



HAL
open science

Évaluation des connaissances des internes de Médecine Générale de la subdivision Océan Indien sur l'Éducation thérapeutique du patient

Nelly Lebreton

► **To cite this version:**

Nelly Lebreton. Évaluation des connaissances des internes de Médecine Générale de la subdivision Océan Indien sur l'Éducation thérapeutique du patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01911174

HAL Id: dumas-01911174

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01911174>

Submitted on 2 Nov 2018

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.

UNIVERSITE de LA REUNION

U.F.R SANTE

ANNEE 2018

N° : 2018LARE016M

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Nelly LEBRETON

Née le 05 Novembre 1985 à Saint-Pierre

Le 22 octobre 2018

**Évaluation des connaissances des internes de Médecine Générale
de la subdivision Océan Indien
sur l'Éducation thérapeutique du patient**

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Membres du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :

Madame le Docteur Line RIQUEL

Monsieur le Docteur Philippe GOMARD

Monsieur le Docteur Xavier DEBUSSCHE

Madame le Docteur Véronique COCHET

Remerciements :

Aux membres de mon jury,

A Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO,

C'est un grand honneur pour moi que vous ayez accepté de présider ma thèse d'exercice. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Line RIQUEL,

Je vous remercie de faire partie de mon jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Philippe GOMARD,

Un grand merci pour votre participation au sein de mon jury.

A Monsieur le Docteur Xavier DEBUSSCHE,

Je vous remercie pour ce que vous m'avez enseigné sur l'ETP en service de diabétologie. Un grand merci pour votre sagesse, votre rigueur mais aussi votre humanisme.

A Madame le Docteur Véronique COCHET,

Je vous remercie mille fois pour votre aide précieuse, vos remarques pertinentes et votre bienveillance. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE,

Je vous remercie de m'avoir suivi tout au long de mon internat en tant que tuteur et directeur de thèse, pour vos conseils avisés, votre rigueur et votre investissement. Merci de m'avoir accompagné dans cette aventure.

**A ceux qui ont également contribué à améliorer
mes connaissances et compétences en ETP,**

A Madame le Docteur May FIANI,

Je vous remercie de m'avoir inspiré à travers votre thèse. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon estime à votre égard.

A Madame le Professeur Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE,

Je vous remercie pour tous les enseignements dispensés dans le cadre du Diplôme Universitaire de Prévention-Éducation des maladies chroniques / Éducation thérapeutique du patient.

A Madame le Docteur Marie José MAIGRAT-JACQUIN,

Merci de m'avoir permis de participer à votre programme d'ETP diabète en ambulatoire.

A Monsieur le Docteur Ameth GUEYE et à Monsieur Willy LEBRETON,

Je vous remercie de m'avoir permis d'appréhender l'évaluation en ETP.

Sommaire :

1	Introduction	12
1.1	Épidémiologie et prise en charge des maladies chroniques dans l’Océan Indien	13
1.1.1	Épidémiologie des maladies chroniques dans l’Océan Indien	13
1.1.1.1	A la Réunion	13
1.1.1.2	A Mayotte	14
1.1.2	La prévention et la prise en charge des maladies chroniques.....	15
1.1.2.1	Le Projet régional de Santé 2 (PRS 2) 2018-2027	15
1.1.2.2	Spécificités Réunion/Mayotte.....	16
1.2	Définition, finalités, législation en matière d’ETP.....	17
1.2.1	Définition de l’ETP	17
1.2.2	Cadres législatifs	17
1.2.3	Finalités de l’ETP.....	19
1.2.4	Organisation de l’ETP.....	19
1.2.4.1	Types d’offres de programmes d’ETP	20
1.2.4.2	Formats d’ETP.....	21
1.2.5	L’ETP dans l’Océan Indien.....	23
1.2.5.1	Les priorités dans l’Océan Indien	23
1.2.5.2	Points sur les MSP dans l’Océan Indien	23
1.3	La formation des médecins généralistes à l’ETP	24
1.3.1	Types de formations existantes	25
1.3.2	Compétences pour dispenser ou coordonner l’ETP	25
1.3.3	La formation des médecins à l’ETP	26
1.3.4	La formation initiale des étudiants en médecine	27
2	Méthode.....	29
2.1	Type d’enquête.....	29
2.2	Population	29
2.3	Recueil de données	29
2.3.1	Elaboration du questionnaire.....	29
2.3.2	Description du questionnaire.....	29
2.3.3	Diffusion du questionnaire	30
2.3.4	Récupération des données	31
2.4	Analyse des données	31
2.5	Critère de jugement.....	31
2.6	Critère éthique.....	32

3	Résultats :	33
3.1	Taux de réponses.....	33
3.2	Caractéristiques de la population étudiée.....	33
3.3	Expériences professionnelles sur l’ETP.....	35
3.4	Évaluation des connaissances sur l’ETP.....	36
3.5	Rôles du médecin généraliste et intérêt des IMG sur le sujet	42
3.6	Formation des étudiants en médecine sur l’ETP.....	44
3.7	Analyses croisées	46
3.7.1	Pratique de l’ETP	47
3.7.2	Formation reçue sur l’ETP pendant l’externat	49
3.7.3	Formation reçue sur l’ETP pendant votre internat	50
3.7.4	Projet de faire de l’ETP dans l’exercice futur	52
3.7.5	Sentiment d’être capable de dispenser de l’ETP à la fin de l’internat.....	54
4	Discussion :	56
4.1	Analyse des résultats de l’enquête	56
4.1.1	Population étudiée	56
4.1.2	Connaissances des IMG sur l’ETP.....	56
4.1.3	Place du médecin généraliste dans l’ETP selon les IMG	58
4.1.4	Intérêt des IMG sur l’ETP et freins à sa pratique.....	60
4.1.5	Formation des étudiants en médecine sur l’ETP	60
4.1.6	Analyses croisées	62
4.2	Forces et limites de l’étude	63
4.2.1	Forces de l’étude	63
4.2.1.1	Puissance.....	63
4.2.1.2	Validité interne.....	63
4.2.2	Les biais de l’enquête.....	63
4.2.2.1	Biais d’auto sélection.....	63
4.2.2.2	Biais de réponse	64
4.2.2.3	Biais d’évaluation	64
4.3	Perspectives.....	65
4.3.1	Implications pour la formation des IMG de la subdivision Océan Indien.....	65
4.3.2	Implications pour la pratique de l’ETP en Médecine Générale	65
4.3.3	Implications pour la recherche	66
5	Conclusion :	67
6	Références bibliographiques :	68
7	Annexes :	75

Table des figures et des tableaux

Figures :

Figure 1: Stages au cours desquels les IMG ont pratiqué l'ETP.....	35
Figure 2: Définitions de l'ETP selon les IMG	36
Figure 3: Degré d'implication des différents intervenants dans l'ETP selon les IMG	37
Figure 4: Nécessité formation à l'ETP pour dispenser ou coordonner un programme selon les IMG ..	38
Figure 5: Durée minimale de formation nécessaire pour dispenser ou coordonner un programme d'ETP selon les IMG	38
Figure 6: Personnes pouvant bénéficier de séances d'ETP selon les IMG	39
Figure 7: Lieux des séances d'ETP selon les IMG	39
Figure 8: Moments opportuns pour proposer des séances d'ETP selon les IMG	40
Figure 9: Maladies pouvant être prises en charge en ETP selon les IMG	40
Figure 10: Types de séances selon les IMG	41
Figure 11: Nombre de séances à proposer aux patients selon les IMG	41
Figure 12: Conditions nécessaires à la mise en oeuvre d'un programme selon les IMG.....	42
Figure 13: Obstacles à la pratique de l'ETP selon les IMG	43
Figure 14: Formation à l'ETP pendant l'externat	44
Figure 15: Formation à l'ETP pendant l'internat	44
Figure 16: Nombre d'heures de formation reçues pendant le cursus universitaire	45
Figure 17: Pourcentage d'IMG favorables à une formation à l'ETP pendant leur internat.....	45
Figure 18: Formes pédagogiques souhaitées par les IMG.....	46

Tableaux :

Tableau 1: Caractéristiques de la population des IMG ayant participé à l'étude.....	34
Tableau 2: Analyse croisée à partir de la pratique de l'ETP.....	48
Tableau 3: Analyse croisée à partir de la formation pendant l'externat.....	49
Tableau 4: Analyse croisée à partir de la formation pendant l'internat	51
Tableau 5: Analyse croisée à partir du projet de faire de l'ETP	53
Tableau 6: Analyse croisée à partir du sentiment de capacité à dispenser l'ETP à la fin de l'internat ..	55

Liste des abréviations :

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel
ALD : Affection longue durée
ARS : Agence régionale de santé
ARSOI : Agence régionale de santé Océan Indien
CNGE : Collège national des généralistes enseignants
COS : Cadre d'orientation stratégique
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
CSSM : Caisse de sécurité sociale de Mayotte
DES : Diplôme d'étude spécialisé
DGARS : Direction générale des agences régionales de santé
DMG : Département de médecine générale
DPC : Développement professionnel continu
DOM TOM : Départements et territoires d'Outre-Mer
DUMG : Département universitaire de médecine générale
ECN : Épreuves nationales classantes
ESP : Équipes de soins primaires
ETP : Éducation thérapeutique du patient
FMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé
FIR : Fonds d'intervention régional
GMPSOI : Groupement des maisons et pôles de santé de l'Océan Indien
HAS : Haute Autorité de santé
HTA : Hypertension artérielle
HCSP : Haut conseil de santé publique
HPST : Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
IDE : Infirmier diplômé d'état
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
IMG : Internes de médecine générale
MG : Médecins généralistes
MSP : Maisons de santé pluri-professionnelles
OMS : Organisation mondiale de la santé
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS2 : Projet régional de santé 2
SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé
T2A : Tarification à l'activité
UFR : Unité de formation et de recherche
URPS : Union régionale des professionnels de santé
USM : Unité de soutien méthodologique

1 Introduction

La prévalence des maladies chroniques augmente dans les Départements et territoires d'Outre-Mer (DOM TOM). Leur prise en charge devient multidisciplinaire.

Depuis quelques années, il existe un essor des programmes d'Éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP permet une amélioration de la santé globale des patients (1). En soins premiers, les programmes sont élaborés et mis en œuvre par des professionnels de santé formés à l'ETP avec le soutien de l'Agence régionale de la santé (ARS) au sein d'Équipes de soins primaires (ESP) dont les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP).

Pour être autorisé par l'ARS, un programme d'ETP doit faire intervenir différents professionnels de santé tous formés à l'ETP (niveau minimum requis : ETP 40 heures) avec au moins un des professionnels formé à la coordination de programme d'ETP (40 heures de coordination).

La formation des internes de médecine générale (IMG) comprend régulièrement un module de sensibilisation à l'ETP. Une enquête nationale a été menée en France métropolitaine en 2016. Elle portait sur l'évaluation des connaissances des IMG sur l'ETP (2). Il n'existe pas de donnée pour les IMG des DOM TOM.

Devant la problématique des maladies chroniques dans l'Océan Indien et l'importance que revêt l'éducation thérapeutique du patient dans leur prise en charge, une étude auprès des IMG de la subdivision Océan Indien est nécessaire.

La question de recherche était : quelles sont les connaissances des IMG de la Subdivision Océan Indien issus des épreuves classantes nationales (ECN) 2014 à 2017 en matière d'éducation thérapeutique du patient ?

L'objectif principal de cette étude était de décrire les connaissances des IMG de la Subdivision Océan Indien concernant l'éducation thérapeutique du patient.

Les objectifs secondaires étaient de définir les axes permettant de faciliter l'intégration de l'ETP dans leur future pratique et d'identifier les propositions de modification que les IMG souhaitaient apporter à leur formation médicale initiale en lien avec l'ETP.

1.1 Épidémiologie et prise en charge des maladies chroniques dans l'Océan Indien

1.1.1 Épidémiologie des maladies chroniques dans l'Océan Indien

En 2016, l'ARS Océan Indien (ARSOI) a établi un état des lieux de la situation sanitaire à La Réunion et à Mayotte (3).

1.1.1.1 A la Réunion

D'après les données de l'ARSOI (3), « quatre groupes d'affections concentrent les trois quarts des personnes en Affection de longue durée (ALD). Au 31 décembre 2014, 134 660 réunionnais bénéficiaient de prestations au titre d'une ALD. Le diabète (45 540 personnes ; 34 %) (4,5), le groupe des affections cardiovasculaires (37 200 personnes ; 28 %), les affections psychiatriques de longue durée (11 200 personnes ; 8 %) et les tumeurs malignes (10 500 personnes ; 8 %) représentent 78 % des ALD à La Réunion. La maladie d'Alzheimer et autres démences apparentées arrivent en 5^{ème} position (3 %) ».

Entre 2009 et 2014, le nombre d'inscriptions en ALD (en incluant l'HTA sévère) a augmenté de 12 %, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2 % chaque année. Le nombre de bénéficiaires d'une ALD a ainsi progressé de près de 14 100 en 5 ans à La Réunion. Le diabète contribue le plus à l'augmentation du nombre d'ALD à La Réunion (à hauteur de 50 %). Malgré l'exclusion de l'HTA de l'ensemble des ALD, le nombre d'inscriptions a progressé de 21 % entre 2009 et 2014 (3).

La Réunion se caractérise par des taux standardisés deux fois plus élevés qu'en Métropole (6,7) pour le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale chronique et l'accident vasculaire cérébral invalidant. Les écarts Réunion/métropole sont plus particulièrement observés chez les femmes. En revanche, la région est deux fois moins concernée par les tumeurs et l'insuffisance cardiaque.

Le vieillissement de la population implique une progression des maladies chroniques et des maladies liées à l'âge. Il semble nécessaire de développer les mesures de prévention, les prises en charge ciblées ainsi que l'accompagnement de patients présentant des problématiques médico-psycho-sociales diverses.

1.1.1.2 A Mayotte

L'incidence actuelle à Mayotte du surpoids et des difficultés nutritionnelles laissent présager une forte recrudescence des maladies métaboliques, cardiovasculaires et rénales. Parallèlement, l'incidence des cancers augmente. D'après les données de l'assurance maladie, le diabète est la maladie la plus fréquente à Mayotte avec un taux standardisé de 8,65 % (8). Les maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (2,11 %) et les maladies cardio-neuro-vasculaires (1,64 %) sont nettement moins fréquentes. Toutefois, ces données sont incomplètes en raison de la non affiliation de plus de la moitié de la population à la sécurité sociale à Mayotte (9) ; elles sont donc à prendre en compte avec précaution.

Une analyse de la répartition des séjours annuels dans les services de médecine chirurgie obstétrique des dernières années a été effectuée afin de donner une prévision sur les principales maladies à Mayotte dans les dix prochaines années. Au regard des cinq dernières années (10), on constate que la plupart des maladies ont eu un taux d'accroissement important en termes de séjours hospitaliers. Ceci concerne notamment les troubles mentaux (16 %), les maladies endocriniennes (14 %) et les maladies du sang (13 %).

1.1.2 La prévention et la prise en charge des maladies chroniques

1.1.2.1 Le Projet régional de Santé 2018-2027

Le Projet régional de santé (PRS) constitue « *la feuille de route de la politique de santé conduite par l'agence de santé Océan Indien pour les dix années à venir. Élaboré en cohérence avec la stratégie nationale de santé et sa déclinaison outremer, il sert de référence aux acteurs de la santé à La Réunion et à Mayotte, a pour objectif l'amélioration de la santé des populations sur les deux territoires et la réduction des inégalités de santé. Il concerne l'ensemble des activités et secteurs de la santé : la promotion et la prévention en santé, les soins de ville, les soins hospitaliers et les accompagnements médico-sociaux, la veille sanitaire et les risques environnementaux* » (11).

La politique de santé régionale se fonde désormais sur la « *complémentarité des politiques publiques au service des questions de santé, le renforcement des coopérations entre les deux îles, la prise en compte des déterminants de santé, le partage des priorités avec les partenaires institutionnels et les collectivités locales* ».

Le PRS 2 est composé de trois documents : un Cadre d'orientation stratégique (COS), fixant les grands objectifs de santé à atteindre dans les dix ans, un Schéma régional de santé (SRS), portant des objectifs opérationnels sur cinq ans et un Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies avec des volets distincts pour La Réunion et Mayotte.

Les enjeux pour les dix ans à venir ont été révélés grâce à l'examen de la situation sanitaire des deux îles. Le bilan et l'évaluation du PRS 2012-2017 ainsi que l'élaboration d'un diagnostic partagé avec les acteurs et les usagers de la santé ont également servi à les identifier :

1. L'amélioration de la santé de la femme, du couple et de l'enfant
2. La préservation de la santé des jeunes
3. L'amélioration de la santé nutritionnelle
4. La qualité de vie et la santé des personnes âgées et des personnes handicapées
- 5. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques**

6. La promotion et la protection de la santé mentale

7. L'environnement au service de la santé

8. Le renforcement de la veille sanitaire et de la réponse aux situations exceptionnelles en territoire insulaire.

Ainsi, l'objectif est de faire progresser la santé dans ces différents domaines.

1.1.2.2 Spécificités Réunion/Mayotte

La nature et l'ampleur des maladies chroniques sont insuffisamment documentées à Mayotte. A La Réunion, elles représentent une part importante de la consommation de soins. Elles touchent, en effet, une part croissante de la population. Souvent associée au vieillissement progressif de la population, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques appelle à *« une amélioration constante du dépistage et de la prise en charge précoce afin d'éviter les complications altérant la qualité de vie des personnes et consommatrices de ressources en santé. Ceci oblige à revoir les dispositifs de prévention, à renforcer la coordination des parcours de santé, et à encourager l'autonomie des patients. La réduction de l'incidence des maladies chroniques, et l'amélioration de leur prise en charge, concentrent une part importante des améliorations attendues de l'état de santé de la population, et requièrent dès lors une évolution des pratiques et des organisations, et une association plus forte de la société civile et des intervenants publics au-delà du seul champ sanitaire (11) ».*

Cette évolution épidémiologique suggère une *« réorganisation du système de santé pour garantir une continuité et une adaptation des soins tout au long de la vie, renforcer la prévention de l'incidence de la maladie et de ses complications, lutter contre la désocialisation subie par les patients, et permettre à ces derniers d'être acteur de leur santé et de préserver leur autonomie (11) ».*

Ainsi, deux objectifs principaux ont été définis pour les dix années à venir :

- Éviter la survenue des maladies chroniques chez les personnes à risque
- Éviter ou ralentir la dégradation de l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et préserver leur autonomie.

C'est en ce sens que l'ETP revêt une importance capitale.

1.2 Définition, finalités, législation en matière d'ETP

1.2.1 Définition de l'ETP

L'ETP se définit comme l'« *aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie* » (12).

Selon l'Organisation Mondiale de la santé (OMS), en 1998, l'ETP 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* » (13). L'HAS précisait en 2007 qu'« *elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider ainsi que leurs familles à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient (1)* ».

1.2.2 Cadres législatifs

La volonté politique de faire de l'éducation thérapeutique l'une des priorités en matière de santé publique est marquée par une succession de textes officiels (12).

En 1980, le Comité des ministres réuni au Conseil de l'Europe déclarait que toute personne a le droit de connaître l'information recueillie sur sa santé et recommande les programmes privilégiant la participation active des malades à leur traitement (12).

En mai 1998 (13), l'OMS rédigeait les compétences attendues des soignants dans ce domaine. Ils doivent alors être en mesure d'organiser, mettre en œuvre et évaluer des programmes et des activités d'éducation thérapeutique, en prenant en compte les singularités des patients

(expérience, représentations), et en se centrant sur leurs apprentissages à « *gérer leur maladie* » dans le quotidien.

En février 1999 (12), le manuel d'accréditation des établissements de santé prévoyait que le patient bénéficie « *des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement et des actions d'éducation pour la santé adaptée à ses besoins* ».

En 2000, la Conférence nationale de santé (12) soulignait l'intérêt de développer la prévention et l'éducation, dans une approche de promotion de la santé. Le souhait de voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient et la diffusion des pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé est mentionné.

La loi du 4 mars 2002 (14) affirmait le droit de toute personne d'accéder aux informations relatives à sa situation de santé et d'être reconnue comme un acteur partenaire de sa santé avec les professionnels.

En avril 2007, un plan d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques (15) prévoyait « *d'intégrer l'ETP à la formation médicale* ». Il énonçait quatre objectifs :

- Aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer,
- Élargir la pratique médicale vers la prévention,
- Faciliter la vie quotidienne des malades,
- Mieux connaître les conséquences de la maladie sur leur qualité de vie.

En juin 2007 (1), un guide méthodologique présentait les éléments fondamentaux de « *structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* ».

En 2009 (16), la loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définissait une place à l'ETP. Elle était pour la première fois reconnue comme thérapeutique à part entière avec son cadre, ses finalités et ses modes de financement dans une loi de santé publique.

D'après l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP puis l'arrêté du 31 mai 2013 (17,18), celle-ci nécessite une « *formation d'une durée minimale de quarante heures d'enseignements théoriques et pratiques pouvant être sanctionnée notamment par un certificat ou un diplôme* ». Il y est précisé que les professionnels doivent disposer de « *compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles ainsi que biomédicales et de soins* ».

L'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP (19) indique que *« l'intérêt des personnes malades doit être au centre des préoccupations de tout programme d'ETP. Celui-ci permet à la personne malade d'être véritablement acteur de sa prise en charge et non uniquement bénéficiaire passif d'un programme. La démarche éducative est participative et centrée sur la personne et non sur la simple transmission de savoirs ou de compétences. Elle se construit avec la personne. Les proches des personnes malades (parents, conjoint, aidants) sont également pris en compte. Ils sont associés à la démarche si le soutien qu'ils apportent est un élément indispensable à l'adhésion au programme ou à sa réussite »*.

En 2015 également, la HAS (20) décrit de nouveaux modes de prise en charge en ETP au plus près du patient, sous forme d'action éducative ciblée.

1.2.3 Finalités de l'ETP

Selon l'ARSOI (21), l'ETP constitue *« une pratique indissociable et complémentaire de la prise en charge délivrée par le médecin traitant et l'équipe de soins de premier recours, une pratique personnalisée et adaptée aux besoins de la personne porteuse d'une maladie chronique, une pratique s'appuyant sur une approche transdisciplinaire et intégrative permettant de fédérer une équipe autour d'un projet commun »*.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de santé du patient. Elle peut s'avérer utile tout au long de sa vie quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. La personne malade ainsi que ses proches sont confrontés à l'évolution de la maladie. Ceci nécessite une gestion des traitements mais aussi une surveillance quotidienne de l'état de santé. Il est intéressant d'associer les proches à la prise en charge s'ils le souhaitent. Chacun d'eux pourront prendre des initiatives et aider à faire face aux crises. Ils ont besoin *« d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'auto-soins et d'adaptation, et de les maintenir dans le temps »* (1).

1.2.4 Organisation de l'ETP

La mise en œuvre de l'ETP est basée sur une évaluation préalable des besoins éducatifs (22). Un diagnostic éducatif est ensuite posé aboutissant à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ceci amène à choisir avec le patient les compétences qu'il souhaite développer

en priorité pour une meilleure gestion de sa maladie chronique. Il s'agit alors de planifier et de mettre en œuvre plusieurs séances, collectives ou individuelles ou en alternance. Le but est « *d'aider le patient et/ou ses proches à acquérir des compétences en lien avec la stratégie thérapeutique et le projet de vie du patient* ». Une équipe pluri-professionnelle formée à l'ETP gravite autour du patient. Elle initie un programme pouvant s'étendre sur plusieurs mois. Les membres de cette équipe font appel à des ressources éducatives variées. Un partage des informations est indispensable à la coordination des soins et au suivi du patient. L'évaluation des compétences acquises par le patient et son entourage se fait tout au long des séances et une évaluation finale en fin de programme permet de revenir sur les objectifs liés au projet de vie du patient (23).

1.2.4.1 Types d'offres de programmes d'ETP

Il existe trois types d'offres de programme d'ETP (21).

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

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

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

1.2.4.2 Formats d'ETP

1.2.4.2.1 L'ETP structurée au sein de programmes

Les programmes d'ETP de proximité (21) sont dispensés par des professionnels de premier recours. Cette éducation thérapeutique de première intention ou initiale s'adresse aux patients atteints de maladies chroniques sans complication et relativement stabilisés. Elle concerne notamment les pathologies fréquentes comme le diabète, l'asthme et les affections cardiovasculaires. Elle est mise en œuvre en proximité par des ESP dont des MSP : qui assurent la gestion, le suivi et l'évaluation du programme, le recrutement des professionnels effecteurs des séances, l'organisation des séances... Cette organisation permet de « *répondre d'une part aux besoins des personnes porteuses d'une maladie chronique, d'autre part, aux demandes des professionnels de santé du premier recours de pouvoir s'impliquer plus dans l'ETP* ».

Les programmes d'ETP territorialisés (21) dispensés par des structures coordonnées est mise en œuvre par :

- Certaines maisons de santé,
- Des communautés professionnelles territoriales de santé,
- Des associations,
- Les organismes d'Assurance Maladie obligatoires et complémentaires.

Ces programmes concernent prioritairement des patients atteints de maladies chroniques en situation complexe (pluri-pathologies, complications médicales et/ou psychosociales). Il s'agit de la mise en œuvre de programmes plus élaborés mobilisant des ressources complémentaires. Ceci permet a des professionnels de santé du premier recours formés, souhaitant s'impliquer dans l'ETP, d'y intervenir sans avoir la charge de la gestion administrative d'un programme.

Les programmes d'ETP au sein des établissements de santé (21) concernent les prises en charge lourdes et complexes ainsi que les maladies rares.

Tous les programmes d'ETP doivent faire l'objet d'une demande d'autorisation qui est a renouveler tous les 4 ans, qu'ils soient conduits dans les établissements de santé, en médecine de ville, au sein d'une MSP ou d'une association. Des sanctions financières sont prévues par l'article L1162-1 du code de la santé publique à l'encontre du promoteur qui fonctionne sans

autorisation. Ils doivent être conformes à un cahier des charges national défini dans l'arrêté du 14 janvier 2015 (19) relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement. Ainsi, ces programmes sont mis en œuvre après autorisation de l'ARS.

En ce qui concerne leur financement, l'ETP est prise en charge via la Tarification à l'activité dite T2A ou dotation annuelle de financement dans le secteur hospitalier pour les établissements de santé. La facturation d'un groupement homogène de séjour ne peut toutefois se faire que dans les conditions définies par l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 (24) dite « *circulaire frontière* ». Ainsi, l'éducation thérapeutique du patient ne peut pas être le motif d'hospitalisation du patient. Elle peut se faire au détour de l'hospitalisation complète (prise en charge initiale de la pathologie, décompensation d'une pathologie chronique, complications) ou de jour (si nécessité d'un plateau technique et d'une prise en charge multidisciplinaire dans le cadre d'un bilan). Dans les autres cas, elle correspond à de l'activité externe.

En soins premiers, le financement des programmes se fait via le Fonds d'intervention régional (FIR) géré par l'ARS. Au titre du FIR, l'ARSOI finance les programmes selon un système de forfait dont le montant est fixé dans le cahier des charges régional et varie en fonction de l'âge des patients et du nombre de séances prévues.

1.2.4.2.2 *L'ETP intégrée aux soins*

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

L'ETP réalisée sous forme d'Activités éducatives ciblées (20). Ce format décrit par l'HAS en 2015 est mis en œuvre par des professionnels ou des équipes pluri-professionnelles formés à l'ETP, au cours de temps dédiés pour répondre à des besoins spécifiques du patient. Il s'agit d'« *un apprentissage pratique, ponctuel, mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large* ».

Mais qu'en est-il des priorités de développement de l'ETP dans l'Océan Indien ?

1.2.5 L'ETP dans l'Océan Indien

1.2.5.1 Les priorités dans l'Océan Indien

Compte tenu de l'épidémiologie des maladies chroniques à La Réunion et à Mayotte, « *la priorité est donnée aux maladies métaboliques et vasculaires, tant en termes d'autorisation de programmes d'ETP que de financement. Par ailleurs, sont privilégiés les programmes développés en ambulatoire soit au sein de structures d'exercice coordonné soit par des opérateurs apportant les garanties nécessaires pour prendre en charge ou organiser une éducation thérapeutique de caractère populationnelle. Les programmes autorisés en établissements de santé conservent tout leur sens, en particulier lorsqu'ils gèrent des pathologies rares, des situations requérant des compétences spécialisées et des pathologies à faible incidence* » (21).

Les programmes sont développés par des professionnels de santé hospitaliers mais également des libéraux et des associations. A ce jour, quarante-huit programmes d'ETP sont autorisés par l'ARSOI (cinq ambulatoires, six au sein de MSP, trente-sept par des établissements hospitaliers). Les pathologies ciblées sont actuellement le diabète, l'insuffisance rénale chronique, les maladies cardio-vasculaires et l'asthme. Ces programmes doivent être conformes à un cahier des charges national défini dans l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement. Ils sont mis en œuvre, après l'autorisation de l'ARS OI. La demande de renouvellement est à effectuer quatre mois avant l'expiration de l'autorisation.

1.2.5.2 Points sur les MSP dans l'Océan Indien

Les Maisons de santé pluri-professionnelles sont des établissements de soins de premiers recours au sein desquels les médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, autres professions paramédicales et autres professionnels intervenant dans le domaine de la coordination exerçant en libéral, regroupent et coordonnent leurs activités pour améliorer le suivi et la prise en charge des patients mais également leurs conditions d'exercice professionnel. Nées dans le début des années 2000, les MSP représentent un véritable mode d'exercice alternatif pour les

professionnels de santé libéraux. Au sein d'ESP dont font partie les MSP, des programmes d'ETP peuvent être élaborés et mis en œuvre par des professionnels de santé formés à l'ETP en collaboration avec l'ARS (25).

Plusieurs MSP ont vu le jour à La Réunion depuis 2013 (25) ; la plupart sont membres du Groupement des Maisons et Pôles de santé de l'Océan Indien (GMPSOI). En 2018 (21), il est comptabilisé six MSP qui dispensent et coordonnent des programmes d'ETP autorisés par l'ARSOI. En ce qui concerne Mayotte (26), département particulièrement sous doté en professionnels de santé, l'ARS OI en collaboration avec le GMPSOI et la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) se mobilisent pour soutenir l'ouverture de MSP. Une MSP existait depuis 2015. En août 2017, la signature de contrats tripartites ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) a permis de formaliser la création des deux premières MSP à Mayotte afin de bénéficier des financements de la Caisse générale de sécurité sociale dédiés à la coordination.

Ce type de dispositif pluri professionnel constitue un enjeu intéressant pour le développement de programmes d'ETP au sein d'équipes de soins primaires. De nouvelles MSP devraient être mises en place dans les années à venir.

L'ETP fait partie intégrante du parcours de soins du patient et peut être réalisée dans le secteur hospitalier et ambulatoire. Les médecins généralistes, au cœur du dispositif de l'organisation des soins premiers, assurent le suivi, la synthèse, la coordination et également la prévention et l'éducation des patients. Qu'en est-il de leur formation ?

1.3 La formation des médecins généralistes à l'ETP

La formation des soignants est indispensable pour le développement de l'ETP. Les différentes recommandations nationales et internationales l'inscrivent comme un critère de qualité. Elle constitue aujourd'hui une obligation légale pour mettre en place un programme d'ETP en collaboration avec l'ARS (17,18). De plus, plusieurs études ont montré l'impact favorable de la formation des soignants sur leurs pratiques. Cependant, la formation initiale des soignants en ETP est encore peu étendue notamment celle des étudiants en médecine.

1.3.1 Types de formations existantes

L'ETP est peu présente dans les formations initiales des professionnels de santé (27). A ce jour, seuls les infirmiers suivent obligatoirement des enseignements dans ce domaine au cours de leur cursus. Plus d'une quarantaine de formations diplômantes existent déjà en formation initiale (28). Des formations continues existent également visant à harmoniser l'offre pour l'améliorer : formations dispensées par des organismes spécialisés de formation, diplômes universitaires pour les professions médicales et paramédicales, masters de santé publique incluant des modules d'ETP, formations internes en établissements de santé et en instituts de formation en soins infirmiers. L'offre est variée et pluridisciplinaire. À cela, il faut ajouter la volonté de former les professionnels de santé à l'ETP en privilégiant la pluri professionnalité.

La formation doit être conçue à trois niveaux. Une sensibilisation à l'ETP de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux afin que ceux-ci connaissent le principe de l'ETP. La finalité est qu'ils la prescrivent et/ou la conseillent davantage à leurs patients chroniques. Cela incite les médecins généralistes à orienter naturellement les patients vers les structures dispensant l'ETP et les sensibilisent à suivre un programme. Pour ceux qui souhaitent participer à des programmes d'éducation thérapeutique ou mettre en place des actions éducatives personnalisées ciblées, une formation complémentaire doit être suivie. Enfin, une formation spécialisée est requise pour les professionnels de santé coordonnant les programmes.

1.3.2 Compétences pour dispenser ou coordonner l'ETP

De nos jours, s'ils souhaitent s'impliquer dans l'ETP, les professionnels de santé doivent se former. Les textes réglementaires (décret n°2013-449 du 31 mai 2013 et arrêté du 31 mai 2013) définissent les domaines de compétences pour dispenser l'ETP et coordonner un programme. Dans le cadre de ses missions, Santé publique France a coordonné le projet d'élaboration des référentiels de compétences en ETP basés sur ces textes officiels (29,30). Ils concernent l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de l'ETP, quels que soient les lieux de réalisation de l'ETP. Ils mettent à disposition un repérage large et non exhaustif des principales situations rencontrées, ainsi que des activités exercées dans l'ETP. Ils tiennent compte de tous les rôles, les lieux possibles et des différents niveaux d'implication. Les compétences sont

classées en trois domaines (technique, relationnel, pédagogique et organisationnel) et douze sous-domaines.

En conclusion, ces référentiels sont une base solide pour les formations diplômantes en ETP. Ils apportent une vision globale et commune des compétences nécessaires pour faire de l'ETP, quelles que soient la pathologie et la structure à l'initiative des programmes.

1.3.3 La formation des médecins à l'ETP

Différentes études ont montré l'impact positif de la formation sur la modification des pratiques professionnelles de santé. Le baromètre santé des médecins généralistes de 2009 (31) indiquait que *« l'ETP était plus efficace quand elle était assurée par des personnes qui ont été formées »*. Une étude spécifique portant sur la formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient a été menée dans ce cadre par Jérôme FOUCAUD, Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE et Marie-José MOQUET (32). Des analyses multivariées montraient que *« le fait d'avoir suivi une formation augmente le sentiment d'une efficacité pour la prise en charge des patients diabétiques (74,5 % des médecins non formés se déclarent moins efficaces vs 70,2 % parmi les médecins ayant déclaré avoir suivi une formation ; $p < 0,05$) et des patients hypertendus (91,8 % vs 88,7 % ; $p < 0,05$) »*. De plus, *« les médecins ayant suivi une formation sont proportionnellement plus nombreux à penser qu'une formation en prévention et éducation les aiderait à mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation (81,5 % vs 74,4 %) ; $p < 0,001$ »*. Dans cette étude, *« un médecin sur deux déclare avoir bénéficié d'une formation en ETP. Dans la majorité des cas, les formations auxquelles les médecins ont participé sont brèves »*. Par ailleurs, le manque de temps apparaissait comme un frein majeur à la participation des médecins à des formations en ETP. Les premiers éléments d'analyse *« incitaient à revenir sur la place de la formation à l'éducation dans la formation initiale »*.

La formation apparaît aujourd'hui comme un vecteur incontournable du déploiement de l'ETP sur le territoire national mais également locorégional ; elle constitue une obligation légale pour de nombreux professionnels de santé. Cependant, l'enseignement de l'ETP varie encore de façon importante d'une formation et d'un établissement à l'autre.

1.3.4 La formation initiale des étudiants en médecine

Une enquête de Santé Publique France a été réalisée en 2005 (33,34) afin de connaître les formations en ETP en France auprès des différentes structures de formation initiale des professionnels de santé concernés en première ligne par l'ETP : les médecins, les pharmaciens, les diététiciens, les infirmiers.

En ce qui concerne les études médicales, un manque de formation en ETP était à déplorer. En effet, *« sur 41 facultés de médecine sondées, seulement 19 ont répondu à l'enquête. Parmi elles, 11 facultés de médecine déclaraient avoir un enseignement spécifique à l'ETP. La majorité des facultés de médecine aborde la formation en 3ème cycle des études médicales avec onze heures d'enseignement en moyenne. Ces enseignements traitent principalement de la relation soignant-soigné (90 %) et des enjeux de l'ETP (89 %) »* (2).

Le rapport de 2009 (35) du Haut conseil de la santé publique (HCSP) stipulait que l'ETP soit *« officiellement reconnue et valorisée : mentionnée dans les recommandations professionnelles relatives aux différentes pathologies, financée dans le cadre des pratiques professionnelles et des activités de recherche, enseignée aux professionnels de santé en formation initiale et continue »*. En termes de formation initiale, il précisait que les facultés de médecine étaient les plus en retard dans ce domaine. Ainsi, il conviendrait de donner une vraie place aux sciences humaines et sociales dans la formation afin que *« les médecins soient mieux à même de soigner et d'accompagner les patients au long cours »*. Il souhaite que soient abordées *« systématiquement la prévention, l'éducation pour la santé, l'ETP dans les cours et dans les stages, former les étudiants à la relation avec les patients et à l'écoute et évaluer les compétences acquises dans ces domaines.*

Il indiquait également qu'il *« faut intégrer un enseignement spécifique à l'ETP au deuxième cycle des études médicales avec une formation à l'écoute, à la relation d'aide, à l'approche centrée sur le patient, avec une formation en stage dans un service spécialisé et une validation des acquisitions de compétences »*.

L'Académie nationale de médecine a rédigé un rapport en 2013 (36) intitulé *« L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine »*. Elle mentionnait qu' *« il faut former des médecins certes capables de*

diagnostiquer et prescrire, mais aussi et surtout en mesure de considérer la personne malade dans sa globalité. » Elle précisait que « *les programmes du deuxième cycle des études médicales ont évolué en ce sens mais que ni les méthodes pédagogiques ni les évaluations n'incitent les étudiants à se former dans ce paradigme* ». Ainsi, « *la très grande majorité des étudiants ont réduit l'ETP à un simple mot-clé destiné à obtenir des points aux ECN* ».

Elle a donc émis des recommandations quant à la formation en ETP (36):

- intégrer une initiation à l'importance de l'ETP et de la « posture éducative dans la première année des études de santé commune aux médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sage-femme, masseur-kinésithérapeute et IDE ;
- demander aux étudiants futurs professionnels de santé de participer à un programme d'éducation de leur choix en ETP dans le cadre de leurs stages pratiques obligatoires au cours de leur formation initiale ;
- proposer un module d'enseignement de l'ETP en deuxième cycle des études médicales
- créer un Diplôme d'Étude Spécialisé (DES) consacré à l'ETP dans le troisième cycle et éventuellement une proposition d'accessibilité à des Masters.

Enfin, elle recommande de développer des formations à l'ETP dans le cadre du Développement professionnel continu (DPC).

Sur le plan locorégional, le programme d'enseignement des IMG de la subdivision Océan Indien comprend deux heures consacrées à l'ETP et deux heures à l'entretien motivationnel. Le projet d'intégrer la formation de 40 heures d'ETP à la formation médicale initiale est en cours. Il est au stade de demande de financement.

2 Méthode

2.1 Type d'enquête

Il a été réalisé une enquête quantitative, descriptive, transversale et monocentrique de type Knowledge, Attitude, Belief and Practice (connaissances, attitudes et pratiques).

2.2 Population

Cette étude locorégionale s'adressait aux IMG de la Subdivision Océan Indien issus des ECN 2014 à 2017.

2.3 Recueil de données

2.3.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire s'est inspiré du travail de recherche du Docteur May FIANI (2). Il a été construit à partir des recommandations de l'HAS et de l'OMS. Il a été relu par des professionnels de santé pratiquant de l'ETP. L'Unité de soutien méthodologique (USM) du CHU Nord de La Réunion a été sollicitée afin de le valider. Il a également été testé auprès de plusieurs IMG. Le logiciel Google Forms[®] a permis de mettre le questionnaire en ligne, d'en moduler la forme et de suivre l'évolution des réponses.

2.3.2 Description du questionnaire

Ce questionnaire est divisé en plusieurs items (annexe 1) : informations personnelles, expériences professionnelles sur l'ETP, évaluation des connaissances sur l'ETP, intérêt des IMG sur le sujet, formation des IMG sur l'ETP.

La première partie permettait d'obtenir les informations personnelles à savoir : âge, genre, faculté d'internat, année de passage des ECN, stade dans le cursus universitaire, réalisation du stage praticien chez le médecin généraliste de niveau 1 et le Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS).

La deuxième partie portait sur l'expérience professionnelle sur l'ETP. Elle déterminait si l'interne de médecine générale avait pratiqué de l'ETP et si oui, au cours de quel(s) stage(s).

La troisième partie du questionnaire permettait une évaluation des connaissances des IMG Océan Indien sur l'ETP. En effet, cette partie permettait de faire le point sur les représentations des IMG sur l'ETP : les intervenants réalisant l'ETP, le lieu approprié pour réaliser les séances, les patients pouvant en bénéficier, le moment le plus opportun pour dispenser l'ETP, les maladies impliquées, l'organisation des séances.

La quatrième partie concernait l'intérêt des IMG sur le sujet en les interrogeant sur leur pratique future de l'ETP et sur les freins à sa mise en œuvre à La Réunion.

Enfin, la dernière partie faisait un état des lieux de leur formation antérieure et actuelle sur l'ETP, sur leurs sentiments d'être capables ou non de réaliser de l'ETP à l'issue de leur internat, sur leur souhait de formation adaptée à la pratique des médecins généralistes, sur le type de formation et les formes pédagogiques souhaitées.

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

La mention « *autres* » a dû être retirée des QCM de par la forme choisie (réponses par « *oui* » ou « *non* »). Une dernière question a été ajoutée en cours d'enquête (à partir de la réponse 42) afin que les internes puissent rajouter des commentaires éventuels.

2.3.3 Diffusion du questionnaire

Une demande a été envoyée au Département universitaire de médecine générale de La Réunion afin de permettre la diffusion du questionnaire aux IMG de la subdivision Océan Indien.

L'accès à l'enquête via le questionnaire en ligne était possible en envoyant par mail le lien internet aux internes.

Après un premier envoi, trois relances ont été réalisées avec des intervalles d'un mois entre chaque relance.

Le recueil a été stoppé dès l'obtention d'un minimum de cent réponses en accord avec l'USM.

2.3.4 Récupération des données

Les données recueillies grâce à l'outil Google Forms® à la fin de l'enquête ont été classées sur un tableau Excel® et transférées à l'USM.

2.4 Analyse des données

Une analyse descriptive des données a été menée. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyenne et écart-type.

Une analyse croisée a été réalisée pour certaines questions de l'enquête afin de déterminer s'il existait une différence statistiquement significative à partir du genre des internes, de l'année de passage des ECN, du stade dans le cursus universitaire, de la pratique de l'ETP, de la formation sur l'ETP pendant l'externat et pendant l'internat, du nombre d'heures de formation reçues sur l'ETP, du projet de pratiquer l'ETP dans l'exercice professionnel futur et du sentiment de capacité à dispenser de l'ETP à la fin de l'internat.

L'analyse bivariée de comparaison de deux pourcentages a été effectuée par le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était 0,05.

L'analyse a été effectuée à l'aide des logiciels SAS 9.4 et STATA. Les graphiques de cette thèse ont été générés au moyen du logiciel Excel®.

2.5 Critère de jugement

Le critère de jugement principal était de décrire les connaissances des IMG de la Subdivision Océan Indien concernant l'éducation thérapeutique du patient via un questionnaire.

2.6 Critère éthique

Une demande a été envoyée au correspondant informatique et libertés (CIL) de l'Université de La Réunion afin de savoir s'il était nécessaire ou non d'effectuer une déclaration spécifique au registre de la Commission nationale de l'informatique et des libertés CNIL. Dans le cadre de cette thèse, les seules données à caractère personnel traitées sont les suivantes :

- Sexe (homme ou femme).
- Age (et non la date de naissance).
- Faculté où le médecin a suivi son cursus.

Au sens de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il ne s'agit pas d'un traitement de données à caractère personnel. En effet, dans l'article 2, il est stipulé : "*Constitue une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement, par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres. Pour déterminer si une personne est identifiable, il convient de considérer l'ensemble des moyens en vue de permettre son identification dont dispose ou auxquels peut avoir accès le responsable du traitement ou toute autre personne*".

Dans le cas présent, étant donné qu'il n'est traité aucune autre donnée à caractère personnel, il n'a pas pu y avoir d'identification directe ou indirecte des IMG. Nous ne pouvions nullement récupérer l'adresse de messagerie des internes lors de la collecte des données à l'aide du Google Forms®. Il n'y a pas eu lieu de déclarer le traitement des données de cette enquête.

3 Résultats :

3.1 Taux de réponses

Cette enquête a eu lieu entre le 14 décembre 2017 et le 26 mars 2018. D'après les résultats des ECN 2014, 2015, 2016 et 2017, il y avait 252 IMG dans la subdivision Océan Indien. La diffusion du questionnaire a été stoppée au moment de l'obtention d'une centaine de réponses. Au total, 101 réponses ont été récoltées soit un taux de réponses de 40 %.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques de la population des IMG ayant participé à l'enquête sont présentées dans le tableau 1.

L'âge moyen des IMG ayant répondu était de 26,77 ans avec une médiane à 27 ans. 34 internes étaient issus des ECN 2017 (nouvelle réforme), 67 internes avaient obtenu les ECN entre 2012 et 2016. Sur les 101 IMG, 67,3 % étaient des femmes et 32,7 % étaient des hommes.

Variables		Ensemble des IMG	
		N (nombre)	%
Nombre d'internes		101	100
Sexe			
	Féminin	68	67,3
	Masculin	33	32,7
Stade dans le cursus universitaire			
	TCEM 1	33	32,7
	TCEM 2	23	22,8
	TCEM 3	33	32,7
	TCEM terminé mais doctorant	12	11,9
Année de passage des ECN			
	2012	5	5
	2013	3	3
	2014	12	11,9
	2015	27	26,7
	2016	20	19,8
	2017	34	33,7
Stage chez le médecin généraliste			
Stage de niveau 1		N	%
	Réalisé	51	50,5
	En cours	18	17,8
	Non réalisé	32	31,7
Stage en SASPAS		N	%
	Réalisé	14	13,9
	En cours	10	9,9
	Non réalisé	77	76,2

Tableau 1: Caractéristiques de la population des IMG ayant participé à l'étude

3.3 Expériences professionnelles sur l'ETP

61,4 % des IMG soit 62 répondants déclaraient avoir déjà pratiqué ou participé à une activité d'ETP.

Ils l'avaient pratiqué au cours des stages de médecine (42,6 %), stage chez le praticien de niveau 1 (28,7 %), stage d'externe chez le praticien (20,8 %), au cours du SASPAS (17,8 %), stage aux urgences (12,9 %), stage de pédiatrie/gynécologie (6,9 %) (cf figure 1).

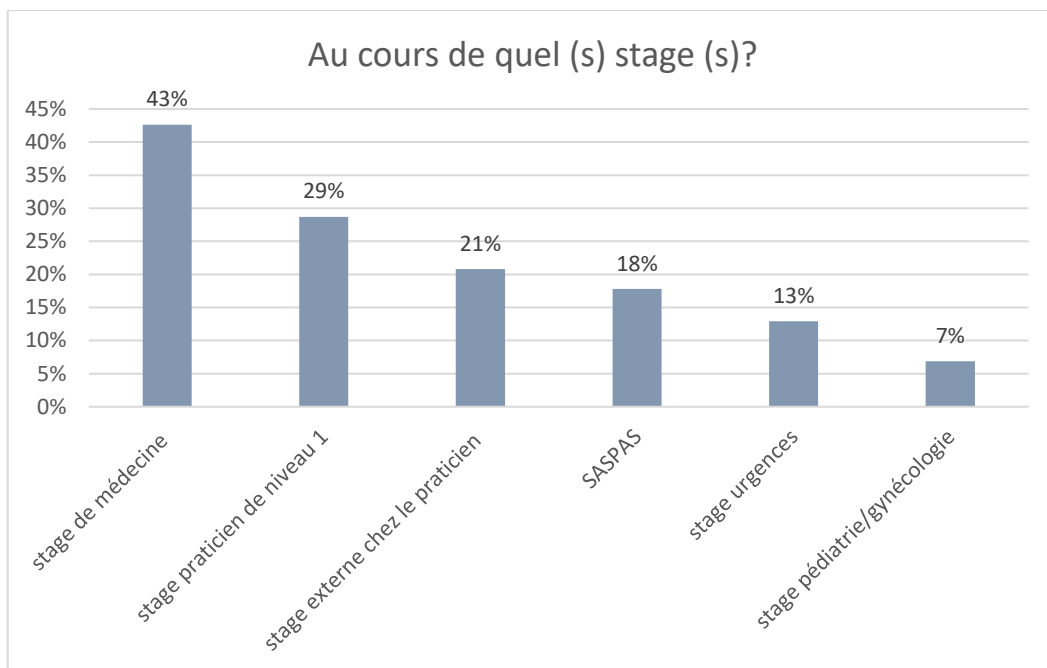


Figure 1: Stages au cours desquels les IMG ont pratiqué l'ETP

3.4 Évaluation des connaissances sur l'ETP

84 IMG étaient tout à fait d'accord et 17 étaient d'accord pour dire que l'ETP est considérée comme faisant partie intégrante de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique.

Plus de 90 % des internes définissaient l'ETP comme une acquisition de compétences d'autosoin et d'adaptation, une technique pour améliorer l'observance, une prise en charge pluri-professionnelle autour du patient, un moyen d'améliorer la qualité de vie du patient. 95 % des IMG estimaient que délivrer une information sur la maladie et sa prise en charge était considéré comme étant de l'ETP. 82,2 % estimaient qu'il s'agissait d'un partage d'expérience entre le professionnel et le patient. Un quart des IMG considéraient l'ETP comme faisant partie de la médecine intégrative (cf figure 2).

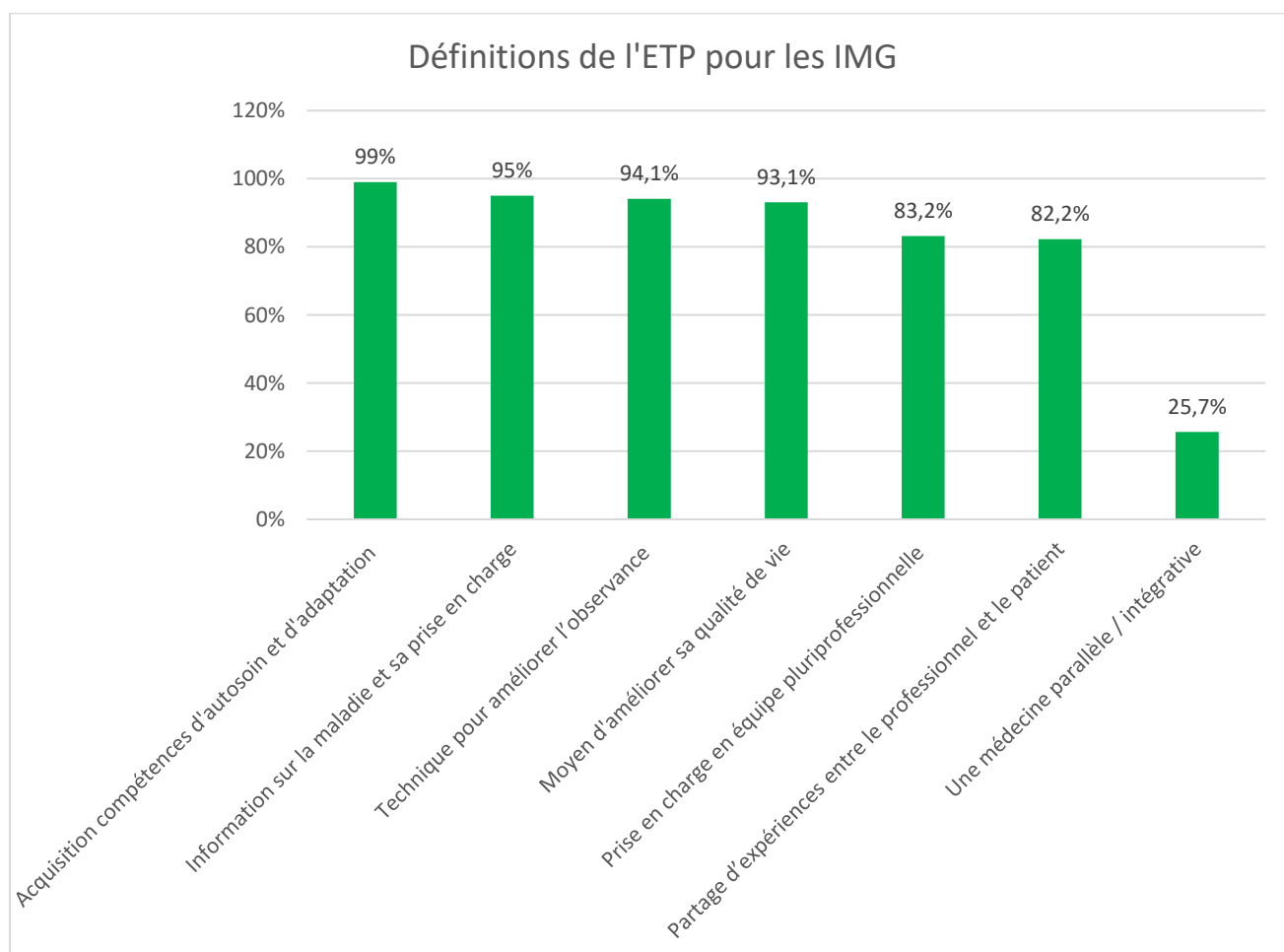


Figure 2: Définitions de l'ETP selon les IMG

Près de 45 % des internes pensaient que les modalités de mise en œuvre de l'ETP n'étaient pas décrites par des textes officiels.

La question suivante portait sur le choix des professionnels à impliquer dans l'ETP. Les professionnels médicaux, paramédicaux, les pharmaciens d'officine, la diététicienne, la psychologue, le coach sportif, le coordinateur, le patient éducateur étaient proposés. Les IMG sondés devaient choisir l'importance de ces différentes professions dans l'ETP, avec cinq degrés d'importance (implication très importante à ne pas impliquer).

La majorité des internes estimaient que les professionnels médicaux et paramédicaux devraient être impliqués d'une manière très importante dans l'ETP (60,4 %) ; vient ensuite le patient éducateur (44,6 %), la diététicienne (42,6 %), le coordonnateur (31,7 %), le pharmacien (28,7 %), la psychologue (22,8 %), le coach sportif (14,9 %) (cf figure 3).

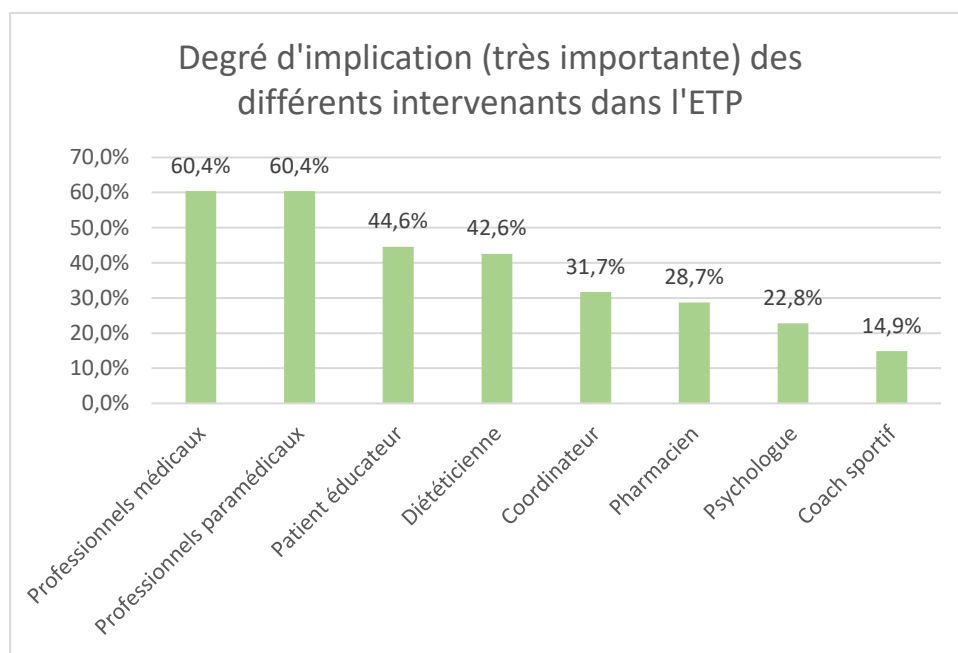


Figure 3: Degré d'implication des différents intervenants dans l'ETP selon les IMG

A la question « faut-il être formé à l'ETP pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP ? », 80 internes répondaient « oui » (cf figure 4).

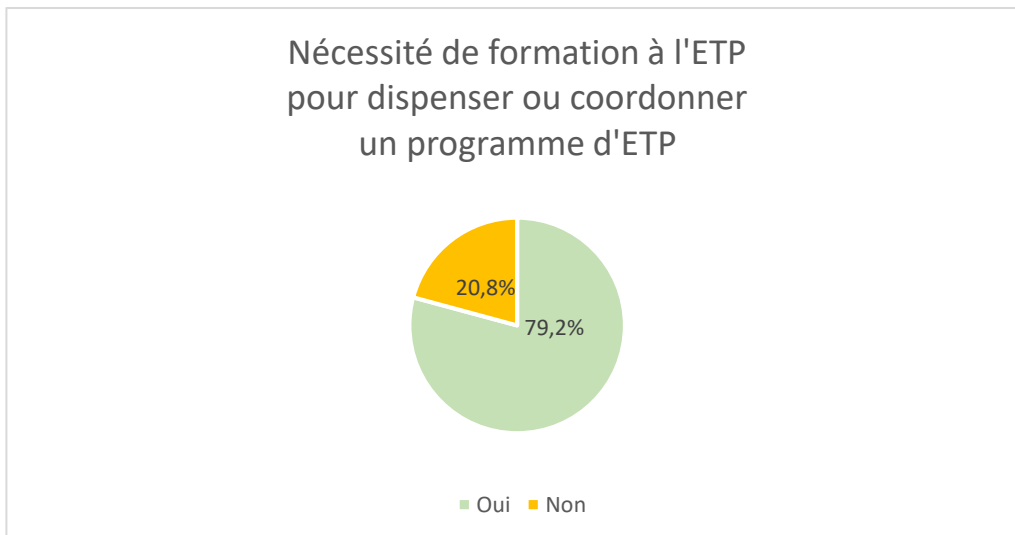


Figure 4: Nécessité de formation à l'ETP pour dispenser ou coordonner un programme selon les IMG

En ce qui concerne la durée minimale de formation pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP, 9 % pensaient que 4 heures de formation suffisent, 46,5 % déclaraient qu'une journée est nécessaire. 38,6 % estimaient qu'il faut avoir été formé au minimum 40 heures et enfin 6 % pensaient qu'une formation de plus de 40 heures est indispensable (cf figure 5).

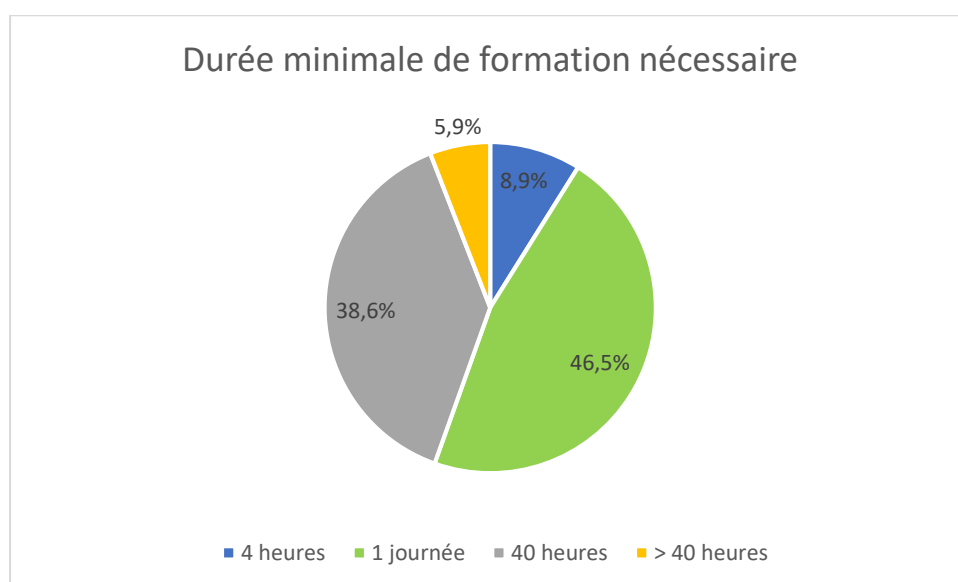


Figure 5: Durée minimale de formation nécessaire pour dispenser ou coordonner un programme d'ETP selon les IMG

Concernant les modalités de réalisation de l'ETP, les séances d'ETP pouvaient s'adresser à différentes personnes d'après les IMG. Tous les IMG étaient d'accord pour dire que l'ETP s'adresse aux patients atteints d'une maladie chronique. La majorité affirmaient que l'ETP peut cibler les adultes comme les enfants ainsi que la famille des patients. 82,2 % pensaient que les soignants pouvaient en bénéficier. Près de 42,6 % estimaient pouvoir dispenser de l'ETP aux patients grabataires (cf figure 6).

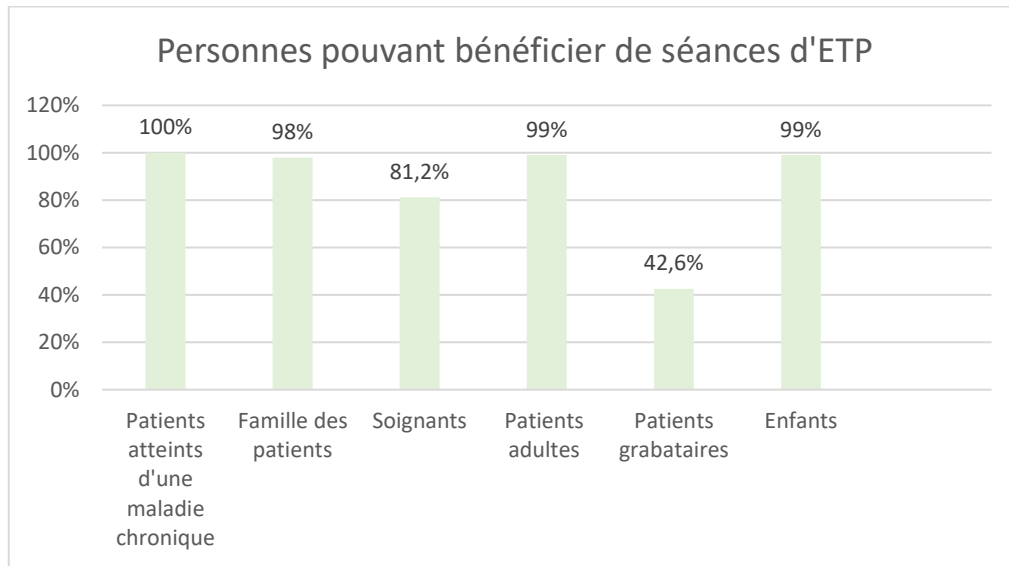


Figure 6: Personnes pouvant bénéficier de séances d'ETP selon les IMG

Ensuite, les IMG déclaraient que l'ETP pouvait être réalisée à différents endroits (cf figure 7).

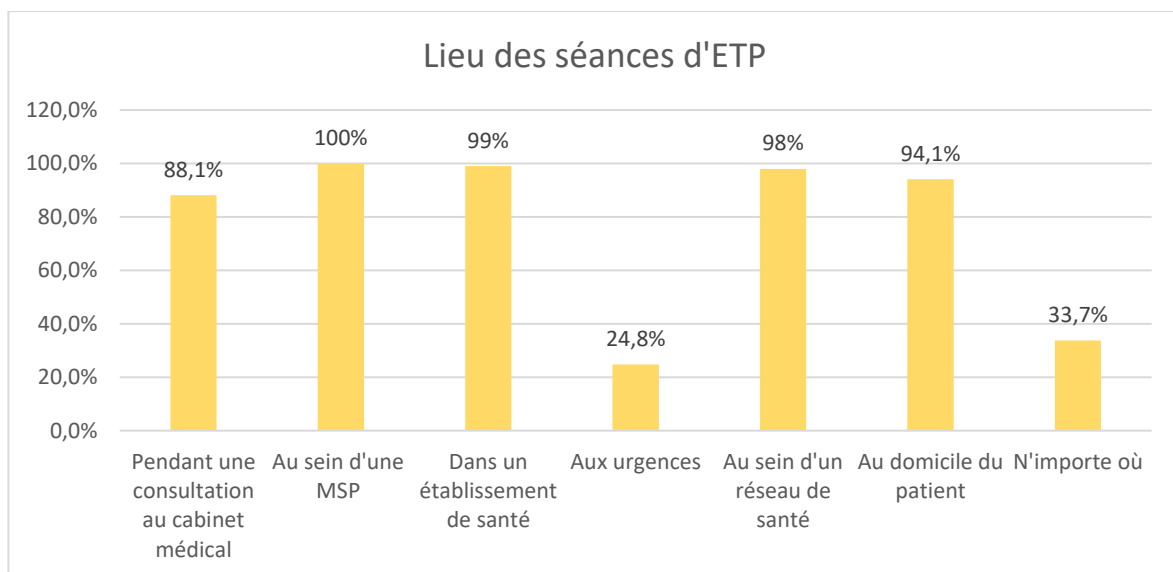


Figure 7: Lieux des séances d'ETP selon les IMG

Quant à la question portant sur le moment où l'on peut proposer des séances d'ETP, les internes avaient répondu à différents stades de la maladie (cf figure 8).

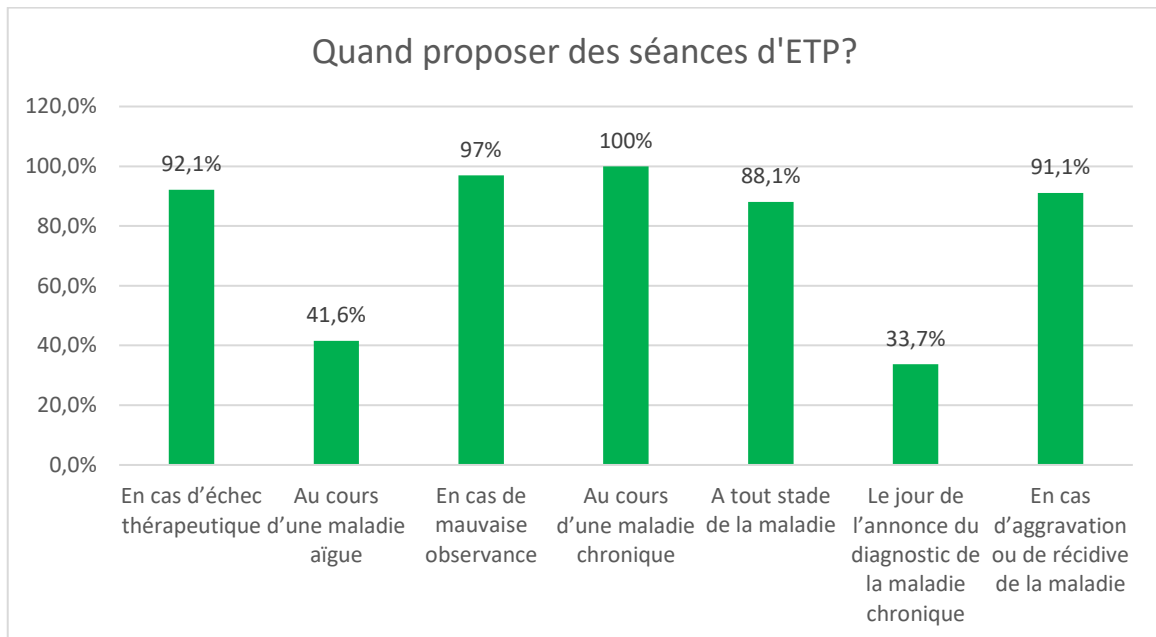


Figure 8: Moments opportuns pour proposer des séances d'ETP selon les IMG

Les IMG de la subdivision Océan Indien estimaient qu'il était possible de pratiquer l'ETP dans le cadre de certaines maladies (cf figure 9).

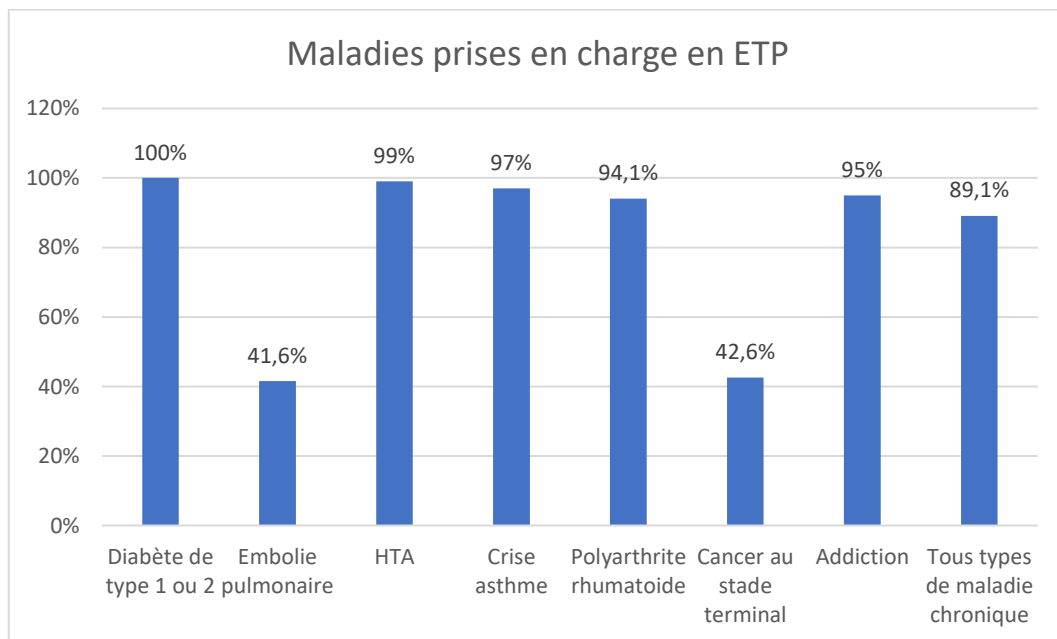


Figure 9: Maladies pouvant être prises en charge en ETP selon les IMG

Concernant les séances d’ETP, 84,2 % estimaient qu’elles devaient être en alternance individuelles et collectives (cf figure 10) . La majorité des IMG (79,2 %) considéraient que le nombre de séances d’ETP était à adapter en fonction des besoins des patients (cf figure 11).

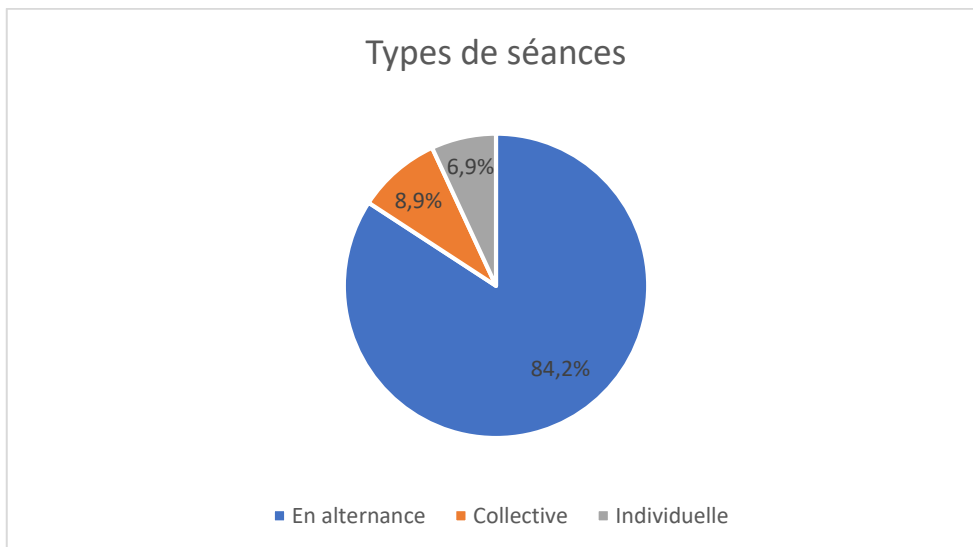


Figure 10: Types de séances selon les IMG

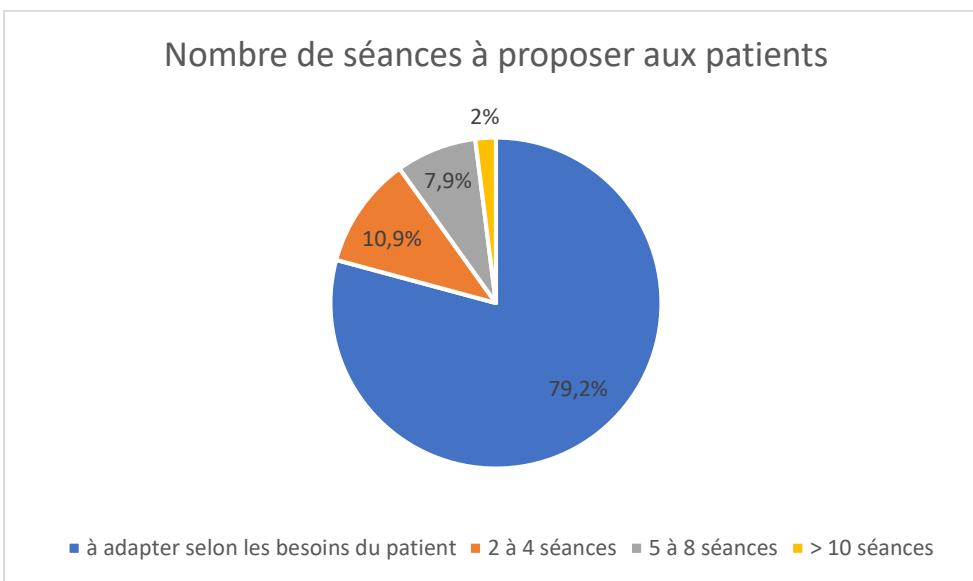


Figure 11: Nombre de séances à proposer aux patients selon les IMG

Selon les IMG, un programme d’ETP nécessitait une personnalisation en fonction des patients (100 %), l’élaboration d’un bilan éducatif (92,1 %), la planification et la mise en œuvre de séances d’ETP (94,1 %). Près de 11 % pensaient qu’il impliquait un financement par les patients, 6 % déclaraient qu’une évaluation collective uniquement était suffisante (cf figure 12).

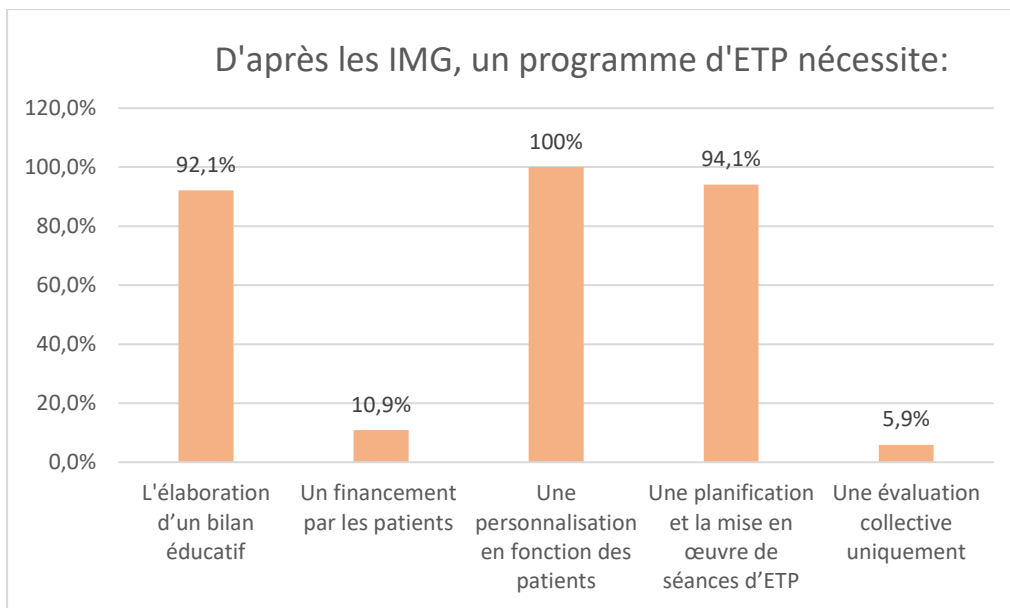


Figure 12: Conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un programme selon les IMG

3.5 Rôles du médecin généraliste et intérêt des IMG sur le sujet

90 % des IMG envisageaient de pratiquer l'ETP dans leur pratique future.

Selon eux, le médecin généraliste aurait plusieurs rôles dans l'ETP. La grande majorité (93,1 %) considéraient que le MG a un rôle essentiel d'orientation vers les structures d'ETP. 87,1 % pensaient que le bilan éducatif était réalisé par le médecin, ce dernier réaliserait des consultations d'ETP pour 88,1 %. Un tiers des IMG considéraient que l'animation des séances d'ETP mais aussi la création, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme ne faisaient pas partie du rôle premier du MG.

Plusieurs difficultés à la pratique de l'ETP étaient signalées par les IMG : le manque de formation (79,2 %), le manque de temps (76,2 %), le manque de moyens techniques et financiers (66,3 %), la difficulté à réaliser ce type de prise en charge seul (48,5 %), la barrière de la langue (30,7 %). Très peu d'IMG considéraient que l'ETP n'avait pas d'intérêt pour le patient (16,8 %). Seul 4 % d'entre eux estimaient qu'ils n'avaient pas de rôle dans l'ETP (cf figure 13).

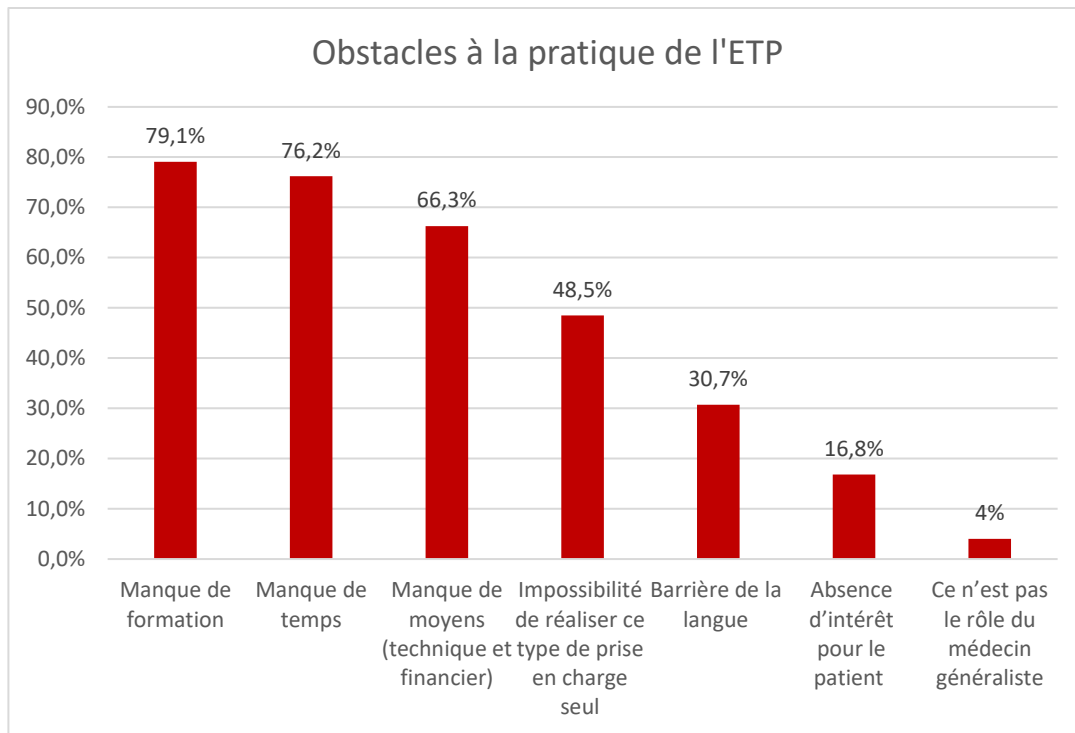


Figure 13: Obstacles à la pratique de l'ETP selon les IMG

3.6 Formation des étudiants en médecine sur l'ETP

Durant l'externat, 82,2 % des IMG indiquaient qu'ils n'avaient pas reçu de formation à l'ETP (figure 14). De manière similaire, la majorité des IMG (83,2 %) déclaraient ne pas avoir eu de formation à cette discipline au cours de leur internat (cf figure 15).

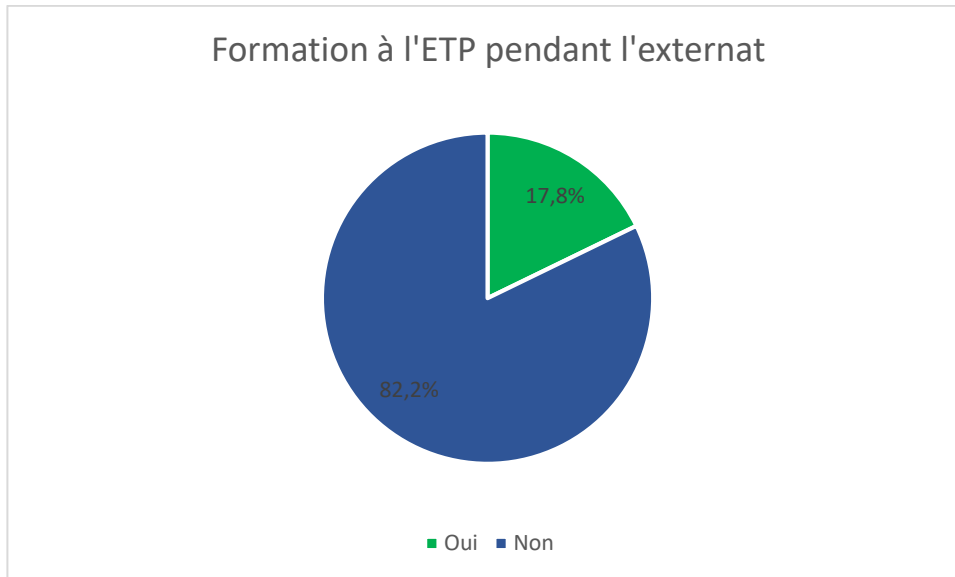


Figure 14: Formation à l'ETP pendant l'externat

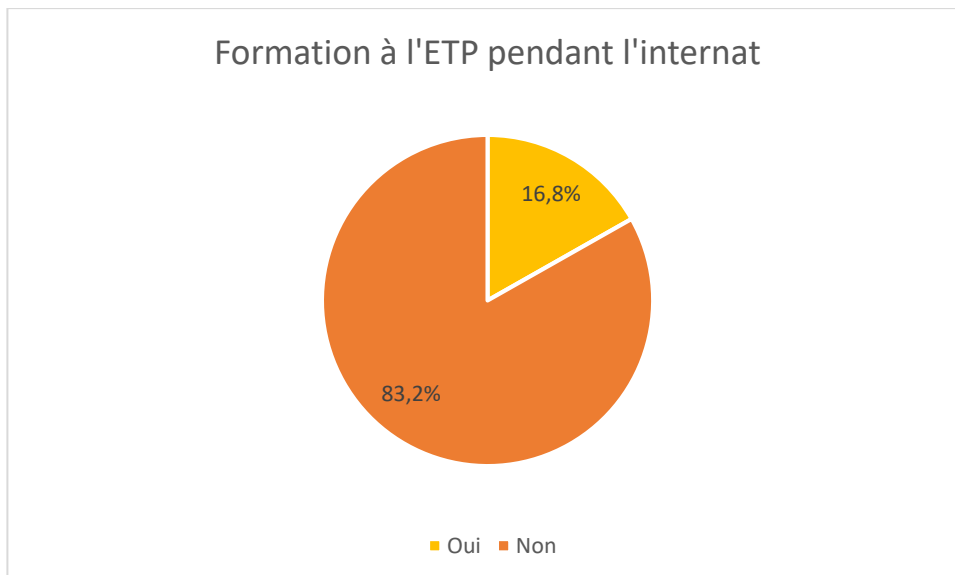


Figure 15: Formation à l'ETP pendant l'internat

77,2 % d'entre eux affirmaient avoir bénéficié de moins d'une journée de formation au cours de son cursus universitaire, aucun d'entre eux n'avait suivi une formation de 40 heures (cf figure 16).

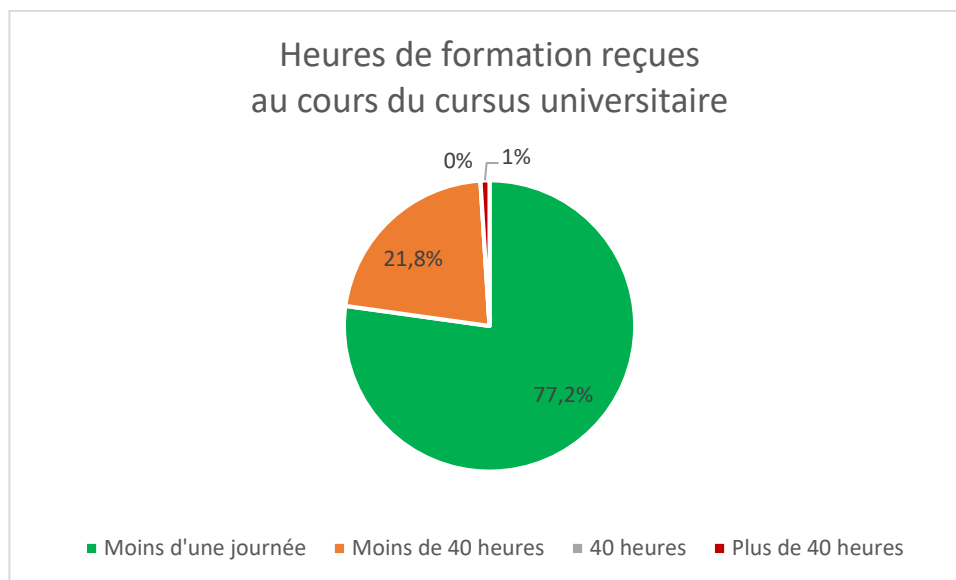


Figure 16: Nombre d'heures de formation reçues pendant le cursus universitaire

La majorité d'entre eux ne se sentaient pas capables de dispenser de l'ETP à la fin de leur internat (62,4 %). 97 répondants sur 101 étaient favorables à une formation à la pratique de l'ETP au cours de leur internat (figure 17).

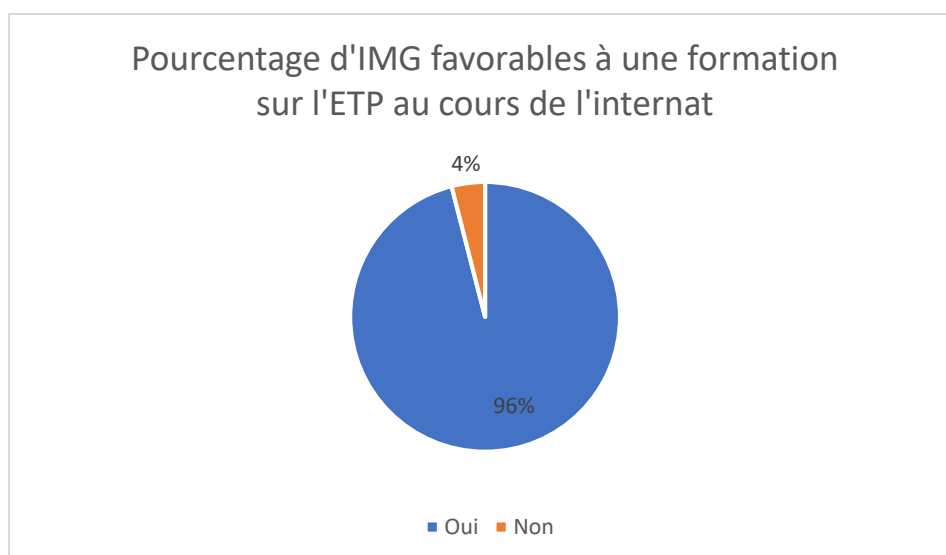


Figure 17: Pourcentage d'IMG favorables à une formation à l'ETP pendant leur internat

Près de 2/3 des IMG souhaiteraient suivre une formation de 40 heures intégrée au cursus universitaire. Plus de la moitié (54,5 %) seraient favorables à l'obtention d'un diplôme universitaire.

Parmi les types de formation proposés, les IMG suggéraient en premier la présentation de programmes d'ETP existants (89,1 %), la préparation et la réalisation d'une séance éducative sur le terrain (85,1 %), des rencontres avec des patients atteints de maladies chroniques (72,3 %), des cours sous forme d'ateliers (71,3 %), la participation à des congrès (53,5 %). Ils étaient majoritairement non favorables au cours magistraux (74,3 % étaient contre) (figure 18).

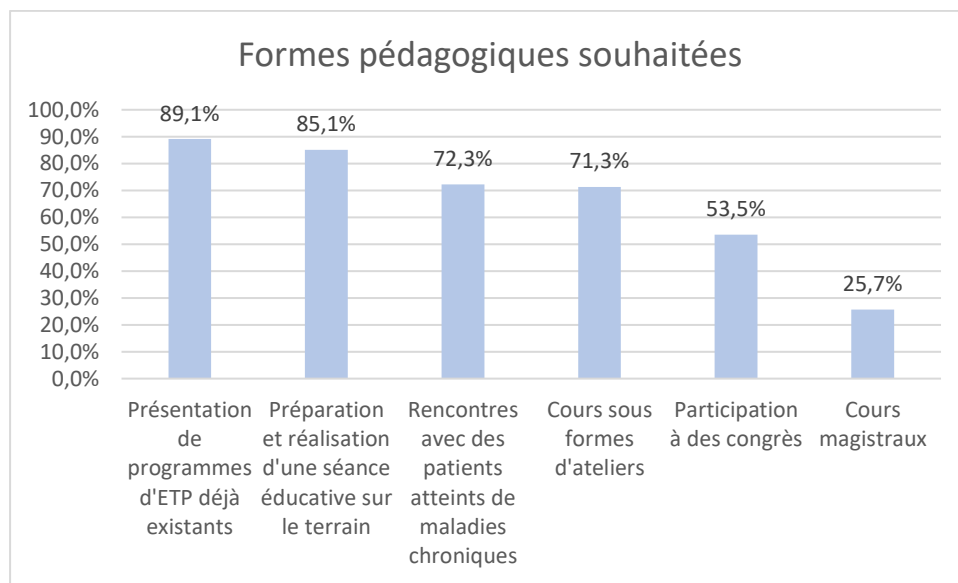


Figure 18: Formes pédagogiques souhaitées par les IMG

3.7 Analyses croisées

Une analyse croisée a été réalisée dans le but de déterminer s'il existait des différences statistiquement significatives. Il a été décidé avec l'accord de l'USM de séparer les internes ayant passé les ECN en 2017 (issus de la nouvelle réforme) versus les autres années (issus de l'ancienne réforme). Il a été approuvé également de séparer les internes ayant reçu moins d'une journée de formation versus ceux ayant reçu plus d'une journée de formation. En ce qui concerne les difficultés à la pratique de l'ETP à La Réunion, il a été choisi de prendre en compte « le manque de formation » versus les autres causes.

3.7.1 Pratique de l'ETP

La **question 7** : « *Avez-vous déjà pratiqué ou participé à de l'ETP ?* » a été croisée (cf tableau 2) avec :

-la **question 1** « *Vous êtes un homme ou une femme ?* »

-la **question 4** « *Quelle est votre année de passage aux ECN ?* »

-la **question 5** « *Quel est votre stade dans le cursus universitaire ?* »

-la **question 6** « *Avez-vous réalisé les stages ambulatoires ?* »

Question 6 A : De niveau 1 et question 6 B : SASPAS

-la **question 25 A** « *Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre externat ?* »

-la **question 25 B** « *Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre internat ?* »

-la **question 23** « *Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre exercice futur ?* »

-la **question 26** « *Combien d'heures de formation avez-vous reçues sur l'ETP au cours de votre cursus universitaire ?* »

79,4 % des IMG issus des ECN en 2017 avaient déjà participé à de l'ETP. Sur les internes ayant passé les ECN avant 2017, seul un interne sur deux l'avait déjà pratiqué. Cette observation était similaire au regard du cursus universitaire (TCEM 1 correspondant à la population des internes issus des ECN 2017). Concernant les IMG ayant terminé le TCEM, la pertinence du résultat restait à discuter puisqu'il s'agissait de promotion incomplète (diverses promotions).

53 % des IMG n'ayant pas eu de formation à l'ETP pendant l'externat avaient été amenés à participer ou à pratiquer de l'ETP. 100 % des personnes ayant été formées pendant leur externat avaient déjà participé ou pratiqué à l'ETP. 57,1 % des internes n'ayant pas eu de formation à l'ETP pendant leur internat avaient été amenés à participer ou à pratiquer de l'ETP. 82,4 % des personnes ayant été formées pendant leur internat avaient déjà participé ou pratiqué à l'ETP. 91,3 % des IMG ayant bénéficié de plus d'une journée de formation avaient déjà pratiqué de l'ETP.

		Q7 = pratique de l'ETP		P-value
		Déjà pratiqué l'ETP	Jamais pratiqué l'ETP	
Q1 = Genre	Homme	21 (63,6 %)	12 (36,4 %)	0,7463
	Femme	41 (60,3 %)	27 (39,7 %)	
Q4 = Année de passage ECN	ECN en 2017	27 (79,4 %)	7 (20,6 %)	0,0080
	ECN avant 2017	35 (52,2 %)	32 (47,8 %)	
Q5 = Coursus universitaire	TCEM 1	26 (78,8 %)	7 (21,2 %)	0,0261
	TCEM 2	11 (47,8 %)	12 (52,2 %)	
	TCEM 3	16 (48,5 %)	17 (51,5 %)	
	TCEM terminé	9 (75 %)	3 (25 %)	
Q6A = stages ambulatoires chez le praticien	En cours	12 (66,7 %)	6 (33,3 %)	0,6394
	Non	21 (65,6 %)	11 (34,4 %)	
	Oui	29 (56,9 %)	22 (43,1 %)	
Q6B = stages ambulatoires SASPAS	En cours	3 (30 %)	7 (70 %)	0,0995
	Non	50 (64,9 %)	27 (35,1 %)	
	Oui	9 (64,3 %)	5 (35,7 %)	
Q25A = formation à l'ETP pendant externat	Non	44 (53 %)	39 (47 %)	0,0002
	Oui	18 (100 %)	0 (0 %)	
Q25B = formation à l'ETP pendant internat	Non	48 (57,1 %)	36 (42,9 %)	0,05
	Oui	14 (82,4 %)	3 (17,6 %)	
Q23 = ETP dans pratique future	Non	6 (60 %)	4 (40 %)	0,9244
	Oui	56 (61,5 %)	35 (38,5 %)	
Q26 = nombre heures de formation pendant internat	Moins d'une journée	41 (52,6 %)	37 (47,4 %)	0,0008
	Plus d'une journée	21 (91,3 %)	2 (8,7 %)	

Tableau 2: Analyse croisée à partir de la pratique de l'ETP

3.7.2 Formation reçue sur l'ETP pendant l'externat

La question 25 A « Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre externat ? » a été croisée (cf tableau 3) avec :

-la question 1 « Vous êtes un homme ou une femme ? »

-la question 4 « Quelle est votre année de passage aux ECN ? »

-la question 5 « Quel est votre stade dans le cursus universitaire ? »

-la question 23 « Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre pratique future ? »

-la question 27 « A l'issue de votre internat, vous sentirez-vous capable de dispenser de l'ETP ? »

		Q25A = formation pendant l'externat		P-Value
		Déjà reçu une formation pendant l'externat	Jamais reçu de formation pendant l'externat	
Q1 = Genre	Homme	4 (12,1 %)	29 (87,9 %)	0,2970
	Femme	14 (20,6 %)	54 (79,4%)	
Q4 = Année de passage ECN	ECN en 2017	11 (32,4 %)	23 (67,6 %)	0,0066
	ECN avant 2017	7 (10,5 %)	60 (89,5%)	
Q5 = Cursus universitaire	TCEM 1	11 (33,3 %)	22 (66,7 %)	0,0421
	TCEM 2	2 (8,7 %)	21 (91,3 %)	
	TCEM 3	4 (12,1 %)	29 (87,9 %)	
	TCEM terminé	1 (8,3 %)	11 (91,7 %)	
Q23 = ETP dans pratique future	Non	0 (0 %)	10 (100 %)	0,1208
	Oui	18 (19,8 %)	73 (80,2 %)	
Q27 = sentiment capacité à dispenser ETP à la fin de l'internat	Non	2 (3,2 %)	61 (96,8 %)	<0,0001
	Oui	16 (42,1 %)	22 (57,9 %)	

Tableau 3: Analyse croisée à partir de la formation pendant l'externat

Parmi les internes reçus aux ECN avant 2017, un sur dix était formé à l'ETP pendant son externat. Ce chiffre a été multiplié par 3 pour ceux issus de la nouvelle réforme. Le même constat était retrouvé au sein de la question 5. La majorité des personnes (96,8 %) qui ne se sentaient pas capables de dispenser de l'ETP au terme de leur internat n'avaient pas reçu de formation pendant leur externat.

3.7.3 Formation reçue sur l'ETP pendant votre internat

La **question 25B** « *Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre internat ?* » a été croisée (cf tableau 4) avec :

-la **question 1** « *Vous êtes un homme ou une femme ?* »

-la **question 4** « *Quelle est votre année de passage aux ECN ?* »

-la **question 5** « *Quel est votre stade dans le cursus universitaire ?* »

-la **question 23** « *Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre pratique future ?* »

-la **question 27** « *A l'issue de votre internat, vous sentirez-vous capable de dispenser de l'ETP ?* »

Il en ressort que 77,6 % des internes ayant passé les ECN avant 2017 n'avaient pas reçu de formation sur l'ETP pendant leur internat.

		Q25B = formation pendant l'internat		P-Value
		Déjà reçu une formation pendant l'internat	Jamais reçu de formation pendant l'internat	
Q1 = Genre	Homme	6 (18,2 %)	27 (81,8 %)	0,8005
	Femme	11 (16,2 %)	57 (83,8 %)	
Q4 = Année de passage ECN	ECN en 2017	2 (5,9 %)	32 (94,1 %)	0,0362
	ECN avant 2017	15 (22,4 %)	52 (77,6 %)	
Q5 = Coursus universitaire	TCEM 1	1 (3 %)	32 (97 %)	0,0435
	TCEM 2	4 (17,4 %)	19 (82,6 %)	
	TCEM 3	8 (24,2 %)	25 (75,8 %)	
	TCEM terminé	4 (33,3 %)	8 (66,7 %)	
Q23 = ETP dans pratique future	Non	2 (20 %)	8 (80 %)	0,7779
	Oui	15 (16,5 %)	76 (83,5 %)	
Q27 = sentiment d'être capable de dispenser ETP à la fin de l'internat	Non	11 (17,5 %)	52 (82,5 %)	0,8279
	Oui	6 (15,8 %)	32 (84,2 %)	

Tableau 4: Analyse croisée à partir de la formation pendant l'internat

3.7.4 Projet de faire de l'ETP dans l'exercice futur

La **question 23** « *Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre exercice futur ?* » a été croisée (cf tableau 5) avec :

- la **question 1** « *Vous êtes un homme ou une femme ?* »
- la **question 4** « *Quelle est votre année de passage aux ECN ?* »
- la **question 5** « *Quel est votre stade dans le cursus universitaire ?* »
- la **question 7** : « *Avez-vous déjà pratiqué ou participé à de l'ETP ?* »
- la **question 24** « *Selon vous, quelles sont ou quels seraient vos difficultés à la pratique de l'ETP à la Réunion ?* »
- la **question 25 A** « *Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre externat ?* »
- la **question 25B** « *Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre internat ?* »
- la **question 26** « *Combien d'heures de formation avez-vous reçues sur l'ETP au cours de votre cursus universitaire ?* »

100 % des IMG inclus dans la nouvelle réforme souhaiteraient pratiquer de l'ETP dans leur exercice futur contre 85,1 % auparavant.

La totalité des IMG ayant eu plus d'une journée de formation souhaiteraient faire de l'ETP dans leur exercice futur.

		Q23 = projet de pratiquer l'ETP		P-Value
		Projet de pratiquer l'ETP	Pas de projet	
Q1 = Genre	Homme	30 (90,9 %)	3 (9,1 %)	0,8494
	Femme	61 (89,7 %)	7 (10,3 %)	
Q4 = Année de passage ECN	ECN en 2017	34 (100%)	0 (0 %)	0,0176
	ECN avant 2017	57 (85,1 %)	10 (14,9 %)	
Q5 = Cours universitaire	TCEM 1	33 (100 %)	0 (0 %)	0,0379
	TCEM 2	21 (91,3 %)	2 (8,7 %)	
	TCEM 3	26 (78,8 %)	7 (21,2 %)	
	TCEM terminé	11 (91,7 %)	1 (8,3 %)	
Q7 = pratique de l'ETP	Non	35 (89,7 %)	4 (10,3 %)	0,9244
	Oui	56 (90,3 %)	6 (9,7 %)	
Q24 = obstacles à la pratique de l'ETP : le manque de formation	Non	19 (90,5 %)	2 (9,5 %)	0,9482
	Oui	72 (90 %)	8 (10 %)	
Q25A = formation à l'ETP pendant externat	Non	73 (88 %)	10 (12 %)	0,1208
	Oui	18 (100 %)	0 (0 %)	
Q25 B = formation à l'ETP pendant internat	Non	76 (90,5 %)	8 (9,5 %)	0,7779
	Oui	15 (88,2 %)	2 (11,8 %)	
Q26 = nombre heures de formation pendant internat	Moins d'une journée	68 (87,2 %)	10 (12,8 %)	0,0704
	Plus d'une journée	23 (100 %)	0 (0 %)	

Tableau 5: Analyse croisée à partir du projet de faire de l'ETP

3.7.5 Sentiment d'être capable de dispenser de l'ETP à la fin de l'internat

La **question 27** « A l'issue de votre internat, vous sentirez-vous capable de dispenser de l'ETP » a été croisée (cf tableau 6) à :

- la **question 1** « vous êtes un homme ou une femme ? »
- la **question 4** « quelle est votre année de passage aux ECN ? »
- la **question 5** « quel est votre stade dans le cursus universitaire ? »
- la **question 7** « avez-vous déjà pratiqué ou participé à de l'ETP ? »
- la **question 24** « Selon vous, quelles sont ou quels seraient vos difficultés à la pratique de l'ETP à la Réunion » en prenant en compte exclusivement « le manque de formation »
- la **question 25 A** « Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre externat ? »
- la **question 25B** « Avez-vous reçu une formation à l'ETP pendant votre internat ? »
- la **question 26** « Combien d'heures de formation avez-vous reçues sur l'ETP au cours de votre cursus universitaire ? »

Un homme sur deux se sentait capable de dispenser de l'ETP à la fin de l'internat alors qu'une femme sur trois s'en sentait capable.

Chez les internes ayant passé les ECN en 2017, 67,6 % se sentaient capables de dispenser de l'ETP à la fin de l'internat contre 22,4 % pour les années antérieures.

La quasi-totalité des personnes (89,7 %) n'ayant pas pratiqué ou participé à l'ETP ne se sentaient pas capables de dispenser de l'ETP à la fin de leur internat alors que 54,8 % de ceux qui avaient déjà pratiqué de l'ETP se sentiraient capables de le faire.

Parmi les IMG considérant le manque de formation à l'ETP comme un obstacle à sa pratique, 67,5 % ne se sentaient pas capables de dispenser l'ETP après leur internat.

Parmi les IMG n'ayant pas reçu de formation pendant leur externat, deux internes sur trois ne se sentaient pas capables de dispenser l'ETP tandis que 88,9 % ayant reçu une formation se sentaient capables de le faire dans le futur.

65,2 % des IMG ayant eu plus d'une journée de formation pendant l'internat se sentaient capables de dispenser de l'ETP à la fin de leurs études ; à l'inverse, 70,5 % de ceux dont la formation a été inférieure à une journée ne se sentaient pas capables de le faire.

		Q27 = sentiment d'être capable de dispenser ETP à la fin de l'internat		P-Value
		Se sent capable de dispenser l'ETP à la fin de l'internat	Ne se sent pas capable de dispenser l'ETP à la fin de l'internat	
Q1 = Genre	Homme	17 (51,5 %)	16 (48,5 %)	0,0447
	Femme	21 (30,9 %)	47 (69,1 %)	
Q4 = Année de passage ECN	ECN en 2017	23 (67,6 %)	11 (32,4 %)	<0,0001
	ECN avant 2017	15 (22,4 %)	52 (77,6 %)	
Q5 = Cours universitaire	TCEM 1	23 (69,7 %)	10 (30,3 %)	<0,0001
	TCEM 2	6 (26,1 %)	17 (73,9 %)	
	TCEM 3	5 (15,2 %)	28 (84,8 %)	
	TCEM terminé	4 (33,3 %)	8 (66,7 %)	
Q7 = pratique de l'ETP	Non	4 (10,3 %)	35 (89,7 %)	<0,0001
	Oui	34 (54,8 %)	28 (45,2 %)	
Q24 = obstacle à la pratique de l'ETP : manque de formation	Non	12 (57,1 %)	9 (42,9 %)	0,0380
	Oui	26 (32,5 %)	54 (67,5 %)	
Q25A = formation à l'ETP pendant externat	Non	22 (26,5 %)	61 (73,5 %)	<0,0001
	Oui	16 (88,9 %)	2 (11,1 %)	
Q25B = formation à l'ETP pendant internat	Non	32 (38,1 %)	52 (61,9 %)	0,8279
	Oui	6 (35,3 %)	11 (64,7 %)	
Q26 = nombre heures de formation reçues pendant internat	Moins d'une journée	23 (29,5 %)	55 (70,5 %)	0,0019
	Plus d'une journée	15 (65,2 %)	8 (34,8 %)	

Tableau 6: Analyse croisée à partir du sentiment de capacité à dispenser l'ETP à la fin de l'internat

4 Discussion :

Cette enquête locorégionale permettait de réaliser un état des lieux des connaissances et de la formation des internes de médecine générale concernant l'ETP à la Réunion. Les résultats étaient dans l'ensemble comparables à ceux de la thèse nationale de 2016 du Docteur May FIANI (2).

4.1 Analyse des résultats de l'enquête

4.1.1 Population étudiée

L'âge moyen des IMG ayant répondu était de 26,77 ans avec une médiane à 27 ans. Sur les 101 internes, 67,3 % étaient des femmes et 32,7 % étaient des hommes soit une majorité de sexe féminin. Ces données sont globalement similaires aux données nationales référencées dans la thèse de 2016 de Docteur May FIANI avec un total de 75,5 % de femmes, 24,5 % d'hommes et une médiane à 27 ans également.

4.1.2 Connaissances des IMG sur l'ETP

En ce qui concernait leurs connaissances sur l'ETP, plus de 90 % des internes définissaient l'ETP comme une acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation, une prise en charge pluridisciplinaire autour du patient, un moyen d'améliorer la qualité de vie du patient.

94,1 % des IMG considéraient l'ETP comme une technique pour améliorer l'observance. L'observance est effectivement généralement améliorée à l'issue de la participation aux programmes d'ETP mais ce n'est qu'une conséquence de l'ETP et non pas un élément qui définit l'ETP.

La quasi-totalité des IMG estimaient d'une manière erronée que délivrer une information au patient s'incluait dans l'ETP. Un des internes avait d'ailleurs noté un commentaire intéressant. Il considérait qu' *« il réalisait de l'éducation thérapeutique à son patient à partir du moment où il lui parlait de sa pathologie et du traitement qui lui était associé »*.

Il s'agit donc juste d'une information donnée au patient sauf si le dialogue avec le patient s'inscrit dans une démarche ETP (nécessité d'avoir établi un bilan éducatif, repéré les besoins du patient et prévu d'évaluer les connaissances transmises).

Le constat était identique chez les médecins généralistes à travers les données du baromètre santé en 2009 (31) : ils « *déclaraient une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil* ».

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

Un quart des internes considéraient l'ETP comme faisant partie de la médecine intégrative alors qu'elle s'intègre dans l'exercice de la médecine conventionnelle. Pour rappel, l'OMS définit l'ETP comme un « *processus par étapes, intégré aux soins et mis en œuvre par différents acteurs. Il s'agit de l'articulation d'activités organisées de sensibilisation, apprentissage et accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et les comportements de santé et de maladie du patient* ». Les IMG de la subdivision Océan Indien ont pour la plupart des notions justes mais incomplètes de l'ETP. Globalement, on note une confusion entre la notion globale d'éducation pour la santé et la définition légale et encadrée de l'ETP ce qui rend l'analyse plus complexe.

Par ailleurs, près de 45 % des IMG de la subdivision Océan Indien ne savaient pas que l'ETP est régie par des textes officiels. En effet, la législation a nettement évolué au fil des dernières années. A ce jour, la formation de 40 heures est obligatoire pour dispenser l'ETP de même d'une formation de 40 heures supplémentaires est nécessaire pour pouvoir coordonner des programmes d'ETP (18).

Concernant les modalités de réalisation, la majorité des IMG s'accordaient à dire que les enfants comme les adultes pouvaient bénéficier d'éducation thérapeutique et qu'il était possible de la proposer aux familles comme indiqué dans les recommandations de l'HAS (1).

Les séances pouvaient être réalisées à divers endroits. Peu d'entre eux considéraient les urgences comme un lieu adapté à cette discipline. Ils avaient bien compris que l'éducation thérapeutique s'adressait aux patients porteurs de maladies chroniques. Il est possible de faire le lien avec la thèse nationale de Docteur May FIANI qui concentre des résultats identiques.

Parallèlement, la vision des IMG reste floue en ce qui concerne les programmes d'ETP. Tous mentionnaient l'importance d'une personnalisation en fonction des patients. Ceci est conforme à l'article de GIORDAN paru en 2010 qui précisait que l'objectif de l'ETP est de « *favoriser l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins mais également la mobilisation de compétences d'adaptation. Parmi elles, des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques, permettent aux personnes de maîtriser leur existence et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement* » (37). Par ailleurs, certains d'entre eux pensaient à tort que ceci nécessitait un financement par les patients ou une évaluation collective exclusive.

4.1.3 Place du médecin généraliste dans l'ETP selon les IMG

Parmi les professionnels à impliquer dans cette activité, les IMG de la subdivision Océan Indien considéraient que le médecin généraliste aurait une place très importante. Les professionnels paramédicaux étaient cités au second plan. La grande majorité (93,1 %) estimaient que le MG a un rôle essentiel d'orientation vers les structures d'ETP. Le MG devrait réaliser des consultations d'ETP pour 88,1 % d'entre eux. 87,1 % pensaient que le bilan éducatif devrait être réalisé par le médecin.

Pour que l'ETP soit permanente et intégrée aux soins, tout patient devrait pouvoir bénéficier d'une « *éducation de premier recours* » (35). Dans son rapport, le Haut Conseil de la Santé Publique définissait cinq types de participation des médecins généralistes à l'ETP (35) :

- Prescription d'ETP-délégation de l'activité,
- Réalisation du diagnostic éducatif et orientation du patient,
- Aménagement de consultations d'ETP,
- Animation de séances collectives d'ETP,
- Pas de distinction entre les activités de soin et d'éducation.

Le médecin peut participer à la mise en œuvre de séances d'ETP individuelles dans ses consultations. Il détermine avec le patient si le suivi peut être fait en ambulatoire avec une équipe de proximité ou s'il nécessite une équipe spécialisée (38). Chaque possibilité peut s'imbriquer, être choisie ou non selon le patient et les besoins identifiés.

Depuis 2015, la définition par l'HAS des Activités éducatives ciblées personnalisées permet aussi à des professionnels formés de mettre en place des actions d'ETP au plus près des besoins spécifiques du patient et de son environnement. Ces Activités éducatives ciblées ne nécessitent pas l'écriture d'un programme complet d'ETP et sont plus légères à mettre en œuvre. Elles sont très cohérentes avec les recommandations du HCSP de 2009 qui soulignait l'importance de proposer de l'ETP au plus près du patient.

Dans des études s'adressant à des médecins généralistes thésés, ces derniers s'attribuaient un rôle d'importance variable dans la démarche éducative. Une enquête auprès de 182 médecins généralistes en 2013 révélait que 48 % pensent que l'ETP relève complètement de leur rôle, 47 % sont plutôt d'accord, et 4 % ne sont pas d'accord (39). L. GIRARDOT disait qu'il « *appartient au soignant de définir son degré d'implication dans une démarche d'ETP selon sa motivation et ses compétences (40)* ». Selon E. DRAHI, ceci impliquerait au minimum une ébauche de diagnostic éducatif, la proposition d'une ETP adaptée et son suivi (41). Le médecin généraliste aurait un rôle de pivot pour déterminer le parcours d'éducation adapté à chaque patient en fonction de ses besoins.

Au-delà du médecin généraliste, les IMG ont conscience que l'ETP requiert un travail en inter-professionnalité que ce soit avec les infirmiers diplômés d'état, les diététiciens, les pharmaciens, les éducateurs sportifs. Les patients aussi peuvent avoir une place dans la mise en œuvre de l'ETP. L'implication des usagers ou des associations de patients dans les programmes est un élément de plus en plus courant et préconisé par les recommandations institutionnelles (cela fait partie des critères de qualités de l'évaluation quadriennale des programmes d'ETP). Le patient peut alors intervenir en tant que patient-éducateur, mais aussi dans le cadre de la co-construction, de l'évaluation des programmes et des outils pédagogiques.

Tous ces professionnels pratiquant l'ETP gravitent autour de la personne malade dans l'objectif principal de l'autonomiser. La relation soignant-soigné a donc évolué ces dernières années. Le patient devient acteur de sa santé. C'est au sein d'une prise en charge holistique que sont pris en compte tous les champs bio-médico-psycho-social dans lesquels s'inscrit l'individu.

4.1.4 Intérêt des IMG sur l'ETP et freins à sa pratique

61,4 % des IMG déclaraient avoir déjà pratiqué ou participé à une activité d'ETP au cours de leur cursus universitaire, en stage de médecine pour la majorité. Ils ont été familiarisés avec la discipline au cours de leur stage praticien pour 28,7 % d'entre eux. Cette enquête permet de montrer que les IMG de la subdivision Océan Indien portent un intérêt à la pratique de l'ETP. En effet, 90 % des IMG envisageaient de pratiquer l'ETP dans leur pratique future. Cependant, ils mettaient l'accent sur des obstacles à sa pratique. Comparativement à l'étude de Docteur May FIANI, le manque de formation représentait l'obstacle principal (79,2 % versus 43 %). Sur le plan national, le manque de temps était le premier frein notable (en seconde position à La Réunion). Le manque de moyens techniques et financiers s'avérait également être une limite significative. En ce qui concerne la particularité loco-régionale, la barrière de la langue a été mentionnée chez 30 % des IMG de la subdivision Océan Indien. Mieux identifier les obstacles nous permettrait de faire évoluer la formation des IMG de la subdivision Océan Indien.

4.1.5 Formation des étudiants en médecine sur l'ETP

La majorité des IMG de la subdivision Océan Indien avaient connaissance de la nécessité d'une formation pour dispenser ou coordonner l'ETP. Cependant, 46,5 % pensaient qu'une formation d'une journée était nécessaire alors qu'une formation de 40 heures minimum est obligatoire pour dispenser l'ETP. La HAS (1) insiste sur le fait que l'ETP doit être réalisée par des professionnels de santé formés à sa démarche et aux techniques pédagogiques ; ceci implique un travail en équipe dans le souci permanent d'une coordination des actions.

Près de 80 % des IMG interrogés déclaraient ne pas avoir eu de formation durant leur externat et internat confondus. 77,2 % d'entre eux affirmaient avoir bénéficié de moins d'une journée de formation. Ceci est cohérent avec le cours de deux heures de sensibilisation à l'ETP qu'ils ont reçu pendant leur cursus d'internat.

Une expérience avait été menée auprès des étudiants en médecine de la faculté de Besançon en mars 2014 (42). Un certificat d'ETP était proposé depuis l'année universitaire 2009/2010 dans le cadre du cursus régulier, à titre optionnel, aux étudiants de DCEM. Quinze étudiants étaient sélectionnés sur lettre de motivation. Cette expérience récente avait montré « *qu'une formation*

initiale à l'ETP, centrée sur la relation soignant-soigné avec une pédagogie participative, répond à un besoin et aux attentes d'un certain nombre d'étudiants en médecine qui perçoivent déjà que de solides bases scientifiques sont indispensables mais insuffisantes pour appréhender leurs futures missions de médecin. Elle a démontré également qu'en offrant aux étudiants un espace de parole et d'expérimentations leur permettant de commencer à explorer cette dimension éducative du soin, il est possible de les amener à déplacer progressivement leur regard de la maladie vers la personne malade. »

La majorité des IMG de la subdivision Océan Indien ne se sentaient pas capables de dispenser de l'ETP à la fin de leur internat (62,4 %). 97 répondants sur 101 étaient favorables à une formation à la pratique de l'ETP au cours de leur internat. Près de 2/3 des internes souhaiteraient suivre une formation de 40 heures intégrée au cursus universitaire. Ceci témoigne d'un intérêt croissant des IMG de la subdivision Océan indien pour l'ETP, ce qui implique une dynamique de développement de ce champ.

Une thèse d'exercice réalisée en 2016 par Lauriane FOUCAUD (43) a évalué la mise en place d'une formation validante de 40 heures en ETP proposée de façon expérimentale à huit internes SASPAS (évaluation par focus group). La formation *« a permis aux internes d'adopter une posture éducative, de devenir des professionnels ressources et d'être en mesure de promouvoir l'ETP auprès des patients et de leurs pairs. Cette thèse a conclu que l'enseignement en ETP tout au long du DES mérite peut être d'être restructuré et généralisé à un plus grand nombre d'étudiants du fait des besoins importants en professionnels formés. La formation initiale validante aux 40 heures d'ETP des médecins généralistes mérite d'être poursuivie »*.

Parmi les types de formation, les IMG suggéraient de privilégier en premier la présentation de programmes d'ETP existants (89,1 %), la préparation et la réalisation d'une séance éducative sur le terrain (85,1 %), des rencontres avec des patients atteints de maladies chroniques (72,3 %), des cours sous forme d'ateliers (71,3 %). Par conséquent, un apprentissage interactif semble pertinent.

4.1.6 Analyses croisées

79,4 % des internes issus des ECN en 2017 avaient déjà participé à de l'ETP. Sur les internes ayant passé les ECN avant 2017, seul un interne sur deux l'avait déjà pratiquée. Parmi les internes reçus aux ECN avant 2017, un sur dix était formé à l'ETP pendant son externat. Ce chiffre avait été multiplié par 3 pour ceux issus de la nouvelle réforme. 77,6 % des internes ayant passé les ECN avant 2017 n'avaient pas reçu de formation sur l'ETP pendant leur internat. Les internes faisant partie de la nouvelle réforme paraissent plus sensibilisés à l'ETP que ceux des années antérieures. 100 % des internes inclus dans la nouvelle réforme souhaiteraient pratiquer de l'ETP dans son exercice futur contre 85,1 % auparavant.

La majorité des personnes interrogées (96,8 %) ne se sentant pas capables de dispenser de l'ETP au terme de leur internat n'avaient pas reçu de formation pendant leur externat. Ceci suggère l'importance d'une sensibilisation pendant l'externat ; ainsi, les étudiants seraient plus enclins à se former de manière plus exhaustive à l'ETP au cours de leur internat.

65,2 % des IMG ayant eu plus d'une journée de formation pendant l'internat se sentaient capables de dispenser de l'ETP à la fin de leurs études. La totalité des IMG ayant eu plus d'une journée de formation souhaiteraient faire de l'ETP dans leur exercice futur. Une formation de plus d'une journée amènerait à une plus grande pratique de l'ETP par les IMG. Bénéficier d'une formation sur l'ETP durant le cursus universitaire pourrait renforcer le sentiment d'être capable de dispenser de l'ETP.

4.2 Forces et limites de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

4.2.1.1 Puissance

La puissance de cette étude semble adaptée ; le taux de réponses de 40 % étant correct pour extrapoler les résultats sur le plan locorégional. Toutefois, il aurait été possible de majorer le nombre de participants en augmentant les relances. L'enquête devait initialement être réalisée parallèlement dans la subdivision Antilles-Guyanes mais la faisabilité n'a pas été possible en pratique. Une demande avait été envoyée au Département de médecine générale Antilles-Guyane et un protocole à quatre mains avait été élaboré. Cependant, ce projet n'a pas abouti.

4.2.1.2 Validité interne

Les réponses au questionnaire sont purement déclaratives et n'ont fait l'objet d'aucune vérification sur la fiabilité des réponses.

Cette étude quantitative a permis de rassembler des données chiffrées à partir d'un échantillon représentatif des IMG de la subdivision Océan Indien.

Les résultats suggèrent des orientations ou tendances concernant leurs connaissances de l'ETP, le rôle attribué aux médecins généralistes sur cette pratique, leur intérêt sur le sujet et leurs besoins de formation.

4.2.2 Les biais de l'enquête

4.2.2.1 Biais d'auto sélection

Le questionnaire a été diffusé à l'ensemble des IMG de la subdivision Océan Indien à la fin de l'année 2017 et au début de l'année 2018. Les IMG ayant reçu le questionnaire n'étaient pas obligés d'y répondre ; on peut penser qu'ils ont choisi d'y répondre lorsqu'ils étaient sensibles au sujet.

4.2.2.2 Biais de réponse

Le questionnaire comporte en lui-même plusieurs limites.

La question 3 s'avère inutile étant donné une diffusion limitée à la subdivision Océan Indien.

La pertinence de la question 5 est également à interroger ; en effet, la question 4 suffit à distinguer les IMG de l'ancienne réforme versus la nouvelle réforme.

L'item « *autres* » n'avait pas été intégré limitant ainsi les réponses libres des IMG. Il a donc été décidé après l'obtention de la quarante deuxième réponse (avec l'accord de l'USM) d'ajouter une dernière question au questionnaire permettant de laisser des commentaires libres. Ces derniers n'ont pas été nombreux (au nombre de six) ; pour certains très intéressants, pour d'autres d'interprétation difficile.

De plus, l'option de réponse « *je ne sais pas* » n'a pas été intégrée ce qui aurait été intéressant *à posteriori*.

A la question 24 concernant les freins à la pratique de l'ETP, il n'a pas été proposé parmi les réponses « *l'absence de motivation et d'envie du patient à participer à un programme d'ETP* » qui a été mentionné dans les commentaires libres d'un IMG. En effet, l'item « *absence d'intérêt pour le patient* » a été interprété pour le médecin.

4.2.2.3 Biais d'évaluation

Il existe dans cette étude un biais d'évaluation puisque les IMG en première et deuxième année du TCEM n'ont pas terminé leur internat. Ainsi, certains d'entre eux sont en début de cursus et d'autres en fin de cursus. Il aurait été judicieux de proposer ce questionnaire à l'ensemble de la promotion issue des ECN 2014 ayant terminé leur cursus universitaire en novembre 2017. Parallèlement, il serait intéressant d'interroger les IMG ayant passé les ECN dans l'année 2017 (nouvelle réforme) à la fin de leur internat (novembre 2020) afin d'établir une comparaison par la suite.

4.3 Perspectives

4.3.1 Implications pour la formation des IMG de la subdivision Océan Indien

Il s'agit d'une enquête locorégionale qui vient en complément de l'enquête nationale réalisée par Docteur May FIANI. Il s'agissait de la première enquête interrogeant les internes sur l'ETP. L'étude actuelle permet d'identifier les besoins en formation des IMG de la subdivision Océan Indien dans un contexte où l'incidence des maladies chroniques dans les DOM-TOM ne cesse d'augmenter. La prise en charge de ces maladies s'intègre dans les priorités du PRS 2. De nos jours, il semble impératif de placer le patient au centre de sa prise en charge ; pour ce faire, l'IMG devrait apprendre au plus tôt à adopter une posture éducative qui lui permettra d'améliorer la relation soignant-soigné.

Il apparaît indispensable d'optimiser la formation des internes afin de faciliter leur intégration future à des programmes d'ETP réalisés en ambulatoire ou en hospitalier. Cette optimisation pourrait passer par une phase de sensibilisation au cours du deuxième cycle des études médicales pouvant aboutir à une formation plus poussée au cours de l'internat.

Au cours de la réalisation de cette étude, des projets d'amélioration de la formation ont vu le jour à La Réunion. Ainsi, il a été décidé de proposer la formation obligatoire des 40 heures à dix étudiants de diverses domaines (à savoir dix internes de médecine générale, dix kinésithérapeutes, dix IDE...). En effet, rappelons que l'éducation thérapeutique des patients se fait souvent au sein d'une équipe pluri-professionnelle. C'est pourquoi, il semble indispensable d'intégrer des étudiants de spécialités différentes à cette formation sur La Réunion. En ce sens, cette enquête permet de mettre l'accent sur l'intérêt d'un tel dispositif afin de promouvoir l'expansion de l'ETP. Le financement de ces formations paraît donc indispensable.

4.3.2 Implications pour la pratique de l'ETP en Médecine Générale

Le mode d'exercice des jeunes médecins généralistes a changé ; ces derniers sont davantage attirés par un exercice de groupe. Ainsi, se développent de plus en plus des Maisons de Santé Pluri professionnelles, des cabinets de groupe, des centres de santé. Cela permet l'élaboration

et la mise en œuvre de différents projets dans les domaines de l'éducation et de la prévention dont l'ETP.

A La Réunion, plusieurs MSP ont vu le jour à la Réunion depuis 2013 (25) ; en 2018 (21), il est comptabilisé six MSP qui dispensent et coordonnent des programmes d'ETP autorisés par l'ARS. A titre d'exemple, Docteur Véronique COCHET, médecin généraliste à Saint-Gilles Les Hauts, est co-conceptrice et coordinatrice d'un programme d'éducation thérapeutique pour les patients asthmatiques qui est mis en place au sein de la MSP PSPP SENS. Le centre ARTEMIS à Saint-Denis développe l'ETP concernant le diabète gestationnel. A la Montagne, Docteur MAIGRAT-JACQUIN, à la MSP de Saint-Bernard, a mis en place depuis plusieurs années un programme d'ETP pour patients diabétiques. Ce travail en pluri-professionnalité permettrait aux jeunes médecins généralistes nouvellement formés de s'investir davantage dans la création de MSP et le développement de programmes d'ETP sur La Réunion et à Mayotte.

4.3.3 Implications pour la recherche

Il serait très intéressant de réaliser une enquête similaire auprès des internes de médecine générale de la subdivision Antilles Guyane comme prévu initialement afin de pouvoir comparer les résultats également.

Par ailleurs, une enquête qualitative pourrait être réalisée ultérieurement via des entretiens semi-directifs auprès des dix internes de médecine générale qui auront suivi la formation des 40 heures. Ceci permettrait de mettre en avant d'une manière plus exhaustive leurs représentations mais également leur ressenti et d'évaluer le bénéfice de la formation. En effet, l'étude quantitative déclarative qui a été menée se heurte à la difficulté d'étudier des pratiques complexes à travers des questions fermées.

Il serait aussi envisageable de mener une enquête interrogeant les professionnels de santé intégrés dans les MSP de La Réunion ayant bénéficié d'une formation de 40 heures.

Enfin, une autre perspective serait de réaliser l'étude auprès des médecins universitaires afin de recueillir leurs avis sur la formation à dispenser aux étudiants concernant l'ETP.

5 Conclusion :

L'éducation thérapeutique du patient porteur d'une maladie chronique doit être intégrée aux soins (1). Elle tend de plus en plus à se développer en soins premiers. Pratiquer l'ETP nécessite de se former afin de développer les compétences nécessaires. Dans l'Océan Indien, les programmes d'ETP financés par l'ARS sont en expansion. Des Maisons de santé pluridisciplinaires ouvrent leur porte chaque année.

Ce travail a permis d'établir un bilan des connaissances des IMG de la subdivision Océan Indien sur l'ETP, de définir les axes permettant de faciliter l'intégration de l'ETP dans leur futur exercice professionnel, d'améliorer leur formation au cours de leur cursus universitaire. Ainsi, leurs connaissances dans ce domaine semblent progresser mais elles restent incomplètes. Les internes intégrés à la nouvelle réforme paraissent plus sensibilisés à l'ETP que ceux des années antérieures. La majorité des internes estiment que le médecin généraliste revêt un rôle central. Cette étude montre un intérêt croissant des IMG pour l'ETP. Les principaux freins identifiés semblent être le manque de formation et le manque de temps. Près de huit internes sur dix n'ont pas reçu de formation spécifique au cours de leur externat ou de leur internat. La quasi-totalité des IMG souhaitent une formation spécifique à l'ETP au cours de leur internat.

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

6 Références bibliographiques :

1. Haute Autorité de Santé, INPES. Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation. 2007 juin (en ligne) Disponible sur : https://www.has-sante.fr//portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp. Consulté le 10 mars 2017.
2. May Fiani. Évaluation des connaissances des internes de médecine générale sur l'éducation thérapeutique du patient : une enquête nationale (thèse d'exercice) Université d'Amiens. 2016.
3. ARS Océan Indien. PRS 2 Diagnostic Situation sanitaire Réunion et Mayotte_Janvier 2017 (en ligne) Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/letp-un-enjeu-pour-les-maladies-chroniques>. Consulté le 10 avril 2018.
4. ORS OI. Indicateurs sur le diabète à La Réunion. Tableau de Bord. 2016
5. PIES. Baromètre Santé DOM La Réunion 2014 : nutrition, statut pondéral et diabète à La Réunion. In Extenso, novembre 2015, 20p. (en ligne) http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/Journee_diabete_Reunion/ARS_InExtenso_Diabete.pdf.
6. Lenclume V, Favier F. Cohorte Rédia2 : Suivi des participants de l'enquête REDIA sur le diabète de type 2 à La Réunion. Résultats sur données transversales (2006-2009) et longitudinales (1999-2009). Centre d'investigation clinique et d'épidémiologie clinique de La Réunion. 2014.
7. Ndong JR, Romon I, Druet C, Prévot L, Hubert-Brierre R, Pascolini E, et al. Caractéristiques, risque vasculaire, complications et qualité des soins des personnes diabétiques dans les départements d'outre-mer et comparaison à la métropole : Entred 2007-2010, France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2010.

8. Solet JL, Baroux N. Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire. Décembre 2009.
9. Ameli. Cartographie des pathologies et des dépenses (en ligne). <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-%20publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/tableaux-par-age-sexe-et-region/effectifs-par-pathologie-%20et-par-age-selon-le-sexe.php>. Consulté le 13 mai 2018
10. Santé Publique France. Les maladies chroniques. Publié le 20/03/2015 - Dernière mise à jour le 24/11/2015 (en ligne) Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Europe-et-international/Les-oultre-mer>. Consulté le 5 mai 2017.
11. ARS Océan Indien, prs_2-cos_vsoumis_a_consultation-1 (en ligne) Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr>. Consulté le 10 avril 2018.
12. Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir., Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation., Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p.
13. Rapport de l’OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998.
14. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Legifrance (en ligne) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.

15. Ministère de La Santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative, plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007 (en ligne) disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf . Consulté le 22 mars 2018.
16. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 84. Legifrance (En ligne) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
17. JORF n°0178 du 4 août 2010 page 14397 Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient et arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Legifrance (En ligne) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
18. JORF n°0126 du 2 juin 2013 page 9239 Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 et arrêté du 31 mai 2013 modifiant le décret et l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP. Legifrance (En ligne) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
19. JORF n°0019 du 23 janvier 2015 page 1009 Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Legifrance (En ligne) disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
20. HAS, Décision n°2015.0119/DC/SMACDAM du 20 mai 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du document intitulé « Mise au point, organisation des parcours : Démarche centrée sur le patient », disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/demarche_centree_patient_web.pdf, consulté le 18 septembre 2018.

21. ARS Océan Indien. L'ETP un enjeu pour les maladies chroniques. 2016 (en ligne) Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/letp-un-enjeu-pour-les-maladies-chroniques>, consulté le 12 avril 2018.
22. Haute Autorité de Santé, INPES. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007 juin (en ligne) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. Consulté le 10 avril 2017.
23. Haute Autorité de Santé. Évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'auto-évaluation. Guide pour les coordonnateurs et les équipes. Paris: HAS, 2014 (en ligne) Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1234324/fr/evaluation-annuelle-d-un-programme-d-education-therapeutique-du-patient-etp-une-demarche-d-auto-évaluation. Consulté le 10 mars 2017.
24. Instruction DGOS/R n°2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (en ligne) disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0100_0136.pdf. Consulté le 20 avril 2018.
25. FFMPS Équipes Coordination Territoire, Maisons et Pôles de santé. Novembre 2012 (en ligne) disponible sur <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/lois-et-msp>. Consulté le 24 avril 2018.

26. ARSOI, communiqué de presse, Ouverture des premières Maisons de Santé Pluri professionnelles à Mayotte. Août 2017 (en ligne) disponible sur <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/ouverture-des-1eres-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-mayotte>. Consulté le 15 avril 2018.
27. ARS. L'éducation thérapeutique du patient, apprendre à mieux vivre avec une maladie chronique en Ile de France, dossier de presse 28 juin 2012 (en ligne) disponible sur : http://www.ch-sudessonne.fr/sites/ch-sudessonne/files/u2280/dossier_de_presse_-_ars_idf_-_education_therapeutique.pdf. Consulté le 12 avril 2018.
28. Sante Publique France, INPES, les formations diplômantes en EPS/PS. Avril 2018 (en ligne) disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/liste.asp>. Consulté le 30 avril 2018.
29. INPES. Référentiel de compétences pour dispenser l'ETP dans le cadre d'un programme, juin 2013, (en ligne) disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/dispenser-ETP.pdf>, consulté le 19 mars 2018.
30. INPES. Référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP, juin 2013, disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/FormationsEpS/pdf/coordonner-ETP.pdf>, consulté le 19 mars 2018.
31. Gautier A., dir. , Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètres santé, 2011: 266 p.
32. Foucaud J., Balcou-Debussche M. et Moquet Marie-José, Formation continue des médecins en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique du patient. 2009

33. 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. *Evolutions*. Avril 2008.
34. Marchand C, Gagnayre R. La formation des soignants à l'éducation thérapeutique. *Développement et santé*. 2007. Disponible sur : <http://devsante.org/base-documentaire/education-sanitaire/la-formation-des-soignants-education-therapeutique>. Consulté le 28 septembre 2017.
35. Haut Conseil de Santé Publique. L'éducation Thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours, novembre 2009 (en ligne), disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=222>, consulté le 19 juillet 2018
36. Académie Nationale de Médecine, L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, Paris, janvier 2014, 23 p., disponible sur http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-_3_.pdf, consulté le 15 avril 2018
37. Giordan A. Education thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des maladies Métaboliques*. Mars 2010. Vol 4 N°3
38. Grimaldi A. L'éducation thérapeutique en question. *Obésité*. 20 août 2014 ;9(4):262-70.
39. Hamy-Shoshany S. Connaissances et pratiques en éducation thérapeutique Enquête auprès de médecins généralistes de la région Rhône Alpes. *Mémoire de médecine générale*. Université de Lyon-Est. 2013.
40. Girardot L. De la théorie à la pratique : ETP et Médecine générale : Les composantes à prendre en compte pour la mise en œuvre d'un programme d'ETP structuré en

Médecine Générale. Journal de l'Association Française pour le développement de l'éducation thérapeutique. Septembre 2012 ; 10-4.

41. Drahi E, Varroud-Vial M. Éducation de premier recours Tout patient doit pouvoir en bénéficier. Concours Méd. 15 déc 2009 ; page 20.
42. Jérôme Combes, Cécile Zimmermann, Christine Kavan, Laurence Philippe, Marie-Laure Roz, Alfred Penfornis, Étude Formation à l'éducation thérapeutique auprès des étudiants en médecine : une expérience à la faculté de médecine de Besançon, Sante éducation, janvier, février, mars 2014.
43. Lauriane FOUCAUD, formation validante de 40 heures en ETP proposée de façon expérimentale à 8 internes SASPAS : évaluation par focus group », (thèse d'exercice) Université de Toulouse, 2016.

7 Annexes :

Annexe 1 : le questionnaire

Informations personnelles

1) Vous êtes :

- Un homme Une femme

2) Quel âge avez-vous ? :ans

3) Quel est votre faculté d'internat ?

- Océan Indien Antilles-Guyane

4) Quel est votre année de passage de l'ECN ?

- 2014 2015 2016
 2017 autres

5) Quel est votre stade dans le cursus universitaire ?

- TCEM 1 (première année du troisième cycle des études médicales)
 TCEM 2 (deuxième année du troisième cycle des études médicales)
 TCEM 3 (troisième année du troisième cycle des études médicales)
 TCEM terminé mais toujours non diplômé (e) (doctorant)

6) Avez-vous réalisé les stages ambulatoires ?

- Niveau 1** Oui En cours Non
SASPAS ? Oui En cours Non

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

7) Avez-vous déjà pratiqué ou participé à de l'ETP ?

- Oui Non

8) Si oui, au cours de quel(s) stage(s) ?

- Stage d'externe chez le praticien Stage praticien de niveau 1 SASPAS
 Stage de Médecine Urgences
 Pédiatrie /Gynécologie Autres : à préciser.....

Évaluation des connaissances sur « l'ETP » :

9) Pour vous, l'ETP est considérée comme faisant partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique.

- Pas du tout d'accord Pas d'accord
 D'accord Tout à fait d'accord

10) Pour vous, l'éducation thérapeutique du patient, c'est :

- Une information sur la maladie et sa prise en charge : Oui Non
Une acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation : Oui Non
Une technique pour améliorer l'observance : Oui Non
Un partage d'expériences entre le professionnel et le patient : Oui Non
Une médecine parallèle / intégrative : Oui Non
Une prise en charge en équipe pluri-professionnelle : Oui Non
Un moyen d'améliorer sa qualité de vie Oui Non

11) Les modalités de mise en œuvre de l'ETP sont-elles décrites par des textes officiels ?

- Oui Non

12) Selon vous, quel doit-être le degré d'implication des différents intervenants dans l'ETP ?

	1=Ne pas impliquer	2=implication minimale	3=implication moyennement importante	4=implication importante	5=implication très importante
Patient éducateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnels paramédicaux (Infirmier, kinésithérapeute)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Professionnels médicaux (Médecin, sage-femme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diététicienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coach sportif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordinateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Selon vous, faut-il être formé à l'ETP pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP ?

- Oui Non

14) Quelle est la durée minimale de formation pour pouvoir dispenser ou coordonner un programme d'ETP ? (Choix unique)

- 4 heures Une journée 40 heures > 40 heures

15) Selon vous, à qui peuvent s'adresser les séances d'ETP ?

- Aux patients atteints d'une maladie chronique : Oui Non
- Aux familles des patients : Oui Non
- Aux soignants : Oui Non
- Aux patients adultes : Oui Non
- Aux patients grabataires : Oui Non
- Aux enfants : Oui Non

16) Selon vous, où peut-on pratiquer une séance d'ETP ?

- Au cabinet médical, pendant une consultation médicale : Oui Non
- Au sein de maisons de santé pluridisciplinaires : Oui Non
- Dans un établissement de soins (hôpital, EHPAD...) : Oui Non
- Aux urgences : Oui Non
- Au sein d'un réseau de santé : Oui Non
- Au domicile du patient : Oui Non
- N'importe où : Oui Non

17) Selon vous, les séances d'ETP doivent-elles être ? (Question à choix unique)

- Individuelles Collectives En alternance

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

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

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

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

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

- 1 séance 2 à 4 séances 5 à 8 séances

> 10 séances

à adapter selon les besoins du patient

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

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| L'élaboration d'un bilan éducatif : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un financement par les patients : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Une personnalisation en fonction des patients : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| La planification et la mise en œuvre les séances d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Une évaluation collective uniquement : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

22) Selon vous, quel serait (ent) le (ou les) rôle (s) essentiels du médecin généraliste dans l'ETP ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Orientation vers les structures d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Tenue du dossier d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Évaluation des besoins du patient / bilan éducatif : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Réalisation de consultations d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Animation de séances individuelles ou collectives d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Coordination de l'ETP du patient : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Création, mise en œuvre et évaluation d'un programme d'ETP : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Votre intérêt sur le sujet

23) Envisagez-vous de pratiquer l'ETP dans votre pratique future ?

- Oui Non

24) Selon vous, quelles sont ou quels seraient vos difficultés à la pratique de l'ETP à la Réunion ou aux Antilles-Guyane ?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Manque de moyens (technique et financier) : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manque de temps : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Barrière de la langue : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manque de formation : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Absence d'intérêt pour le patient : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Pas de possibilité de réaliser ce type de prise en charge seul : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Ce n'est pas mon rôle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Formation des étudiants en médecine à l'ETP :

25) Avez-vous reçu une formation à l'ETP ?

- a. pendant votre externat : Oui Non
- b. Pendant votre internat : Oui Non

26) Au total, combien d'heures de formation avez-vous reçu sur l'ETP au cours de votre cursus universitaire ? (Externat et internat)

- Moins d'une journée Moins de 40h 40h > 40h

27) Selon vous, à l'issue de votre internat, vous sentirez-vous capable de dispenser l'ETP ?

- Oui Non

28) Êtes-vous favorable à la formation à la pratique de l'ETP au cours de votre internat ?

- Oui Non

29) Quel type de formation souhaitez-vous avoir sur l'ETP au cours de votre internat ?

- Sensibilisation de moins de 40 heures Oui Non
- Formation des 40 heures intégrée au cursus universitaire Oui Non
- Diplôme universitaire (avec possibilité de financement) Oui Non

30) Sous quelles formes pédagogiques préférez-vous recevoir une formation à l'ETP au cours de votre cursus d'internat ?

- Pédagogie informelle : Oui Non
- Cours magistral : Oui Non
- Cours en ateliers (Brainstorming, Jeux de rôle, mise en situation) : Oui Non
- Rencontres avec des patients atteints de maladies chroniques
- Participant ou ayant participé à un programme d'ETP : Oui Non
- Présentation de programmes d'ETP existants : Oui Non
- Préparation et réalisation d'une séance éducative sur le terrain : Oui Non
- Congrès : Oui Non

31) Commentaires éventuels

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TITRE : Évaluation des connaissances des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien sur l'Éducation thérapeutique du patient.

INTRODUCTION : La prévalence des maladies chroniques augmente dans les Départements et territoires d'Outre-Mer. Leur prévention et leur prise en charge font parties des enjeux du Projet régional de santé 2018-2027. L'Éducation thérapeutique du patient (ETP) permet une amélioration de la santé globale des patients. Depuis quelques années, il existe un essor des programmes d'ETP. En soins premiers, les programmes sont élaborés et mis en œuvre par des professionnels de santé formés à cette discipline. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale (IMG) de la Subdivision Océan Indien concernant l'ETP. **METHODES** : Une enquête quantitative, descriptive, transversale et monocentrique a été menée via un questionnaire en ligne. Elle a été adressée aux IMG de la Subdivision Océan Indien ayant participé aux Épreuves classantes nationales entre 2014 et 2017. Sa diffusion a été réalisée par le Département universitaire de médecine générale par courriel. **RESULTATS** : Cent un IMG ont participé à l'enquête. La majorité d'entre eux incluait l'ETP dans le parcours de soins des patients. Le médecin généraliste aurait un rôle primordial dans cette discipline. 90 % des IMG envisageaient de pratiquer l'ETP dans leur avenir professionnel. Ils identifiaient le manque de formation comme un obstacle à sa pratique dans 79,2 % des cas. Près de huit internes sur dix n'auraient pas reçu de formation spécifique au cours de leur externat ou de leur internat. Les internes intégrés à la nouvelle réforme paraîtraient plus sensibilisés à l'ETP que ceux des années antérieures. 77,2 % des IMG affirmaient avoir bénéficié de moins d'une journée de formation au cours de leurs études médicales. La majorité d'entre eux (62,4 %) ne se sentaient pas capables de dispenser de l'ETP au terme de leur cursus universitaire. Enfin, 97 internes étaient favorables à une formation à la pratique de l'ETP au cours de leur internat. **CONCLUSION** : Cette étude montre un intérêt croissant des IMG de la subdivision Océan Indien pour l'ETP. Leurs connaissances dans ce domaine semblent progresser mais elles restent incomplètes. Il paraît indispensable d'améliorer la formation médicale initiale à l'ETP afin de favoriser sa pratique dans leur exercice professionnel futur.

TITLE : The assessments of Therapeutic Patient Education knowledges of the General medicine residents in Indian Ocean subdivision.

BACKGROUND : The prevalence of chronic diseases is increasing in France's overseas territory and departments. Prevention and care of chronic diseases are challenges of the Health Regional project 2018-2027. Therapeutic Patient Education (TPE) helps to improve the health of the patients. In recent years, there is an upturn of the TPE program's. These programs are made and executed by health professionals who are qualified. The main purpose of this study is to assess the TPE knowledges of the General practice (GP) residents in Indian Ocean subdivision. **METHODS** : A quantitative, descriptive, transversal and monocentric survey was made by an on-line questionnaire. It was submitted to Indian Ocean subdivision GP residents (ECN 2014 to ECN 2017). The sprade of the document was made by mail by the General practice department. **RESULTS** : One hundred and one GP residents participated to the investigation. The major part of them involved TPE in patients' care pathways. The General practitioner would have a significant role in TPE. 90 % of the GP residents would like to practice TEP in their future exercise. For 79,2 % of them, the lack of training is a difficulty for TPE exercise. Heigth on ten GP residents didn't have a specific formation during their studies. New reform residents seem to be more aware of TEP than the others. 77,2 % of GMR had less than one day formation during their medical studies. A lot of them (62,4 %) didn't feel able to make TPE at the term of their studies. Finally, 97 residents were favorable for a TPE practical training during their resident years. **CONCLUSION** : This investigation shows the TPE interest of the Indian Ocean Subdivision GP residents. Their TPE knowledges's seems to progress but is still insufficient. It appears essential to improve TPE formation to boost the activity in their future exercise.

MOTS-CLEFS : Éducation thérapeutique du patient, connaissances, internes, médecine générale, formation

KEYWORDS : Therapeutic Patient Education, Knowledge, Resident, General Medicine, Indian Ocean Subdivision, training, evaluation

DISCIPLINE : Médecine générale