

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Analyse des besoins de formation
chez les professionnels de santé de première ligne en éducation thérapeutique
du patient insuffisant cardiaque : une étude par méthode du groupe nominal**

Auteur : Gouverneur, Olivia

Promoteur(s) : Pétré, Benoît; 21537

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2022-2023

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/18422>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION CHEZ LES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE EN
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT INSUFFISANT
CARDIAQUE : UNE ÉTUDE PAR MÉTHODE DU GROUPE
NOMINAL**

Mémoire présenté par **Olivia GOUVERNEUR**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Santé Internationale et
Management des Organisations de Santé
Année académique 2022 - 2023

**ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION CHEZ LES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE EN
ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT INSUFFISANT
CARDIAQUE : UNE ÉTUDE PAR MÉTHODE DU GROUPE
NOMINAL**

Mémoire présenté par **Olivia GOUVERNEUR**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique
Finalité spécialisée en Santé Internationale et
Management des Organisations de Santé
Promoteur : Benoît PETRE
Année académique 2022 - 2023

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude envers monsieur Benoît Pétré, enseignant à l'Université de Liège et promoteur de ce mémoire. Il a été un mentor tout au long de mon travail et m'a offert de précieux conseils. Je le remercie pour son constant soutien, sa disponibilité et le partage de ses connaissances.

Je souhaite également vivement remercier le docteur Christophe Dubois, cardiologue au CHC et co-promoteur de ce travail. Merci pour sa bienveillance et ses explications éclairantes sur les aspects complexes de l'insuffisance cardiaque.

Je remercie ensuite mes deux lectrices : le docteur Laurence Gabriel, cardiologue et chef de clinique ; ainsi que madame Delphine Kirkove, doctorante et assistante au département des sciences de la santé publique. Je vous suis reconnaissante pour l'attention portée à mon travail.

Je tiens encore à exprimer ma gratitude envers tous les professionnels qui ont participé à ce mémoire. Merci pour leur soutien et leur contribution essentielle à la réalisation de ce projet.

Merci enfin à mon entourage qui a contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire et dont les encouragements constants m'ont également permis de mener à bien ce travail.

Table des matières

Table des matières	- 4 -
Table des illustrations	5
Résumé	6
Abstract	7
Liste des abréviations	8
Préambule	9
Introduction	10
I. <i>L'insuffisance cardiaque : de sa description en tant que problème de santé publique à sa prise en charge</i>	10
II. <i>Une prise en soin continue et holistique</i>	13
III. <i>L'éducation thérapeutique du patient : de sa formation à sa force dans la stratégie thérapeutique</i>	15
IV. <i>Question et objectifs de cette recherche</i>	17
Matériels et méthodes	18
I. <i>Type d'étude</i>	18
II. <i>Public cible, échantillon et recrutement</i>	18
III. <i>Types de données récoltées</i>	19
IV. <i>Collecte des données</i>	20
V. <i>Analyse des données</i>	22
VI. <i>Planification de l'étude</i>	23
Résultats	24
I. <i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	24
II. <i>Propositions des participants</i>	25
III. <i>Indices de priorité et de popularité</i>	29
IV. <i>Modalités de formation</i>	32
Discussion et perspectives	34
I. <i>Discussion des résultats</i>	34
II. <i>Limites et biais</i>	42
III. <i>Conclusion</i>	43
Références bibliographiques	45
Annexes	52

Table des illustrations

<i>Tableau 1 : Étapes suivies lors des séances utilisant la méthode du groupe nominal.....</i>	<i>21</i>
<i>Tableau 2 : Présentation du référentiel de catégories de compétences du praticien en ETP de l'INPES (2013).....</i>	<i>22</i>
<i>Tableau 3 : Répartition des tâches entre février 2022 et septembre 2023.....</i>	<i>23</i>
<i>Tableau 4 : Participants aux groupes nominaux et leurs caractéristiques</i>	<i>24</i>
<i>Tableau 5 : Exemples de propositions réalisées par les participants aux groupes nominaux répartis selon les catégories de compétences de l'INPES (2013).....</i>	<i>25</i>
<i>Tableau 6 : Indices de priorité et de popularité globaux accordés aux catégories de l'INPES (2013) suivant les catégories des participants aux groupes nominaux</i>	<i>29</i>

Résumé

Introduction : L'insuffisance cardiaque (IC) demeure un défi majeur de santé publique nécessitant une prise en charge continue et coordonnée, au cœur de laquelle l'éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait être pleinement intégrée. Si cette démarche est couramment adoptée dans les structures spécialisées en IC, son application en première ligne demeure insuffisante, souvent due à un manque de formation spécifique et à l'absence de directives officielles bien définies. Dans ce contexte, cette étude vise à identifier les besoins actuels et à mettre en lumière les domaines prioritaires à développer, pour offrir un soutien renforcé face aux défis de la première ligne

Matériels et méthodes : 36 professionnels de santé ont été interrogés à travers 7 groupes structurés de manière mono-disciplinaire en utilisant la méthode du groupe nominal. Les besoins évoqués ont été organisés et répartis selon les différentes catégories du référentiel de compétences de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) destinées à encadrer la dispensation de l'ETP.

Résultats : L'étude met en lumière des différences marquées dans les priorités des compétences entre les professions du secteur médical. Les compétences techniques sont fortement valorisées, en particulier les connaissances techniques et biomédicales. Les compétences relationnelles, telles que l'écoute et la compréhension, jouissent également d'une attention significative, tandis que les compétences organisationnelles, bien qu'elles soient moins prioritaires, demeurent essentielles pour certains professionnels.

Conclusion : Dans un contexte dominé par les maladies chroniques, ce travail souligne l'importance qu'occupe l'éducation thérapeutique du patient dans le renforcement de son autonomie et sa capacité d'autogestion. En se basant sur l'analyse des données, il est évident que les structures de première ligne ne sont pas seulement des points d'intervention médicale mais des piliers pour faciliter la transition vers une médecine où le patient est au cœur des décisions et de la gestion de sa santé. Suite à cette étude soulignant l'importance de la formation continue pour renforcer les compétences des soignants, il est recommandé aux autorités d'initier et de concevoir de nouvelles formations adaptées.

Mots-clés : Insuffisance cardiaque - Éducation thérapeutique – Formation professionnelle – Compétences – Soins de première ligne

Abstract

Introduction : Heart failure (HF) still represents a major public health challenge that requires ongoing and coordinated management, at the heart of which therapeutic patient education (TPE) should be fully integrated. While this approach is commonly adopted in specialized HF units, its implementation in primary care remains inadequate, often due to a lack of specific training and the absence of well-defined official guidelines. In this context, this study aims to identify the current needs and highlight the priority areas to be developed in order to provide enhanced support for the challenges of primary care.

Materials and Methods : 36 healthcare professionals were interviewed across 7 mono-disciplinary structured groups using the nominal group technique. The needs mentioned were organized and distributed according to the different categories of the competency framework of the National Institute for Prevention and Health Education (INPES) intended to frame the provision of PTE.

Results : The study highlights marked differences in competency priorities between the medical sector professions. Technical skills are highly valued, especially technical, and biomedical knowledge. Relational skills, such as listening and understanding, also receive significant attention, while organizational skills, although less prioritized, remain essential for some professionals.

Conclusion : In a context dominated by chronic diseases, this work emphasizes the importance of patient therapeutic education in strengthening their autonomy and self-management capacity. Based on data analysis, it's clear that front-line structures are not just medical intervention points but pillars to facilitate the transition to a medicine where the patient is at the heart of decisions and health management. Following this study emphasizing the importance of continuing education to strengthen caregivers' skills, it is recommended that authorities initiate and design new tailored training.

Key-words : Heart Failure - Patient Therapeutic Education - Professional Training - Skills - Heart Failure - Front-Line Healthcare

Liste des abréviations

Par ordre alphabétique :

- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- ESC : Société Européenne de Cardiologie
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- HAS : Haute-Autorité de Santé
- IC : Insuffisance Cardiaque
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Préambule

L'insuffisance cardiaque (IC) est devenue un enjeu de santé publique majeur, nécessitant une prise en charge efficace et coordonnée. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) joue un rôle essentiel, visant à rendre celui-ci, davantage acteur de sa santé et de sa prise en charge. L'importance de l'ETP dans la gestion des maladies cardiaques est largement reconnue, tant en Europe qu'à l'internationale.

En tant qu'infirmière, j'ai eu l'opportunité de travailler avec des patients atteints d'IC. Mon rôle éducatif m'a profondément marquée, m'offrant la possibilité d'accompagner les patients dans leur parcours de soins en leur fournissant les connaissances nécessaires pour qu'ils puissent se prendre en charge. Cette expérience a souligné, pour moi, l'importance de l'ETP conduisant mon choix d'explorer plus profondément cette thématique dans le contexte de l'IC lorsque mon promoteur, monsieur Pétré, me l'a proposé.

Traditionnellement, l'ETP se déroule principalement au sein de structures spécialisées. Cependant, le défi consiste en l'assurance d'une continuité optimale des soins de santé car les patients atteints d'IC nécessitent un accompagnement à long terme, même en dehors de ces structures. Les professionnels de santé de première ligne ont alors un rôle crucial à jouer. Ils doivent pour assumer pleinement ce rôle éducatif, être correctement formés et préparés à mettre en œuvre l'ETP d'une manière efficace.

Actuellement en Belgique, malgré l'importance de former les praticiens de première ligne, il n'existe pas de directives claires concernant l'IC, son éducation au patient et le contenu spécifique des formations les concernant. Par conséquent, cette étude va aborder ce manque en suggérant des recommandations basées sur ses résultats. En y identifiant les besoins spécifiques de formation, ce mémoire a pour objectif de vouloir contribuer à l'optimisation des pratiques en favorisant un continuum où les praticiens formés soutiennent l'autonomie croissante des patients atteints d'IC, assurant une prise en charge plus fluide et responsabilisée.

Introduction

I. **L'insuffisance cardiaque : de sa description en tant que problème de santé publique à sa prise en charge**

L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie se définissant comme un dysfonctionnement du muscle cardiaque, empêchant le cœur de pomper efficacement le sang à travers le corps. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine comme l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes, les cardiomyopathies, les valvulopathies ainsi que d'autres conditions médicales telles que le diabète et l'obésité. L'IC est une pathologie progressive avec à son commencement, une majorité de patients qui peuvent ne présenter que des symptômes légers voir même, être asymptomatiques. Cependant, à mesure que la condition de santé s'aggrave, une variété de symptômes invalidants peuvent se prononcer. Ils peuvent inclure un essoufflement, de la fatigue, une accumulation de liquide dans les jambes et les poumons ainsi qu'une limitation dans les activités de la vie quotidienne impactant significativement sa qualité. Ces symptômes peuvent rendre difficiles les tâches les plus simples à accomplir car ils affectent différents aspects comme la mobilité, l'indépendance et le bien-être émotionnel des patients (1,2).

Cette maladie chronique et évolutive touche un grand nombre de personnes à travers le monde, exerçant une pression importante sur les systèmes de santé. Sur le continent européen, entre 1% et 2% des adultes présentent des symptômes d'insuffisance cardiaque (3,4). En 2018, près de 230 000 belges étaient atteints de cette pathologie, avec environ 40 nouveaux cas diagnostiqués chaque jour (5,6). C'est plus de 20% de la population belge, âgée d'au moins 65 ans, qui présente un risque de développer une IC (6,7). Ces chiffres soulignent l'ampleur du problème en termes de prévalence et de risque associé, ce qui nécessite une attention particulière dans la planification des soins de santé (8).

Cette pathologie fréquente se traduit par un taux élevé d'hospitalisations. On en comptait 25.000 en 2019, avec un coût moyen de 7.000 euros par prise en charge. De plus, les taux de rechute et de réadmission sont également significatifs, ils avoisinent les 30% dans les 6 mois

suiuants. Sur une période de 5 ans, plus de 80% des patients seront à nouveau hospitalisés (5,7,9–11). Malgré les nombreux progrès thérapeutiques, l'IC demeure une pathologie grave avec une mortalité annuelle chiffrée à environ 30% avec une estimation d'un patient sur deux qui décédera dans les 5 ans qui suivent son diagnostic (12). Au final, les admissions hospitalières absorbent plus de 60% du budget global alloué à la prise en charge de l'IC, ce qui correspond à environ 2% du budget annuel total des soins de santé. D'ici 2030, le nombre de patients souffrant d'IC pourrait augmenter de 30% à 40% (5,12). L'insuffisance cardiaque représente donc un enjeu économique significatif pour le système de santé belge.

Face à cette problématique, la stratégie thérapeutique s'articule autour de l'association de différents axes dans une approche individuelle à la vue de l'hétérogénéité clinique que peut présenter l'IC. Le plan thérapeutique sera établi selon l'état clinique du patient, son environnement ainsi que la sévérité de sa pathologie et ses comorbidités (13).

Le traitement médicamenteux joue un rôle essentiel dans l'IC en aidant à contrôler les symptômes, à améliorer la fonction cardiaque et à réduire le risque de potentielles complications. Un large éventail de médicaments est mis à disposition pour l'IC mais la médication et son dosage reste toutefois adapté au patient. Elle intervient aussi dans le cadre des facteurs déclencheurs de l'IC et des cardiopathies sous-jacentes nécessitant un traitement spécifique. En les ciblant, les médicaments cherchent à ralentir la progression de l'IC et à prévenir ses récidiues. La prévention d'une phase de décompensation, se traduisant par une aggravation soudaine de la maladie après une période de stabilité et qui nécessite souvent une hospitalisation ou une intervention médicale urgente, est également pris en compte dans les objectifs thérapeutique. Ainsi, la voie médicamenteuse constitue un des piliers fondamentaux de la prise en charge globale de l'IC (1,4).

Les interventions médicales et chirurgicales peuvent occuper une place majeure dans la prise en charge de l'IC si elles s'avèrent nécessaires. Elles comprennent une variété de procédures visant à traiter ou à améliorer la fonction cardiaque. Le choix et la nature de ces interventions dépendent des raisons spécifiques qui ont conduit à une apparition de l'IC chez un patient donné, ainsi que de la sévérité de celle-ci. La décision d'opter pour ces interventions repose

sur une évaluation de chaque cas. Parmi les options disponibles, on retrouve notamment la chirurgie de revascularisation coronarienne, la transplantation cardiaque, l'implantation de dispositifs médicaux ainsi que la réparation et le remplacement des valves cardiaques. Ces approches peuvent être envisagées lorsque les traitements médicamenteux et les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent plus à résoudre les problèmes sous-jacents à l'insuffisance cardiaque (4).

Encourager l'adoption d'un mode de vie cardioprotecteur est essentiel dans le cadre de la prise en charge thérapeutique de l'insuffisance cardiaque. Cela nécessite la mise en place d'une stratégie hygiéno-diététique rigoureuse ainsi qu'une surveillance attentive des facteurs de risque cardiovasculaire (13). Les principaux déterminants comportementaux des maladies cardiaques sont une alimentation inadéquate, une activité physique inadéquate, le tabagisme, une consommation excessive d'alcool et en outre, plus spécifiquement pour l'IC, la consommation de sel. S'ils ne sont pas contrôlés, ces facteurs comportementaux peuvent entraîner des complications telles que l'hypertension, l'hyperglycémie, l'hyperlipidémie, ou une prise de poids excessive entraînant l'obésité pouvant mener à une aggravation de l'IC (1,4,14). Des changements comportementaux du patient sont donc indispensables. L'adaptation du régime alimentaire et un engagement dans une pratique régulière d'exercice physique adaptée sont nécessaires. Il ne faut pas sous-estimer l'impact positif de ces choix de vie pour mieux gérer la maladie et réduire les risques qui lui sont liés. Il est également nécessaire d'avoir une surveillance assidue du traitement médical associée à un suivi régulier des paramètres vitaux. Le fait de contrôler avec constance des indicateurs tels que la pression artérielle, le rythme cardiaque et le poids, est crucial pour l'identification d'irrégularités telles qu'une tachycardie soutenue, une prise de poids abrupte ou des variations persistantes de la pression artérielle. Ils peuvent être le signal précurseur de complications ou d'une instabilité clinique nécessitant une intervention (10).

Tout en mettant l'accent sur les interventions cliniques et les adaptations du mode de vie, il est essentiel de ne pas négliger l'impact global de l'insuffisance cardiaque sur le quotidien des patients (15). Leur qualité de vie se présente comme un indicateur crucial dans l'évaluation de l'efficacité des soins. L'amélioration de cet indice de qualité est souvent l'un des principaux

objectifs des traitements et des interventions thérapeutiques. Il est important de prendre en compte le fardeau que cette maladie peut représenter pour les patients et leurs proches, avec des hospitalisations fréquentes et des contraintes financières. Une prise en charge globale et holistique vise à soutenir les patients afin qu'ils puissent vivre pleinement malgré l'insuffisance cardiaque (16,17).

Les soins de santé orientés vers l'insuffisance cardiaque visent donc non seulement à traiter les symptômes physiques, à prévenir les complications, mais également à optimiser la qualité de vie globale des patients. Une prise en charge optimale de l'IC requiert une participation active et engagée du patient. Afin de devenir pleinement acteur de sa santé, elle implique la promotion de l'autogestion de la maladie, l'encouragement à adopter un style de vie sain, le soutien psychosocial et la mise en place de stratégies d'aide pour permettre aux patients d'aborder efficacement les défis posés par leur état de santé (18,19). Les interventions visant à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'insuffisance cardiaque peuvent avoir des répercussions positives sur leurs résultats cliniques et leurs satisfactions. En effet, une meilleure qualité de vie est souvent liée à une réduction des symptômes, à une diminution des hospitalisations, à une meilleure adhésion aux traitements et à une meilleure adaptation psychosociale à la maladie (20,21).

II. Une prise en soin continue et holistique

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque requiert une approche holistique, qui englobe non seulement la dimension médicale, mais également les aspects psychologiques et sociaux, tout en mettant l'accent sur l'autonomisation du patient. Cette perspective vise à faciliter la transition du patient d'un rôle passif à un rôle actif dans la gestion de sa maladie, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie et à une gestion plus efficace de l'insuffisance cardiaque.

La prise en charge de l'IC est un défi majeur qui demande une démarche à la fois structurée et multidisciplinaire. Les directives de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) mettent l'accent sur l'importance des « programmes de gestion de l'insuffisance cardiaque ». Ces programmes, validés par des études récentes, proposent une prise en charge holistique des

patients atteints d'IC. Ils combinent une expertise médicale spécialisée avec une éducation thérapeutique du patient, un soutien psychosocial et une coordination des soins. Leur efficacité réside dans leur capacité à pouvoir intervenir à tous les stades de la maladie, depuis son apparition jusqu'à ses phases les plus avancées. Une des clés de leur succès est l'intervention multidisciplinaire active, combinant des approches telles que les visites à domicile par des professionnels de santé, la télésurveillance et la gestion des comorbidités. En outre, elles intègrent une approche palliative et de soutien émotionnel, social et spirituel dès les premiers stades, garantissant ainsi une meilleure qualité de vie et des résultats améliorés pour les patients (4,14).

En Belgique, la gestion de l'IC reflète une synergie entre le secteur hospitalier et la première ligne de soins (22). Contrairement à certaines affections comme le diabète ou l'insuffisance rénale chronique, il n'y a pas de « trajectoire de soins » formellement définie pour l'IC (23). Toutefois, plusieurs établissements hospitaliers ont instauré des « cliniques de l'insuffisance cardiaque » émanant d'initiatives individuelles, mais néanmoins inspirées des recommandations que propose notamment l'ESC (1,4,14). Bien que ces cliniques bénéficient de l'appui du Belgian Working Group on Heart Failure (BWGH), leur pérennité dépend fortement de la motivation et de la proactivité des équipes hospitalières (24).

La première ligne de soins, essentielle dans le continuum de prise en charge, est en contact rapproché avec les patients atteints d'IC. Elle a un rôle central dans le dépistage préventif, la gestion des symptômes, le suivi régulier et la prévention des exacerbations de l'IC. Toutefois, cette interface primaire est confrontée à des enjeux notables dont une carence en formation spécifique à l'IC, une accessibilité restreinte à certains diagnostics ainsi qu'une complexité inhérente à la gestion d'une maladie prévalente telle que l'IC (25). Ce déficit formatif peut nuire à la continuité des soins et entraîner des interruptions potentiellement préjudiciables dans les parcours de soins des patients IC. Le cœur de cette problématique souligne la nécessité de renforcer les compétences et la capacité d'intervention de la première ligne afin d'améliorer la prise en charge globale des patients atteints d'IC. Face à cet enjeu, l'éducation thérapeutique du patient et la conscientisation de son importance se relèvent indispensables.

III. L'éducation thérapeutique du patient : de sa formation à sa force dans la stratégie thérapeutique

L'éducation thérapeutique du patient se positionne comme une pierre angulaire dans l'approche holistique et multidisciplinaire de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Dans la continuité de l'importance de la première ligne de soins, cette dimension éducative vient compléter et enrichir la prise en charge en impliquant activement le patient. Elle mise sur une compréhension approfondie de la maladie et tient compte de besoins spécifiques. Ainsi, l'ETP vise non seulement à renseigner le patient sur sa pathologie, mais elle s'inscrit également dans une autonomisation de ce dernier afin de le rendre acteur de sa santé et de l'encourager à adopter des comportements favorables à son bien-être et à sa qualité de vie (13,26–28).

L'ETP a été reconnue par la Société Européenne de Cardiologie (ESC), la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une stratégie de soins cruciale pour les patients atteints de maladies chroniques telle que l'IC. Cependant, la reconnaissance officielle de l'ETP varie selon les pays (4,13,26–28). En Belgique, bien qu'elle ne bénéficie pas d'une reconnaissance politique formelle, plusieurs hôpitaux ont élaboré des programmes en ETP avec leurs propres fonds, démontrant l'efficacité de cette approche dans la gestion de l'IC. Ces initiatives ont mis en lumière les bénéfices substantiels de l'ETP, avec des résultats positifs en termes de réadmissions hospitalières, d'amélioration de la qualité de vie et de réduction de la mortalité. Malgré ces réussites, des défis demeurent, notamment en termes de continuité des soins (17,20,21,29,30).

Lorsqu'il s'agit de la prise en charge en première ligne des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, un éventail de professionnels de santé entre en jeu : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues, spécialistes du sevrage tabagique, travailleurs sociaux, représentants de groupes de patients et d'autres. Tous les membres de cette équipe de première ligne possèdent des rôles définis et des compétences spécialisées, ce qui leur permet de mener une variété d'interventions allant du diagnostic au traitement, en passant par le soutien au patient (31,32). Dans ce cadre, l'ESC en recommandant l'utilisation de

programmes pluridisciplinaires, intègre l'éducation thérapeutique et souligne l'importance d'avoir une équipe formée en ETP, englobant ainsi les acteurs de la première ligne de soins (1,4,14).

En Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB), des formations existent pour les acteurs des structures spécialisées en ETP. De plus, plusieurs organismes et institutions en Belgique proposent des formations spécifiques dans cette discipline comme l'Université de Liège avec un certificat interuniversitaire en éducation thérapeutique du patient en collaboration avec l'Université Catholique de Louvain et l'Université Libre de Bruxelles. Ce certificat interuniversitaire illustre l'engagement dans la formation des professionnels de la santé pour intégrer l'ETP dans leur pratique clinique. Ce type de programme vise à doter les participants de compétences nécessaires pour évaluer, planifier et mettre en œuvre des programmes efficace d'ETP. Il est réservé et adapté actuellement pour les infirmiers des cliniques spécialisées d'IC (50).

Pour garantir une prise en charge efficace des patients atteints d'IC en Belgique, il est fondamental de mettre l'accent sur l'ETP. Si la formation de celle-ci est intégrée pour les cliniques spécialisées, elle reste donc moins développée parmi les professionnels de la première ligne. Malgré l'existence de ces formations spécialisées, il n'existe pas encore de formation spécifiquement adaptée à ces acteurs. Pourtant, ils se présentent souvent comme étant les premiers interlocuteurs avec les patients, jouant un rôle essentiel dans la continuité et la cohérence du suivi de ces derniers. De plus, l'absence de directives (*guidelines*) sur le contenu d'une telle formation représente un défi pour la mise en place de programmes de formation cohérents et standardisés pour les professionnels de première ligne intéressés par l'ETP.

Afin d'assurer une approche globale et intégrée de l'ETP dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque, il est essentiel de combler cette lacune. Cela passe non seulement par le développement et la promotion de programmes d'éducation adaptés, mais également par une reconnaissance plus formelle de l'ETP dans les politiques de santé belges, en tenant compte des recommandations de l'OMS et d'autres institutions internationales de

santé (27). L'intégration officielle de l'ETP dans ces politiques soulignerait son importance dans la gestion des maladies chroniques. Il est impératif d'encourager l'implication des professionnels de la première ligne et de solidifier la place de l'ETP au cœur des stratégies de santé (33,34).

IV. Question et objectifs de cette recherche

La question de recherche de ce mémoire est : « Quels sont les besoins de formation en éducation thérapeutique du patient chez les acteurs de la première ligne de soins pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque ? ». Cette question s'articule autour de la nécessité de formation en éducation thérapeutique du patient pour ces professionnels en charge de patients insuffisants cardiaques. L'objectif de cette étude vise une amélioration de la prise en charge de ces derniers en répondant aux besoins exprimés par les professionnels de santé.

Un second objectif de cette étude consiste à explorer diverses modalités pratiques de formation. Cette approche vise à identifier des méthodes pour optimiser l'efficacité cet apprentissage et à assurer l'acquisition de compétences nécessaires aux professionnels de la première ligne de soin de santé pour pratiquer l'ETP lors de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

Cet angle d'approche adopté dans cette étude vise à contribuer à la construction d'un curriculum de formation complet et efficace spécifiquement adapté aux besoins des professionnels de santé de première ligne. Cette recherche rentre dans une démarche d'harmonisation et de continuité des soins entre les structures spécialisées et la première ligne, grâce aux compétences avancées des professionnels de santé de première intention.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

L'étude a utilisé une approche qualitative avec la méthode du groupe nominal développée dans les années 1960 afin de générer et de classer des idées basées sur l'expertise (35). L'expertise est considérée comme provenant de l'expérience vécue vis-à-vis de la situation à étudier. Cette méthode fait partie d'une démarche participative et consiste à réunir des experts autour d'une unique question pendant une durée d'environ 60 à 90 minutes. Le processus du groupe est réglementé (voir point « IV »).

II. Public cible, échantillon et recrutement

Les groupes de cette étude ont été formés selon des critères prédéfinis.

La population de cette étude est constituée de professionnels de santé de première ligne en contact avec des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Pour des raisons de faisabilité, l'échantillon sélectionné comprend un éventail limité de profils professionnels : médecins généralistes ; médecins spécialistes (cardiologues) ; infirmiers en soins à domicile ; infirmiers en maison médicale, kinésithérapeutes ; pharmaciens (36). Ce choix a été réfléchi dans l'idée d'avoir des perspectives diversifiées, tout en respectant les contraintes pratiques liées à la mise en œuvre de l'étude.

Les critères d'inclusion sont définis comme suit : sont engagés dans le soin et dans le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque ; sont en mesure de participer activement à la totalité du processus du groupe nominal ; ont une compréhension suffisante de la langue dans laquelle se déroulera la session ; sont volontaires et disposés à partager leur expertise et leurs perspectives de manière ouverte et constructive.

Les critères d'exclusion sont définis comme suit : ne pas exercer dans la première ligne ; ne pas être impliqué dans la prise en charge de patients atteints d'insuffisance cardiaque. De plus, les participants qui ne souhaitent pas participer à la recherche seront respectés dans leur choix.

La méthode de recrutement utilisée est l'échantillonnage d'opportunité. Les participants ont été sollicités par le biais d'organisations professionnelles, d'institutions de santé, ou d'autres réseaux de santé impliqués dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Certains professionnels de première ligne répondant aux critères d'inclusion ont directement été approchés en utilisant le réseau professionnel et privé du chercheur.

Le nombre de participants nécessaire pour former le groupe nominal a été déterminé initialement avec comme objectif d'inclure entre 5 et 10 personnes par discipline représentée. Toutefois, le nombre final de participants dans chaque groupe nominal a été difficile à prédire à l'avance, car il était dépendant de la disponibilité des professionnels répondant aux critères d'inclusion et de leur volonté à participer à cette étude.

III. Types de données récoltées

Différents types de données ont été récoltés afin d'évaluer au mieux les besoins et les éventuelles dynamiques que peut prendre une formation dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient.

Premièrement, avant chaque séance et afin de caractériser l'échantillon de participants, des **données professionnelles** ont été récoltées ; profession, éventuelle spécialisation, durée d'expérience professionnelle, lieu(x) de profession, éventuelle expérience et titre dans le domaine de l'éducation thérapeutique. Ces détails sont pertinents, car ils peuvent permettre de comprendre et contextualiser les réponses fournies. Cette caractérisation aide à interpréter les données de manière nuancée et à établir des corrélations ou des divergences en fonction des profils des répondants.

Ensuite, en utilisant la méthode du groupe nominal, des données relatives aux **compétences** ont été recueillies. Celles-ci englobent les compétences que les participants estiment nécessaires pour mener à bien l'ETP, ainsi que pour pallier des lacunes éventuelles dans leurs connaissances ou leurs aptitudes.

En fin de séance dans une période de temps supplémentaire, **les modalités de formation** ont été abordées en libre débat. Ce volet « supplémentaire » a permis d'explorer comment les participants avaient déjà été formés par le passé, en dehors de l'ETP, afin de faire ressortir les formats qu'ils jugeraient les plus efficaces ainsi que leurs préférences et besoins en matière de formation future. Ils ont été invités à se projeter sur d'éventuelles modalités pour une formation en ETP axée sur l'insuffisance cardiaque. Cette discussion a permis d'émettre des pistes pour une adaptation par rapport à ces professionnels de première ligne et à leurs singularités. Les grandes thématiques abordées lors de ces moments d'échanges ont été le coût, les horaires, la reconnaissance de titre, le format, les intervenants, les formateurs, l'accessibilité et le public.

IV. Collecte des données

Les séances ont été organisées suivant une méthodologie préalablement élaborée, prenant en compte une réflexion sur le contenu attendu de la part des participants, en harmonie avec l'objectif de mon mémoire (37). Le processus de collecte des données suit un protocole précis, étape par étape, pour assurer une approche méthodique. Les sessions ont été organisées de manière flexible en permettant pour certaines, des séances en visioconférence afin d'assurer une accessibilité au plus grand nombre de personnes. Conscient de l'intention d'analyser les besoins de formation et de cibler les compétences spécifiques requises, il a été élaboré une question stratégiquement conçue pour extraire les éléments pertinents, d'où sa formulation ouverte, mais précise. La question formulée pour guider cette étude étant : « *Si une formation vous était offerte, quelles compétences souhaiteriez-vous développer ou acquérir afin de contribuer à améliorer votre approche éducative auprès des patients insuffisants cardiaques ?* ». Cette question a été élaborée après l'obtention d'un consensus entre l'étudiant et le promoteur.

Tableau 1 : Étapes suivies lors des séances utilisant la méthode du groupe nominal

1. Introduction

- a. L'animateur restitue le contexte de la recherche aux différents participants.
- b. L'animateur énonce les règles de fonctionnement au groupe : durant les phases d'écriture, pas de communication entre les participants ; production libre d'un maximum de propositions pour répondre à la question ; la créativité et le réalisme sont bienvenus et ne s'excluent pas mutuellement.

2. Énoncé de la question

- a. L'animateur lit une question unique, avec clarification si nécessaire.
- b. Il invite ensuite les participants à répondre par écrit et en silence.

3. Réponses à la question

- a. Chaque participant note toutes ses propositions par écrit et en silence.
- b. Les réponses ne doivent pas nécessairement être réalistes, dans la mesure où les sentiments, la subjectivité des avis sont également recherchés.

4. Énoncé des réponses

- a. L'animateur procède à des tours de tables itératifs au cours desquels chaque participant ne donne qu'une seule de ses propositions à la fois. Elles sont transcrites au fur et à mesure dans un support à la vue de tous.
- b. L'animateur vérifie que chaque proposition est univoque et la transcrit au tableau ou sur l'interface pour projeter, de façon synthétique, fidèle à l'esprit plus qu'à la lettre.
- c. À ce stade, la discussion entre les participants n'est pas autorisée.
- d. Un groupe recueille en général 20 propositions.

5. Clarification

- a. L'animateur interroge le groupe pour préciser le contenu de chaque proposition.
- b. Il veille à faire séparer distinctement les propositions différentes et regrouper les propositions similaires.
- c. En effet, les propositions à contenu multiple ne permettent pas une interprétation claire des votes, tandis que les redondances conduisent à un affaiblissement des votes à l'étape suivante.
- d. Des reformulations sont souvent nécessaires. Certaines propositions qui ont été fusionnées avec d'autres ne participent plus au vote. Il reste souvent une vingtaine de propositions à la fin de cette étape.

6. Vote individuel

- a. Chaque participant vote par écrit et de façon anonyme pour 5 des propositions qui restent affichées, qui reçoivent une cote de 5 points (la plus prioritaire) à 1 point (la moins prioritaire) via l'interface *Google Forms* pour les séances le permettant, par écrit pour les autres.

7. Compilation des résultats

- a. Chaque participant rend ses bulletins de vote à l'animateur. Ce dernier note les points attribués et les totalise pour chaque proposition du tableau. Il note aussi la fréquence des votes pour chaque proposition (graphiques automatiques sur *Google Forms*, calculs plus complexes réalisés *a posteriori*).
- b. La hiérarchisation des propositions s'affiche ainsi directement au groupe, qui peut commenter les résultats.

8. Discussion des résultats

- a. Discussion autour des résultats en direct et autour des impressions.

9. Discussion supplémentaire sur le format

- a. Au cours des entretiens, les participants ont été invités à discuter de manière approfondie des différentes modalités de formation, y compris des aspects tels que le coût, les horaires, la reconnaissance du titre de formation, et d'autres éléments clés. Des questions spécifiques ont été posées pour comprendre comment ces paramètres pourraient influencer leur participation à la formation et leur capacité à appliquer les connaissances acquises dans leur pratique quotidienne.

V. Analyse des données

1) Retranscription des données :

Conformément à la méthode des groupes nominaux, les participants pouvaient, de manière individuelle, classer cinq propositions prioritaires dans la liste de propositions obtenue avec le groupe. Le classement se faisait suivant l'attribution respective de cinq, quatre, trois, deux et un point(s). Après encodage des données dans Excel, chaque groupe disposait d'un tableau recensant l'ensemble des propositions générées avec, pour chacune d'elle, le nombre de votes récoltés, la distributions des points et le score total.

2) Classement dans le référentiel de l'INPES :

Les propositions ont ensuite été individuellement catégorisées dans le référentiel de compétences de l'INPES (*Annexe I*). Chaque compétence a été évaluée et associée à un domaine et sous-domaine spécifiques du référentiel par l'étudiante.

Tableau 2 : Présentation du référentiel de catégories de compétences du praticien en ETP de l'INPES (2013)

Domaine		Sous-domaine			
A	Compétences techniques	A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales	A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information	A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils)	A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement
B	Compétences relationnelles et pédagogiques	B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension	B2 - Compétences liées à l'échange et l'argumentation	B3 - Compétences liées à l'accompagnement	B4 - Compétences liées à l'animation et la régulation
C	Compétences organisationnelles	C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation	C2 - Compétences liées à l'organisation et la coordination	C3 - Compétences liées au pilotage	

Une version du tableau plus détaillée, comprenant des exemples, est disponible en *Annexe I*.

3) Rassemblement des données par groupe :

Pour chaque groupe, les données (votes, points, score) des propositions relevant du même sous-domaine INPES ont été rassemblées et additionnées afin de pouvoir désormais parler en terme de sous-domaine (catégorie) de compétences.

4) Calcul des indices de popularité et de priorité :

Avec les données de groupe rassemblées (point 3), il a été calculé des scores de popularité et de priorité :

- ✓ Les *indices de priorité* des catégories de propositions ont été calculés en divisant le nombre de points obtenus pour un ensemble de propositions reprises dans une catégorie par le total des points attribués à l'ensemble des propositions.
- ✓ Les *indices de popularité* correspondaient au nombre de votes par catégorie de propositions, divisés par le nombre total de votes exprimés.

Ces deux catégories d'indices ont été présentées et ventilées par profession. Deux classements se dessinent à travers cette opération, un principal basé sur les priorités, et un secondaire basé sur la popularité.

VI. Planification de l'étude

Tableau 3 : Répartition des tâches entre février 2022 et septembre 2023

	2022												2023								
	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr	Mai	Juin	Juil	Aout	Sept	
Préparation du pré-protocole																					
Autorisation																					
Planification																					
Réalisation des groupes																					
Analyse & Rédaction																					
Remise du mémoire																				16	
Défense du mémoire																					6

Résultats

I. Caractéristiques de l'échantillon

Sept groupes nominaux regroupant un total de 36 participants dont des médecins spécialistes (MS) (n=5), médecins généralistes (MG) (n=9), infirmiers en soins à domicile (ID) (n=18), infirmiers en maison médicale (IM) (n=5), pharmaciens (PH) (n=3), kinésithérapeutes (KI) (n=8) ont été rassemblés entre mars 2023 et juin 2023. Le tableau 4 représente l'échantillon étudié.

Tableau 4 : Participants aux groupes nominaux et leurs caractéristiques

Groupe	Nombre de participants	Nombre de groupe réalisé	Lieux de travail			
			Milieu hospitalier	Libéral	Domicile	Maison médicale
Médecins spécialistes	5	1	✓	✓	✗	✗
Médecins généralistes	9	1	✗	✓	✓	✓
Infirmiers à domicile	7	2	✓	✗	✓	✗
Infirmiers de maison médicale	4	1	✗	✗	✓	✓
Pharmaciens	4	1	✗	✓	✗	✗
Kinésithérapeutes	7	1	✓	✓	✓	✗

Tous les participants de l'étude ont, à un moment ou à un autre, participé ou dispensé une éducation thérapeutique d'un patient, et ce, de manière formelle ou informelle. Bien qu'ils aient tous touché à ce concept dans le cadre de leur propre formation professionnelle, aucun d'entre eux n'a bénéficié d'une formation spécifique et uniquement dédiée à ce sujet. Les participants font preuve d'une expérience variable, allant de novices dans leur domaine avec seulement 1 à 2 ans d'expertise, à d'autres qui ont consacré des décennies à leur pratique avec plus de 30 ans d'expérience. Environ 15% des participants sont dans les premières étapes de leur carrière, tandis que 20% approchent leur fin de carrière avec plus de 25 ans de service. Le reste du groupe se situe entre ces deux extrêmes, avec une médiane d'environ 15 ans d'expérience professionnelle.

II. Propositions des participants

L'ensemble des participants a émis un total de 109 propositions avec 180 votes et 540 points distribués. Le tableau 5 fournit le nombre total de propositions identifiées dans les catégories A, B, C ainsi que le pourcentage de répartition totale. Il présente également, par sous-catégories de compétences ; le taux total de propositions identifiées dans la sous-catégorie (indiqué en pourcentage), le nombre total de propositions identifiées dans la sous-catégorie (indiqué en nombre) ainsi que des exemples de propositions telles que formulées par les participants.

Tableau 5 : Exemples de propositions réalisées par les participants aux groupes nominaux répartis selon les catégories de compétences de l'INPES (2013)

Catégories de compétences	Nombre et pourcentage de propositions réalisées par les participants (% [n])	Exemples de propositions correspondant à la compétence étudiée
A1	28% (30)	« Connaissance de la maladie » ; « Connaissance de l'intérêt du traitement pour le patient et sa compliance » ; « Maitrise du traitement médicamenteux et non-médicamenteux dont les mesures hygiéno-diététiques » ; « Apprentissage des nouvelles technologies » ; « Renforcement des connaissances diététiques » ; « Connaissance globale et théorique de la pathologie (mise à jour) » ; « Savoir repérer les signaux d'alerte et réagir » ; « Connaitre les pratiques de gestion des plaies et leurs soins » ; « Formation sur les dernières recherches et avancées médicales dans le domaine de l'insuffisance cardiaque (mise à jour) » ; « Connaissance en éducation physique adaptée aux patients insuffisants cardiaques » ; « Formation sur la prise en charge des comorbidités courantes associées à l'insuffisance cardiaque » ; « Connaissance de la phase terminale de la maladie et sa prise en charge palliative » ; « Être certifié pour le brevet premier secours (savoir utiliser le DEA) » ; « Connaissance sommaire des multi-pathologies associées à l'IC et leurs pharmaceutiques » ; « Connaissance de la physiologie de l'amélioration du système cardio-respiratoire » ; « Évaluation et prescription de l'exercice cardio-respiratoire adapté » ; « Compétence en actualisation des connaissances sur les avancées récentes en matière d'insuffisance cardiaque, incluant la recherche, les études et les résultats cliniques ».
A2	4% (4)	« Accès facile à des sources de mises à jour sur les connaissances », « Avoir un outil commun comme le DMI (Dossier Médical Informatisé) pour communiquer et échanger avec les autres professionnels de la santé », « Savoir utiliser le DMI (uniformisation des encodages, structure commune) », « Connaissance, mise à jour et utilisation des technologies de santé numérique ».
A3	14% (15)	« Amélioration de l'autonomie du patient et de ses compétences » ; « Connaitre les fondements de l'éducation thérapeutique (ETP) » ; « Connaissance, création et utilisation d'outils pédagogiques spécialisés » ; « Savoir favoriser l'autonomie et l'autogestion du patient IC » ; « Savoir créer des outils adaptés au patient en soins à domicile ; capacité du soignant à créer des outils didactiques pour lui et le patient » ; « Connaitre et savoir utiliser des outils actuels utiles en soins à domicile pour l'ETP au patient IC » ; « Savoir utiliser la technologie et les outils interactifs pour

A4		l'éducation des patients » ; « Apprentissage de techniques/outils de gestion du stress et de l'urgence » ; « Formation sur des stratégies d'adaptation concrètes aux modes de vie du patient (adopter des habitudes saines) » ; « Utiliser des outils pédagogiques pour communiquer avec des patients ne partageant pas la même culture ou la même langue ».
	5% (5)	« Consilience avec l'éducation thérapeutique d'autres pathologies » ; « Notion de l'impact de l'entourage du patient dans son éducation thérapeutique » ; « Savoir travailler de manière systémique avec l'entourage et la famille » ; « Savoir réaliser une cartographie des intervenants autour du patient (proches, professionnels et institutions) » ; « Compétence en communication et implication des aidants proches et de la famille dans la prise en charge du patient, en les éduquant sur les soins nécessaires ».
Total A : compétences techniques 50% (54)		
B1	4% (5)	« Pratiquer l'écoute active » ; « Savoir déconstruire des idées préconçues » ; « Comment accepter et gérer le refus de collaboration des patients » ; « Savoir identifier les émotions du patient pour pouvoir l'accompagner à travers » ; « Compétence en gestion du stress chez le patient (soutien émotionnel, techniques de relaxation, redirection et l'utilisation de méthodes appropriées) ».
B2	14% (15)	« Apprentissage des techniques de communication verbale et non-verbale envers le patient » ; « Réaliser de la prévention secondaire, tertiaire et quaternaire de l'IC » ; « Compétence en communication : vise à adapter son langage vis-à-vis du patient et de sa famille » ; « Compétence en éducation axée sur l'ETP : savoir dispenser une éducation adaptée » ; « Communiquer et éduquer les aidants proches et la famille » ; « Apprentissage de techniques de motivation » ; « Savoir définir des objectifs avec le patient » ; « Savoir éduquer le patient de manière adéquate sur l'importance de sa prise de traitement » ; « Compétence en éducation thérapeutique du patient ».
B3	17% (18)	« Savoir mener un entretien motivationnel avec la spécificité de l'IC » ; « Savoir identifier le niveau de littératie en santé d'un patient et l'accompagner en fonction » ; « Savoir créer un climat de confiance avec le patient » ; « Savoir identifier les ressources du patient à tous les niveaux » ; « Apprendre à co-construire avec le patient autour d'un objectif spécifique en prenant en compte ses attentes (partenariat thérapeutique) » ; « Accompagner le patient en soins palliatifs (phase terminale de la maladie) » ; « Évaluer les risques chez le patient atteint d'insuffisance cardiaque » ; « Aptitude à fournir des conseils et un soutien personnalisés au patient pour une prise en charge autonome de sa santé au quotidien » ; « Compétences en évaluation de la compréhension des patients (littératie en santé) » ; « Connaître et appliquer les techniques d'évaluation des connaissances et croyances du patient » ; « Savoir reconnaître les ressources du patient » ; « Éduquer le patient sur les signaux d'alerte et quoi faire en présence de ceux-ci ».
B4	1% (1)	« Collaborer régulièrement avec des patients experts pour analyser leurs attentes envers leur thérapeute ».
Total B : Compétences relationnelles et pédagogiques 36% (39)		
C1	6% (7)	« Savoir collaborer de manière pluridisciplinaire, connaître le rôle de chacun et référer le patient (niveau de soins) » ; « Avoir la capacité d'évaluation des connaissances actuelles du patient par le soignant, savoir évaluer les situations et rediriger vers le bon professionnel » ; « Savoir, pour le soignant, reconnaître et utiliser les ressources et les réseaux dans la structure médicale et au-delà » ; « Savoir réorienter vers le bon professionnel de santé, savoir suivre et évaluer les résultats attendus chez le patient » ; « Compétence en évaluation et accompagnement de l'adaptation du patient à son domicile ».

C2	7% (8)	« Approche interdisciplinaire : lien entre les différents professionnels, connaître et utiliser les réseaux de soins de première ligne et savoir contribuer à son développement » ; « Compétence en collaboration interprofessionnelle avec compréhension des différents rôles et de leurs compétences, compétences en gestion du temps » ; « Utiliser des outils pour faciliter la vie du patient (agenda, semainier, application, rappels GSM, carnet de liaison, appareils électroniques connectés...) » ; « Savoir travailler en collaboration interprofessionnelle : communication et connaissance ».
C3	1% (1)	« Connaissance et apprentissage d'une méthodologie de l'éducation thérapeutique ».
Total C : compétences organisationnelles 14% (16)		

Ce tableau permet d'avoir une vue générale et transversale des tendances des propositions à travers le référentiel de compétences utilisé pour l'analyse .

La catégorie A (compétences « techniques ») regroupe 50% des propositions. C'est dans cette catégorie que se trouve la majorité des compétences mentionnées par les participants. Les propositions pour la sous-catégorie **A1** (connaissances techniques et biomédicales) représentent 28% du total des propositions, ce qui fait d'elle la sous-catégorie la plus citée de toutes. Les compétences pédagogiques **A3** viennent ensuite, constituant 14% de l'ensemble des propositions. Les autres sous-catégories **A2** (techniques de gestion et d'information) et **A4** (prise en compte de l'environnement) sont moins représentées avec respectivement 4% et 5% des propositions. Les participants ont montré un intérêt marqué pour les compétences techniques et biomédicales, ainsi que la nécessité d'être à jour avec les avancées médicales en matière de traitements de l'insuffisance cardiaque.

La catégorie B (compétences « relationnelles et pédagogiques ») rassemble 36% des propositions. Au sein de cette catégorie, on note que l'accompagnement du patient est fortement mis en avant avec 17% du total des propositions à travers la compétence **B3**, représentant aussi la construction dans cette relation soignant-soigné. La compétence **B2** liée à l'échange et l'argumentation suit de près avec 14% des propositions. Les compétences en écoute et compréhension **B1** sont moins citées, représentant 4% des propositions respectivement. Le sous-domaine **B4** (1%) a été cité et voté une unique fois par le groupe des médecins généralistes, il regroupe les compétences liées à l'animation et la régulation. Ces résultats indiquent une forte demande pour des compétences en écoute active, en

accompagnement du patient, et en partage de l'information avec les autres acteurs de la prise en charge du patient.

La catégorie C (compétences « organisationnelles ») constitue 14% des propositions. La majorité des compétences évoquées dans cette catégorie concernent l'organisation et la coordination des soins **C2** qui représentent 7% du total des propositions. Les compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation **C1** sont aussi mentionnées avec 6% des propositions. En revanche, les compétences de pilotage **C3** sont moins présentes, avec seulement 1% des propositions. Les participants soulignent l'importance de la structuration et de la coordination dans la prise en charge du patient, notamment en termes d'interactions avec les autres professionnels de santé.

III. Indices de priorité et de popularité

Le tableau 6 représente les indices de priorité et de popularité accordés aux catégories de l'INPES (2013) suivant les catégories des participants aux groupes nominaux. Les indices sont exprimés en % (n) ; médecins spécialistes (MS) (n=5), médecins généralistes (MG) (n=9), infirmiers en soins à domicile (ID) (n=18), infirmiers en maison médicale (IM) (n=5), pharmaciens (PH) (n=3), kinésithérapeutes (KI) (n=8) (PRI = indice de priorité, POP = indice de popularité).

Tableau 6 : Indices de priorité et de popularité globaux accordés aux catégories de l'INPES (2013) suivant les catégories des participants aux groupes nominaux

Participants	MS		MG		ID		IM		PH		KI	
	PRI	POP	PRI	POP	PRI	POP	PRI	POP	PRI	POP	PRI	POP
A1	77,3%	64%	27,4%	22,2%	30,5%	31,4%	31,7%	20%	60%	55%	55,2%	45,7%
A2	2,7%	4%	0%	0%	5,7%	5,7%	0%	0%	0%	0%	1%	2,9%
A3	5,3%	4%	11,1%	11,1%	13,3%	11,4%	11,7%	15%	10%	15%	4,8%	5,7%
A4	0%	0%	5,2%	6,7%	0%	0%	1,7%	5%	0%	0%	6,7%	11,4%
Total A	85,3%	72%	43,7%	40%	49,5%	48,6%	45%	40%	70%	70%	67,6%	65,7%
B1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8,3%	10%	0%	0%	8,6%	8,6%
B2	2,7%	4%	8,9%	8,9%	30,5%	28,6%	13,3%	20%	20%	20%	6,7%	5,7%
B3	0%	0%	29,6%	35,6%	12,4%	11,4%	28,3%	25%	5%	5%	12,4%	14,3%
B4	0%	0%	4,4%	4,4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total B	2,7%	4%	43%	49%	42,9%	40%	50%	55%	25%	25%	27,6%	29%
C1	0%	0%	12,6%	8,9%	5,7%	8,6%	5%	5%	0%	0%	0%	0%
C2	4%	12%	0,7%	2,2%	1,9%	2,9%	0%	0%	5%	5%	4,8%	5,7%
C3	8%	12%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total C	12,0%	24%	13,3%	11,1%	7,6%	11,4%	5%	5%	5%	5%	4,8%	5,7%

Ce tableau, et son analyse détaillée, mettent en relief les nuances et les tendances spécifiques de chaque groupe de professionnels vis-à-vis des différentes compétences. Cette étude met en lumière des priorités et popularités distinctes parmi les différentes professions de première ligne.

Les compétences techniques (**domaine A**) englobent la maîtrise des outils, méthodes et savoir-faire spécifiques. Dans cette catégorie, le **sous-domaine A1** (les connaissances techniques et biomédicales) est fortement privilégié par les médecins spécialistes, avec une priorité impressionnante de 77,3%. Les pharmaciens et les kinésithérapeutes ne sont pas en reste, attribuant à cette compétence des taux respectifs de 60% et 55,2%. En revanche, les médecins généralistes et les infirmiers en soins à domicile affichent des intérêts plus modérés de 27,4% et de 30,5% respectivement. Les infirmiers en maison médicale enregistrent quant à eux un taux de 31,7%. Le **sous-domaine A2** (les techniques de gestion et d'information) semble moins populaire en général. Les infirmiers en soins à domicile manifestent tout de même un certain intérêt, avec un taux de 5,7%. Cependant, les médecins spécialistes sont beaucoup plus réservés à 2,7%, tandis que les médecins généralistes ne semblent pas du tout concernés. Les kinésithérapeutes, eux, accordent à cette compétence un maigre 1%. Pour ce qui est du **sous-domaine A3** (la pédagogie avec méthodes, techniques, outils), les infirmiers du domicile et ceux de maison médicale lui accordent une certaine importance, avec des taux de 13,3% et 11,7% respectivement. Les médecins spécialistes et les kinésithérapeutes restent encore une fois plus réservés, enregistrant 5,3% et 4,8% respectivement. Enfin, le **sous-domaine A4** (la prise en compte de l'environnement) ne suscite l'intérêt que des kinésithérapeutes (6,7%), des médecins généralistes (5,2%) et des infirmiers en maison médicale (1,7%).

Le domaine des compétences relationnelles et pédagogiques (**domaine B**), crucial dans le secteur de la santé, englobe la capacité d'interaction et de communication avec les patients. Au sein de cette catégorie, le **sous-domaine B1** (l'écoute et la compréhension) est plébiscité par les infirmiers de maison médicale (8,3%) et les kinésithérapeutes (8,6%). Par contre, médecins spécialistes, généralistes et pharmaciens ne montrent aucun intérêt. Le **sous-domaine B2** (l'échange et l'argumentation) voit une forte reconnaissance par les infirmiers à

domicile (30,5%) et les pharmaciens (20%). Cependant, elle n'enregistre que peu de succès auprès des médecins spécialistes avec un taux de seulement 2,7%. Le **sous-domaine B3** (l'accompagnement) est quant à elle considérée essentielle par les médecins généralistes (29,6%) et les infirmiers de maison médicale (28,3%). Le **sous-domaine B4** (l'animation et la régulation) semble susciter un intérêt limité, noté uniquement chez les médecins généralistes à 4,4%.

En ce qui concerne les compétences organisationnelles (**domaine C**), elles semblent avoir un poids moindre dans les priorités. Cependant, le **sous-domaine C1** (la prise de recul et à l'évaluation) est reconnu par les médecins généralistes à hauteur de 12,6%, tandis que les médecins spécialistes ne montrent aucun intérêt. Pour le **sous-domaine C2** (l'organisation et la coordination), les médecins spécialistes et kinésithérapeutes la notent respectivement à 4% et à 4,8%. Le **sous-domaine C3** (le pilotage), bien qu'elle soit peu représentée, est tout de même mentionnée par les médecins spécialistes avec une popularité de 12% et une priorité de 8%.

Alors que les compétences techniques et relationnelles (**domaine A et B**) sont largement reconnues comme essentielles, les compétences organisationnelles (**domaine C**), bien que moins priorisées, demeurent cruciales pour l'efficacité des soins. La mise en évidence de ces tendances peut orienter les programmes de formation continue et les initiatives de développement professionnel dans le secteur médical.

IV. Modalités de formation

Lors des temps de discussions sur les avis et préférences en matière de formation, de nombreuses tendances et idées ont été relevées :

Coût	Les discussions ont révélé une sensibilité marquée envers le coût des formations. Pour les infirmiers, la prise en charge financière par leur employeur est courante, mais celle-ci est généralement conditionnée face à la durée de la formation, son intérêt ou son coût trop élevé. Les formations longues de plus d'un an sont moins susceptibles d'être financées ou alors en partie. Par ailleurs, les kinésithérapeutes ont noté que, même s'ils voient la valeur dans certaines formations, les frais peuvent représenter un obstacle majeur, rendant certaines options hors de portée.
Horaire	La nécessité d'harmoniser les formations avec des emplois du temps souvent chargés a été mise en avant. Les médecins, par exemple, ont montré un intérêt pour des modules pouvant être suivis en soirée ou pendant le week-end, permettant une meilleure conciliation avec leurs obligations professionnelles. Les infirmiers cherchent à maximiser l'efficacité de la formation en privilégiant des durées courtes.
Reconnaissance du titre	La validation des compétences acquises était une préoccupation centrale. Les médecins et infirmiers tiennent à ce que leurs efforts soient reconnus à travers une certification ou toutefois un titre. Certains ont soulevé des inquiétudes concernant des évaluations trop rigides ou stressantes. Les pharmaciens, ayant déjà un quota de formations à remplir annuellement, verraient d'un bon œil la possibilité d'intégrer de nouvelles formations à ce quota. Les pharmaciens ont notamment évoqué que certaines formations pourraient être comptabilisées dans leurs obligations annuelles si elles étaient adaptées à leurs besoins spécifiques.
Format	Les médecins veulent pouvoir sélectionner des modules pertinents pour leur pratique, dans une idée de personnalisation. Bien que le contact direct en présentiel soit privilégié pour le réseau et l'interaction, il a été noté un intérêt croissant pour des formats numériques, tels que les webinaires et du e-learning.

	Tous les groupes ont suggéré d'intégrer des simulations par des méthodes d'apprentissage interactives comme des jeux de rôle.
Formateurs et intervenants	La qualité des formateurs est non-négociable. Il a été souligné que ces derniers devraient non seulement être experts dans leur domaine, mais aussi pédagogues. La possibilité d'avoir accès à des conférenciers ou experts internationaux a été particulièrement plébiscitée par les spécialistes et kinésithérapeutes. Les médecins spécialistes ont montré leur intérêt pour bénéficier d'interactions avec des groupes de patients.
Suivi de Formation	L'apprentissage ne s'arrête pas à la fin d'une session pour beaucoup. Un besoin de suivi, sous forme de séances de rappel ou de mise à niveau, a été identifié pour garantir l'application continue des connaissances en pratique. Le groupe des infirmiers proposent notamment une base de données accessible à tout moment avec des synthèses des notions enseignées, permettant des rafraîchissement de manière autonome par les professionnelles.
Accessibilité	La question de la localisation des formations était prédominante. Les professionnels souhaitent limiter les déplacements, privilégiant des centres de formation locaux ou, à défaut, ceux proposant des solutions d'hébergement adaptées. Certains ont rappelé la possibilité de suivre des formations en ligne en soulignant néanmoins une préférence pour le présentiel.
Public	Les avis quant à la composition des groupes de formation divergent. Plusieurs professionnels, en particulier les kinésithérapeutes, voient une valeur ajoutée à suivre des formations avec d'autres spécialités pour favoriser les échanges et enrichir leurs perspectives. Cette approche est vue comme un moyen de stimuler la collaboration interdisciplinaire. Une minorité suggère une combinaison des deux : des modules communs pour les sujets transversaux et des sessions spécifiques pour les compétences propres à chaque profession.

Discussion et perspectives

I. Discussion des résultats

1. Interprétation des résultats de besoins en formation et compétences en ETP

Nos analyses et observations mettent en lumière plusieurs points saillants et nuances spécifiques concernant les besoins en formation et les compétences en ETP nécessaires pour les différentes professions médicales abordées dans cette étude.

Décalage entre la perception des compétences et la réalité

Les résultats montrent que les domaines les moins privilégiés par les professionnels incluent le sous-domaine A2 (techniques de gestion et d'information), avec un intérêt presque négligeable de la part des médecins généralistes et un taux de seulement 1% chez les kinésithérapeutes. Le sous-domaine A3 (pédagogie) reçoit un intérêt modeste de la part des médecins spécialistes et kinésithérapeutes, tandis que le sous-domaine A4 (prise en compte de l'environnement) est principalement valorisé par les kinésithérapeutes à 6,7%. Dans le domaine des compétences relationnelles, le sous-domaine B1 (écoute et compréhension) est ignoré par les médecins et pharmaciens, et le B2 (échange et argumentation) est faiblement valorisé par les médecins spécialistes à 2,7%. Finalement, les compétences organisationnelles, particulièrement le sous-domaine C1 (prise de recul et d'évaluation), ne semblent pas prioritaires pour les médecins spécialistes. Ces catégories, qui n'ont obtenu que peu d'indices de popularité ou de priorité selon certaines disciplines, pourraient être perçues comme des domaines où ces professionnels se sentent déjà assez compétents.

Toutefois, il serait imprudent de conclure hâtivement que ces besoins sont entièrement comblés. Une étude montrait déjà la présence de lacunes chez des généralistes dans des domaines qu'ils croyaient maîtriser (38). Cet écart, qui se manifeste entre la perception de compétence et la compétence réelle, a des implications majeures dans le domaine médical et de la santé, en particulier en ce qui concerne la qualité des soins. Ce phénomène est analogue à l'effet *Dunning-Kruger* qui se présente comme un biais cognitif où des individus avec un faible niveau de compétence dans un domaine donné ont tendance à surestimer leur habileté,

tandis que ceux dotés d'une haute compétence ont tendance à la sous-estimer (39). Ce phénomène nous rappelle qu'un professionnel de santé pourrait estimer maîtriser un domaine de compétence, sans percevoir ses limites. Cela présente un risque non-négligeable et susceptible d'altérer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. L'écho de ces résultats avec ceux de ce mémoire souligne l'importance d'une formation continue adaptée. Elle permet non seulement de rester à jour avec les évolutions constantes du domaine médical, mais aussi d'obtenir une évaluation objective des compétences grâce à des évaluations intégrées. Ces évaluations, combinées à des retours d'information et à la comparaison avec des pairs, aident à identifier et à combler les lacunes éventuelles dans les compétences. En améliorant ainsi leurs connaissances et leurs compétences, ils pourront offrir des soins de meilleure qualité à leurs patients et renforcer leur confiance dans la pratique (2,40).

Concordance et divergence des besoins

La concordance entre les indices de priorité et de popularité se traduisant par une différence minime entre ces taux, montre une cohérence dans chacun des différents groupes professionnels. Néanmoins, des différences apparaissent selon les sous-compétences, où certaines sont priorisées et d'autres délaissées. Une observation majeure dans notre étude se situe quant à la mise en évidence des compétences techniques et relationnelles comme piliers essentiels dans l'ETP en IC. Les médecins spécialistes priorisent fortement les connaissances techniques et biomédicales A1 (77,3%), tandis que cette importance chute nettement pour les médecins généralistes et les infirmiers à domicile (autour de 30%). En matière de compétences relationnelles (B), l'échange et l'argumentation (B2) sont essentiels pour les infirmiers à domicile (30,5%), tandis que l'accompagnement (B3) est une clé pour les médecins généralistes (29,6%) et les infirmiers de maison médicale (28,3%). Comme énoncé plus haut, les médecins spécialistes mettent grandement en avant ces compétences techniques (A), suggérant une exigence de connaissances pointues et une maîtrise des procédures spécifiques à leur domaine de spécialisation. Par contraste, les médecins généralistes et les infirmiers cherchent un équilibre entre ces compétences techniques (A) et les compétences relationnelles (B). Cette dualité reflète la nature holistique de la prise en charge de

l'insuffisance cardiaque, accentuant l'importance des interactions humaines dans le processus thérapeutique. Cela souligne l'importance de structurer les programmes d'études pour mettre l'accent sur ces domaines spécifiques. Avec la décompensation pouvant être rapide dans l'insuffisance cardiaque par rapport à d'autres maladies chroniques, la priorité donnée au diagnostic précis est totalement compréhensible. Ces résultats maintiennent l'importance d'avoir de solides compétences diagnostiques afin de pouvoir détecter rapidement les problèmes cardiaques mais aussi d'avoir une communication empathique pour bien comprendre les besoins des patients (41,42). Ces nuances dans les résultats soulignent la complexité et la diversité des besoins en compétences parmi les professionnels de santé. Les programmes de formation et de développement devraient considérer ces tendances lors de leur élaboration et être adaptés pour répondre à ces nuances propres à chaque profession.

Accents sur l'échange, l'argumentation et l'accompagnement dans le parcours de soins

Dans les résultats, les médecins généralistes et les infirmiers de maison médicale se distinguent par un besoin prédominant pour les compétences relationnelles (B). Cette compétence relationnelle semble être particulièrement valorisée aussi chez les pharmaciens et les kinésithérapeutes. Dans le domaine des compétences relationnelles, l'accent est mis sur l'échange et l'argumentation (B2) par les infirmiers à domicile et les pharmaciens, ce qui indique un besoin manifeste de renforcer les formations en communication. De plus, l'importance accordée à l'accompagnement du patient (B3) par les médecins généralistes et les infirmiers en maison médicale suggère un besoin croissant de formations centrées sur l'accompagnement du patient tout au long de son parcours de soins. Ces professions orientées relationnelles ont en commun une proximité significative avec les patients, ce qui pourrait expliquer l'importance qu'elles accordent à l'établissement de relations patients-soignants solides (43). Les patients qui se sentent écoutés sont plus enclins à suivre les recommandations médicales et sont plus disposés à partager des détails sur leurs symptômes (44), ce qui peut permettre un diagnostic plus précis pour les professionnels. Toutefois, bien que ces professions mettent l'accent sur la relation patient-soignant, nous pouvons souligner que ces compétences, en particulier l'écoute (B1), mériteraient également d'être renforcées chez les spécialistes.

En effet, ils peuvent parfois être plus éloignés d'une relation directe avec leur patient en raison de la nature spécifique de leur expertise. Les médecins spécialistes n'interagissent pas avec leurs patients aussi régulièrement que d'autres professionnels de santé, comme les infirmiers ou les médecins généralistes. Ils ne sont pas toujours à leur chevet et ne bénéficient donc pas de la même continuité dans la relation patient-soignant. Cette interaction moins fréquente peut parfois limiter leur connaissance approfondie de la personne au-delà de son état médical. Cependant, ces spécialistes jouent un rôle indispensable dans le parcours de soin du patient, apportant une expertise cruciale et contribuant largement à la qualité des soins dispensés. Il serait donc bénéfique d'accroître leur compétence en matière d'écoute et de relation avec le patient afin d'améliorer la globalité de l'expérience de ce dernier.

La valeur des compétences relationnelles intervient aussi dans la collaboration interprofessionnelle. Selon les données, les infirmiers à domicile valorisent fortement l'échange et l'argumentation avec un taux de 30,5%. Les pharmaciens suivent avec un taux de 20%. Ces chiffres indiquent des variations significatives dans la reconnaissance de l'importance de la communication interprofessionnelle parmi ces professions. Un échange efficace entre les professionnels de santé améliore la coordination des soins, garantissant que le patient bénéficie d'une prise en charge complète et cohérente (45). Il est positif de constater que ces professions évoluent vers une meilleure prise en compte de l'accompagnement des patients, en ligne avec les défis sanitaires et besoins sociétaux actuels.

Cette évolution reflète l'importance croissante accordée au patient comme acteur central de son projet de soins, influençant à la fois la formation et la pratique des professionnels de santé. Par l'évocation de ces compétences par les professionnels, cette étude témoigne de l'existence d'un désir de formation dans ce domaine qui met en évidence un potentiel écart entre la formation initiale et les besoins actuels des soignants de première ligne (44).

Tendances dans les compétences et la coordination des soins

Globalement, les compétences organisationnelles semblent être moins prioritaires pour la plupart des professionnels, bien que le pilotage soit notable pour les médecins spécialistes à 12%.

Cela peut indiquer la vision unifiée d'un manque d'importance relative à cette catégorie parmi l'ensemble des professionnels. Ces chiffres pourraient suggérer que bien que ce domaine soit tout de même reconnu comme pertinent, il peut être considéré comme secondaire par rapport aux compétences techniques et relationnelles dans le contexte de la prise en charge éducative en IC. Cependant, minimiser la valeur des compétences organisationnelles pourrait être un point de contention. En effet, la coordination et l'efficacité des soins reposent grandement sur de solides compétences organisationnelles, en particulier dans des contextes complexes tels que la prise en charge des maladies chroniques. La négligence de ces compétences pourrait potentiellement affecter l'efficacité globale des soins aux patients.

La variabilité de l'intérêt pour les compétences en organisation et coordination confirme que la formation devrait se concentrer sur ces aspects afin d'assurer une coordination optimale des soins entre les différentes professions médicales. Une tendance qui se reflète particulièrement chez les spécialistes en accordant de l'importance à la gestion globale et à l'efficacité organisationnelle (C2), peut-être en raison de leurs rôles dans la coordination de soins complexes. De manière contrastée, nous pouvons observer un intérêt chez les médecins spécialistes où la prise de recul et l'évaluation (C1) sont mises en avant. Cet intérêt souligne l'importance d'intégrer des modules axés sur l'auto-évaluation et l'adaptation dans les formations. C'est en effet une importance clé de la coordination des soins, ce qui est également confirmé par le rapport de l'OMS dans son rapport prônant des soins intégrés pour une approche centrée sur la personne (27). La mise en place d'un système de référence et d'un partage d'information efficace entre les professionnels de santé pourrait aider à améliorer ces aspects.

Comparaison avec d'études sur l'ETP sur les maladies chroniques

Nous pouvons faire un parallèle avec une étude de 2016 s'intéressant aux besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité via une enquête procédant par groupes nominaux auprès des professionnels de santé (37).

L'obésité et le diabète, abordés dans cette étude, sont indiscutablement des sujets de santé publique majeurs. Cette étude et la nôtre soulèvent d'intéressantes questions sur la formation et la perception des compétences par les professionnels de santé. Cette comparaison met en lumière les besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge de maladies chroniques spécifiques. La compréhension, des différences et des similitudes entre ces études, enrichit notre compréhension des besoins en formation et offre une perspective pour les futures initiatives de formation. La comparaison de ces deux études montre des divergences sur les sous-compétences prioritaires, mais aussi une hétérogénéité professionnelle les concernant. Toutes deux insistent sur la demande croissante de compétences techniques en raison de la complexité des traitements. Elles valorisent également fortement les compétences relationnelles, illustrant la primauté de la relation patient-professionnel dans l'ETP. L'importance d'une collaboration interprofessionnelle y est également affirmée rappelant l'approche holistique du soin. Notre étude, contrairement à l'autre, souligne la pertinence de l'environnement socioculturel du patient.

Il faut tirer de cette comparaison une notion de formation adaptée, car bien qu'il y ait des besoins de formation communs, il est clair que chaque pathologie nécessite une formation spécifique pour les soignants pour répondre aux besoins uniques des patients. Il y réside une nécessité d'une approche interprofessionnelle pour la formation, mettant en avant des besoins universels.

2. Modalités de formation et perspectives de programme

Quelques pistes peuvent être suggérées ou soulignées en conciliant les notions dégagées dans l'analyse des résultats de cette étude avec les modalités énoncées par les participants. Ces perspectives visent à répondre aux besoins des professionnels, à anticiper les tendances futures et à proposer une approche de formation à la fois pertinente et innovante. Ce sont des propositions exploratoires et non des solutions garanties voir exhaustives. Elles n'indiquent pas nécessairement des initiatives entièrement réalisables ou pratiques, mais servent plutôt de pistes de réflexion.

Pour répondre au défi du coût, nous pouvons envisager ou rappeler plusieurs leviers facilitant l'accès à la formation pour tous. Des structures offrent déjà des crédits éducation, en étant agréé par la « *commission congé-éducation* », qui représentent une solution efficace. L'optimisation de la déductibilité fiscale pour les formations destinées aux travailleurs indépendants est également un mécanisme à ne pas négliger. Les partenariats avec des institutions éducatives peuvent générer des fonds supplémentaires, tout en offrant des conditions financières avantageuses pour les apprenants. Les entreprises sont aussi encouragées à investir dans la formation de leurs salariés, notamment grâce à certains fonds de soutien qui octroient des bourses de formation. Par ailleurs, la mise en place d'un fonds de solidarité pourrait fournir des bourses selon les besoins, l'engagement ou le mérite. Cette solution serait particulièrement adaptée aux professionnels ne pouvant bénéficier des aides existantes, en raison de contraintes telles que des quotas d'heures de formation ou un budget défini, qui peuvent parfois constituer des freins (51, 52).

La reconnaissance des compétences acquises lors de la formation contribue à valoriser les professionnels et reflète un gage de confiance pour eux. Une collaboration étroite avec des organismes de certification reconnus permettrait de confirmer la valeur ajoutée des formations. En outre, obtenir l'aval des autorités sanitaires belges ou les différents services publics compétents en matière de santé selon les régions, donnerait une légitimité supplémentaire aux formations.

Les formateurs sont au cœur de l'excellence pédagogique. Il serait recommandé d'avoir des modules dispensés par des formateurs certifiés. Dans cette optique, la création d'une académie leur étant dédiée garantirait la formation continue de ces enseignants, assurant ainsi aux apprenants une formation à la pointe des avancées du domaine. Pour enrichir cette démarche et dans l'idée d'offrir une perspective internationale, il serait judicieux d'inviter des experts internationaux pour transmettre certaines compétences ou intervenir lors de webinaires. La présence de pairs, profitant d'une large expertise dans les domaines concernés, sous forme mini-séminaires interprofessionnels, enrichirait le contenu en favorisant le partage interdisciplinaire.

En ce qui concerne la durée de la formation et l'ajustabilité de ses créneaux horaires, la création de modules à la demande permettrait aux professionnels de suivre les formations à leur propre rythme, tout en introduisant des sessions en soirée ou le week-end pour ceux ayant des horaires irréguliers. Cette idée suit celle d'une formation de manière asynchrone. Dans la continuité de ce format, la création d'une plateforme interactive où chaque professionnel peut construire son parcours de formation serait idéale.

Enfin, en matière d'environnement d'apprentissage, l'hybridité pourrait être une clé, combiner des sessions en présentiel pour le réseau avec des modules en ligne offrirait une flexibilité sans précédent. Une bibliothèque numérique garantirait un accès permanent aux ressources enseignées. Dans le décours de cette idée, un suivi post-formation serait tout aussi apprécié. La création d'une application mobile dédiée ou alors d'une base de données en ligne permettant de fournir des rappels et des contenus complémentaires, maintiendrait l'engagement des professionnels. Des réunions de suivi trimestrielles, type groupe de parole encadré, pourrait renforcer l'application pratique des compétences et encourageraient les échanges entre pairs.

3. Perspectives de formation et de recherche

La nécessité d'une formation adéquate et bien ciblée est devenue évidente à la lumière de notre étude. Il est crucial de comprendre que la seule demande exprimée par les professionnels ne peut constituer la base unique pour élaborer un programme de formation. La formation continue représente une avenue prometteuse pour combler l'écart observé, améliorer la qualité des soins et poursuivre l'excellence dans la pratique. Pour élaborer une stratégie de formation pertinente en ETP destinée aux professionnels de première ligne, nous devons adopter une démarche holistique. Il faut promouvoir l'intégration de différentes méthodes et sources d'information afin d'enrichir notre perspective. Les évaluations externes des compétences, comme les retours des patients et les évaluations par les pairs, peuvent déceler des aspects de la pratique qui échappent parfois aux professionnels eux-mêmes (48). En outre, l'examen minutieux des incidents médicaux et des erreurs permet d'identifier des domaines qui nécessitent une attention particulière en matière de formation (49).

Il est tout aussi impératif de rester à l'écoute des avancées récentes, des lignes directrices actualisées, et des meilleures pratiques du domaine. Des consultations avec des experts, ainsi qu'une veille constante de la littérature pertinente, s'imposent pour garantir une formation qui répond aux normes actuelles et aux besoins changeants des patients et des professionnels (46,47).

II. Limites et biais

L'étude met en évidence des limites substantielles soulignant l'importance d'aborder les résultats avec discernement et de reconnaître les facteurs qui peuvent influencer la complétude, la précision et la profondeur des données. Il est nécessaire d'avoir pris conscience de l'impact potentiel de ces facteurs dans le cadre des contraintes d'un mémoire.

Tout d'abord, les **limites de nombre dans l'échantillonnage** : la taille limitée de l'échantillon restreint la généralisation de conclusions, mais offre une perspective ciblée, soulignant l'importance d'une interprétation attentive. Une étude plus étendue aurait pu offrir une variété plus large de perspectives, mais le contexte d'un mémoire peut parfois imposer des contraintes. La **diversité des profils des participants** : une étude avec une portée plus élargie, pouvant prendre en charge une plus grande diversité de participants, peut renforcer la validité externe des conclusions. La **subjectivité dans le classement** : l'analyse a été réalisée par une chercheuse unique, ce qui peut influencer la manière dont les compétences ont été classées. Une approche collaborative aurait pu apporter une perspective supplémentaire, mais cette démarche peut être difficile à réaliser dans le cadre d'un projet individuel tel qu'un mémoire. **L'impact de la présence de l'auteure** : la présence de l'auteure en tant qu'infirmière souligne l'engagement préalable envers l'objectivité, même s'il est conscient que certaines influences peuvent persister. Le choix de l'auteure de minimiser son influence par l'utilisation d'une démarche standardisée préalablement mise en place montre une réflexion consciente malgré les contraintes. Les **contraintes temporelles** : les contraintes temporelles pour répondre aux groupes de discussion peuvent affecter la qualité des données. Le respect des échéances dans un mémoire peut parfois limiter la collecte de données dans des conditions idéales.

III. Conclusion

La montée des maladies chroniques dans nos sociétés est une réalité indéniable, influençant de manière significative les politiques de santé et les modalités de prise en charge. En conséquence, face à des hospitalisations plus courtes et à une nécessité accrue d'autogestion de la part des patients, le besoin d'une formation robuste pour les professionnels de santé en première ligne s'intensifie.

Pour répondre aux défis posés par les transitions épidémiologiques, il est donc impératif de revaloriser le rôle de la première ligne à travers une formation continue adaptée, comme l'ont souligné les points-clés de notre travail. L'ETP, dans ce contexte, n'est pas seulement une stratégie complémentaire, mais un élément central, assurant une transition fluide du patient entre l'hôpital et son domicile, tout en lui donnant les moyens de prendre en main sa santé.

Les retours des professionnels de santé issus de notre étude révèlent un intérêt prononcé pour l'éducation thérapeutique du patient. Ils mettent en évidence la nécessité d'un renforcement des connaissances fondamentales sur la maladie (IC) elle-même, avant d'aborder l'aspect éducatif. En outre, une attention particulière est appelée sur les bases de l'ETP, notamment les compétences relationnelles et pédagogiques. Les résultats traduisent un besoin d'ouvrir les consciences professionnelles au désir d'étoffer les compétences en matière d'organisation.

Face à des pathologies telles que l'insuffisance cardiaque, qui comporte un risque accru de complications aiguës, il est impératif que le patient soit activement engagé dans sa prise en charge. Cet aspect porte davantage l'argument qui tient en faveur du soutien renforcé aux structures de première ligne, jouant un rôle essentiel dans le soutien quotidien du patient.

Malgré cet engouement professionnel clairement exprimé pour l'ETP, on constate un écart avec la reconnaissance institutionnelle en Belgique. En effet, alors que la pratique de l'éducation thérapeutique du patient devient une norme internationale dans la prise en

charge des maladies chroniques, le système de santé belge semble tarder à intégrer pleinement ces méthodes au cœur de ses pratiques. Les structures de première ligne, qui jouent un rôle pivot dans le suivi et l'accompagnement du patient, nécessitent des ressources et des formations adaptées pour répondre aux impératifs actuels de la santé publique. Dans ce contexte, l'importance de l'ETP doit être davantage mise en avant par les autorités publiques belges, pour assurer une prise en charge holistique et efficace des patients.

Pour conclure, l'accent mis sur la formation, la première ligne, et l'ETP est donc une réponse stratégique aux paradigmes changeants de la prise en charge médicale. En adaptant nos approches à ces réalités, non seulement, nous répondons aux besoins actuels des patients atteints d'insuffisance cardiaque, mais nous anticipons également les besoins futurs, tout en établissant un modèle solide pour les politiques de santé publique à venir. La mise en œuvre de ces changements est essentielle pour s'attaquer aux enjeux contemporains de la santé et assurer une meilleure qualité de vie pour les patients confrontés à cette pathologie.

Références bibliographiques¹

1. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016 Jul 14;37(27):2129–200.
2. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2022 May 3;145(18).
3. Schläpfer-Pessina A, et al. Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée : le traitement améliore-t-il le pronostic ? *Rev Med Suisse* [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug 10];1(458):199–205. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-458/insuffisance-cardiaque-a-fraction-d-ejection-preservee-le-traitement-ameliore-t-il-le-pronostic>
4. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021 Sep 21;42(36):3599–726.
5. Patil S, Shah M, Patel B, Agarwal M, Ram P, Alla VM. Readmissions Among Patients Admitted With Acute Decompensated Heart Failure Based on Income Quartiles. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2019 Oct [cited 2023 Aug 10];94(10):1939–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31585578/>
6. Novartis België. Novartis. 2020 [cited 2023 Aug 10]. L'insuffisance cardiaque : une maladie inconnue pour trois belges sur quatre. Available from: <https://www.novartis.com/be-fr/news/media-releases/linsuffisance-cardiaque-une-maladie-inconnue-pour-trois-belges-sur-quatre>
7. Ligue Cardiologique Belge. L'insuffisance cardiaque [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://liguecardioliga.be/linsuffisance-cardiaque/#:~:text=En%20Belgique&text=On%20estime%20que%204%25%20de,les%20plus%20de%2065%20ans>

¹ Cette bibliographie a été réalisée avec Mendeley suivant les normes bibliographiques NLM - Vancouver.

8. Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, Felker GM, Filippatos G, Jaarsma T, et al. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. *ESC Heart Fail* [Internet]. 2014 Dec [cited 2023 Aug 10];1(2):110–45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1002/ehf2.12021>
9. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2020 Aug [cited 2023 Aug 10];22(8):1342–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32483830/>
10. Said Hajouli, Dipesh Ludhwani. StatPearls. 2023 [cited 2023 Aug 10]. Heart Failure and Ejection Fraction. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553115/>
11. Mutualité Chrétienne, Pierre Troisfontaines. Insuffisance cardiaque : une maladie méconnue [Internet]. Mutualité Chrétienne; 2023 Mar [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://www.enmarche.be/services/maladies-chroniques-et-handicap/insuffisance-cardiaque-une-maladie-meconnue.htm>
12. Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, Bhatt DL, Heidenreich PA, Hernandez AF, et al. Heart Failure With Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2017 Nov [cited 2023 Aug 10];70(20):2476–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29141781/>
13. Haute Autorité de Santé (HAS). Points critiques du parcours de soin : Insuffisance cardiaque (IC) [Internet]. 2014 Jun [cited 2023 Aug 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_ic_web.pdf
14. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227–337.
15. Haute Autorité de Santé. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs : Panorama d’expériences étrangères et principaux enseignements [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 14]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf

16. S Charfeddine, M Walha, H Siala, Y Mejdoub, M Jabeur, R Gargouri, et al. Évaluation de la qualité de vie chez les patients insuffisants cardiaques chroniques [Internet]. Vol. 19. 2023 [cited 2023 Aug 10]. p. 55–61. Available from: <http://www.stcccv.org.tn/uploads/files/d98cd3c163932d2fc9d73582ab9b87e1.pdf>
17. Garbacz L, Jullière Y, Alla F, Jourdain P, Guyon G, Coudane H, et al. Impact de l'éducation thérapeutique sur les habitudes de vie : perception des patients et de leurs proches. *Sante Publique (Paris)*. 2015 Oct 22;Vol. 27(4):463–70.
18. Prasun MA. Heart failure patient education. *Heart & Lung [Internet]*. 2014 Nov [cited 2023 Aug 10];43(6):485. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25242118/>
19. Albano MG, Jourdain P, De Andrade V, Domenke A, Desnos M, d'Ivernois JF. Therapeutic patient education in heart failure: Do studies provide sufficient information about the educational programme? *Arch Cardiovasc Dis [Internet]*. 2014 May [cited 2023 Aug 10];107(5):328–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24613089/>
20. Kouala Landa C, Nsolalni Korogo P, Ngamami ép Mongo F, Makani Bassakouahou J, Ellenga Mbolla B, Kimbally Kaky G. The impact of therapeutic education in the management of heart failure. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements [Internet]*. 2022 Jan [cited 2023 Aug 10];14(1):108. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1494478/article/the-impact-of-therapeutic-education-in-the-managem>
21. Bréchat PH, Rasmusson K, Briot P, Foury C, Fulton R, Smith D, et al. Bénéfices de la prise en charge intégrée de l'insuffisance cardiaque : l'exemple d'Intermountain Healthcare (États-Unis). *Sante Publique (Paris) [Internet]*. 2019 Apr 3 [cited 2023 Aug 10];Vol. 30(6):877–85. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-877.htm>
22. Eric Nellessen, Luc Pierard. Perspectives thérapeutiques de l'insuffisance cardiaque. *Rev Med Suisse [Internet]*. 2012 [cited 2023 Aug 10];3(351):1591–7. Available from: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2012/revue-medicale-suisse-351/perspectives-therapeutiques-de-l-insuffisance-cardiaque>

23. Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Trajets de soins « diabète de type 2 » et « insuffisance rénale chronique » [Internet]. Belgique; Mar 2, 2023. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/trajets-de-soins/Pages/default.aspx>
24. BWGHF. Insuffisance cardiaque [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 10]. Available from: https://www.heartfailure.be/fr/categories_de_news/professionnels/
25. Christiane Duchesnes, Didier Giet, Jean-Luc Belche, Laetitia Buret. Coordination des soins en première ligne : et Mme Dupont ? Santé conjugée [Internet]. 2016 Mar [cited 2023 Aug 10];74:45–50. Available from: https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2016/04/sc74_def_belghe.pdf
26. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations : Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. France; 2007 Jun.
27. Recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques [Internet]. Europe; 1998 [cited 2023 Aug 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. France; 2014 Jun [cited 2023 Aug 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
29. Sabouret P, Attias D, Beauvais C, Berthelot E, Bouleti C, Gibault Genty G, et al. Diagnosis and management of heart failure from hospital admission to discharge: A practical expert guidance. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Aug 10];71(1):41–52. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003392821000688?via%3Di%3Dhub>

30. Carine Daoleuang. Les programmes d'éducation thérapeutique pour les patients insuffisants cardiaques chroniques en Ile-de-France: une enquête qualitative [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 10]. (Sciences du Vivant [q-bio]). Available from: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03461908/document#:~:text=Plusieurs%20études%20ont%20démontré%20les,à%20%20ans%20\(43\).](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03461908/document#:~:text=Plusieurs%20études%20ont%20démontré%20les,à%20%20ans%20(43).)
31. Ancion A, D'orio V, Lancellotti P. Recommandations européennes concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Rev Med Liege [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug 10];72(2):68–73. Available from: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/211781/1/rev%20med%20lg%20201702_04.pdf
32. Barbosa Vanessa CSJMJCVDT. Métiers de la première ligne et systèmes de santé : vers plus de spécialisation ou de polyvalence ? Santé conjugulée [Internet]. 2011 Jan [cited 2023 Aug 10];55. Available from: <https://www.maisonmedicale.org/Metiers-de-la-premiere-ligne-et/>
33. Pétré B, Margat A, Crozet C. Un appel aux recommandations pour l'enseignement de l'ETP en formation initiale des professionnels de santé : regards croisés entre exploration de la littérature et avis des acteurs européens de l'ETP. Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education [Internet]. 2021 May 28 [cited 2023 Aug 10];13(1):10202. Available from: <https://www.etp-journal.org/articles/tpe/abs/2021/01/tpe200029/tpe200029.html>
34. Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, Be.hive. Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 10]. Available from: http://www.behive.be/documents/livreBlanc/1.Be.Hive_LivreBlanc_2020.02.18.pdf
35. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. Am J Public Health. 1972 Mar;62(3):337–42.
36. Foucault-Fruchard L, Guégan F, Ferrera F, Chaumais MC. Quel apport du pharmacien clinicien hospitalier et officinal en 2023 dans le parcours de soins du patient insuffisant cardiaque ? Le Pharmacien Clinicien [Internet]. 2023 Jun [cited 2023 Aug 10]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772953223000783>

37. Benoit Pétré, Marc Vanmeerbeek, André Scheen, Marie-Lise Lair, Olivier Ziegler, Philip Böhme, et al. Étude transfrontalière des besoins de formation en éducation thérapeutique du patient pour la prise en charge du diabète de type 2 et de l'obésité : enquête par groupes nominaux auprès des professionnels de santé. *Presse Med*. 2016 May 27;45:e351–61.
38. Smeets M, Van Roy S, Aertgeerts B, Vermandere M, Vaes B. Improving care for heart failure patients in primary care, GPs' perceptions: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2016 Nov 30;6(11):e013459.
39. Canady BE, Larzo M. Overconfidence in Managing Health Concerns: The Dunning–Kruger Effect and Health Literacy. *J Clin Psychol Med Settings* [Internet]. 2023 Jun 29 [cited 2023 Aug 14];30(2):460–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10880-022-09895-4>
40. Organisation mondiale de la Santé. Education thérapeutique du patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques : recommandations d'un groupe de travail de l'O.M.S. [Internet]. 1998 [cited 2023 Aug 14]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345371>
41. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern.' *Med Health Care Philos* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2023 Aug 15];24(4):573–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8557158/>
42. Zhou YC, Tan SR, Tan CGH, Ng MSP, Lim KH, Tan LHE, et al. A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. *BMC Med Educ* [Internet]. 2021 May 22 [cited 2023 Aug 15];21(1):292. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8140468/>
43. Birkhäuer J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017 Feb 7 [cited 2023 Aug 14];12(2):e0170988. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28170443/>

44. Matusitz J, Spear J. Effective Doctor–Patient Communication: An Updated Examination. Soc Work Public Health [Internet]. 2014 Apr 16 [cited 2023 Aug 14];29(3):252–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24802220/>
45. Firth-Cozens J. Multidisciplinary teamwork: the good, bad, and everything in between. Quality in Health Care [Internet]. 2001 Jun 1 [cited 2023 Aug 14];10(2):65–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757983/pdf/v010p00065.pdf>
46. Lehane E, Leahy-Warren P, O’Riordan C, Savage E, Drennan J, O’Tuathaigh C, et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. BMJ Evid Based Med [Internet]. 2019 Jun [cited 2023 Aug 14];24(3):103–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30442711/>
47. SPF Santé publique. Vers une Belgique en bonne santé. 2022 [cited 2023 Aug 14]. Evidence-based Practice (EBP). Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/les-professionnels-de-soins-de-sante/qualite/evidence-based-practice-ebp-fr>
48. Stenberg M, Mangrio E, Bengtsson M, Carlson E. Formative peer assessment in higher healthcare education programmes: a scoping review. BMJ Open [Internet]. 2021 Feb [cited 2023 Aug 14];11(2):e045345. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33563627/>
49. Winkel AF, Yingling S, Jones AA, Nicholson J. Reflection as a Learning Tool in Graduate Medical Education: A Systematic Review. J Grad Med Educ [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2023 Aug 14];9(4):430–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28824754/>
50. Université de Liège. Faculté de Médecine. Certificat d’Université : Pratique d’éducation thérapeutique du Patient [Internet]. 2023. Available from : <https://www.programmes.uliege.be/cocoon/20232024/formations/bref/MYPETP90.html>
51. SPW Wallonie. Obtenir un agrément en tant qu'opérateur de formation dans le cadre des chèques formation. Démarches administratives [Internet]. 2023. Available from : <https://www.wallonie.be/fr/demarches/obtenir-un-agrement-en-tant-quoperateur-de-formation-dans-le-cadre-des-cheques-formation>

Annexes

Annexe 1 : Présentation des catégories du référentiel de compétences du praticien en ETP de l'INPES (2013)

A - Compétences techniques	B - Compétences relationnelles et pédagogiques	C - Compétences organisationnelles
<p>A1 - Compétences liées aux connaissances techniques et biomédicales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orienter les patients vers des sources fiables d'information ✓ Tenir à disposition des patients les informations liées à la maladie et au traitement ✓ Tenir à disposition des patients les informations en fonction de leurs particularités 	<p>B1 - Compétences liées à l'écoute et la compréhension</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pratiquer l'écoute active et bienveillante ✓ Pratiquer l'empathie ✓ Comprendre les ressorts psychologiques des personnes 	<p>C1 - Compétences liées à la prise de recul et à l'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se questionner et délimiter son rôle ✓ Apprécier pour ajuster
<p>A2 - Compétences liées aux techniques de gestion et d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Renseigner les outils de suivi et d'organisation 	<p>B2 - Compétences liées à l'échange et l'argumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Échanger et informer ✓ S'accorder et convenir de l'action à mener ✓ Construire des partenariats 	<p>C2 - Compétences liées à l'organisation et la coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Planifier les actions liées à l'ETP ✓ Coordonner les acteurs ✓ Conduire un projet
<p>A3 - Compétences liées à la pédagogie (méthodes, techniques, outils)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utiliser des techniques et des outils pédagogiques ✓ Choisir et adapter les méthodes aux différents publics 	<p>B3 - Compétences liées à l'accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construire une relation de confiance ✓ Co-construire un projet ✓ Construire une alliance thérapeutique 	<p>C3 - Compétences liées au pilotage</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer/prioriser
<p>A4 - Compétences liées à la prise en compte de l'environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mesurer des enjeux ✓ Situer l'environnement lié à l'ETP ✓ Réaliser une veille liée à l'ETP 	<p>B4 - Compétences liées à l'animation et la régulation</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Construire une alliance thérapeutique ✓ Favoriser l'interactivité ✓ Favoriser les apprentissages mutuels ✓ Optimiser la production au sein d'un groupe 	

Annexe 2 : Nombre de propositions accordés aux catégories de l'INPES suivant les catégories des participants aux groupes nominaux

	Compétences techniques					Compétences relationnelles et pédagogiques					Compétences organisationnelles				
	A1	A2	A3	A4	Total A	B1	B2	B3	B4	Total B	C1	C2	C3	Total C	Total des propositions
MS	7	1	1	2	11	0	2	0	0	2	0	1	1	2	15
MG	4	0	3	1	8	0	2	6	1	9	1	1	0	2	19
ID	9	1	5	0	15	0	5	3	0	8	2	2	0	4	27
IM	1	1	2	1	5	4	2	5	0	11	1	1	0	2	18
PH	5	0	2	0	7	0	3	1	0	4	2	1	0	3	14
KI	4	1	2	1	8	1	1	3	0	5	1	2	0	3	16

Le tableau présente la nombre de propositions dans les différentes catégories de compétence du référentiel de l'INPES.

Annexe 3 : Présentation de la disposition du tableau et ses formules

	Intitulé de la proposition	Votes par distribution de points					Nombre de sélections	Score total	Taux de priorité	Taux de popularité	Classement INPES
		1	2	3	4	5					
3	Savoir identifier les ressources du patient IC	2			1		3	6	18 %	21%	B4

Afin de présenter de manière claire et concise les résultats de cette étude, nous les avons organisés sous forme de tableau, mettant en évidence les compétences identifiées par chaque groupe professionnel, ainsi que leur classement en termes de popularité et de priorité. Ces tableaux permettront par la suite d'identifier les compétences communes à tous les professionnels de la première ligne. Ces tableaux propre par groupe sont disponibles en annexe. Dans le souci d'optimiser la présentation de l'échantillon et de renforcer la cohérence des résultats, les données issues des deux groupes composés d'infirmiers à domicile rencontrés lors des séances, ont été fusionnées et considérées comme un seul groupe dans l'analyse globale de cette étude. Voici la description des tableaux proposés pour rassembler les données récoltées durant l'étude, chaque tableau présente huit colonnes. Le nombre de lignes dépendra du nombre de proposition que le groupe a pu citer lors des séances de groupe nominal.

1^{ère} colonne « Numérotation des proposition » : Cette colonne liste les numéros des compétences évaluées dans l'ordre d'apparition au cours de la séance de groupe.

2^{ème} colonne « Intitulé de la proposition » : La deuxième colonne indique le libellé de chaque compétence proposée par le groupe.

3^{ème} colonne « Votes par distribution de points » : Les points attribués par les participants pour chaque compétence en sous-sections sont répartis dans cette colonne, montrant combien de votes ont été accordés pour chaque point (1, 2, 3, 4 et 5). Cela permet de visualiser la répartition des évaluations lors des votes individuels.

4^{ème} colonne « Nombre de sélections » : La quatrième colonne présente le nombre de fois que chaque compétence a été sélectionnée par les participants du groupe lors des votes individuels.

5^{ème} colonne « Score total » : Cette colonne indique le score total de chaque compétence, résultant de la somme des points attribués par l'ensemble des participants.

6^{ème} colonne « Taux de priorité » : Le taux de priorité est calculé en rapportant le score total de points attribués à une compétence au nombre maximal de points distribués par l'ensemble du groupe, il est exprimé en pourcentages. Cela permet de visualiser clairement le degré d'importance accordé à chaque compétence par le groupe parmi toutes celles évaluées. Plus le taux de priorité est élevé, plus la compétence est considérée comme étant prioritaire pour la pratique professionnelle dans le domaine étudié.

7^{ème} colonne « Taux de popularité » : Le taux de popularité est calculé en divisant le nombre de fois qu'une compétence a été sélectionnée par le nombre total de participants du groupe, il est exprimé en pourcentage. Ce taux permet de déterminer la fréquence de sélection par les participants. Une compétence avec un taux de popularité élevé a été choisie fréquemment par les participants, ce qui peut indiquer qu'elle est largement reconnue et appréciée dans le contexte professionnel étudié.

Annexe 4 : Demande d'avis au Comité d'Éthique



Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique

(Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be.
Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Étudiante (prénom, nom, adresse courriel) :

GOUVERNEUR, Olivia, olivia.gouverneur@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée :

Praticien spécialisé de santé publique

3. Année académique :

2022-2023

4. Titre du mémoire :

« Étude qualitative par méthode du groupe nominal : Analyse des besoins de formation en éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque chez les acteurs de la première ligne de soins »

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Département des sciences de la santé publique

6. Nom de la Professeure responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la Présidente de Département :

Professeur Anne-Françoise DONNEAU

7. Promoteurs (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

- a. Monsieur le Professeur Benoît Pétré, chargé de cours au sein du Département des Sciences de la Santé publique de l'Université de Liège (Faculté de Médecine) et Directeur de recherche, Benoit.Petre@uliege.be, ULiège.

b. Docteur Christophe Dubois, cardiologue et chef de service de médecine interne et soins intensifs au CHC Hermalle-Sous-Argenteau, Christophe.Dubois@uliege.be, CHC.

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'étude se déroule avec les acteurs de la première ligne de soins. Elle vise à explorer auprès d'eux les éventuels besoins de formation en éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques.

À court terme, l'objectif principal sera de relever s'il existe des besoins de formation en ETP insuffisant cardiaque au sein de ces différents groupes d'acteurs de la première ligne. Par la suite, une identification ainsi qu'une priorisation des besoins évoqués, seront réalisées. À long terme, cette recherche nous permet d'explorer ces besoins qui seront corrélés à une classification en compétences professionnelles et favoriseront l'élaboration de programmes de formation en éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque en se basant donc sur l'analyse des besoins évoqués par les agents de terrain.

A la suite de cette étude, une amélioration ainsi qu'un renforcement des compétences en ETP des acteurs de la première ligne, seront mis en avant. L'enjeu est donc d'offrir une formation aux acteurs afin qu'ils puissent promulguer une prise en soin de qualité en éduquant le patient dans une approche transdisciplinaire.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

Cette étude qualitative utilisera la technique du groupe nominal de Mr Andrew H. Van de Ven et Mr. André L. Delbecq¹.

C'est une méthode permettant une exploration mais aussi la réalisation à terme d'un consensus. Cette technique se définit par une procédure figée. Le déroulement d'un groupe nominal se fait en plusieurs étapes et autour d'une unique question posée aux intervenants.

Elle demande la formation de groupe allant de six à dix participants. Les données seront récoltées auprès des intervenants se formant des acteurs de première ligne rentrant dans le parcours des patients insuffisants cardiaques. Ceux-ci sont donc choisis par leur implication dans la thématique étudiée. Les groupes d'acteurs choisis et repartis en groupes sont :

- 1 groupe de médecins généralistes (de toutes parts)
- 1 groupe de médecins spécialisés (cardiologue)
- 1 groupe de kinésithérapeutes
- 1 groupe de pharmaciens
- 1 groupe d'assistants sociaux
- 1 groupe de patients / aidants proches

¹ Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH (eds.): Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes. Glenview, Ill.: Scott, Foresman; 1975.

Une homogénéité est visée tant qu'à la profession (regroupement des participants par profil) mais néanmoins, une hétérogénéité sera réfléchi pour offrir des acteurs de différents milieux (hôpital, maison médical, indépendant, clinique de l'insuffisance cardiaque...) et ce, dans chaque groupe.

Dans le cadre de l'analyse des données, un classement sera réalisé. La méthode inclut à sa fin un premier classement par priorité. Il est réalisé par le groupe. Cette première classification sera complétée par une répartition des données dans un référentiel de compétences du praticien en ETP.

Au niveau de l'organisation de la collecte des données, des réunions par groupe seront organisées sur une durée individuelle estimée à environ 2h. Un temps de débat supplémentaire sera proposé après la finalisation du temps consacré à la méthode du groupe nominal.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? **non**
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? **non**
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? **non**
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? **non**
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux...) ? **non**
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? **oui**
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins...) ? **non**

9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? **non**

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
non

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Éthique.

Annexe 5 : Réponse à la demande d'avis au Comité d'Ethique

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 20/12/2022

Madame le Prof. A-F. DONNEAU
Madame Olivia GOUVERNEUR
Service de SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2022/346

"Étude qualitative par méthode du groupe nominal : Analyse des besoins de formation en éducation thérapeutique du patient insuffisant cardiaque chez les acteurs de la première ligne de soins. "
Protocole : V1

Chère Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Chère Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. V. SEUTIN
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur V. SEUTIN
Vice-Président : Professeur J. DEMONTY
Secrétaire exécutif : Docteur G. DAENEN
Secrétariat administratif – Coordination scientifique: 04/323.21.58
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	Président
Monsieur le Professeur Jean DEMONTY Interniste, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Secrétaire exécutif
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains	
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	
Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER / Madame Régine HARDY (suppléante) Psychologue, membre extérieure au CHU Psychologue, CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX Représentante des patients	
Madame Marie Noëlle ENGLEBERT Juriste, membre extérieur au CHU	
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacien, CHU	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure CHU	

