Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) permettent à ces patients de pouvoir bénéficier de consultation médicale. L'objectif est de décrire les pratiques et les besoins en ETP des différents médecins généralistes de Guyane.

Méthode. Une enquête quantitative anonyme par questionnaire auto administré par internet à été réalisée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Guyane et des médecins ayant travaillé dans les CDPS de 2011 à 2016, du 27 juillet au 10 août 2016. Les résultats des questionnaires des médecins "installés" et "CDPS", ont été analysés de manière descriptive conjointement et comparativement.

Résultats. Le taux de réponse a été de 36,8 %, avec 84 questionnaires remplis, dont 41 par des médecins généralistes "installés" et 43 par des médecins "CDPS". 85 % ont déclaré avoir recours à l'ETP. Parmi les 12 médecins n'y ayant pas recours, 11 étaient des médecins installés. Ils étaient 78 % à ne pas faire la distinction entre leur activité de soins et d'éducation thérapeutique. Le diabète et les maladies cardiovasculaires sont les deux situations cliniques pour lesquelles les médecins généralistes utilisent le plus l'ETP. Les méthodes utilisées sont avant tout basées sur la communication et très peu sur la pédagogie. Si les principaux obstacles au développement de l'ETP sont la barrière culturelle, la barrière de la langue et la précarité, le besoin fondamental exprimé par 73,8 % des médecin est le temps. Les médecins CDPS étaient plus nombreux à déclarer pratiquer l'ETP ($p=0,001$), ils ont aussi déclaré y consacrer plus de temps ($p=0,001$), et avoir plus recours aux programmes ($p=0,02$).

Discussion. Les médecins généralistes de Guyane ont des connaissances limitées de l'éducation thérapeutique qu'ils emploient dans une relation paternaliste avec leurs patients. L'organisation des soins n'est pas favorable à son développement surtout dans l'exercice libéral de la médecine générale. Les médecins des CDPS sont par contre dans un contexte plus propice même si la barrière culturelle est un obstacle.

Conclusion. Les médecins généralistes guyanais diffèrent peu de leurs homologues métropolitains, le manque de formation et de temps apparaissent comme des difficultés majeures pour leur implication dans l'ETP.

Abstract

Background: The socio-economic characteristics of French Guyana in South America make difficult for general practitioners to manage patients with chronic disease. This society is multicultural and there is a large part of the population facing major economic difficulties. A number of patients also live in isolated parts of the country. The so called “Centres Délocalisés de Prévention et de Soins” (CDPS) are community health centers located in isolated areas that provide free consultations. Patient education is challenging but difficulties could improve the involvement of general practitioners especially in CDPS. This survey describes the patient education practices and needs for general practitioners in both private practice and in community health centers.

Methods: A quantitative anonymous survey focusing on patient education was sent to all currently practicing private general practitioners in 2016 and to practitioners who have worked in community health centers during any period between 2011 and 2016. The survey was administered online and sent twice between the July 27th, 2016 and August 10th, 2016 and responses were only collected during with period. The data were used to describe the overall practice, and also to compare the practices and needs employed by private GP's and community health center practitioners.

Results: 84 responses were collected, 41 from private GP's and 43 from community health center practitioners. 85% of practitioners declared performing patient education. Among the 12 who answered not doing patient education, 11 of them were private practitioners. 78% did not make any distinction between common consultation activities and education activities. GP's declared using educational activities mostly for diabetes and cardio-vascular diseases. They declared preferring communication methods and they did not commonly use educational methods. Barriers to expanding patient education are mainly cultural and language barriers, as well as socio-economic difficulties. However, the principal need for 73.8% of the GP's is time. Health center GP's declared practicing patient education more often ($p=0.001$), spending more time with patients ($p=0.001$) and they also declared sending patients more often to structured education programs ($p=0.02$).

Conclusion: GP familiarity with patient education is limited and doctor-patient relationships are paternalistic in the manner in which they educate. French primary health care organization is not appropriate for patient education and especially in private practice. GPs in health centers are in a better position to practice patient education but cultural barriers are a major difficulty in a multicultural isolated area.

Sommaire

I. Abréviations.....	12
II. Introduction.....	13
II.1. La Guyane.....	15
II.1.1. Géographie.....	15
II.1.2. Démographie.....	15
II.1.3. Une population multiculturelle.....	17
II.1.4. Niveau socio-économique.....	19
II.1.5. Niveau scolaire.....	21
II.1.6. Santé de la population.....	21
II.2. L'organisation des soins de premier recours en Guyane.....	24
II.3. L'éducation thérapeutique.....	28
II.3.1. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?.....	28
II.3.2. Interculturalité et éducation thérapeutique.....	31
II.3.3. État des lieux de l'éducation thérapeutique en Guyane.....	34
II.3.3.1. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins.....	34
II.3.3.2. Les programmes d'éducation thérapeutique.....	35
II.3.3.3. Les réseaux de santé et les associations.....	38
II.3.3.4. La formation.....	39
III. Matériel et méthodes.....	40
III.1. Matériel.....	40
III.1.1. La population.....	40
III.1.2. Le questionnaire.....	41
III.2. Méthode.....	42
III.2.1. Description de l'expérimentation.....	42
III.2.2. Les critères de jugement.....	43
III.2.3. Analyse des données.....	44
III.2.4. Protection des données.....	45
IV. Résultats.....	46
IV.1. Présentation de l'échantillon et des répondants.....	46
IV.2. Caractéristiques des répondants.....	47
IV.3. Résultat des questions relatives aux définitions et à la pratique de l'éducation thérapeutique.....	48
IV.3.1. Les définitions de l'éducation thérapeutique.....	48
IV.3.2. Les pratiques de l'éducation thérapeutique.....	50
IV.4. Résultats des questions relatives aux besoins et aux freins au développement de l'éducation thérapeutique.....	56
IV.4.1. Les besoins ressentis par les médecins pour développer l'éducation	

thérapeutique	56
IV.4.2. Les freins au développement de l'éducation thérapeutique en Guyane.....	58
IV.5. Réponses à la dernière question facultative de commentaire.....	60
V. Discussion.....	62
V.1. Biais et limites de l'étude.....	62
V.1.1. Les biais.....	62
V.1.2. Les limites.....	63
V.2. Discussion des résultats.....	64
VI. Conclusion	72
VII. Références.....	74
VIII. Bibliographie.....	78
IX. Annexes.....	80
IX.1. Le modèle de Purnell (annexe 1).....	80
IX.2. Le questionnaire (annexe 2).....	81
IX.3. Tableau 13 : Résumé des réponses à la question 8 : « quel temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation thérapeutique d'un patient atteint d'une maladie chronique ? » (annexe 3).....	85
IX.4. Tableau 14 : Résumé des réponses à la question 10 : « quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possible... » (annexe 4).....	85
IX.5. Commentaires des médecins à la question 13, « avez-vous le désir de prolonger ce questionnaire par un commentaire ? » (annexe 5).....	86
X. Figures et tableaux.....	90
X.1. Table des figures.....	90
X.2. Liste des tableaux.....	91

I. Abréviation

ALD : Affection de longue durée
AME : Aide Médicale de l'État
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident vasculaire cérébral
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CDPS : Centre Délocalisé de Prévention et de Soins
CHAR : Centre Hospitalier Andrée Rosemon
CHOG : Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais
CMCK : Centre Médico-Chirurgical de Kourou
CMU : Couverture maladie universelle
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNO : Conseil National de l'Ordre
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DAAC : Développement, Accompagnement, Animation, Coopération
DOM-TOM : Département d'Outre-Mer – Territoire d'Outre-Mer
ETP : Éducation thérapeutique
GPS : Guyane Promo Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Comité de Santé Publique
HPST : loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires »
HTA : Hypertension artérielle
IDE : Infirmier diplômé d'état
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PIB : Produit intérieur brut
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRCG : Pôle Régional de Compétence en éducation et promotion de la santé de Guyane
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
VHB : Virus de l'hépatite B
WONCA : World Organisation of National Colleges Academies and academic associations of general practitioners / family physicians

II. Introduction

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 dont la France est signataire a posé les premiers jalons d'une stratégie dont l'individu est le centre d'intérêt [1].

L'éducation thérapeutique a pour but « d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique », selon l'OMS [2].

Le *Schéma Régional de Prévention 2011 – 2015* de l'ARS Guyane avait proposé une mobilisation sur le thème de la prévention et la promotion pour la santé et de l'éducation thérapeutique.

L'objectif du Schéma Régional de Prévention était « de développer cette nouvelle pratique envers les patients en diversifiant les promoteurs et en élargissant aux champs des maladies chroniques d'une part et du territoire de Guyane d'autre part » [3].

La Guyane présente une croissance démographique forte avec un taux de natalité élevé, la population y est jeune. Il y a une forte prévalence du VIH ainsi qu'une surmortalité par ce virus. Le diabète, l'hypertension et l'obésité sont extrêmement présents. Les ALD sont par contre sous représentées par rapport à la métropole. L'offre de soins est particulièrement faible et l'offre hospitalière sous équipée. L'évolution de la population tend néanmoins vers son vieillissement et l'apparition de pathologies chroniques [4].

Sur un plan plus général, les caractéristiques de la population guyanaise sont sa faible densité, sa concentration sur le littoral et son isolement dans les communes de « l'intérieur » du territoire. Le

taux de chômage est élevé et la population est peu diplômée. La multiculturalité est une autre caractéristique remarquable.

Les soins de premier recours ont la particularité d'être organisés, dans les zones isolées, par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS). Le pôle des CDPS fait partie du Centre Hospitalier de Cayenne.

Les études en France métropolitaine sur les pratiques en éducation thérapeutique des médecins généralistes sont nombreuses [5] [6] [7]. Les médecins généralistes de Guyane, notamment ceux travaillant dans les CDPS, n'ont jamais été interrogés sur ce sujet.

Il pourrait y avoir une différence dans l'activité éducative entre ces médecins compte tenu des différences d'exercice. L'apport de la structure hospitalière, l'isolement ou les pathologies sont autant de facteurs qui pourraient modifier et encourager l'approche éducative des médecins des CDPS.

A travers une enquête quantitative déclarative, ce travail a pour objectif de décrire les pratiques et besoins des médecins généralistes libéraux et de ceux exerçant dans les CDPS.

L'objectif principal est d'estimer et de décrire les pratiques des médecins généralistes en matière d'éducation thérapeutique en médecine libérale et dans les CDPS.

Les objectifs secondaires répondent à deux questions :

- Existe-t-il une différence significative entre les médecins libéraux installés et les médecins des CDPS dans leur pratique de l'éducation thérapeutique?

- Existe-t-il une différence significative entre les médecins libéraux installés et les médecins CDPS concernant les besoins en éducation thérapeutique?

II.1. La Guyane

II.1.1. Géographie [8]

La Guyane française est située en zone équatoriale, entre le Surinam et le Brésil. Elle est une composante du *Plateau des Guyanes*, qui englobe l'est du Venezuela, le Guyana, le Surinam et le nord du Brésil avec les états de l'Amapà, du Roraima et du nord du Parà.

La Guyane possède un territoire d'une superficie de 83846 km² selon l'Institut Géographique National, comparable à celle du Portugal (92358 km²) ou plus exactement à celle l'Autriche (83878 km²). Elle est la plus grande région française.

Le climat est équatorial avec une température moyenne de 26°, des précipitations pouvant atteindre 4000 mm par an et un taux d'humidité ne descendant pas en dessous de 80 % [8].

Le Forêt Amazonienne couvre 96 % de son territoire sur 8 millions d'hectares. Cet espace est principalement accessible par le réseau des fleuves et rivières.

II.1.2. Démographie [9]

Au premier janvier 2015, la Guyane dénombrait 254 541 habitants. 42,3 % de la population avait moins de 20 ans et seulement 7,9 % avait plus de 60 ans. Ce qui en fait la région la plus jeune de France.

La densité n'est que de 3,0 habitants au km² puisqu'une grande partie du territoire n'est pas habitée. 87 % de la population se concentre sur la bande côtière entre Saint-Laurent du Maroni et Saint-Georges de l'Oyapock.

Le taux conjoncturel de fécondité est avec 3,5 enfants par femme, le plus élevé des régions françaises. Il est cependant en légère baisse. Parallèlement, le taux de mortalité est le moins élevé de France avec 3 décès pour mille habitants. Le taux de croissance annuel moyen est 2,2 %. Il est dû principalement au solde naturel, le solde migratoire s'étant inversé récemment. La transition démographique n'est pas achevée, synonyme d'un accroissement de la population.

Les projections de l'Insee annoncent une population de 574 000 habitants à l'horizon 2040 si les tendances actuelles se maintenaient.

Autre indicateur, le taux de mortalité infantile est quant à lui 3 fois plus élevé qu'en France avec 10,1 décès pour mille naissances en 2012.

Une dernière caractéristique spécifique à la Guyane est la part de la population de nationalité étrangère. En 1999 elle représentait 27 % de la population totale selon l'Insee. Les nationalités les plus représentées sont surinamienne, haïtienne et brésilienne.

Au niveau local, il existe plusieurs cas de figure. Ainsi l'ouest guyanais, avec un solde migratoire positif et un solde naturel élevé est le pôle le plus dynamique. La région de Cayenne observe un ralentissement de la croissance sa population et celle de Kourou est en diminution.

II.1.3. Une population multiculturelle [10] [11]

La population guyanaise est le résultat de vagues d'arrivées successives au long de son histoire.

La population amérindienne de Guyane, présente avant l'arrivée des colons au XVI^e siècle, compte aujourd'hui environ 9000 personnes. Ils sont représentés par plusieurs groupes ethniques : les Palikur, les Lokono ou Arawak, les Kali'na, les Wayana, les Wayampi et les Émerillon ou Teko. Chaque groupe possède sa langue et sa répartition territoriale.

Les Créoles représentent 40 % de la population, ils résultent de l'esclavage et de la colonisation française. Ils parlent le créole guyanais.

Les noirs marrons, issus du marronnage à différentes périodes de l'histoire, sont les Saramaca, les Paramaca, les Djuka, et les Aluku ou Boni. Ils ont chacun leur langue. Ils utilisent aussi une langue véhiculaire qui est le nengue tongo. Ils sont présents dans toute la Guyane et se concentrent le long du fleuve Maroni. La dernière vague d'immigration est la conséquence de la guerre civile du Surinam qui a eu cours de 1986 à 1992.

La seconde moitié du XIX^e siècle a connu une première vague d'immigration d'origine chinoise et sainte-lucienne. Puis les brésiliens, surinamais et haïtiens ont immigré à partir de 1960. Les troubles politiques et économiques en Haïti et au Suriname ont provoqué plusieurs afflux successifs depuis 1980. Dans une moindre mesure, il existe une communauté originaire du Guyana,

arrivée pour migration économique.

La population Hmong de Guyane est quant à elle arrivée à la fin des années 1970 secondairement à leur statut de réfugié politique. Ils seraient plus de 2000 habitants à ce jour.

Les personnes nées en métropole résidant en Guyane représentaient 12 % de la population Guyanaise en 1999.

De nombreuses autres nationalités sont représentées en Guyane de manière moins significative.

Sur le plan linguistique, il y a plus de 30 langues en Guyane. Leur répartition suit celle de leurs locuteurs (figure 1). Les migrants et les populations traditionnelles sont en grande partie non francophone. Les langues maternelles sont alors leurs premières langues pour leur vie quotidienne [12].

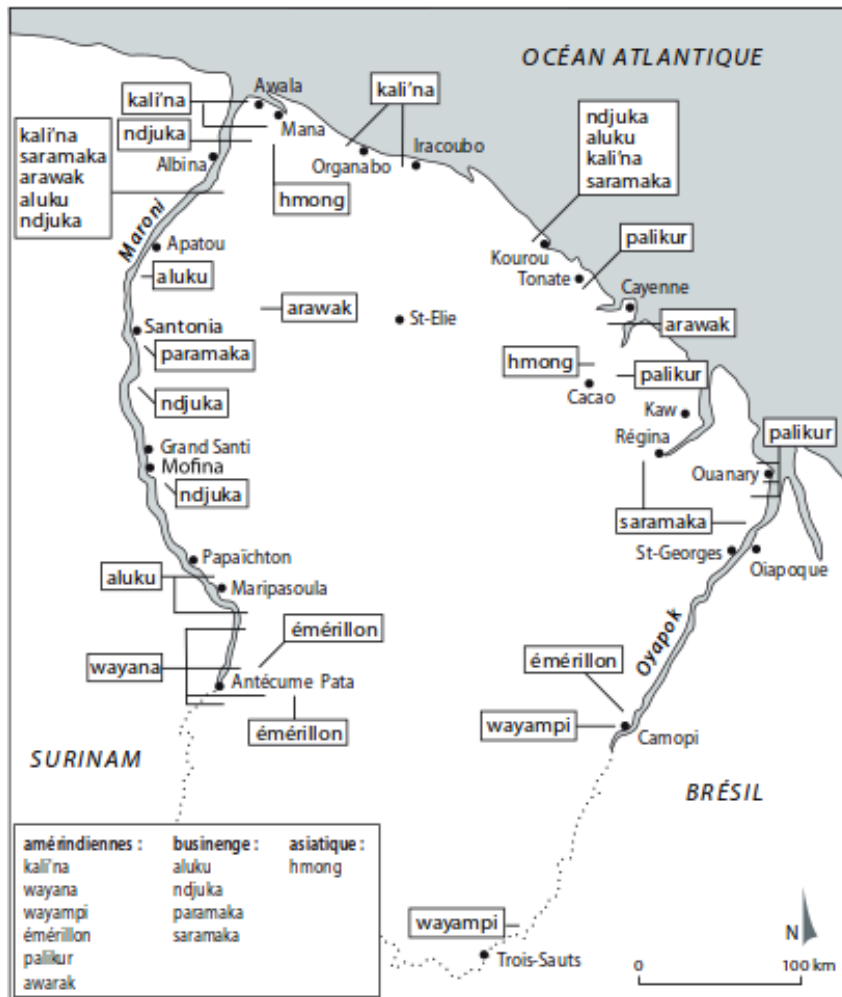


Figure 1 : Les langues de Guyane : « *Leglise I, Renault-Lescure O, Launey M, Migge B. Langues de Guyane et langues parlées en Guyane. In : Kremnitz G. Histoire sociale des langues de France. Rennes : Presses Universitaires de Rennes; 2013. p. 671-682* »

II.1.4. Niveau socio-économique [13]

La croissance économique Guyanaise est portée par le secteur aérospatial ainsi que par la consommation des ménages.

Le produit intérieur brut (PIB) par habitant est le deuxième le moins élevé des départements français, avec 15 513 euros par habitant en 2014. Au niveau régional, la Guyane se situe au troisième rang en Amérique du Sud derrière Trinidad-et-Tobago et le Vénézuéla et devant le Surinam et le Brésil.

L'Index de Développement Humain, établi en 2014 par le Programme des Nations Unies pour le Développement, classe la Guyane dans la zone des pays à « développement humain élevé » entre le Brésil (75^{ème} rang mondial) et le Surinam (103^{ème} rang mondial).

Le taux de chômage est en 2015 à 21,9 % et fin 2015 il y avait 25 300 demandeurs d'emploi. Le taux de chômage est particulièrement élevé chez les jeunes et chez les femmes [14].

Le secteur informel est largement développé, en majeure partie sous forme de « job » sans qu'il soit mesuré précisément [15].

Le coût de la vie est plus élevé en Guyane, comparé à la France, d'environ 11,6 % en 2015 selon l'Insee.

Le logement est aussi une problématique essentielle : un tiers des ménages vivent en surpeuplement dans leur domicile, un logement sur cinq n'a pas le confort élémentaire (eau, électricité) et le prix des logements est élevé [16].

Les familles monoparentales représentent plus d'un quart des ménages, ce sont en grande

majorité des femmes sans emploi avec plusieurs enfants d'après les derniers recensements.

Le nombre d'allocataire du RSA était au 31 décembre 2015 de 25 100 personnes (soit 30,8 % de la population active âgée de 15 à 64 ans) pour environ 75 000 personnes couvertes (l'allocataire, le conjoint et les personnes à charge) [17]. La majorité des bénéficiaires sont des femmes seules avec ou sans personne à charge.

II.1.5. Niveau scolaire [18]

La population guyanaise est sous diplômée comparée à la moyenne nationale. Le niveau global s'améliore mais de manière inhomogène. L'impact des difficultés sociales chez les plus modestes est majeur dans ce domaine où l'origine est un facteur de réussite.

L'illettrisme touche 20 % de la population de 16 à 65 ans et 6 % de la population est analphabète. Ces personnes sont largement les plus précaires.

II.1.6. La santé de la population et l'accès au soins [19] [20] [21]

Là aussi, les écarts entre la France et la Guyane, en ce qui concerne les indicateurs de santé sont présents et marqués.

Pour ce qui est de l'assurance maladie, selon les chiffres estimés par la Caisse Générale de Sécurité Social de Guyane pour mars 2016 : 91 207 assurés bénéficient de la CMU-c (soit 37 % de la population Insee de 2013) et 16 896 personnes sont couvertes par l'AME (soit 7 % de la population Insee de 2013). La part de la population en rupture de droit n'est pas calculée, elle était en 2010 de 18 %.

Le nombre d'ALD en Guyane est par contre bien inférieur à celui de la métropole rapporté au nombre d'habitants.

L'espérance de vie à la naissance en Guyane, en 2014, est de 76,7 ans chez les hommes et de 83,1 ans chez les femmes, pour une moyenne nationale respectivement de 79,2 ans et de 85,4 ans. Elle a tendance à rattraper l'espérance de vie de la métropole.

La mortalité infantile y est trois fois plus élevée quand France métropolitaine.

L'infection par le VIH dépasse les 1 % de prévalence, le diagnostic est souvent tardif au stade SIDA.

La Guyane est aussi en zone d'endémie pour le VHB.

La Guyane est touchée par un certain nombre de maladies infectieuses tropicales ou non: paludisme, maladie de Chagas, lèpre, tuberculose, dengue, toxoplasmose, histoplasmosse, rage et leishmaniose. Certaines sont émergentes tels que le chikungunya et le zika.

Les maladies cardio-vasculaires et les cancers sont sous représentés, du fait en partie de la pyramide des âges.

Par contre le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité ont une prévalence en Guyane nettement supérieure à la métropole.

Le diabète a un taux de prévalence standardisé selon l'âge et le sexe de 7,3 % en 2010 (3,2 % en France). On note aussi que le suivi est très négligé, en 2005 les ALD pour diabète représentaient 66 % des diabétiques diagnostiqués [22].

L'obésité et le surpoids touchent une part majeure de la population, 48,5 % selon l'enquête PODIUM de 2007, sans que l'essentiel de la population ne soit conscient du risque pour la santé. L'enquête NUTRIEL de 2010, concernant les enfants du CE2, a recensé 38,2 % d'enfants en surpoids ou obèses.

L'hypertension artérielle, dans l'enquête PODIUM, a une prévalence de 18 %. Elle est fréquemment non traitée.

Le résultat de ces facteurs de risque cardiovasculaire est une mortalité supérieure à la moyenne nationale par AVC. Par contre les cardiopathies ischémiques sont sous représentées.

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont bien moindre qu'en métropole avec des disparités culturelles. Les Amérindiens sont particulièrement touchés par l'alcoolisme.

Les pathologies psychiatriques sont, elles aussi, moins fréquentes globalement, mais le suicide d'adolescents est une préoccupation majeure dans la société amérindienne. Elle a fait récemment l'objet d'un rapport parlementaire afin de « *faire des propositions pour enrayer ce drame* » [23].

Les capacités d'accueil hospitalières sont particulièrement faibles au regard de la population. Seul le secteur gynéco-obstétrical est épargné par cet état de fait. De même tous les professionnels de santé ayant une activité libérale : médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, pédicures podologues et orthophonistes ont des densités bien inférieures à la métropole. Les sages-femmes et les infirmières diplômées d'état ont une densité sur le territoire guyanais équivalente à la France.

Les structures spécialisées pour l'accueil des handicapés ont une capacité insuffisante devant les besoins de la population.

Outre l'offre de soins très faible, il existe aussi une répartition territoriale concentrant l'essentiel des spécialités sur les pôles hospitaliers de Cayenne et de Kourou. L'isolement géographique d'une partie de la population rend complexe sa prise en charge.

Un autre aspect de l'accès aux soins est l'accueil qui est réservé à la population multiculturelle guyanaise, la médiation culturelle et de santé publique est à développer [24].

Concernant les discriminations, les travaux d'Estelle Carde, ont mis en lumière des pratiques d'entraves à l'accès au soins et de discriminations directes en Guyane. Les victimes sont les minorités ethniques et les étrangers [25].

II.2. Organisation des soins de premier recours [26]

Le territoire très peu densément peuplé de la Guyane, dont des zones immenses inaccessibles par

la route, nécessite une organisation particulière en plus du système traditionnel.

Il y a sur les communes dites du littoral, la présence de cabinets de médecine générale. Ces communes sont Apatou, Cayenne, Kourou, Mana, Macouria, Matoury, Rémire – Montjoly, Roura, Saint-Georges-de-l'Oyapock, Saint-Laurent-du-Maroni et Sinnamary. Le Schéma d'Organisation régional des soins 2011-2015 recensait, au premier janvier 2010, 83 médecins généralistes libéraux installés. La densité calculée était de 35 médecins généralistes pour 100 000 habitants [27].

Les centres hospitaliers de Cayenne, Kourou et de Saint-Laurent-du-Maroni sont les trois structures ayant un service d'urgences ouvert 24h/24. Le centre hospitalier de Cayenne a une maison médicale qui organise le tour d'astreinte des médecins libéraux de la région de Cayenne.

Le SAMU de Cayenne gère le centre d'appel du 15, le SMUR de Cayenne, de Kourou et de Saint-Laurent-du-Maroni ainsi que les évacuations sanitaires.

Le Pôle des Centres Délocalisés de Prévention et de Soins du Centre Hospitalier Andrée Rosemon complète l'organisation. Le rôle de ce service particulier va au-delà de la médecine générale traditionnelle. Les professionnels de santé de ces CDPS sont souvent les seuls recours en matière de soins que ce soit pour la population locale française ou pour les habitants frontaliers surinamais et brésiliens. Ils ont aussi un rôle de surveillance épidémiologique et de recherche. Enfin ils participent à la médiation avec la population locale.

Le personnel des CDPS est composé de secrétaires, d'agents de service hospitalier, de logisticiens, d'aides-soignants, d'infirmiers, de sages-femmes, de médecins et d'assistantes sociales.

Il existe trois services au sein du Pôle CDPS (figure2) :

_ Service Haut-Maroni dont dépendent les CDPS de Maripasoula, Papaïchton, Saül, Antécum

Pata, Talhuen, et leurs consultations délocalisées à Loca, à Elahé et à Cayodé.

_ Service Bas-Maroni-Littoral Ouest qui regroupe les CDPS de Grand-Santi, Apatou, Javouhey, Awala Yalimapo, Iracoubo et leurs consultations délocalisées à Mofina, à Apagui, à Providence et à Organabo.

_ Service Oyapock-Centre Est qui est composé des CDPS de Saint-Georges-de-l'Oyapock, Camopi, Trois-Sauts, Ouanary, Cacao, Kaw et Régina et leur consultation délocalisée à Trois-Palétuviers.

Les CDPS occupés par deux médecins sont ceux d'Apatou, de Grand-Santi, de Papaïchton de Saint-Georges-de-l'Oyapock et de Camopi. Il y a trois médecins à Maripasoula et un seul pour Cacao/Régina, pour Iracoubo/Organabo, pour Javouhey/Awala Yalimapo et à Trois-Saut.

Les CDPS occupés par un IDE sont ceux de Antecum Pata, de Talhen, de Saül, de Kaw et d'Awala Yalimapo.

Le médecin de Cacao se déplace à Régina deux fois par semaine, une fois par mois à Kaw et aussi une fois par mois à Saül.

Des consultations délocalisées ont lieu au moins une fois par mois dans les CDPS d'Antécum Pata, de Talhuen, d'Elahé, de Cayodé, de Loca, de Mofina, d'Apagui, de Providence, de Trois Palétuviers et de Ouanary.

Un bus médical dessert les environs d'Iracoubo.

Des consultations de médecine spécialisée sont organisées dans les CDPS, cela concerne la dermatologie, l'infectiologie, la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique et l'orthopédie. Des missions de soins dentaires sont organisées régulièrement dans certains CDPS.

Les médecins qui travaillent dans les CDPS ont un turnover important, Il existe une minorité de postes fixes et une majorité de contractuels. Ceci est moins vrai pour les autres catégories de personnels qui sont plus stables.

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont, en général, couplés aux CDPS pour des raisons historiques.

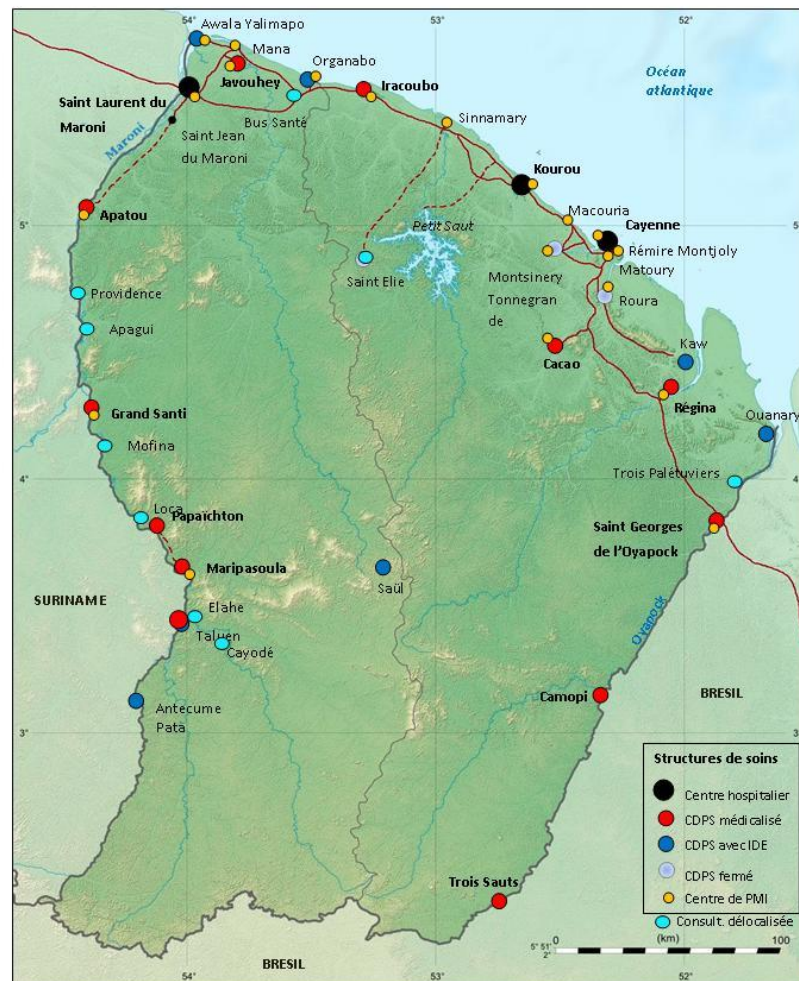


Figure 2 :Répartition des structures de soins en Guyane : « Ville M, Brousse P. Centres délocalisés de prévention et de soins une approche pour les territoires isolés de Guyane. La santé en action.

Les distances à parcourir et les moyens employés pour se rendre chez un médecin généraliste, dans un CDPS ou dans un hôpital sont extrêmement différentes d'une région à l'autre. Si les temps moyens sont comparables à la métropole pour certaines villes du littoral, ils sont problématiques pour les résidents de l'intérieur. Plus d'un cinquième de la population est à plus d'une demi heure d'une manière certaine d'un service d'urgence. L'hélicoptère pallie en partie cette difficulté, le temps minimum pour accéder à un service d'urgences est alors de 3 heures [28].

II.3. L'éducation thérapeutique

II.3.1. Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique ?

L'éducation thérapeutique peut avoir comme définition simple : « aider les patients à prendre soins d'eux même » [29].

Les méta-analyses qui ont évalué son efficacité sont en majorité positives quant à son impact sur les maladies chroniques [30]. L'intérêt actuel pour son déploiement est aussi économique même si les économies engendrées sont incertaines.

Il faut remarquer que l'éducation thérapeutique est inscrite dans la loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « HPST ». L'article 1 précise sa définition et ses implications: « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion

aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie ».

La World Organisation of Family Doctors (WONCA) a édité, en 2002, une « Définition de la médecine générale – médecine de famille », où sont rappelées les compétences fondamentales nécessaires à la pratique de la médecine générale. Ce sont : la gestion des soins de santé primaire, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire, l'adoption d'un modèle holistique [31].

Les notions d'éducation thérapeutique regroupent une multitude de méthodes selon les différentes approches. Il y a plusieurs façon d'éduquer. En médecine générale la relation médecin/patient peut s'établir sur le mode de l'autonomie, de la coopération ou de l'expertise [32].

Le socle commun à toutes les pratiques de l'éducation thérapeutique, selon Alain Deccache sont « la communication de savoirs » c'est à dire une transmission d'information, « l'objectif de santé » pour un amélioration de celle-ci, « l'intention d'éducation » : d'où la nécessité d'un éducateur en enfin « la durée », un acte isolé ne peut pas être considéré comme éducation [33].

Ainsi le programme éducatif dit structuré, tel que préconisé par l'HAS en quatre étapes de soins, n'est qu'une méthode parmi d'autres [34].

D'ailleurs, le nombre de patients atteints d'une maladie chronique, intégré dans un programme de soins est faible, et les maladies chroniques ne représentent qu'une partie de ce qui peut-être pris en charge de manière éducative. Par exemple la grossesse n'est pas un état pathologique.

L'éducation thérapeutique intégrée aux soins a été définie par le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) pour tenir compte de toutes les initiatives relevant de l'éducation thérapeutique mais non reconnues par la définition de l'HAS. L'objectif était d'éditer des recommandations pour son développement.

Selon l'HCSP, l'éducation thérapeutique est intégrée aux soins si elle réunit les qualités suivantes : elle doit-être « permanente », « ancrée dans la relation soignant/soigné », « construite à partir d'une approche globale de la personne », « officiellement reconnue et valorisée ». Elle partage en partie les mêmes caractéristiques que les compétences fondamentales de la médecine générale selon la WONCA.

Le médecin traitant, dans cette approche, est la principale ressource de l'éducation du patient. Il doit l'organiser et être l'acteur principal de l'éducation thérapeutique de son patient.

L'éducation thérapeutique intégrée aux soins a montré son efficacité chez les patients diabétiques, sur le contrôle glycémique dans une méta-analyse Cochrane [35].

Les méthodes possibles, pour une ETP intégrée aux soins, sont la relation d'aide, développée par Carl Rogers dont est issu le « *counselling* », ou encore l'entretien motivationnel. Elles prennent en compte les différents aspects de la maladie chronique au-delà du simple domaine bio-médical. Le but est d'orienter le patient vers un objectif en étant *centré* sur la personne. Eric Drahi propose pour sa part, une adaptation des recommandations de l'HAS pour une éducation thérapeutique individuelle « séquentielle » et « continue » pratiquée durant les consultations médicales. Sa méthode a l'avantage de pouvoir être appliquée sur un temps court de dix minutes [36].

A l'heure actuelle l'implication des médecins traitants dans ce domaine est globalement

reconnue comme faible [37].

Les causes sont connues et répertoriées par Sophie Roussel et Alain Deccache: une formation inadaptée, le manque de temps, un financement absent ou inadéquat, des outils absents ou non pertinents, la déresponsabilisation liée à la multiplicité des intervenants, la crainte d'une approche éducative jugée trop intrusive, la compréhension de l'éducation thérapeutique du patient, l'illégitimité d'un positionnement comme éducateur spécialisé, l'organisation des soins peu compatible avec le partenariat, la lourdeur administrative de la prévention, le découragement face à la difficulté de modifier les comportements du patient, la résistance du patient.

Ils suggèrent aussi l'existence d'un autre aspect : « les représentations sociales » des médecins au sujet de l'ETP. Les représentations des concepts autour de l'éducation thérapeutique sont diverses et provoquent une inadéquation entre théorie et pratique. La sphère du bio-psycho-social n'est que très peu abordée à cause des représentations faussées de l'ETP [38].

Un élément nouveau est apparu dans la littérature concernant l'éducation thérapeutique ces dernières années, la prise en charge de la polypathologie ou pluripathologie (en anglais *multimorbidity*). Cette notion, même si elle n'est pas clairement définie, peut-être vue comme la coexistence d'une ou plusieurs pathologies qui ne sont pas nécessairement des complications de l'une d'entre elles [39]. La conséquence sur l'éducation thérapeutique est l'adaptation des programmes pour les patients polypathologiques. Ces programmes sont peu différents des programmes classiques dédiés à une seule pathologie. Les notions transversales sont alors abordées en priorité ainsi que les éléments permettant de « décomplexifier » la prise en charge [40].

II.3.2. Interculturalité et éducation thérapeutique

La culture a été définie en tant que concept anthropologique « comme un modèle global d'action et d'explication du monde inhérent à des groupes sociaux, acquis au cours du processus de socialisation » par Hans Jürgen Lusebrink. Ce concept peut être vu à travers l'image de l'iceberg (Weaver 1986) : il existe les habitudes, les comportements, les opinions, la langue qui sont la partie émergée de l'iceberg ; et les représentations, les religions et croyances qui sont l'immense partie immergée de l'iceberg. Si la partie la plus superficielle appelée « culture externe » est modifiable aisément, les structures sous-jacentes appelées « la culture interne » sont ancrées profondément [41].

L'interculturalité est un concept récent qui correspond à la rencontre de deux cultures différentes et des phénomènes qui en résultent. Les interactions interculturelles sont en particulier dans le domaine de la « culture interne » et donc difficiles à appréhender.

La communication interculturelle est essentielle dans les soins, pour pouvoir prendre en charge de manière globale le patient. On nomme cela la compétence interculturelle qui va à l'inverse de la tendance à l'ethnocentrisme [42].

Plusieurs champs d'action sont possibles pour améliorer la communication dans les soins interculturels :

_ Le modèle de Purnell (annexe 1) est un des modèles permettant de questionner de manière pratique sa « compétence culturelle ». Il a été développé en particulier dans le domaine des soins infirmiers. Le point de départ du développement de cette compétence est la conscience de l'altérité.

Le but est d'atteindre un « compétence inconsciente » pour agir avec automatisme de manière congruente à la culture du patient [43],

_ La médiation culturelle est une approche de l'interculturalité, pour justement améliorer cette relation interculturelle. Le rôle du médiateur est celui de l'interprète, non seulement de la langue mais aussi de la culture. Il est aussi le médiateur c'est-à-dire une interface entre les différentes tensions qui peuvent advenir,

_ L'anthropologie médicale peut apporter une connaissance culturelle des maladies et du comportement social du malade et ainsi aider le médecin dans la compréhension de la maladie. Une certaine vision de l'anthropologie médicale étudie ce domaine à des fins de recherche et de découverte médicale.

La médiation culturelle reste peu développée et peu professionnalisée à l'échelle de la Guyane. La loi de "Modernisation du système de santé" de 2016 doit permettre de reconnaître les médiateurs afin qu'ils bénéficient d'un statut. Ils sont présents, en particulier dans les programmes d'éducation thérapeutiques. Les associations comme la DAAC (Développement, Animation, Accompagnement, Coopération) ou le réseau Kikiwi participent aussi dans le domaine de la santé à la médiation culturelle.

Dans le champ de l'éducation thérapeutique, le choc culturel peut mener à des conclusions hâtives quand à l'implication du patient. Maryvette Balcou-Debussche, dans une étude à la Réunion concernant l'éducation thérapeutique pratiquée durant une hospitalisation, remarque que l'image du patient « passif », « peu motivé » et « non cortiqué » est peu véridique et qu'il faut plutôt envisager d'autres formes d'apprentissage en considérant la violence symbolique de la relation éducative [44].

Maryvette Balcou-Debussche propose dans le guide INPES « Éducation thérapeutique du patient, modèles, pratiques et évolution » une approche éthnosociologique de l'éducation thérapeutique [45]. Elle suggère des « nids d'apprentissage » où l'ensemble des données psycho-sociales sont prises en compte. La mise en place de ce type de programme à la Réunion a permis une adhésion de nombreux médecins généralistes et d'IDE avec une organisation en réseau. Les professionnels de santé ont aussi bénéficié d'une formation. Les deux études réalisées afin de connaître les résultats de ce programme ont été probantes [46].

II.3.3. État des lieux de l'éducation thérapeutique en Guyane

II.3.3.1. L'éducation intégrée aux soins

Le mémoire de Master Santé, spécialité éducation thérapeutique de Dominique Granier, intitulé « Quel accompagnement au changement créer, pour susciter l'adhésion de la médecine de ville à l'utilité et à l'utilisation d'une plateforme d'ETP en Guyane ? » précise les pratiques de l'éducation thérapeutique en 2016 en Guyane. L'étude portait sur 65 médecins généralistes. Le taux de réponse a été de 27 %. La moitié des répondants déclarait connaître vaguement l'ETP et 21 % bien la connaître. Les médecins interrogés déclaraient à 75 % pratiquer l'ETP d'une manière ou d'une autre [47].

L'étude d'Héloïse Tatin, réalisée dans le cadre d'un mémoire de médecine au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais sur l'éducation thérapeutique dans l'ouest Guyanais, a porté sur 19 professionnels de santé dont 7 médecins généralistes : 26 % répondaient pratiquer l'ETP dont 44 % des médecins généralistes.

Les deux mémoires soulignent « l'isolement » des médecins généralistes de ville avec leurs patients.

Dans les CDPS des initiatives sont encouragées suite à la formation d'IDE par les réseaux de Guyane. Ces projets sont parfois effectifs mais ils touchent peu de patients avec une organisation embryonnaire.

II.3.3.2. Les programmes d'éducation thérapeutique

Les missions de l'ARS, en terme d'éducation thérapeutique sont citées dans le Schéma Régional de Prévention 2011-2015. L'ARS a la charge de labelliser les programmes sur la base du référentiel édité par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), de les financer et de les évaluer.

En 2010-2011, un programme portant sur le VIH a été reconduit et trois programmes portés par le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) ont été labellisés. Ils concernaient le VIH, la drépanocytose et l'HTA.

En 2016, huit programmes étaient validés par l'ARS :

_ « Éducation thérapeutique et VIH » coordonné par le Dr Mélanie Calvez, service de médecine au CHAR, validé en mars 2011 et renouvelé en mai 2015,

_ « Éducation Santé Junior » coordonné par le Dr Philippe Bonnet, service de pédiatrie au CHAR, validé en janvier 2012 et renouvelé en décembre 2015,

_ « Le patient et son programme anticoagulant » coordonné par le Dr Raymonde Tabi Abodo, service de cardiologie au CHAR, validé en janvier 2013

_ « Maladies cardio-vasculaires » coordonné par le Dr Caroline Mislin-Tritsch, service de médecine au CHOG, validé en mars 2011 pour le diabète, renouvelé et élargi en mai 2015,

_ « Vivre avec le VIH dans l'ouest Guyanais » coordonné par le Dr Anne Jolivet, service de médecine au CHOG, validé en mars 2011 et renouvelé en mai 2015,

_ « Vivre avec la drépanocytose dans l'ouest guyanais » coordonné par le Dr Anne Jolivet, service de médecine du CHOG, validé en mars 2011 et renouvelé en mars 2015,

_ « Le patient VIH » coordonné par le Dr Yvane Golitin, urgentiste et épidémiologiste au CMCK, validé en avril 2015

_ « Maladies et risques cardiovasculaires » coordonné par le Dr Cloatre, cardiologue au CMCK, validé en avril 2015.

Les rapports d'activité quadriennale des quatre programmes validés en 2011 ont analysé leurs actions menées jusqu'en 2015.

Le programme « Éducation thérapeutique et VIH » au CHAR n'a véritablement débuté qu'en 2013, faisant le relais d'une consultation d'observance. Il y a eu, en 2014, 1 369 séances individuelles d'éducation thérapeutique, réalisées par deux infirmières à temps plein. Ces chiffres sont en progression. L'analyse d'une enquête de satisfaction des patients a montré un retour positif. Le bilan bio-psycho-social est aussi encourageant. La coordination s'est améliorée en intra et aussi en extra-hospitalier. La prise en charge des plus vulnérables s'est améliorée. Le programme a été bénéfique malgré le retard pris et les difficultés dues à « des remaniements d'équipe ».

Le programme « mieux vivre avec le diabète dans l'ouest guyanais » a été performant dès 2011. Depuis cette date 440 patients ont adhéré au programme pour une file active de 600 patients. Il y a eu en 2014, 682 séances d'ETP individuelles et 17 collectives. Les enquêtes de satisfaction ont eu un retour positif par les patients mais par contre mitigées par les partenaires qui déplorent un manque de communication. Un des points notable est l'accès à tous au programme afin de réduire les inégalités. Pourtant il reste le problème du transport. Ainsi le projet de séances délocalisées à Apatou à été formulé. Le programme a évolué vers la prise en charge du diabète et des maladies cardiovasculaires pour mieux prendre en charge la polypathologie chronique.

Le programme « vivre avec la drépanocytose dans l'ouest guyanais » a débuté en 2013 avec le recrutement d'une infirmière dédiée. Il s'adressait aussi bien aux adultes qu'aux enfants. Il y avait en 2014, 372 drépanocytaires recensés dont 211 suivis au CHOG. 140 drépanocytaires ont adhéré au programme. Une des forces de l'organisation est l'adaptation des outils pédagogiques aux différents âges. Ceci a permis une amélioration des connaissances et des compétences des patients avec un effet bio-psycho-social concret.

Le programme « vivre avec le VIH dans l'ouest Guyanais » avait une cible d'environ 400 patients et 315 y ont adhéré. 421 séances individuelles ont été réalisées en 2014. Le taux de satisfaction des patients est de 95 % et l'effet biologique est manifeste car il y eu une amélioration du succès thérapeutique à 6 mois (définie par un charge virale inférieure à 50 copies). D'autres paramètres sont remarquables : amélioration du suivi et de la prise en charge, amélioration de l'observance et amélioration de la qualité de vie. Les partenaires du programme sont eux aussi largement satisfaits.

L'analyse conjointe des trois programmes du CHOG par le Dr Anne Jolivet a montré certains manques dans l'organisation qu'ils se sont donnée pour objectif d'amélioration :

- _ L'absence de certains professionnels (psychologue, podologue, éducateurs sportifs),
- _ La communication est une préoccupation surtout de la part des médecins généralistes,
- _ L'accès au soins, même s'il est amélioré depuis la mise en place de ces programmes, une extension des séances délocalisées en particulier dans les CDPS est en projet,
- _ La mutualisation des moyens entre les programmes, dont un des objectifs est la prise en charge de la polypathologie.

A côté de l'existence de ces programmes hospitaliers, il n'y a aucun programme de ville. Le relais entre ville et hôpital ainsi que la communication sont particulièrement mauvais.

Cette centralisation dans les locaux de l'hôpital, même si des professionnels peuvent prendre en partie la suite, comme le Réseau Kikiwi, reste délétère pour le patient.

II.3.3.3. Les réseaux de santé et les associations

La Maison des Réseaux est une association qui assure la gestion des réseaux de santé, qui développe la communication entre les différents acteurs et qui évalue l'activité des réseaux de santé et sa propre activité. Elle recense quatre réseaux actifs en Guyane en 2016 :

- _ Le « Réseau Périnatal Guyane » qui a pour mission « l'amélioration de la prise en charge de la grossesse et du nouveau-né »,

_ Le « Réseau Kikiwi » qui a pour mission de « développer et coordonner la prise en charge des patients infectés par le VIH dans le cadre d'un réseau de santé », l'observance thérapeutique et l'écoute sont les deux éléments principaux du réseau,

_ Le réseau « Oncoguyane » qui a pour mission « d'apporter un appui opérationnel aux acteurs de la cancérologie »

_ le réseau « Géronto Guyane » dont le « but principal est de favoriser un maintien à domicile des personnes âgées, le plus longtemps possible »

En ce qui concerne le diabète, le réseau Diabète 973 n'existe plus.

Le Réseau Guyane Drépanocytose a aussi cessé d'être, le Centre Intégré de Drépanocytose a pris le relais de l'activité.

Certaines associations dans le domaine du VIH/VHB (Entr'aides Guyane), des addictions (CAARUD, CSAPA) ou des infections sexuellement transmissibles (Croix Rouge) participent à l'éducation thérapeutique, parfois en comprenant un modèle de santé par les pairs (*peer education*).

L'éducation par les pairs est un mode éducatif d'apprentissage qui permet la rencontre de « pairs », c'est-à-dire de personnes ayant des caractéristiques et des expériences communes pour une maladie. Le but est de susciter un échange d'informations et de stimuler les comportements positifs.

II.3.3.4. La formation

Le Réseau Périnatal et le Réseau Kikiwi sont formateurs en éducation thérapeutique. Ils proposent une formation de 40 heures validante en éducation thérapeutique. Le public concerné est l'ensemble des professionnels de santé motivé par l'éducation thérapeutique.

La Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé qui regroupe le GPS (Guyane Promo Santé) et le PRCG (Pôle Régional de Compétence en éducation et promotion de la santé de Guyane), a aussi un rôle dans la formation en tant que ressource documentaire.

III. Matériel et méthode

III.1. Matériel

III.1.1. La population

La population de référence était l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés en Guyane en 2016 et les médecins généralistes travaillant ou ayant travaillé dans les CDPS de Guyane.

L'échantillon retenu était : la population de référence pour ce qui était des médecins généralistes libéraux installés ; et l'ensemble des médecins généralistes ayant occupé un poste dans un CDPS durant la période s'étalant de janvier 2011 à juillet 2016.

L'échantillon se voulait au plus proche de la population de référence pour être le plus représentatif possible « a priori » avec un nombre important de répondants.

L'échantillon des médecins du groupe « CDPS » est composé en majeure partie de médecins ne travaillant plus dans les CDPS mais ayant eu une ou plusieurs expériences dans ces centres. Il a été choisi de les inclure sur la période 2011 – 2016 pour équilibrer les deux effectifs. Cette période n'a pas connu d'évolution "spectaculaire" ni dans le domaine de l'éducation thérapeutique ni dans l'organisation des CDPS. Elle est donc considérée comme une période de stabilité à propos des critères de jugement.

Les médecins généralistes libéraux installés ont été listés à partir de renseignements récupérés au travers de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Guyane (URPS).

Les informations concernant les médecins des CDPS ont été récupérés auprès du pôle des CDPS par l'intermédiaire des ordres de missions rédigés depuis 2011.

III.1.2. Le questionnaire (annexe 2)

Le modèle de Ashbaugh et al. pour la rédaction d'un questionnaire d'enquête sur internet a été suivi. Les principes généraux sont la précision, la concision, la clarté, l'intelligibilité et la facilité d'utilisation [48]. Le but était d'obtenir le taux de réponse le plus élevé possible pour avoir la meilleure significativité.

Le questionnaire a été élaboré avec le logiciel en ligne Google Form.

Il comportait douze questions plus une question subsidiaire. Les questions sont fermées avec un commentaire ou une ouverture possible.

Les réponses possibles aux questions étaient fournies de manière aléatoire pour éviter une sur représentation des réponses présentées en position haute.

Le questionnaire consistait d'abord à une description de la population : le sexe, le nombre d'années d'exercice après l'obtention du diplôme de médecine, la catégorie de médecine pratiquée (libérale ou salariée des CDPS) et le lieu d'exercice étaient recherchés.

Puis les médecins ont été questionnés à propos de leurs connaissances et de leurs pratiques (ou non) de l'éducation thérapeutique. Ceci regroupait des questions sur la définition de l'ETP, sur la pratique de l'ETP, sur le temps consacré à l'ETP, sur les situations de recours à l'ETP et sur les moyens employés pour l'ETP.

Ensuite le questionnaire demandait aux médecins généralistes leurs besoins en éducation thérapeutique et d'identifier les barrières au développement de celle-ci.

Enfin la dernière question ouvrait à un commentaire libre sur le sujet.

III.2. Méthodes

III.2.1. Description de l'expérimentation

Il s'agissait d'une enquête quantitative réalisée par questionnaire auto-administré anonyme.

Cette enquête était tout d'abord descriptive, elle visait à décrire les pratiques et les besoins des médecins généralistes en Guyane.

L'enquête a été réalisée durant deux semaines. La période de recueil s'étendait du 27 juillet au 10 août 2016.

Le questionnaire a été adressé par mail une première fois, puis un rappel a été envoyé à tous les participants de l'étude.

Le taux de réponse attendu est d'environ 20 % au premier envoi puis une majoration au rappel pour atteindre les 40 % afin d'obtenir plus de 30 réponses dans chaque groupe.

Les médecins généralistes libéraux installés ont tous été appelés par téléphone dans les jours suivant l'envoi du questionnaire afin de leur proposer de le remplir. S'ils n'étaient pas joignables ils n'étaient pas recontactés.

Les médecins travaillant ou ayant travaillé dans les CDPS ont quant à eux reçu un SMS leur proposant de répondre au questionnaire, quand les numéros de téléphone portable étaient connus.

Les réponses collectées ont été transférées dans un fichier du logiciel en ligne Google Sheets.

III.2.2. Les critères de jugement

Concernant le premier objectif secondaire, à savoir « existe-t-il une différence significative entre les médecins généralistes libéraux installés et ceux travaillant dans les CDPS », le critère de jugement principal était le recours à l'éducation thérapeutique formulé à la question 6 : « avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients ? ».

Le choix de ce critère a été réalisé préférentiellement, car premièrement il avait l'avantage d'être bimodal : *oui* ou *non*. Deuxièmement, dans l'éducation thérapeutique l'intention d'éduquer est une part importante de la démarche éducative ; le fait de se déclarer en somme « éducateur » apporte du poids à la réponse.

Pour une plus grande clarté de la question, une définition de l'éducation thérapeutique était jointe à la question : « *L'éducation thérapeutique 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* ». Cette définition de l'OMS-Europe de 1998 a été choisie car elle est à la fois consensuelle et d'une acceptation de sens large.

Les critères secondaires étaient les réponses aux questions :

- _ « Si vous avez recours à l'éducation thérapeutique, quelle est votre pratique ? »
- _ « Quel temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation thérapeutique d'un patient atteint d'une maladie chronique ? »
- _ « Quelles sont les situations pour lesquelles vous avez recours à l'éducation thérapeutique? »
- _ « Quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique? »

Le deuxième objectif secondaire était formulé par cette question : existe-il une différence de besoin à propos de l'éducation thérapeutique entre les médecins « CDPS » et « installés »? Les

critères de jugement étaient les réponses apportées aux questions :

- _ « Quels seraient vos besoins pour développer l'éducation thérapeutique pour vos patients? »
- _ « Selon vous quels sont les freins à l'éducation thérapeutique en Guyane? »

III.2.3. Analyse des données

L'analyse descriptive a été réalisée par le logiciel Libre Office Calc après exportation des données avec le logiciel en ligne Google Sheets.

L'analyse statistique des variables qualitatives nominales a été réalisée par le logiciel en ligne « BiostaTGV » qui utilise le logiciel de statistique « R » [49]. Le test du Chi 2 a été choisi en règle générale et le test exact de Fisher pour les petits effectifs.

III.2.4. Protection des données

Les données récoltées dans cette étude ne répondaient pas aux critères de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) de la circulaire numéro 2006-138 du 9 Mai 2006 [50]. Elle ne nécessitait donc pas d'être soumise à la CNIL.

IV. Résultats

IV.1. Présentation de l'échantillon et des répondants

L'étude a porté sur 235 médecins dont 142 médecins ayant travaillé dans les CDPS de 2011 à juillet 2016 et 93 médecins libéraux installés en Guyane en 2016.

228 mails ont été adressés à deux reprises. Il y avait 7 données mail manquantes empêchant l'envoi du questionnaire.

Le taux de réponse global était de 36,8 %. Il était plus élevé chez les médecins libéraux (45,1%) que chez les médecins CDPS (31,4%).

Catégories	Échantillon	Nombre de questionnaires adressés	Nombre de réponses	Taux de participation (nombre de réponses/échantillon) <i>exprimé en pourcentage</i>	Taux de réponse (nombre de réponses/nombre de questionnaires adressés) <i>exprimé en pourcentage</i>
Médecins CDPS et Libéraux	235	228	84	35,7	36,8
Médecins CDPS	142	137	43	30,3	31,4
Médecins libéraux	93	91	41	44,1	45,1

Tableau 1 : Résumé du résultat de l'enquête

IV.2. Caractéristiques des répondants

Il y a eu 43 questionnaires complétés par les médecins ayant travaillé dans les CDPS et 41 par les médecins libéraux installés.

Il y avait une majorité d'hommes, qui était comparable dans les deux groupes.

Les réponses au questionnaire montraient une plus grande part de diplômés depuis moins de 10 ans dans le groupe « médecins CDPS ». A l'inverse, les médecins libéraux diplômés depuis plus de 30 ans étaient plus nombreux.

Caractéristiques	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)
Nombre de réponses	84 (100)	43 (51,2)	41 (48,8)
Nombre d'hommes	55 (65,5)	29 (67,4)	26 (63,4)
Nombre de femmes	29 (34,5)	14 (32,6)	15 (36,6)
<i>Année d'obtention du diplôme de médecine</i>			
Moins de 10 ans	41 (48,8)	25 (58,1)	16 (39)
Entre 10 et 19 ans	15 (17,9)	6 (14,0)	9 (22)
Entre 20 et 29 ans	13 (15,5)	7 (16,3)	6 (14,6)
30 ans et plus	15 (17,9)	5 (11,6)	10 (24,4)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon, réponse au question 1, 2 et 3

Les médecins libéraux ayant répondu au questionnaire étaient majoritairement de la région de Cayenne. Il est à noter que plusieurs médecins ont indiqué plus d'un lieu d'exercice.

Lieux d'exercice	Nombre de médecins libéraux
Région de Cayenne et Guyane est	31
Région de Kourou	8
Région de Saint-Laurent-du-Maroni et littoral ouest	7

Tableau 3 : Lieux d'exercice des médecins libéraux

Quant aux médecins CDPS, leurs lieux d'exercice s'équilibraient entre les trois services des CDPS. Certains médecins ont travaillé dans plusieurs sites.

Lieux d'exercice	Nombre de médecins CDPS
CDPS Oyapock – Centre Est	21
CDPS Haut-Maroni	20
CDPS Bas Maroni – Littoral Ouest	16

Tableau 4 : Lieux d'exercice des médecins CDPS

IV.3. Résultat des questions relatives aux définitions et à la pratique de l'éducation thérapeutique

IV.3.1. Les définitions de l'éducation thérapeutique

La question numéro 5 demandait aux médecins leurs définitions de l'éducation thérapeutique parmi une liste de propositions, plusieurs choix étaient possibles.

Les trois définitions de l'éducation thérapeutique choisies préférentiellement par les médecins de l'échantillon étaient « la responsabilisation du patient », « l'autonomie du patient » et « l'élaboration d'objectif ». Elles sont entrées dans plus de 60 % des définitions des médecins. Les items « l'adaptation », « la psychologie » et « l'auto-soins » ont été les moins sélectionnés avec

respectivement 46,4 %, 35,7 % et 33,3 % des médecins.

L'item « autre » a été désigné à deux reprises pour apporter deux autres significations à l'éducation thérapeutique : ils ont évoqué la notion de durée pour l'un et la compréhension de la pathologie pour l'autre.

La comparaison des choix qu'ont apportée les médecins des groupes CDPS et libéraux n'a pas montré de différence significative à l'exception de l'item « l'élaboration d'objectif » qui a été significativement plus choisi dans le groupe médecins libéraux ($p=0,02$).

Définitions de l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur du p
La responsabilisation du patient	59 (70,2)	28 (65,1)	31 (75,6)	0,29
L'autonomie du patient	56 (66,7)	32 (74,4)	24 (58,5)	0,12
L'élaboration d'objectif	53 (63,1)	22 (51,2)	31 (75,6)	0,02
Le partenariat	49 (58,3)	26 (60,5)	23 (56,1)	0,68
Prise en charge centrée sur le patient	47 (56)	25 (58,1)	22 (53,7)	0,68
Transmission d'un savoir	44 (52,4)	25 (58,1)	19 (46,3)	0,27
L'adaptation	39 (46,4)	19 (44,1)	20 (48,8)	0,75
La psychologie	30 (35,7)	14 (32,6)	16 (39)	0,54
L'auto-soins	28 (33,3)	12 (27,9)	16 (39)	0,28
Autre	2 (2,4)	1 (2,3)	1 (2,4)	1

Tableau 5 : Résumé des réponses à la question 5 : « selon vous, qu'est-ce qui définit l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possibles... »

IV.3.2. Les pratiques de l'éducation thérapeutique

Les médecins ont déclaré à 85,7 %, avoir recours à l'éducation thérapeutique pour leurs patients (question 6).

Un seul médecin dans le groupe « CDPS » et 11 dans le groupe « libéraux » ont quant à eux, déclaré ne pas avoir recours à l'éducation thérapeutique.

La comparaison statistique des deux groupes de médecins a révélé que le recours à l'éducation thérapeutique différait significativement entre les médecins CDPS et libéraux avec un p-value égal à 0,0013.

Recours à l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecin libéraux (%)
Oui	72 (85,7)	42 (97,7)	30 (73,2)
Non	12 (14,3)	1 (2,3)	11 (26,8)
Total	84	43	41

Tableau 6 : Résumé des réponses à la question 6 : « avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients? »

Les médecins ayant répondu « non » étaient au nombre de huit hommes et quatre femmes et ils avaient en grande majorité plus de 10 ans de diplôme.

« Non , je n'ai pas recours à l'éducation thérapeutique»	
<i>sexe</i>	
Femme	4
Homme	8

<i>Année d'obtention du diplôme de médecine</i>	
Moins de 10 ans	1
Entre 10 et 20 ans	6
Entre 20 et 30 ans	3
Plus de 30 ans	2

Tableau 7 : Caractéristiques des médecins ayant répondu non à la question 6 : « avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients? »

Concernant les différentes pratiques de l'éducation thérapeutique (question 7), 78,6 % des médecins ont déclaré « ne pas faire de distinction formelle entre leur activité de soins et d'éducation thérapeutique ». Puis, 20,2 % des médecins disaient avoir des « consultations dédiées à l'ETP ». Ensuite, 10,7 % déclaraient avoir « recours aux programmes » ainsi que « initier ou réaliser le bilan éducatif puis orienter le patient ». Les six médecins, représentant 7,1 %, qui ont dit « animer des séances collectives d'éducation thérapeutique sont tous des médecins du groupe « CDPS ».

Les médecin CDPS étaient significativement plus nombreux à déclarer « avoir recours aux programmes d'éducation thérapeutique » et « animer des séances collectives d'éducation thérapeutique ».

Dans la rubrique autre de cette question, trois médecins libéraux affirmaient ne pas pratiquer l'éducation thérapeutique et un médecin CDPS a donné un exemple d'une consultation dédiée à l'éducation thérapeutique.

Pratiques de l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur de p
Pas de distinction entre activité de soins et ETP	66 (78,6)	34 (79,1)	32 (78)	0,91
Consultations dédiées à l'ETP	17 (20,2)	10 (23,3)	7 (17,1)	0,48
Recours aux	9 (10,7)	8 (18,6)	1 (2,4)	0,02

programmes				
Initiation ou réalisation du bilan éducatif puis orientation	9 (10,7)	5 (11,6)	4 (9,8)	1
Animation des séances collectives d'ETP	6 (7,1)	6 (14,0)	0 (0,0)	0,03
Autre	4 (3,4)	1 (2,3)	3 (7,3)	0,35

Tableau 8 : Résumé des réponses à la question 7 : « Si vous avez recours à l'éducation thérapeutique, quelle est votre pratique ? Plusieurs réponses possibles... »

La question numéro 8 interrogeait les médecins généralistes sur le temps consacré à l'éducation thérapeutique par an et par patient atteint d'une maladie chronique. Ils sont une majorité à avoir déclaré consacrer plus d'un quart d'heure par an, excepté 13 d'entre eux dont 12 médecins libéraux. Ces derniers sont moins nombreux dans les catégories « entre 15 minutes à 1 heure par an » et « entre 1 à 2 heures par an » que leurs confrères des CDPS (annexe 3).

Statistiquement, la comparaison des deux groupes, a souligné une différence significative entre les deux groupes de médecins. Les médecins libéraux ont exprimé passer plus de temps par an pour l'éducation thérapeutique ($p=0,001$).

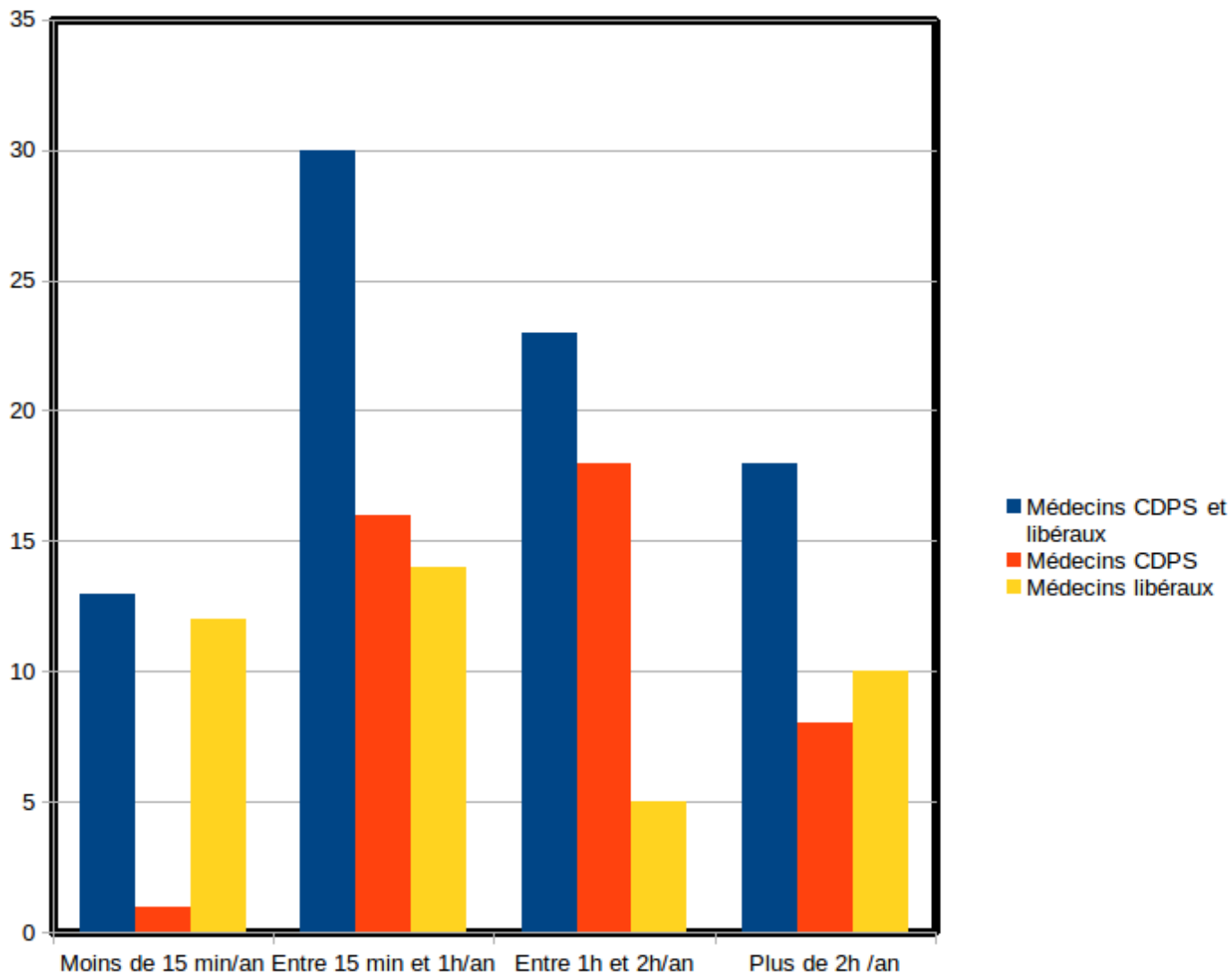


Figure 3: Temps consacré à l'éducation thérapeutique par an par patient atteint d'une maladie chronique

Les situations cliniques pour lesquelles les médecins ont attesté, le plus fréquemment, avoir recours à l'éducation thérapeutique sont le diabète (92,9%), les maladies cardio-vasculaires (79,8%) et dans une moindre mesure la contraception (65,5%).

Les situations qui ont été les moins nommées sont les polyarthralgies et lombalgies chroniques (34,5%), les addictions (29,8%) et les cancers (28,6%).

Dans catégorie « autre », deux médecins insistaient sur la périnatalité, un médecin proposait « l'ensemble des situations pathologiques ou non nécessitant une éducation/conseils ». Un médecin

a listé des situations pour lesquelles il déclarait avoir recours à l'éducation thérapeutique : « syndrome métabolique, goutte, activité physique et sportive, gestion sommeil, stress et repos, pratiques sexuelles et prévention MST, gestion des risques de l'environnement tropical (séjour en forêt, pêche, chasse..) ». Un dernier a relevé aussi « la pratique sportive ».

Les éléments cités par les médecins CDPS et libéraux sont sensiblement les mêmes. Toutefois les maladies-cardiovasculaires et les cancers étaient significativement plus cités par les médecins libéraux, et l'asthme était plus mentionné par les médecins CDPS.

Situations cliniques	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur de p
Diabète	78 (92,9)	41 (95,3)	37 (90,2)	0,36
Maladies cardio-vasculaires	67 (79,8)	30 (69,8)	37 (90,2)	0,02
Contraception	55 (65,5)	27 (62,8)	28 (68,3)	0,86

Obésité	51 (60,7)	25 (58,1)	26 (63,4)	0,62
Asthme	48 (57,1)	29 (67,4)	19 (46,3)	0,05
VIH	40 (47,6)	20 (46,5)	20 (48,8)	0,83
Grossesse	36 (42,9)	19 (44,2)	17 (41,5)	0,80
Drépanocytose	34 (40,5)	14 (32,6)	20 (48,8)	0,13
Périnatalité	30 (35,7)	15 (34,9)	15 (36,9)	0,87
Polyarthralgies et lombalgies chroniques	29 (34,5)	11 (25,6)	18 (43,9)	0,08
Addictions	25 (29,8)	10(23,3)	15(36,6)	0,18
Cancers	24 (28,6)	6 (14)	18 (43,9)	0,002
Autre	5 (5,9)	3 (7)	2 (4,9)	1

Tableau 9 : Résumé des réponses à la question 9 : « quelles sont les situations pour lesquelles vous avez recours à l'éducation thérapeutique? Plusieurs réponses possibles... »

Les moyens utilisés pour l'éducation thérapeutique, qui ont été nommés en réponse à la question 10, sont en premier lieu « les explications » (85,7%), « le dialogue » (75%) et la répétition (70,2 %). Venaient ensuite « l'écoute » (69%), « la biologie ou l'examen clinique » (67,9%), « encourager » (65,5%), « la démonstration » (48%), « les documents » (45,2 %), « reprendre les erreurs personnelles (40,5%), « l'entourage » (40,5%), « l'auto-évaluation » (35,7%), « faire peur » (23,8%) et l'informatique (16,7%) (annexe 4).

La catégorie « autre » a permis à deux médecins d'ajouter une précision, « la biologie et les documents papier peuvent être utiles selon la population » et de compléter « poster, film »

« La répétition » et « faire peur » étaient statistiquement plus cités par les médecins libéraux que par les médecins CDPS avec respectivement un p-value égal à 0,04 et 0,007. Les autres réponses ne faisaient pas l'objet de différence significative.

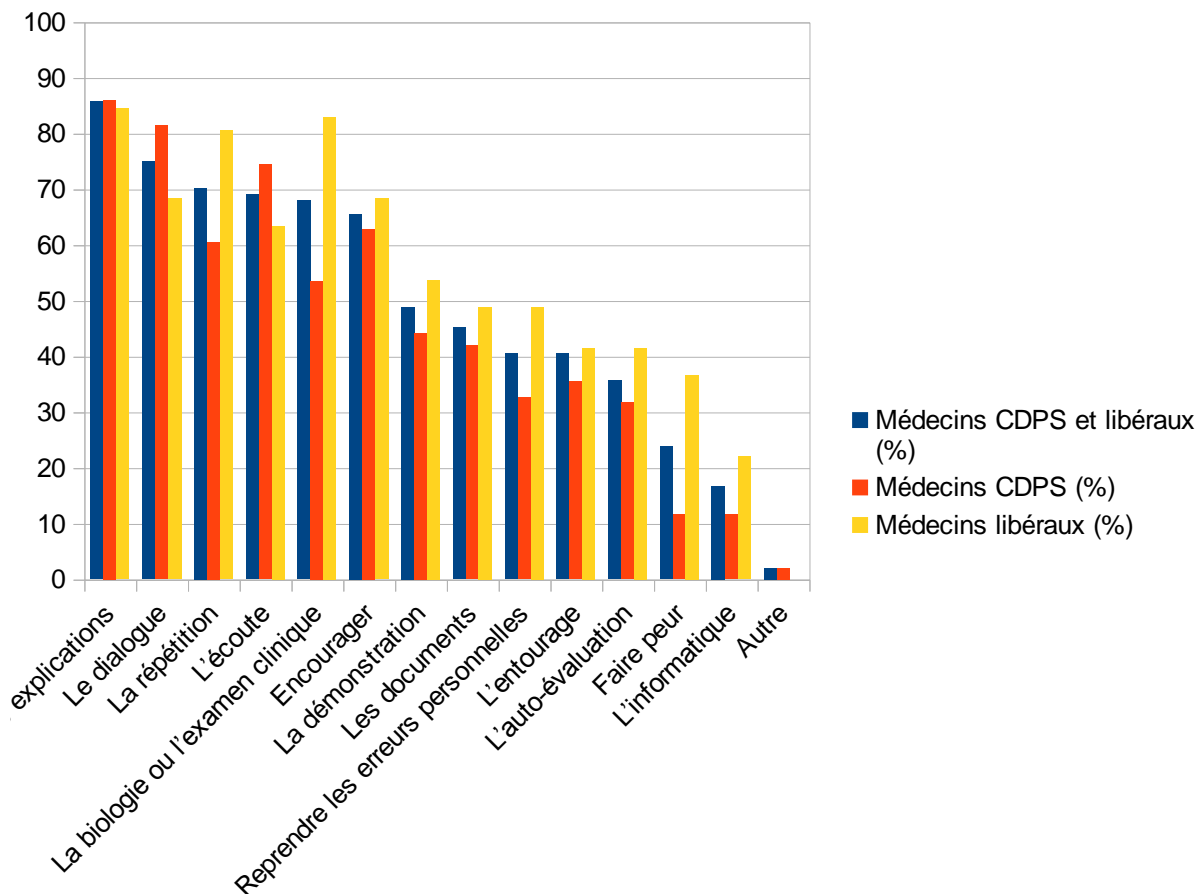


Figure 4: Les fréquences des moyens utilisés pour l'éducation thérapeutique

Méthodes employées pour l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur de p
Les explications	72 (85,7)	37(86,0)	35 (84,4)	0,93
Le dialogue	63 (75)	35 (81,4)	28 (68,3)	0,17
La répétition	59 (70,2)	26 (60,5)	33 (80,5)	0,04

L'écoute	58 (69)	32 (74,4)	26 (63,4)	0,28
La biologie ou l'examen clinique	57 (67,9)	23 (53,5)	34 (82,9)	0,004
Encourager	55 (65,5)	27(62,8)	28 (68,3)	0,60
La démonstration	41 (48,8)	19 (44,2)	22 (53,7)	0,39
Les documents	38 (45,2)	18 (41,9)	20 (48,8)	0,52
Reprendre les erreurs personnelles	34 (40,5)	14 (32,6)	20 (48,8)	0,13
L'entourage	34 (40,5)	17 (35,5)	17 (41,5)	0,86
L'auto-évaluation	30 (35,7)	13 (31,7)	17 (41,5)	0,28
Faire peur	20 (23,8)	5 (11,6)	15 (36,6)	0,007
L'informatique	14 (16,7)	5 (11,6)	9 (22)	0,20
Autre	2 (2,4)	2 (4,7)	0 (0,0)	0,49

Tableau 10 : Résumé des réponses à la question 10 : « quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possibles...»

IV.4. Résultats des questions relatives aux besoins et aux freins au développement de l'éducation thérapeutique

IV.4.1. Les besoins ressentis par les médecins pour développer l'éducation thérapeutique

Pour l'ensemble des médecins, les besoins prédominants pour développer l'éducation thérapeutique étaient « du temps » (73,8 %), « une médiation culturelle » (58,3%) et « une aide à la traduction » (53,6%).

Trois propositions complémentaires ont été soumises par des médecins CDPS : « la participation de la communauté avec des volontaires, organisation de journées sur la thématique en impliquant

les VIP locaux afin de sensibiliser », « l'installation sur le long terme » et « un (des) intervenant(s) traducteurs formés à cette tâche ».

L'item « médiation culturelle » a été significativement plus sélectionné dans le groupe des médecins CDPS ($p=0,03$), et à l'inverse « une rémunération spécifique » a été significativement plus sélectionnée par les médecins libéraux.

Les besoins pour développer l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur de p
Du temps	62 (73,8)	32 (74,4)	30 (73,2)	0,39
Une médiation culturelle	49 (58,3)	30 (69,8)	19 (46,3)	0,03

Une aide à la traduction	45 (53,6)	27 (62,8)	18 (43,9)	0,08
Un travail d'équipe	41 (48,8)	25 (58,1)	16 (39,0)	0,08
De la formation	37 (44)	21 (48,8)	16 (39)	0,37
Des supports d'information	41 (48,8)	21 (48,8)	20 (48,8)	1
Des programmes spécifiques	32 (38,1)	18 (41,9)	14 (34,1)	0,47
Déléguer certaines activités	30 (35,7)	15 (34,9)	15 (36,6)	0,87
Une aide psychosociale	23 (27,4)	12 (27,9)	11 (26,8)	0,91
Une rémunération spécifique	17 (20,2)	5 (11,6)	12 (29,3)	0,04
Autre	3 (3,6)	2 (4,7)	1 (2,4)	1

Tableau 11 : Résumé des réponses à la question 11, « Quels seraient vos besoins pour développer l'éducation thérapeutique pour vos patients? Plusieurs réponses possibles...»

IV.4.2. Les freins au développement de l'éducation thérapeutique en Guyane

Les médecins ont sélectionné, majoritairement, à 66,7 % la barrière culturelle, à 63 % la barrière de la langue, à 58,3 % la précarité sociale et à 56 % le manque de temps pour expliquer l'évolution de l'éducation thérapeutique en Guyane.

Chacune des autres propositions ont regroupé moins de 50 % des avis.

Les six réponses complémentaires rédigées citaient à deux reprises le « turnover » des médecins des CDPS. La barrière culturelle était de nouveau évoquée pour décrire le « manque de connaissance des différentes habitudes de vie des groupes ethniques » et l'importance de « s'appuyer sur les personnes en place » que sont les paramédicaux et employés des CDPS. Le

manque de réseau avec des infirmières a été ajouté. Un certain propos rajoutait le « manque de décision politique ». Un médecin a évoqué comme frein à l'éducation thérapeutique « la gratuité des soins ».

La comparaison des deux groupes de médecins a révélé une seule différence significative portant sur le manque d'outil pédagogique (p=0,003).

Freins à l'ETP en Guyane	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)	Valeur de p
Barrière culturelle	56 (66,7)	28 (61,5)	28 (68,3)	0,75
Barrière de la langue	53 (63,1)	27 (62,8)	26 (63,4)	0,95
Précarité sociale	49 (58,3)	22 (51,2)	27 (65,9)	0,17
Manque de temps	47 (56,0)	20 (46,5)	27 (65,9)	0,07
Manque de motivation des patients	38 (45,2)	17 (35,5)	21 (51,2)	0,28
Manque de communication et d'information entre intervenants	37 (44,0)	19 (44,2)	18 (43,9)	0,98
Manque d'outils pédagogiques	34 (44,0)	24 (55,8)	10 (24,4)	0,003
Manque d'information autour des programmes	25 (29,8)	16 (37,2)	9 (22)	0,13
Manque de formation	24 (28,6)	13 (30,2)	11 (26,8)	0,73
Manque de reconnaissance	17 (20,2)	6 (14,0)	11 (26,8)	0,14
Autre	6 (7,1)	3 (7,0)	3 (7,3)	1

Tableau 12 : Résumé des réponses à la question 12, « selon vous quels sont les freins à l'éducation thérapeutique en Guyane? Plusieurs réponses possibles...»

IV.5. Réponse à la dernière question facultative de commentaire (annexe 5)

Quinze réactions pertinentes ont été rédigées en réponse à la question 13 : « avez-vous le désir de

prolonger ce questionnaire par un commentaire? ».

11 réponses émanaient de « médecins CDPS » et 4 de « médecins installés »

Les médecins ont insisté sur cinq notions principales :

- _ Le manque de temps aussi bien dans les cabinets médicaux que dans les CDPS,
- _ Le turnover des médecins et l'incapacité à travailler dans la durée dans les CDPS,
- _ La nécessité de médiation culturelle, pour une compréhension mutuelle,
- _ Le manque de moyen matériel et humain,
- _ La précarité sociale.

Un médecin proposait de développer les réseaux.

Un médecin présentait son expérience personnelle où il expliquait son choix de sélection indirecte des patients, en refusant le tiers payant, en faisant des dépassements d'honoraire et en pratiquant des consultations plus longues.

Un commentaire iconoclaste a rapproché l'éducation thérapeutique à une forme de colonialisme et d'acculturation.

Une autre observation soulignait le fait que l'éducation thérapeutique n'était pas abordée « du tout » en Guyane et qu'il n'était pas souhaitable qu'elle soit développée par une administration qui n'aurait pas les préoccupations du terrain.

Certains commentaires étaient très négatifs à propos de l'éducation thérapeutique des patients des CDPS : les termes de « luxe » de « colonisation » et de « négation de l'identité » y étaient

associés.

D'autres proposaient des solutions innovantes qui illustraient leurs pratiques :

- _ Adapter le contenu et la forme des messages,
- _ Intégrer les pratiques thérapeutiques traditionnelles,
- _ Acquérir une connaissance et une compréhension préalable de l'environnement,
- _ Gagner la confiance,
- _ S'appuyer sur un travail d'équipe avec le personnel des CDPS,
- _ Avoir un partenariat avec la communauté,
- _ Avoir un discours adapté,
- _ Un médecin évoquait son expérience en Nouvelle-Calédonie où il occupait un poste dédié à

l'ETP.

V. Discussion

V.1. Biais et limites de l'étude

V.1.1. Les biais

L'étude descriptive par enquête quantitative déclarative entraîne des biais relatifs à ce type de recherche.

Les médecins qui étaient intéressés par l'éducation thérapeutique sont probablement sur représentés du fait de leur intérêt à répondre au questionnaire, c'est un biais de sélection.

Des « réponses attractives » sont présentes dans le questionnaire. Ceci explique des taux très importants, frôlant la totalité de l'effectif pour certains items. Il est toujours plus gratifiant de répondre « oui, je pratique l'éducation thérapeutique » que de répondre « non, je ne pratique pas l'éducation thérapeutique ».

D'autres questions qui agrègent les réponses, pour simplifier et standardiser des entités, provoquent une induction des réponses. On le voit dans les réponses des questions relatives au temps consacré à l'éducation thérapeutique.

Les réponses proposées étaient souvent nombreuses, générant leur atomisation avec des différences de fréquence entre les items peu importantes.

V.1.2. Les limites

L'inclusion de tous les médecins ayant travaillé dans un CDPS depuis 2011, rassemblait des médecins en poste depuis plusieurs années mais aussi des médecins participant au turnover. Les réponses des médecins contractuels, qui parfois n'avaient travaillé qu'un mois, ont été comptabilisées aux même titre que les autres. Leurs expériences étaient, par contre, bien moindre en terme de durée.

La taille de l'échantillon était restreinte, cela est dû en grande partie au moment choisi pour l'envoi du questionnaire : la période estivale. Cela limite l'extrapolation à la population générale même si l'échantillon est représentatif.

Le questionnaire évoque l'éducation thérapeutique de manière globale et sur certains points seulement, sans prendre en considération les problématiques individuelles qui pourraient avoir un éclairage intéressant dans leurs spécificités. Les questions posées étaient complexes et leurs formes ne permettaient pas de savoir la façon dont les médecins en avaient saisi le sens. Une analyse qualitative aurait permis de savoir comment elles étaient comprises.

La dernière question laissait tout de même la possibilité de développer des idées et certains médecins l'ont fait.

Le nombre des questions est faible, cela laisse une grande part d'interrogation en suspend. Mais le but était d'avoir une participation importante afin d'éviter une trop grande subjectivité.

Une étude multivariée plus complète aurait été intéressante, mais la physionomie du questionnaire et le nombre de réponses à celui-ci rendait inexploitable de telles données.

V.2. Discussion des résultats

Tout d'abord le nombre de questionnaires remplis (84) est très satisfaisant au vu de la période et de la durée de l'étude et aussi de l'aide extérieure. L'ARS Guyane n'a été d'aucune aide pour le recensement des médecins généralistes libéraux, afin obtenir leur contact mail. Les agents de l'ARS n'ont apporté, après plusieurs contact infructueux, qu'une fin de non recevoir.

Les médecins ayant répondu étaient représentatifs des médecins généralistes de Guyane, d'abord de par leur sexe et leur âge. Une étude du Conseil National de l'Ordre (CNO) de 2013 recensait 32 % de femmes généralistes en activité régulière contre 34 % dans notre enquête. Il y avait en Guyane, en 2013, 33 % de médecins généralistes de moins de 40 ans et 20 % de plus de 60 %, selon le CNO. Ceci est en adéquation avec la répartition des classes d'âge de l'enquête. On note une légère surreprésentation des diplômés de moins de 10 ans [51]. Ensuite leur répartition géographique est équilibrée sur les trois services des CDPS en ce qui concerne les "médecins CDPS" et pour les médecins installés, elle est cohérente avec leur concentration dans la région de Cayenne.

La population des médecins généralistes de Guyane, et en particulier des CDPS disant pratiquer l'éducation thérapeutique est forte (85,7 %), mais elle reste comparable à d'autres études (*Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret*, Mai 2007 [52]: 96,90 % ; *Pratique de l'éducation thérapeutique en Midi-Pyrénées, juin 2010* [53] : 81,3%). A titre de comparaison, 93,5 % des médecins généralistes déclaraient informer ou conseiller systématiquement ou du moins souvent leurs patients dans le « Baromètre santé médecin généraliste 2009 » publié par l'INPES [54].

L'importance d'une telle pratique est à mettre en perspective avec ce qui est perçu comme de l'éducation thérapeutique et la réalité.

Pour ce qui est de la définition de l'éducation thérapeutique apportée par les médecins, ils ont mis en avant la responsabilisation du patient et son autonomie. Deux caractéristiques qui se rapportent en particulier à l'« empowerment » dans la relation *d'autonomie* entre le médecin et son malade. L'élaboration d'objectif (qui a été particulièrement plébiscitée par les médecins installés) est d'avantage en rapport avec une relation *d'expertise*. Le partenariat, l'adaptation et la compréhension reflètent la relation de *coopération*. La notion d'auto-soins (behavioral self-care en anglais) a été très peu choisie, probablement par incompréhension. Elle se rapportait à la réalisation d'un ensemble de gestes pour la réalisation d'une bonne compliance thérapeutique.

Le spectre des notions définissant l'éducation thérapeutique laisse à penser que pour l'ensemble des médecins généralistes la compliance n'est pas le seul objectif. L'autonomie semble même être leur préoccupation principale. Vient ensuite une relation basée sur le *partenariat/coopération* puis la relation *d'expertise*.

La grande majorité des médecins ont dit pratiquer une éducation thérapeutique intégrée dans la consultation (78,6%). Au vu de l'offre en terme de programmes d'ETP, cela semble s'expliquer facilement. Il faut tout de même confronter ceci au temps consacré par patient et par an à l'éducation thérapeutique : pour plus de la moitié des médecins une heure maximum par patient atteint d'une maladie chronique et par an. Le recours à une autre méthode est médiocre ; initier un bilan éducatif qui pourrait être du ressort du médecin généraliste est très peu utilisé et encore moins la réalisation de séance consacrée.

En ce qui concerne les programmes, même s'il y a une méconnaissance probable de leur simple existence pour beaucoup de médecins d'autres facteurs existent. Les médecins généralistes adressent peu leurs patients aux programmes d'éducation thérapeutique, ceci a d'ailleurs été relevé par l'étude ENTRED en 2011 qui concernait le diabète, sans que cela ne soit expliqué [55]. Une raison majeure a été évoquée en Angleterre où le même problème se pose : le rôle des « *general practitioners* » doit être clairement défini dans un système de soins pour permettre leur adhésion aux programmes. La confiance dans ces programmes doit aussi être établie [56]. Du reste, les médecins, dans le questionnaire, ont fait la requête du retour d'un réseau diabète. L'existence de structure éducative ambulatoire favorise la connaissance de l'éducation thérapeutique et l'implication des médecins du secteur [57].

Les moyens utilisés aux cours de ces temps « brefs » d'éducation pendant les consultations relevaient du « colloque singulier » avec le patient : explication, dialogue, répétition et écoute sont dominants. Les méthodes pédagogiques telles que l'auto-évaluation, reprendre les erreurs personnelles, les documents, l'informatique ont été moins choisis. De même la psychologie entre peu dans les définitions de l'éducation thérapeutique. Ainsi la posture éducative s'avère être au deuxième plan. La relation préférentielle entre le médecin et le patient ne semble pas être autant dans le mode de l'autonomisation du sujet que ce qui est déclaré mais plutôt dans un fonctionnement traditionnel d'*expertise* ou de *partenariat*.

Les médecins généralistes de Guyane ont recours à l'éducation thérapeutique pour les pathologies les plus fréquentes. Le diabète est leur principale préoccupation en terme d'éducation. Le manque de médecin spécialiste pourrait l'expliquer ainsi que la disparition récente du réseau Diabète 973.

D'une manière générale le diabète, qu'il soit de type 1 ou 2, a été précurseur dans le domaine de l'éducation. De par sa prévalence dans les pays occidentaux et la complexité de sa prise en charge, les modèles médicaux ont peu à peu évolué pour obtenir de meilleurs résultats au niveau de la qualité de vie et de la morbi-mortalité. La compliance au traitement, le régime diabétique et les capacités d'auto-soins sont autant de difficultés pour le patient mais aussi pour le soignant. L'équilibre entre qualité de vie et objectif biologique, dans une stratégie centrée sur le patient, est aujourd'hui largement recommandée [58]. Il est encourageant de constater qu'éducation thérapeutique et diabète semblent aller de pair pour la grande majorité des médecins.

Les situations suivantes : les maladies cardio-vasculaires, la contraception, l'obésité sont d'autres inquiétudes de santé publique dans le domaine de la prévention bien suivies par les médecins généralistes.

Les polyarthralgies, les addictions ou le cancer sont mentionnés moins d'une fois sur trois ce qui peut s'expliquer par la plus faible prévalence de ces maladies en Guyane.

Les maladies chroniques, dont les prévalences sont particulièrement fortes, spécifiquement dans la région Guyane, apparaissent en sixième position pour le VIH et en huitième position pour la drépanocytose. Les médecins généralistes sont les premiers recours pour ces malades, qu'ils suivent parfois comme médecin référent selon leurs compétences. Néanmoins, ils sont moins de 50 % à les citer parmi les situations pour lesquelles ils ont recours à l'éducation thérapeutique. Est-ce qu'ils préfèrent laisser les médecins spécialistes et les structures hospitalières agir dans le champ de l'éducation ?

Les médecins focalisent donc leurs occupations d'éducation thérapeutique sur les situations les

plus représentées dans leurs consultations, comme c'est le cas du diabète. En revanche les pathologies moins fréquentes sont laissées en grande partie de côté. Ce sont d'ailleurs des situations dont le parcours de soins dans lequel s'inscrit le médecin généraliste est flou. Pour le cancer, par exemple, les dépistages (Dépistage Organisé de Masse) sont insuffisants, les diagnostics sont souvent tardifs chez certaines populations et le traitement est réalisé fréquemment dans d'autres régions françaises [59] [60]. Dans cette organisation, il est difficile pour le médecin généraliste de trouver sa place. Le système n'est pas favorable à l'éducation thérapeutique du fait de la mauvaise intégration du médecin généraliste dans celui-ci.

Le besoin phare pour développer l'éducation thérapeutique est le temps. Les études consacrées au sujet ont toutes signalé cet obstacle dans la mise en place de tout type d'éducation. L'étude ETHICCAR (en cours) qui cherche à évaluer la performance de l'éducation thérapeutique chez les patients à risque cardio-vasculaire s'est heurtée à « *la charge de travail et le sentiment d'épuisement professionnel qui limitent l'investissement des médecins dans une démarche d'ETP* » lors de sa mise en place [61].

Aujourd'hui la médecine générale s'inscrit dans un fonctionnement essentiellement curatif qui laisse peu de place à un modèle préventif dans lequel l'éducation thérapeutique pourrait s'épanouir. Les rapports de l'Académie de Médecine de décembre 2013 : « L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine » [62], et du Professeur Jean-Louis Druais : « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé » [63], rappelle que le médecin généraliste est le référent des soins de santé primaire. L'organisation du système de santé doit évoluer pour permettre aux médecins généralistes de développer la prévention dans toutes ses dimensions (prévention médicalisée, éducation pour la santé et éducation thérapeutique).

Un médecin a proposé dans le questionnaire sa méthode pour se dégager du temps : sélection des patients, refus du tiers payant et dépassement d'honoraire. Son mode de fonctionnement est révélateur du lien entre rémunération et manque de temps. Le paiement à l'acte ne favorise pas l'implication des médecins généralistes dans un système de soins préventifs. L'absence de rémunération est un frein à l'éducation thérapeutique en médecine libérale bien connu. L'HCSP propose la création d'un « forfait éducation » à faire valoir, tout aussi bien, auprès de réseau, de maison de santé ou de médecins libéraux, afin d'encourager les pratiques.

La médiation culturelle et l'aide à la traduction apparaissent aussi comme des besoins dominants. Les barrières culturelles et linguistiques s'affichent même avant la précarité sociale et le manque de temps en tant que frein au développement de l'éducation thérapeutique. Les exemples, en particulier dans les autres DOM-TOM, pour pallier ces difficultés existent. Le modèle de développement de l'éducation thérapeutique à Mayotte par Maryvette Balcou-Debussche a montré qu'un travail éducatif pouvait se mettre en place dans un contexte social difficile [64]. Mais il semble que le turnover des médecins en Guyane ne facilite pas l'approche multiculturelle qui est réclamée sous la forme de soins communautaires par certains médecins dans le questionnaire.

Le travail d'équipe et la formation sont aussi cités, mais par moins de la moitié des médecins. Ceci est étonnant, au vu de la faiblesse des organisations de soins du type réseau et de la formation. Il en va de même pour les programmes spécifiques, ils sont moins d'un tiers à en ressentir le besoin, d'ailleurs ils sont très peu nombreux à y avoir recours.

Les thématiques de communication entre intervenant, d'outils pédagogiques et de formation sont au second plan que ce soit en terme de besoin ou d'entrave à l'éducation thérapeutique. Les

barrières à l'encontre de son développement désignées sont majoritairement imputables aux patients pour une grande part de médecins : ce sont sa culture, sa langue, son statut social ou sa motivation.

Pourtant d'autres études ont montré que les patients étaient désireux d'éducation ou d'information tout du moins [65]. L'étude ENTRED remarque aussi que si les médecins déclarent largement pratiquer une éducation, du point de vue du patient, 45 % d'entre eux ne sauraient dire s'ils en reçoivent une quand on leur pose la question. La motivation des patients est à interroger à la lumière des concepts de la maladie chronique. La phase de déni fait partie intégrante des maladies. Les méthodes psycho-comportementales sont adaptées pour soutenir le patient durant toutes les étapes de l'éducation [66].

Améliorer les compétences culturelles des professionnels de santé est un bon moyen d'améliorer l'éducation thérapeutique. La revue Cochrane « Cultural competence education for health professionals » indique que la compétence culturelle des professionnels est bénéfique pour leurs patients [67]. Il convient à chacun d'évaluer sa compétence culturelle et de la remettre en question [68]. Le développement de formation "culturelle" dédiée aux professionnels apparaît comme nécessaire ainsi que la professionnalisation du métier de médiateur [69].

Les différences de pratique entre les médecins généralistes installés et des CDPS existent : les médecins CDPS sont plus nombreux à déclarer pratiquer l'ETP. Ils ont aussi plus recours aux programmes et animent eux-même des séances. Le temps qu'ils y consacrent est plus important. Les commentaires apportent un éclairage : la confrontation culturelle provoque chez certains médecins la conception d'innovation pour jouer leur rôle d'éducateur. Ils sont aussi les référents médicaux pour bon nombre de pathologies qu'ils gèrent seuls, l'implication est totale vu qu'il n'y a pas de possibilité de déléguer à l'IDE de ville ou au spécialiste hospitalier. Malgré l'isolement, les

médecins CDPS sont paradoxalement aussi plus entourés : ils font partie d'une structure avec un certain nombre d'intervenants, ce qui favorise les échanges. Et tandis que les médecins généralistes installés appartiennent à la culture dominante sur le littoral , ceux des CDPS sont immergés dans une culture qu'ils méconnaissent.

Néanmoins, les méthodes sont similaires et la relation médecin/patient semble être de la même catégorie que celle des médecins généralistes installés, c'est-à-dire dans un fonctionnement paternaliste.

La faiblesse des différences pourrait s'expliquer par la nature de ces médecins : ils sont en grande majorité des médecins généralistes ayant une activité de médecine libérale en particulier en France métropolitaine. S'ils sont plus jeunes, la formation reçue durant les études médicales sur le thème de l'éducation thérapeutique a été pour eux aussi modeste et insuffisante [70].

La seule rubrique où les médecins « CDPS » et « installés » divergent concernant la question des besoins est celui d'une médiation culturelle que les médecins « CDPS » sont plus nombreux à évoquer. Ils sont près de 70 % à réclamer sa mise en place. Les raisons de cette nécessité sont évoquées par les médecins dans le questionnaire : le turnover et le manque de temps.

VI. Conclusion

Les médecins généralistes de Guyane considèrent l'éducation thérapeutique majoritairement sous l'angle de l'*autonomisation* du patient.

Dans la pratique, les méthodes qu'ils emploient révèlent plutôt une relation de *partenariat/coopération* ou *d'expertise* basée sur les explications, le dialogue, la répétition et l'écoute. Les méthodes pédagogiques sont très peu utilisées.

L'éducation thérapeutique a lieu lors du colloque singulier, durant la consultation, dans un mode *intégré aux soins*. Les programmes structurés, les séances collectives ou individuelles ou la réalisation d'un bilan éducatif sont rarement proposés aux patients. Le temps consacré à l'éducation thérapeutique est majoritairement entre 15 minutes et une heure par patient par maladie chronique et par an.

Le diabète et les maladies cardiovasculaires sont les deux pathologies pour lesquelles les médecins ont recours le plus souvent à l'éducation thérapeutique.

Le temps est ce qui manque le plus au médecin pour pouvoir développer leur activité d'éducation

thérapeutique.

Les barrières culturelles et linguistiques sont les éléments les plus cités chez les médecins généralistes pour expliquer les freins à la progression de l'éducation thérapeutique en Guyane.

Les médecins des CDPS mettent plus souvent en œuvre l'éducation thérapeutique que les médecins installés. Ils ont plus souvent recours aux programmes structurés et aux séances collectives ou individuelles qu'ils animent. Par contre la relation qu'ils développent avec leurs patients semble identique à celle des médecins installés.

Les médecins des CDPS nécessitent un apport en terme de médiation culturelle pour pallier le turnover et la courte durée de leurs séjours.

Il ressort de manière évidente que l'orientation curative du système de soins en France est peu propice au développement de l'éducation thérapeutique. La formation, l'organisation et la rémunération de la médecine générale sont à ce jour soumis à un questionnement pour une réorientation des soins de premier recours vers un modèle prenant en compte la dimension préventive dont fait partie l'éducation thérapeutique.

VII. Références

- [1] Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986 November 21; Ottawa, Canada.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Éducation thérapeutique du patient : programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : bureau régional pour l'Europe, 1998. (Version française 1999).
- [3] Agence régionale de santé Guyane. Schéma régional de prévention 2011-2015. Cayenne : ARS Guyane ; 2012.
- [4] Agence française de développement. Évaluation des interventions de l'AFD dans le secteur sanitaire et médico-social outre-mer. Paris : AFD ; 2014.
- [5] Duffau N. L'éducation thérapeutique pratiquée en médecine générale Analyse des pratiques de 12 médecins généralistes impliqués en éducation thérapeutique [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Nantes : Université de Nantes Faculté de Médecine ; 2011.
- [6] Gachet A. Représentations des médecins généralistes de l'éducation thérapeutique du patient : une étude qualitative menée auprès de 31 médecins généralistes de Savoie [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Grenoble : Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2013.
- [7] Bourit O. Recherche en soins primaires : l'éducation thérapeutique des patients diabétiques vue par les médecins généralistes [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Tours : Université François Rabelais Faculté de Médecine de Tours ; 2006.
- [8] Ministère des outre-mer. (page consulté le 31/07/16). Présentation - Les Outre-Mer, [Internet]. <http://www.outre-mer.gouv.fr/?presentation-guyane.html>
- [9] Insee. (Page consultée le 31/07/2015). Poursuite de la transition démographique en Guyane - Légère inflexion de la natalité, [Internet]. http://www.Insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=23897
- [10] Jolivet A, Cadot E, Carde E, Florence S, Lesieur S, Lebas J, et al. Migrations et soins en Guyane. Paris : Agence Française de développement ; 2011.
- [11] Moriame E, Pitot S. Atlas des populations immigrées en Guyane. Paris : L'ACSE; 2006.
- [12] Leglise I, Renault-Lescure O, Launey M, Migge B. Langues de Guyane et langues parlées en Guyane. In: Kremnitz G. Histoire sociale des langues de France. Rennes : Presses Universitaires de Rennes; 2013. p. 671-682
- [13] IEDOM. 2015 Guyane. Paris: IEDOM; 2016.

- [14] Insee. (Page consultée le 01/08/2016). Les comptes économiques de la Guyane en 2014, [internet]. http://www.Insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=23387
- [15] Lubac F, Racaud T, Coffinet D. Le travail indépendant informel en Guyane. Rapport d'étude. Adie ; mars 2009.
- [16] Blaizeau D, Celeste B, Planchat C, Grillot B, Charles-Euphrosine E, Yahou N, Charrier R, Mascitti C. Un logement aujourd'hui et demain en Guyane. Insee-DEAL; 2014.
- [17] Ministère des affaires sociales et de la santé. (Page consultée le 01/08/2016). Nombre d'allocataire du RSA, [Internet]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/minima-sociaux/les-minima-sociaux/article/nombre-d-allocataires-du-rsa>
- [18] Insee. (Page consultée le 01/08/2016). Enquête Information et Vie Quotidienne : Lire, écrire, compter : des savoirs fragiles en Guyane, [internet]. http://www.Insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=20496
- [19] ARS. 2014, STATISS, Antilles Guyane Statistique et indicateurs de la santé et du social. Fort de France ; 2015.
- [20] Insee. (Page consultée le 01/08/2016). Santé : Les patients diabétiques traités en Guyane, [internet]. http://www.Insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=13803
- [21] Daigre J, Atallah A, Balkau B, et al. Prévalence de l'adiposité chez les adultes et les enfants dans quatre territoires français d'outre mer. L'enquête PODIUM. Diabetes Metab. 2011 Mar;37(1):A91.
- [22] Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C, others. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France. Synthèse Épidémiologique Inst Veille Sanit INVS [en ligne]. 2010, [consulté le 01/08/2016]; <http://212.234.146.165/publications/2010/plaquette_diabete/plaquette_diabete.pdf>
- [23] Archimbaud A, Chapdelaine, MA. Suicides des jeunes Amérindiens en Guyane française: 37 propositions pour enrayer ces drames et créer les conditions d'un mieux-être. Rapport à Monsieur le Premier Ministre. 2015.
- [24] Bailleux M. Guyane : état de santé des populations et pratiques de promotion de la santé. La santé de l'homme. 2010 Nov Dec ; (404) : 15-18.
- [25] Carde E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane. Espace populations sociétés, 2009 jan; p175-189.
- [26] Ville M, Brousse P. Centre délocalisé de prévention et de soins une approche pour les territoires isolés de Guyane. La santé en action. 2014 juin/juil/août; 428:34-38.
- [27] Agence régional de santé Guyane. Schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2011-2015. Cayenne : ARS Guyane ; 2012.
- [28] Insee. (Page consultée le 05/06/2016). Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités, [internet]. http://www.Insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=25&ref_id=21717
- [29] Haut Conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours. Paris : HCSP ; 2009.
- [30] Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficiency of therapeutic education. Rev Médicale Suisse. 25 mars 2009;5(196):688- 90.
- [31] WONCA. La définition européenne de la médecine général – médecine de famille. 2002.
- [32] Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée, modèle de relation patient-médecin. Médecin du Québec. 1993;28:29-39.
- [33] A. Deccache. Éducation pour la santé: quelques concepts et leur signification en médecine générale. In : Sandrin-Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Vanves (France); CFES. 1997. p51-62 p.
- [34] HAS. Éducation thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ?. Saint-Denis La Plaine : HAS ;

juin 2007.

[35] Duke SA, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009(1):CD005268.

[36] Drahi.E. ETP séquentielle en médecine générale. *La revue du praticien médecine générale*. 2010 Oct ; 24(847) :539-41.

[37] Midy F., Dekussche C. L'éducation thérapeutique en ambulatoire. *Adsp* n° 66 mars 2009, 43-45.

[38] Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : Réflexions et perspectives. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2012; 4(2): 401-408.

[39] Lefèvre T, d'Ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, Lombraïl P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Santé*. 2014 Oct;62(5):305-14.

[40] Deccache C, Grazia Albano M, de Andrade V, Crozet C, d'Ivernois JF. Therapeutic patient education for patients with multimorbidity: a recent literature review. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*. 2014; 6(2):201-05

[41] Weaver G. Understanding and coping with cross-cultural adjustment stress. In: Weaver G, Editor. *Culture, communication and conflict: Readings in intercultural relations*. Needham Heights : Ginn Press ; 1994. p. 169–189.

[42] Lussier D. Language, thought and cultures: links to intercultural communicative competence. *Canadian and International Education Journal*. 2011 Sep ; 40(2): 34-61.

[43] Purnell L. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs*. 2002 Jul ;13(3):193-6.

[44] Balcou-Debussche M, Debussche X. Hospitalization for type 2 diabetes : the effects of the suspension of reality on patient's subsequent management of their condition. *Qual Health Res*. 2009 Aug;19(8):1100-15.

[45] Foucaud J, Bury JA, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis: INPES; 2010.

[46] Balcou-Debussche M. Une approche éthnosociologique de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète de type 2. Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation, INPES, pp.75-89, 2010, *Savoirs en action*.

[47] Granier D. Quel accompagnement au changement créer pour susciter l'adhésion de la médecine de ville à l'utilité et à l'utilisation d'une plate forme d'ETP en Guyane ? [Mémoire de Master d'université, Éducation et santé] Paris : Université Pierre-et-Marie Curie ; 2016.

[48] Ashbaugh RA, Herbert CF, Butler L, Brunet A. A new frontier : Trauma Research On the Internet in "Internet Use in the Aftermath of Trauma". s.l. : IOS Press, 2010. pp. 99-120.

[49] BiostaTGV. (Page consultée le 10/06/16). Tableau des tests statistiques d'hypothèse. [Internet]. <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>

[50] Journal Officiel de la République Française. (page consulté le 10/06/16). Délibération n° 138 décidant de la dispense de déclaration des traitements constitués à des fins d'information ou de communication externe. Legifrance. [Internet]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000000788488&dateTexte=&categorieLien=id>.

[51] Lebreton G, Rault JF. La démographie médicale en région DOM-TOM, situation 2013. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2013.

[52] Bourit O, Drahi E. Éducation thérapeutique du diabétique et médecine générale : une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret. *Médecine*. 2007 Mai. 229-33

- [53] Observatoire Régional de santé en Midi-Pyrénées. (page consulté le 20/007/2016). Pratiques de l'éducation thérapeutique des médecins généralistes en Midi-Pyrénées. Juin 2010. [Internet]. <http://www.orsmip.org/tlc/documents/educationtherapeutique.pdf>
- [54] Gautier A, dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.
- [55] Fournier C, Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, Gautier A. Etude ENTRED 2007-2010 résultat du module information et éducation. Saint-Denis: INPES ; Dec 2011.
- [56] Sunaert P, Vandekerckhove M, Bastiaens H, Feyen L, Vanden Bussche P, D Maeseeneer JD, De Sutter A, Willems S. Why do GPs hesitate to refer diabetes patients to a self-management education program: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2011 Sept 8;12(1):94.
- [57] Peccoux C, Baudrant M, Farre C, Halimi S. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé. *Diabetes Metab.* 2012 Mar; 38(2) :A48-A49.
- [58] Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2012;55:1577-96 et *Diabetes Care* 2012;35:1364-79.
- [59] Roue T. Épidémiologie du cancer en Guyane, étude de l'incidence et de la mortalité par cancer en Guyane de 2003 à 2005. *Registre des cancers de Guyane.* [en ligne]. Novembre 2011, N°2, [consulté le 11/06/2016]. Disponibilité sur internet : <<http://www.oncoguyane.fr/etudes-scientifiques-sur-le-cancer>>
- [60] Cire Antilles Guyane. Epidémiologie des cancers. *Bulletin de veille sanitaire.* [en ligne]. Novembre 2013, N°8-9, [consulté le 11/09/2016]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.oncoguyane.fr/etudes-scientifiques-sur-le-cancer>>
- [61] Gay B, Demeaux JL, Marty ML. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude Ethiccar : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine.* 2009;5:42-6.
- [62] Académie Nationale de Médecine. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. Paris : ANM; 2013.
- [63] Druais P L. Rapport, la place et le rôle du médecin généraliste dans le système. Le Port Marly. 2015.
- [64] Balcou-Debussche M, Rastami J, Ramlati A, Said M, Solet JL, Debussche X. Développer l'éducation thérapeutique du patient à Mayotte en tenant compte de l'hétérogénéité des personnes et du contexte social, premiers enseignements à partir des données récoltées auprès de personnes diabétiques ou obèses. *Médecine des maladies métabolique.* 2012 Dec;6(6):525-8.
- [65] Fournier C, Attali C. Éducation (thérapeutique) du patient en médecine générale. *Médecine.* 2012 Mar; 123-128.
- [66] Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Lassere-Moutet A. L'enseignement thérapeutique : application au patient diabétique. *Revue Médicale de Liège.* 2005;60(5-6):599-603
- [67] Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD009405.
- [68] Coutu-Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétent : le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmier.* 2003 Mars;(72)34-47.
- [69] Rossi I. Médiation culturelle et formation des professionnels de la santé - De l'interculturalité à la co-disciplinarité. *Soz Preventiv med.* 1999;(44):288-94.
- [70] Foucaud J. Enquête INPES 2005 : État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France. Saint Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2005.

VIII. Bibliographie

GITPA. Amérindien de Guyane [en ligne]. [Consulté le 18/12/2015]. Disponibilité sur internet : <<http://www.gitpa.org/>>

Balcou-Debussche M. L'éducation des malades chroniques : une approche éthnosociologique. Paris : Éd. des Archives contemporaines, 2006 : 280p.

Lusbrink HJ. (page consultée le 11/05/2016). Les concepts de « culture et d'interculturalité ». Approches de définitions et enjeux pour la recherche en communication interculturelle, [Internet]. <http://unifr.ch/ipg/aric/assets/files/ARICBulletin/1998No30/06LusebrinkHJ.pdf>

Phaneuf M. (page consulté le 11/05/16). L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture, [Internet]. http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communication_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf.

Es-Safi L. La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée Plurielle*. 2001 ;1(3) :27-34.

Foucaud J, Moquet M J, Rostan F, Hamel E, Fayard A. État des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France Résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé. *Evolution* [en ligne]. Avril 2008, N°12, consulté le 11/05/16]. Disponibilité sur internet <www.inpes.sante.fr/evolutions/>

A. Deccache. Éducation pour la santé: quelques concepts et leur signification en médecine générale. In : Sandrin-Berthon B, Aujoulat I, Ottenheim C, Martin F. L'éducation pour la santé en médecine générale. De la fonction curative à la fonction éducative. Vanves (France); CFES. 1997. p51-62 p.

Peccoux-Levorin N. Analyse des déterminants de l'implication des médecins généralistes dans l'éducation thérapeutique du diabète de type 2 et de l'apport d'une structure éducative mise en place dans un territoire de santé [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine]. Grenoble : Université Joseph Fournier Faculté de Médecine de Grenoble; 2011.

Ngassam BV. Pratiques de l'éducation thérapeutique du patient atteint d'insuffisance cardiaque chronique par les médecins généralistes: une enquête exploratoire réalisée auprès de médecins franciliens [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] Créteil : Université Paris Val de Marne Faculté de Créteil ; 2014.

Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, Chew-Graham C. A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. *Brit J Gen Pract*. 2006 June; 56: 407–414.

Wens J, Vermeire E, Van Royen P, Sabbe B, Denekens J. GPs' perspectives of type 2 diabetes patients adherence to treatment: a qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract*. 2005 Mai 12;6:20.

Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. *Adsp*. 2011

Dec ; (77):6-10.

Gautier A, Fournier C, Beck F. Opinions et pratiques préventives des médecins généralistes en France. La santé de l'homme. 2011 Juil ; (414):4-6.

Fournier C, Attali C, Bocquet-Chabert A, Mosnier-Pudar H, Aujoulat I, Fagot-Campagna A, pour le groupe d'experts « démarche éducative » de l'Inpes. Besoins d'information et d'éducation des personnes diabétiques, pratiques éducatives des médecins, étude Entred, France, 2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009; 42-43, 460-464.

Roussel S, Libion F, Deccache A. Représentations en matière de santé, éducation et soin chez les soignants-éducateurs en éducation thérapeutique du patient : pistes pour la formation. Pédagogie Médicale. 2012 Mar; 13 (2):79-90.

Deccache C, van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. Patient Educ Couns. 2010 Mar;78(3):282-7

Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Éducation thérapeutique du patient le médecin est-il – aussi –un éducateur. Médecine. 2009 Mai;5(5)218-24.

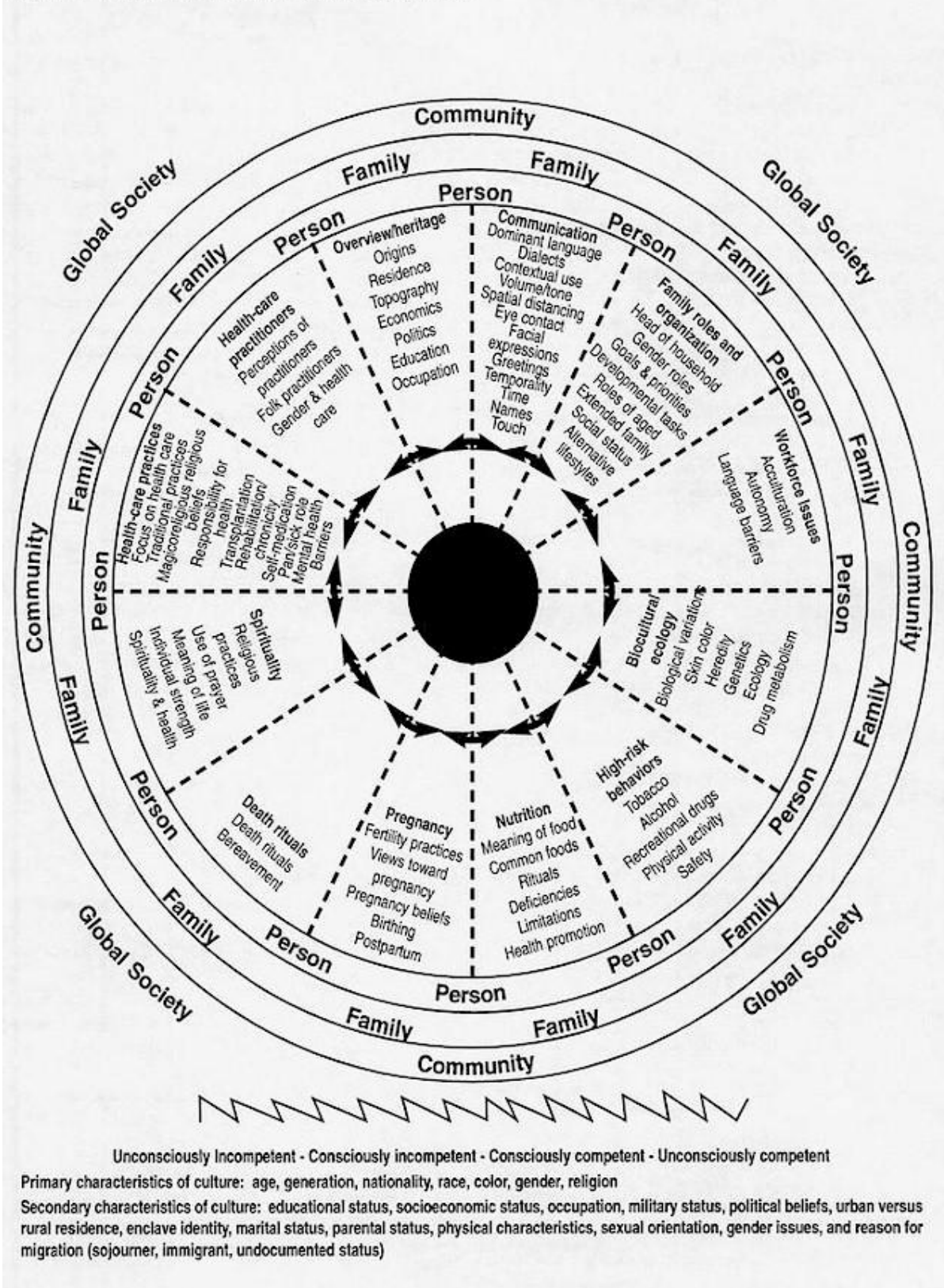
Lussier D. Language, Thought and Culture: Links to Intercultural Communicative Competence. Education. Can Int Educ Educ Canad Int. 2011 Jan 9;40(2):34-60.

Peyrot M, Rubin R. Access to Diabetes Self-management Education. Diabetes Educator. 2008 Jan Feb;34(1):90-7.

IX. Annexes

IX.1. Le modèle de Purnell (annexe 1)

Figure 1 - The Purnell Model for Cultural Competence



e questionnaire (annexe 2)

Thèse: l'éducation thérapeutique en Guyane : pratiques et besoins ressentis des médecins généralistes libéraux ou exerçant dans les CDPS.

Je vous remercie de prendre quelques minutes de votre précieux temps pour remplir ce questionnaire en moins de 5 minutes... Ce questionnaire est anonyme.

*Obligatoire

1. Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale? *

- Médecine libérale
- Centre Délocalisé de Prévention et de Soins

2. Êtes- vous? *

- une femme
- un homme

3. Depuis quand êtes-vous diplômé(e)? *

- moins de 10 ans
- entre 10 et 19 ans
- entre 20 et 29 ans
- 30 ans et plus

4. Quel est votre lieu d'exercice? * plusieurs réponses possibles...

- Région de Kourou
- CDPS du Haut Maroni
- CDPS Oyapock - Centre Est
- CDPS du Bas Maroni - Littoral Ouest
- Région de Cayenne et Guyane est
- Région de Saint Laurent du Maroni

5. Selon vous qu'est-ce qui définit l'éducation thérapeutique du patient? * plusieurs réponses possibles...

- La transmission d'un savoir
- La prise en charge centrée sur le patient
- L'auto-soins
- L'élaboration d'objectifs
- L'adaptation
- La psychologie
- Le partenariat
- la responsabilisation du patient
- l'autonomie du patient
- Autre :

6. Avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients? * « L'éducation thérapeutique 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 ».

- Oui
- Non

7. Si vous avez recours à l'éducation thérapeutique, quelle est votre pratique? * plusieurs réponses possibles...

- Vous avez recours à des "programmes" d'éducation thérapeutique
- Vous initiez ou réalisez le bilan éducatif (ou le diagnostic éducatif) puis vous orientez le patient
- Vous animez des séances collectives d'éducation thérapeutique
- Vous aménagez des consultations entièrement ou partiellement dédiées à l'éducation thérapeutique
- Vous ne faites pas de distinction formelle entre vos activités de soin et d'éducation
- Autre :

8. Quel temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation thérapeutique par patient atteint d'une maladie chronique ? *plusieurs réponses possibles...

- Moins d'un quart d'heure par an
- Un quart d'heure à une heure par an
- Une à deux heures par an
- Plus de deux heures par an

9. Quelles sont les situations pour lesquelles vous avez recours à l'éducation thérapeutique? * plusieurs réponses possibles...

- Le VIH
- Les polyarthralgies et lombalgie chronique
- La contraception
- La périnatalité
- la grossesse
- Les maladies cardio-vasculaires
- Le diabète
- les addictions
- L'asthme
- L'obésité
- La drépanocytose
- Le cancer
- Autre :

10. Quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique? * plusieurs réponses possibles...

- La répétition
- La démonstration
- Les documents papiers
- L'entourage
- Le dialogue
- Les explications
- L'auto-évaluation du patient
- Reprendre les erreurs personnelles
- L'écoute
- L'informatique
- La biologie ou l'examen clinique (Hba1c, INR, TA, poids....)
- faire peur
- Encourager
- Autre :

11. Quels seraient vos besoins pour développer l'éducation thérapeutique pour vos patients? * plusieurs réponses possibles...

- Une médiation culturelle
- Des programmes spécifiques
- Des supports d'information
- Une aide psycho sociale
- Une rémunération spécifique
- De la formation
- Une aide à la traduction
- Un travail d'équipe
- La possibilité de déléguer certaines activités
- Du temps
- Autre :

12. Selon vous quels sont les freins à l'éducation thérapeutique en Guyane? * plusieurs réponses possibles...

- Un manque de reconnaissance
- La précarité sociale
- La barrière culturelle
- Un manque de temps
- Un manque de communication et de retour entre les intervenants
- Un manque d'outil pédagogique
- La barrière de la langue
- Un manque d'information autour des programmes
- Un manque de formation
- Un manque de motivation des patients
- Autre :

13. Avez-vous le désir de prolonger ce questionnaire par un commentaire

IX.3. Tableau 13 : Résumé des réponses à la question 8 : « quel temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation thérapeutique d'un patient atteint d'une maladie chronique ? » (annexe 3)

Temps consacré à l'ETP	Médecins CDPS et libéraux	Médecins CDPS	Médecins libéraux
Moins de 15 min/an	13	1	12
Entre 15 min et 1h/an	30	16	14
Entre 1h et 2h/an	23	18	5
Plus de 2h /an	18	8	10

IX.4. Tableau 14 : Résumé des réponses à la question 10 : « quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possible...» (annexe 4)

Méthodes employées pour l'ETP	Médecins CDPS et libéraux (%)	Médecins CDPS (%)	Médecins libéraux (%)
Les explications	85,7	86,0	84,4
Le dialogue	75	81,4	68,3
La répétition	70,2	60,5	80,5
L'écoute	69	74,4	63,4
La biologie ou l'examen clinique	67,9	53,5	82,9
Encourager	65,5	62,8	68,3
La démonstration	48,8	44,2	53,7
Les documents	45,2	41,9	48,8
Reprendre les erreurs personnelles	40,5	32,6	48,8
L'entourage	40,5	35,5	41,5
L'auto-évaluation	35,7	31,7	41,5
Faire peur	23,8	11,6	36,6
L'informatique	16,7	11,6	22
Autre	2	2	0

IX.5. Commentaires des médecins à la question 13 : « avez-vous le désir de prolonger ce questionnaire par un commentaire? » (annexe 5)

_ « Les préoccupations émises par l'auteur de cette enquête apparaissent en flagrant décalage avec la réalité du terrain : un manque criant de moyens dévolus aux soins curatifs - locaux en ruines, acheminement inadapté des médicaments de première nécessité, difficulté d'évacuation sanitaire hormis urgences vitales, grande difficulté de recours aux spécialistes, absence d'accès aux soins dentaires, etc. S'agissant du moyen et haut Oyapock, le fossé culturel entre soignants et populations autochtones laisse peu de place à une éducation thérapeutique efficace, et est dépendante d'une médiation culturelle qui n'est en aucun cas formalisée. Le rattachement des CDPS périphériques au centre hospitalier de Cayenne est probablement une des causes du profond délaissement dont souffrent les structures périphériques, lesquelles semblent payer le prix d'arbitrages budgétaires favorables à l'hôpital. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique apparaît une préoccupation d'un luxe surréaliste ! »

_ « Le terme éducation thérapeutique est déjà piégé ; il y a un éducateur et un éduqué ; toujours ce bon vieux système colonialiste, même dans le monde de la médecine: moi je sais, et je vais t'apprendre. Il y a négation de l'identité culturelle du malade. Cela conduit entre autre au terrorisme lorsque toute identité autre que la notre n'est pas reconnue. C'est très présent en Guyane. Nous sommes incapables de nous centrer sur le patient, son ressenti culturel de la maladie etc... Le problème est déjà dans le titre... »

_ « Priorité à la connaissance et compréhension préalables de l'environnement socio-culturel en intégrant les pratiques thérapeutiques traditionnelles propres à chaque contexte ethnoculturel, afin d'adapter le contenu et la forme des messages délivrés, pour en optimiser l'efficacité et la pérennité, sans se heurter aux représentations et pratiques déjà existantes.

_ « Je n'ai travaillé que deux fois 45 jours à Trois-Sauts, on ne peut donc parler d'éducation thérapeutique pour une si courte période. Cette éducation nécessite tout d'abord une grande confiance dans le médecin ce qui s'acquiert avec le temps. même si une courte période permet de faire passer quelques messages.

_ « Population en pleine mutation sociale et culturelle, souvent "angoissante" et mal vécue . Enjeu global et DIFFICULTÉ de l'éducation au sens large (thérapeutique inclus, mais pas forcément au premier plan dans le sens "occidental" du terme : Revenir à une alimentation plus traditionnelle, plutôt qu'apprendre à gérer un diabète...) »

_ « Développer le système de réseau »

_ « J'ai fait un choix particulier en me mettant quasiment hors la loi pour tenter de faire une médecine de qualité, en refusant le tiers payant et en pratiquant le paiement à l'acte, ce qui sélectionne des patients motivés, avec des consultations qui durent en moyenne 30 minutes, ce qui me donne le temps d'écouter les patients et de faire de l'éducation thérapeutique. »

_ « Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié de la personne malade à condition d'exercer suffisamment longtemps pour créer un lien favorable à l'éducation thérapeutique nécessitant la construction d'un projet. Les successions fréquentes des médecins dans un même CDPS sont un réel handicap. »

_ « L'éducation thérapeutique est donc ici un vaste programme mal résolu (comme bien d'autres dans le "civil") ; heureusement qu'il n'est pas abordé comme en métropole, car pas abordé du tout, où il semble que ce sont des organisations étatiques qui l'organisent, qui n'ont aucune notion du

terrain et comme tout ce qui concerne la santé font "n'importe quoi" !!!! »

_ « Je n'ai travaillé que 3 mois en CDPS à Apatou; la motivation de l'équipe infirmière était remarquable; l'éducation thérapeutique est déjà difficile en métropole, et la situation sociale de la population guyanaise aggrave le décalage culturel sur les représentations de la maladie et leurs traitements. Le partenariat avec les personnes respectées dans la culture traditionnelle est indispensable. »

_ « Les réponses sont un peu biaisées par le fait que je suis remplaçant et que je n'élabore pas vraiment de projets thérapeutiques sur le long terme, même si j'instaure des traitements, donne des explications, et évoque les projets mais je peux concrètement pas les mettre en place sur le long terme. Ceci dit, j'ai répondu comme si j'étais installé, sauf pour le temps par an consacré pour l'ETP qui serait plutôt de 1 à 2 h par an. »

_ « Lorsque nous organisons des ateliers d'ETP en dispensaires, il est difficile de maintenir cette activité devant l'arrivée des urgences. En Nouvelle Calédonie, un poste y a été spécifiquement dédié. »

_ « J'ai pas le temps »

_ « J'ai passé seulement 3 mois à Apatou. Je n'ai donc pas assez de recul. L'éducation thérapeutique y est aussi compliquée qu'en métropole, la barrière culturelle et linguistique en plus. Mais c'est un formidable enjeu. »

_ « Premier obstacle : populations qui n'ont pas la notion de chronicité de la maladie, médicaments = soit guérison, soit inutiles. Pour que le patient puisse appréhender cette notion de soins à vie et non de guérison, il faut un discours qu'il puisse comprendre avec ses représentations de la maladie:

nécessité de médiateurs culturels qui soient formés, actuellement pas de médiateur et encore moins de médiateur formé. Deuxième obstacle: la précarité sociale et administrative, obstacle à l'accès aux soins. Troisième obstacle: le manque de temps des personnels , le manque de moyens en personnel soignant, ils peuvent être formés avoir tous les outils pédagogiques possibles, l'ETP demande énormément de temps, actuellement temps à accorder est quasi nul. Quatrième obstacle : nécessité d'une relation de confiance entre patient et soignant mise à mal par le turnover des personnels. »

X. Figures et Tableaux

X.1. Table des figures

Figure 1 : Les langues de Guyane : « *Leglise I, Renault-Lescure O, Launey M, Migge B. Langues de Guyane et langues parlées en Guyane. In : Kremnitz G. Histoire sociale des langues de France. Rennes : Presses Universitaires de Rennes; 2013. p. 671-682* »

Figure 2 : Figure 2 : Répartition des structures de soins en Guyane : « *Ville M, Brousse P. Centres délocalisés de prévention et de soins une approche pour les territoires isolés de Guyane, INPES, 2014 juin/juil/août; 428:34-38* »

Figure 3 : Temps consacré à l'éducation thérapeutique par an par patient atteint d'une maladie chronique

Figure 4 : Les fréquences des moyens utilisés pour l'éducation thérapeutique

X.2. Liste des tableaux

Tableau 1 : Résumé du résultat de l'enquête

Tableau 2 : Caractéristiques de l'échantillon, réponse au question 1,2 et 3

Tableau 3 : Lieu d'exercice des médecins libéraux

Tableau 4 : Lieu d'exercice des médecins CDPS

Tableau 5 : Résumé des réponses à la question 5 : « selon vous, qu'est-ce qui définit l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 6 : Résumé des réponses à la question 6 : « avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients? »

Tableau 7 : Caractéristique des médecins ayant répondu non à la question 6 : « avez-vous recours à l'éducation thérapeutique pour vos patients? »

Tableau 8 : Résumé des réponses à la question 7 : « Si vous avez recours à l'éducation thérapeutique, quelle est votre pratique ? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 9 : Résumé des réponses à la question 9 : « quelles sont les situations pour lesquelles vous avez recours à l'éducation thérapeutique? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 10 : Résumé des réponses à la question 10 : « quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 11 : Résumé des réponses à la question 11, « Quels seraient vos besoins pour développer l'éducation thérapeutique pour vos patients? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 12 : Résumé des réponse à la question 12, « selon vous quels sont les freins à l'éducation thérapeutique en Guyane? Plusieurs réponses possibles... »

Tableau 13 : Résumé des réponses à la question 8 : « quel temps consacrez-vous en moyenne à l'éducation thérapeutique d'un patient atteint d'une maladie chronique ? » (annexe 3)

Tableau 14 : Résumé des réponses à la question 10 : « quels sont les moyens que vous utilisez pour l'éducation thérapeutique ? Plusieurs réponses possibles... » (annexe 4)

UFR SCIENCES MÉDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs 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 dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

CHOUPEAUX Frédéric

Sujet de la thèse : L'éducation thérapeutique en Guyane, pratiques et besoins des médecins généralistes libéraux et des médecins exerçant dans les centres de santé isolés.

THÈSE : MÉDECINE – Université des Antilles et de la Guyane. Année 2016.

Mots clefs : Éducation du patient comme sujet, médecine générale, service de santé communautaire, soins adaptés sur le plan culturel.

Introduction. La Guyane possède des particularités qui compliquent la mise en place de l'éducation thérapeutique (ETP) mais qui pourraient aussi l'encourager. La société guyanaise est multiculturelle et en proie à des disparités sociales marquées. Une partie de la population a un accès limité aux soins du fait de son isolement. Les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins (CDPS) permettent à ces patients de pouvoir bénéficier de consultation médicale. L'objectif est de décrire les pratiques et les besoins en ETP des différents médecins généralistes de Guyane.

Méthode. Une enquête quantitative anonyme par questionnaire auto administré par internet a été réalisée auprès des médecins généralistes installés en Guyane et des médecins ayant travaillé dans les CDPS de 2011 à 2016, du 27 juillet au 10 août 2016. Les résultats des questionnaires médecins installés et CDPS, ont été analysés de manière descriptive conjointement et comparativement.

Résultats. Le taux de réponse a été de 36,8 % avec 84 questionnaires remplis dont 41 par des médecins généralistes installés et 43 par des médecins CDPS. 85 % ont déclaré avoir recours à l'ETP, parmi les 12 médecins n'y ayant pas recours 11 étaient des médecins installés. Ils étaient 78% à ne pas faire la distinction entre leur activité de soins et d'éducation thérapeutique. Le diabète et les maladies cardiovasculaires sont les deux situations cliniques pour lesquelles les médecins généralistes utilisent le plus l'ETP. Les méthodes utilisées sont avant tout basées sur la communication et très peu sur la pédagogie. Si les principaux obstacles au développement de l'ETP sont la barrière culturelle, la barrière de la langue et la précarité, le besoin fondamental exprimé par 73,8 % des médecin est le temps. Les médecins CDPS étaient plus nombreux à déclarer pratiquer l'ETP ($p=0,001$), ils ont aussi déclaré y consacrer plus de temps ($p=0,001$), et avoir plus recours aux programmes ($p=0,02$).

Discussion. Les médecins généralistes de Guyane ont des connaissances limitées de l'éducation thérapeutique qu'ils emploient dans une relation paternaliste avec leurs patients. L'organisation des soins n'est pas favorable à son développement surtout dans l'exercice libéral de la médecine générale. Les médecins des CDPS sont par contre dans un contexte plus propice même si la barrière culturelle est un obstacle.

Conclusion. Les médecins généralistes guyanais diffèrent peu de leurs homologues métropolitains, le manque de formation et de temps apparaissent comme des difficultés majeures pour leur implication dans l'ETP.

Jury :

Pr M. Nacher	Président du jury
Pr P. Couppié	Juge
Pr M. Dueymes	Juge
Dr P. Brousse	Juge